

## **Titre**

Urgences hyperglycémiques en pratique ambulatoire

## **Sous-titre**

Prise en charge multidisciplinaire du diabète : recommandations pour la pratique clinique

## **Auteurs**

Chantal Ardit, Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Biopôle 2, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, [chantal.arditi@chuv.ch](mailto:chantal.arditi@chuv.ch)

Isabelle Hagon-Traub, Programme cantonal Diabète, Avenue de Provence 12, 1007 Lausanne, [isabelle.hagon@ehc.vd.ch](mailto:isabelle.hagon@ehc.vd.ch)

Bernard Burnand, Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Biopôle 2, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, [bernard.burnand@chuv.ch](mailto:bernard.burnand@chuv.ch)

## **Texte**

*L'élaboration et la mise en œuvre de ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) vise à promouvoir l'application pertinente et coordonnée de pratiques de soins optimales d'un diabète par l'ensemble des professionnels des soins concernés. Ces RPC ont également pour but de fédérer et d'harmoniser la prise en charge du diabète, qui est actuellement très variable dans le canton de Vaud.*

## **L'ESSENTIEL**

### **Critères diagnostiques**

#### Acidocétose diabétique (AD)

Glycémie veineuse :  $\geq 14$  mmol/l

pH artériel :  $\leq 7.3$

Bicarbonates :  $\leq 18$  mmol/l

Cétones plasmiqes : positives

Cétones urinaires : positives

Trou anionique :  $> 10$  mmol/l

Osmolalité : variable

#### Syndrome hyperglycémique hyperosmolaire (SHH)

Glycémie veineuse :  $> 33$  mmol/l

pH artériel :  $> 7.3$

Bicarbonates :  $> 18$  mmol/l

Trou anionique : variable

Osmolalité :  $> 320$  mOsm/kg

### **Critères de suspicion clinique**

Toute hyperglycémie capillaire ou veineuse  $> 11$  mmol/l accompagnée de symptômes systémiques doit être considérée comme une urgence hyperglycémique jusqu'à preuve du contraire.

### **Evénements causals**

Tout événement intercurrent, p. ex. maladies infectieuses, pancréatite, chirurgie.

## Mesures préventives

Eduquer la personne diabétique à l'autogestion et à l'autosurveillance de la glycémie.

## Examen initial

- Anamnèse (signes cardinaux du diabète, nausées et vomissements, recherche de facteur causal, grossesse)
- Examen clinique (état général, statut hémodynamique, signes de déshydratation, score de Glasgow (GCS), température)
- Spécifique de l'AD : dyspnée de Kussmaul, odeur acétonique de l'haleine, douleurs abdominales diffuses
- Spécifique du SHH : troubles neurologiques
- Si disponibles : glycémie capillaire immédiate, corps cétoniques dans les urines, cétonémie capillaire si disponible, taux plasmatiques d'électrolytes (et trou anionique), de glucose et de créatinine

## Prise en charge initiale

Mise en place d'une voie veineuse si possible, initier la réhydratation (idéalement par perfusion de NaCl), corriger la glycémie après l'hydratation si la ou le médecin a les compétences requises, par injection d'un bolus d'insuline rapide

## Critères pour activer les urgences santé 144

Tout cas d'urgence hyperglycémique avec altération de l'état général

## Plan de soins après l'épisode

1-2 semaines après l'épisode ou à la fin de l'hospitalisation : prévoir une consultation avec la ou le médecin de famille si diabète de type 2, avec la ou le spécialiste en diabétologie-endocrinologie si diabète de type 1.

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète et les noms des contributeurs sont disponibles sur le site : <http://www.recodiab.ch>. Merci de n'utiliser que ce site comme la seule source fiable et à jour des recommandations.