

# Signes d'alerte : Acidose diabétique pédiatrique

## Comment reconnaître :

**ACIDOSE DIABÉTIQUE** **Caractéristiques cliniques** : polyurie, polydipsie, perte de poids, déshydratation, céphalées, respiration Kussmaul, douleur abdominale, vomissements

- Glycémie aléatoire  $\geq 11,1$  mmol/L
- Acidose : pH  $< 7,3$  ou  $\text{HCO}_3^- < 15$  mmol/L sur gaz veineux/capillaire

## **ŒDÈME CÉRÉBRAL** **Caractéristiques cliniques** :

- Précoces : céphalées, vomissements, irritabilité légère/léthargie
- Tardives : Aggravation des céphalées et de l'état neurologique ( $\downarrow$  GCS, agitation, irritabilité,  $\uparrow$  somnolence, incontinence), signes neurologiques particuliers (pupilles non réactives, paralysies des nerfs crâniens),  $\downarrow$  FC,  $\uparrow$  TA,  $\downarrow$  FR

## Prise en charge

- Glycémie au chevet, dès le triage
- Réhydratation avec NS IV jusqu'à glycémie  $< 15$  mmol/L ou jusqu'à diminution de  $> 5$  mmol/L/h. Changer ensuite à D10W NS
- Insuline en perfusion APRÈS 1 h de soluté IV
- Ajout de 40 mmol/L KCL dans soluté IV si  $\text{K}^+ < 5$  mmol/L, le patient ayant uriné à l'urgence

## Administrer bolus de soluté

10 mL/kg NS sur 30 min, et réévaluer la perfusion; répéter bolus de 10 mL/kg NS si nécessaire

**Ne pas** administrer de bolus si suspicion d'œdème cérébral

**Ne pas** administrer l'insuline par bolus IV

**Ne pas** administrer de bicarbonate de soude

# Acidose diabétique pédiatrique

## Tableau de réhydratation par soluté IV

Poids	mL/kg/h
5 à < 10 kg	6,5 mL/kg/h
10 à < 20 kg	6 mL/kg/h
20 à < 40 kg	5 mL/kg/h
≥ 40 kg	4 (MAX 250 mL/h)