



FMC

Sucré salé

FMC « Les Dys »

02/05/2018

Dr SERRE – SAU-SAMU-SMUR – CH Bourg en Bresse

- Mr L.A 45 ans
- Le 19/07/17: malaise au travail, ramené chez lui par un collègue.
- PEC SP: SaO2 70% remontant à 80-82% sous 12l. Pouls 76 – TA 15.
ATCD: HTA.Obésité (150 Kg) - Contexte de diarrhée chronique. Aurait fait un malaise avec une PC de 5 min, actuellement conscient mais « vaseux »
- Engagement SMUR au bilan SP

- ATCD: HTA sous Lodoz, Ethylisme chronique, Obésité morbide, tabagisme actif
- Polypnée (FR 24), hypoxie corrigée (7l au MHC)
- TA 168/106 sym
- GCS 15 mais patient « confus », phase agitation/somnolence
- Dysarthrie modérée sans trouble neurologique
- Dextro: « Hi »
- Crépitants bilatéraux – mi champs
- Pas OMI
- Pas de douleur thoracique, ECG: RS régulier sans tr conduction ni repol
- Pas hypoperfusion

1- OAP hypertensif

2- SCA

3- Alcoolisation (aigue ou sevrage)

4- Acido-cétose

5- Origine psychogène

Quels traitements instaurez vous?

1- Nitrés

2- Diurétiques

3- Anxiolitiques

4- Insuline IVSE

5- Insuline SC

6- VNI

- TA 130/84, FC 72, SaO₂ 98% sous 6l
- Dextro Hi – BU Glycosurie, pas de cétonurie
- Gazométrie: PH 7,17 - pO₂ 10 kpa (11-14) - pCO₂ 9,23 kpa (4,5-6,2) -
Bicar 20 - Na 99 - K 3,2
- Polydypsie (mois de juillet, chaud, diarrhée)
- Majoration des troubles de conscience

1- Acidose respiratoire sur OAP

2- Acidose respiratoire d'origine pulmonaire

3- Acido cétose diabétique

4- Décompensation diabétique hyperosmolaire

5- Hyponatrémie sévère

- Biologie complète:
 - Creat 144 μ mol/l (DFG 49) - urée: 6,6 - GGT 347 - Alcool 0 - Gly: 144mmol/l (>25 g/l)
- Na 98 - K 3,4 - Cl 65 - Prot 86
 - BNP 124; tropono neg
 - GB 7; Hb 14,9; VGM 110
- RP: Image interstitielle inférieure gauche

1- Hyponatrémie

2- Acidose respiratoire sur OAP

3- Acidose respiratoire d'origine pulmonaire

4- Acido cétose diabétique

5- Décompensation diabétique hyperosmolaire

- IOT rapidement (conscience + acidose)
- PEC en réanimation le 19/07
 - Pneumopathie franche lobaire aigue + decomp diabétique (non connu), suspicion de légionellose
 - Natrémie corrigée normale (140)
 - Bi ATB
 - Remplissage et Noradrénaline à J1

- 21/07: évolution vers un SDRA (poumon blanc G), curares + DV, récusé pour ECMO
- 27/07: hémofiltration
- 01/08: amélioration respiratoire
- 04/08: trachéotomie
- 12/08: levée de la sédation
- 15/08: « respire sur nez artificiel »
- 16/08: insuline stoppée
- 17/08: sortie réa vers USC
- 20/08: décanulation, plus O2
- 23/08: sortie USC pour endocrinologie
- 10/09: sortie hospitalisation

Diagnostic final: Pneumopathie bilatérale sévère révélée par une décompensation de diabète méconnue et compliqué d'un SDRA d'amélioration lentement favorable