

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 spécifiques (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 baisse de > 5 mmol/L/h une fois la glycémie < 25 mmol/L. Changer ensuite à D10NS
- Débuter 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

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