

ENONCE

Vous recevez le 13 janvier au service d'urgences une patiente, âgée de 24 ans, adressée par son médecin traitant pour douleur abdominale et lombaire et déséquilibre de son diabète type 1. Le 11 janvier au soir, elle se plaint d'être « fatiguée et toute courbaturée, et de brûlures en urinant ». Le lendemain, elle ne peut se rendre à son travail et reste alitée une partie de la journée. Elle se plaint d'une douleur lombaire droite qu'elle traite d'elle-même par diclofénac (Voltarène®). Elle fait une glycémie capillaire, à 15,6 mmol/L (2,8 g/L). Comme elle se sent nauséuse, elle arrête toute alimentation solide et " en conséquence ", divise par deux toutes ses injections habituelles d'insuline. Elle passe une nuit agitée et se plaint d'avoir soif et d'avoir mal au ventre de façon diffuse.

Antécédents :

- Mode de vie : mariée, sans enfant, vendeuse en parfumerie.
- Médicaux : diabète de type 1 révélé à l'âge de 16 ans. Observance du traitement initialement mauvaise, nettement améliorée depuis ses 20 ans. Actuellement traitée par une injection vespérale d'insuline lente et une injection d'un analogue rapide de l'insuline avant chacun des trois principaux repas. Collations prises inconstamment, régime par ailleurs bien suivi. Pas de complication microangiopathique connue. Suivi spécialisé annuel. Acné rebelle aux traitements locaux, très améliorée par isotrétinoïne (Roaccutane®) par voie générale prescrit 6 mois plus tôt. Contraception orale depuis l'âge de 15 ans, actuellement par Jasmine® (drospirénone + éthinyli estradiol).

Examen clinique : tension artérielle = 95/55 mmHg, fréquence cardiaque = 130/min, fréquence respiratoire = 32/min, température = 36,5°C, SpO₂ = 99 % (air ambiant), glycémie capillaire = 18 mmol/L (3,25 g/L), 52 kg pour 1,75 m.

Respiration ample, sans anomalie auscultatoire. Pli cutané, cernes sous-oculaires, langue rôtie, veines plates, Cœur régulier, souffle systolique de pointe 2/6. Abdomen sensible de façon diffuse mais souple. Douleur vive à l'ébranlement de la fosse lombaire droite. Examen neurologique normal.

Bandelette urinaire: glucose = +++, acétone = +++, leucocytes = +++, nitrites = +, protéines = +++, hématies = ++.

Biologie :

- Hématies = 5,2 T/L, Hémoglobine = 17,5 g/dL, Hématocrite = 51,0 %, VGM = 93 μ³, plaquettes = 450 G/L, leucocytes = 22,5 G/L.
- Na⁺ = 140 mmol/L, K⁺ = 4,3 mmol/L, Cl⁻ = 110 mmol/L, Réserve alcaline = 8 mmol/L (N = 23 - 27), protéines = 78 g/L, albumine = 42 g/L, Calcium = 2,65 mmol/L (N = 2,25 - 2,60 mmol/L), créatinine = 285 μmol/L (N = 40 - 100 μmol/L), urée = 11 mmol/L, glucose = 23 mmol/L (4 g/L)
- pH = 7,10, PaCO₂ = 15 mmHg, PaO₂ = 115 mmHg, SaO₂ = 100 %.

Radiographie thoracique : normale.

QUESTION n°: 1

Quel est votre diagnostic ? Interprétez l'équilibre acido-basique. Justifiez.

QUESTION n°: 2

Discutez la ou les cause(s) possible(s) de l'augmentation de sa créatininémie. Hiérarchisez.

QUESTION n°: 3

Interprétez la kaliémie et quelle conclusion en tirez-vous sur le plan thérapeutique?

QUESTION n°: 4

Quel(s) examen(s) dont vous ne disposez pas à ce stade vous paraissent indispensable(s) à réaliser en urgence? Justifiez-le(s).

QUESTION n°: 5

Donnez les principes de votre traitement et de la surveillance pour les deux premières heures.

QUESTION n°: 6

La patiente vous demande ce qu'elle aurait pu faire pour éviter cette complication. Que lui répondez-vous ?