

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — DIABÉTOLOGIE — URGENCES MÉTABOLIQUES

Réf. POSTE-DIA-EHH · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

ÉTAT HYPERGLYCÉMIQUE HYPEROSMOLAIRE — conduite à tenir

Objet

Diagnostiquer et traiter l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire (EHH) — carence relative en insuline, hyperglycémie majeure et déshydratation intense, surtout chez le DT2 âgé. Mortalité élevée.

CAT diagnostique

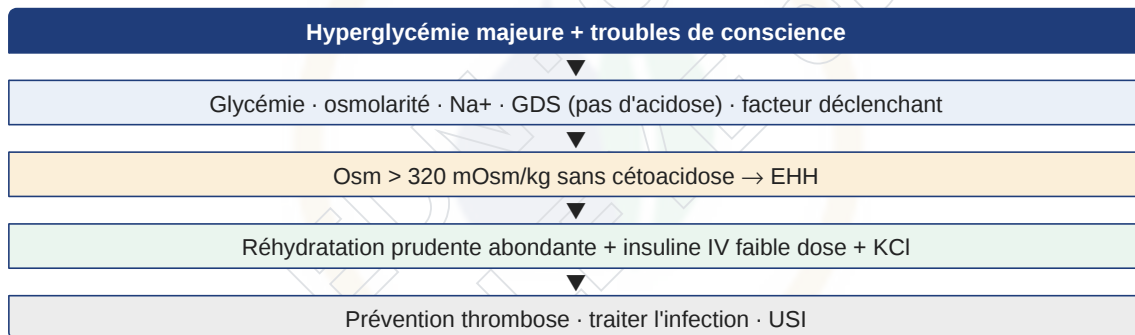
1. Signes cliniques

- **Déshydratation globale majeure** (perte de poids, pli cutané, hypotension, fièvre), installation insidieuse sur plusieurs jours.
- **Troubles neurologiques** : obnubilation, confusion, déficit focal, convulsions, **coma** ; SANS dyspnée de Kussmaul (peu/pas d'acidose).
- **Terrain** : sujet âgé, perte d'autonomie/accès à l'eau limité ; **facteur déclenchant** : infection ++, AVC, IDM, diurétiques, corticoïdes.

2. Signes paracliniques

- **Hyperglycémie majeure** (souvent $> 6 \text{ g/L}$ / 33 mmol/L).
- **Osmolarité plasmatique élevée** $> 320 \text{ mOsm/kg}$ [$2(\text{Na}^+) + \text{glycémie mmol/L} + \text{urée}$].
- **pH $\geq 7,30$ et $\text{HCO}_3^- > 18$** ; cétose absente ou minime.
- Ionogramme (Na^+ corrigé), urée/créatinine (insuffisance rénale fonctionnelle), recherche du facteur déclenchant.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Réhydratation** = priorité (déficit 8–12 L) : **SSI 0,9 %** abondant et **prudent/progressif** (correction de l'osmolarité $< 3 \text{ mOsm/kg/h}$ pour éviter l'œdème cérébral) ; relais G5 % quand glycémie $< 2,5\text{--}3 \text{ g/L}$.
- **Insuline IV faible dose** 0,05–0,1 U/kg/h après début de réhydratation (la réhydratation seule abaisse déjà la glycémie).
- **Potassium** : surveillance et supplémentation comme dans l'ACD (doser avant insuline).
- **Prévention de la thrombose** : HBPM systématique (hyperviscosité). Nursing, prévention d'escarres.
- **Traiter le facteur déclenchant** (antibiothérapie d'une infection ++).

Surveillance

- Glycémie horaire, ionogramme/osmolarité /2–4 h, diurèse, conscience, constantes ; ECG.
- Baisse glycémique et osmolaire **progressive** ; surveiller la kaliémie et l'état neurologique.

Points de vigilance

- Correction trop rapide de l'osmolarité → **œdème cérébral**. Risque thrombo-embolique élevé.
- Pronostic lié au terrain et au retard diagnostique ; mortalité supérieure à celle de l'ACD.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Osmolarité calculée à partir du ionogramme (formule) si osmomètre indisponible.
- Réhydratation au SSI 0,9 % = pilier accessible ; insuline à faible dose IM horaire à défaut d'IVSE.
- Prévention thrombose (HBPM) et prise en charge de l'infection systématiques ; éducation de l'entourage (hydratation du sujet âgé dépendant).