

M. RAUCOULES

CHU Nice

Prise en charge du diabétique dans des situations particulières

Prise en charge du patient diabétique dans le cadre de l'ambulatoire

**Aucune contre indication à la pratique de
l'ambulatoire (même souhaitable) si le diabète
est équilibré (HbA1c entre 6 et 8 %)**

Les enjeux

Gestion des traitements

Gestion de la PEC en secteur ambulatoire

Critères de retour à domicile

Si l'intervention est de durée courte et réalisée en début de programme

opérateur: l'horaire d'administration de l'insuline et/ou des médicaments non insuliniques pourra être décalé pour une administration avant la collation

En per opératoire chez le DT2 bien équilibré un protocole “ pas d'insuline- pas de glucose “ est possible

Sortie du patient après un ultime contrôle glycémique ($< 3\text{g/l}$)

L'existence de vomissements ou d'une hyperglycémie importante contre-indique le retour au domicile (lit de recours)

Dans ce contexte la prévention des NVPO si des morphiniques sont utilisés est particulièrement importante. Les traitements ne sont pas différents des patients non diabétiques. La seule difficulté concerne l'utilisation éventuelle de la dexaméthasone qui augmente la glycémie de manière significative (20 % / 10 mg de dexaméthasone). Cette augmentation persiste 4 h environs avec un pic à la 2^e h

Les recommandations chez le diabétique sont d'utiliser la dose de **4 mg** (aussi efficace), de renforcer la surveillance de la glycémie et de corriger si nécessaire une hyperglycémie importante par de l'insuline i.v. en bolus

En pratique: glycémie capillaire à l'arrivée du patient dans l'UCA

Si glycémie > 10 mmol/L (ou 1,80 g) ➡ un bolus d'insuline en visant une cible entre 5 et 10 mmol/l

Si la glycémie reste élevée (> 3 g, 16 mmol/l): correction de la glycémie avant la chirurgie

Si correction impossible: hospitalisation pour insuline à la SAP

En PO reprise de l'alimentation avec surveillance par glycémies capillaires et reprise des traitements aux heures habituelles (PEC plus simple pour le patient)

Une dernière glycémie capillaire avant la sortie de l'UCA

Si > 3 g/l (16 mmol/l): hospitalisation et insuline à la SAP

La prise en charge en chirurgie ambulatoire sera définitivement validée par l'anesthésiste-réanimateur dans la mesure où les lésions dégénératives sont correctement évaluées et stabilisées

En revanche, la présence de comorbidités associées, comme un SAOS, peut contre-indiquer la prise en charge en ambulatoire d'un patient après anesthésie générale ou sédation

Prise en charge du patient diabétique pour une chirurgie majeure en urgence

**En urgence l'obtention d'un contrôle glycémique
vraiment satisfaisant est illusoire tant que
l'origine de l'état motivant l'intervention n'a pas
été traité**

S'efforcer de réduire une hyperglycémie importante avant l'induction (**sans retarder l'heure de la chirurgie**) par une insulinothérapie en iv

Objectif: progressivement une glycémie $< 12 \text{ mmol l}^{-1}$ avec un contrôle glycémique initial toutes les 30 min



En parallèle, correction d'une éventuelle déshydratation, hyperosmolarité, acidocétose, surveillance régulière de glycémie /osmolarité /natrémie/kaliémie/ créatininémie/lactates/TA et les gaz du sang

Et ceci d'autant plus que le patient est traité par biguanides



Si une réduction du débit circulatoire ou une hypoxie sont constatées en per- ou en PO, des dosages répétés de la concentration en bicarbonates, en lactates artériels et la mesure des gaz du sang se révèleront nécessaires

Examens radiologiques avec produits de contraste iodés

Injection de produit de contraste iodé est une situation à risque de survenue d'IRA iatrogénique. La prévention repose sur :

- la limitation aux seuls examens strictement nécessaires
- une hydratation adéquate
- Produits de contraste non ioniques, de faible osmolarité ou iso-osmolaire

Contrôle: créatininémie recommandée après l'examen

Biguanides (acidose lactique): arrêt 48 h avant et réintroduction après contrôle post examen radiologique à la 72^{ème} heure

Hypoglycémiant non insuliniques (sulfamides): hypoglycémies difficiles à corriger: arrêt avant l'examen et contrôle de la fonction rénale avant reprise des TRT

Obstétrique

Diabète pré existant (surtout un DT2: 2/3 et en constante augmentation)

Diabète gestationnel: Ce dernier se définit comme un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant où diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum

Le diabète gestationnel regroupe 2 populations différentes

DT2 préexistant à la grossesse (5 à 15% des diabètes gestationnels sont des DT2 méconnus et découverts seulement à l'occasion de celle-ci et qui persisteront après l'accouchement)

Anomalie de la tolérance glucidique apparue au cours de la grossesse et disparaissant le plus souvent en postpartum. Cependant, le diabète gestationnel augmente le risque de survenue d'un DT2

Les ADO sont contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement. Un désir de grossesse nécessite leur remplacement par des injections d'insuline. Un diabète déséquilibré en période péri-conceptionnelle est responsable d'une augmentation de la fréquence des malformations

Les preuves concernant une association entre les SH et les anomalies congénitales sont mitigés. Et aucune étude adéquate n'a été réalisée chez la femme enceinte (centre de référence sur les agents tératogènes 2020)

Au cours de l'allaitement maternel les SH passent dans le lait maternel augmentent les taux sanguins de bilirubine non conjuguée et augmentent le risque d'ictère nucléaire chez le fœtus ou le nouveau-né

Corticothérapie

**Effet hyperglycémiant dose-dépendant,
réversible et transitoire que cela soit en Peros,
IV, IM, intra articulaire**

Corticothérapie pour patient sous ADO: insulinothérapie temporaire possible en fonction des glycémies capillaires

Une insulinothérapie doit parfois être administrée ou augmentée lors de la prise de doses élevées de corticoïdes ($> 1 \text{ mg.kg}^{-1}$ de prednisone ou prednisolone)

Avec une corticothérapie en IM ou en intra articulaire le déséquilibre glycémique peut être prolongé (6-9 semaines)

Par voie IV une insulinothérapie fractionnée est souvent nécessaire

Patients à risque d'hypoglycémie en peropératoire

Dépistage des patients à risque

contrôle très strict de la glycémie avec un taux bas d'HbA1c,

variabilité importante de la glycémie,

épisodes fréquents d'hypoglycémie,

patient âgé,

patient insuffisant rénal

Recherche de signes évocateurs de « petites » hypoglycémies à distance des repas, se

traduisant par des fringales ou des malaises mineurs

Patients à risque d'hypoglycémie en peropératoire

Ces hypoglycémies nécessitent une adaptation des doses des hypoglycémifiants, la recherche d'une interaction médicamenteuse ou d'une insuffisance rénale

En PO il faut réévaluer leur capacité à maîtriser l'autosurveillance glycémique et à gérer eux-mêmes leur glycémie

Cette capacité d'auto traitement est généralement bonne chez les patients DT1 qui bénéficient d'une éducation thérapeutique systématique et précoce dès la découverte de la maladie. Problème des DT2

La présence d'une dysautonomie doit nécessiter un renforcement de la surveillance clinique et des glycémies capillaires au cours de l'hospitalisation