

Gestion du diabétique en péri-opératoire

Mise en application
des fiches pratiques

Cas clinique n°1

Enoncé

Vous voyez ce jour Monsieur T, 68 ans en consultation d'anesthésie en préopératoire d'une colectomie droite prévue dans 3 semaines après la découverte d'un adénocarcinome lors d'une coloscopie réalisée pour des troubles du transit.

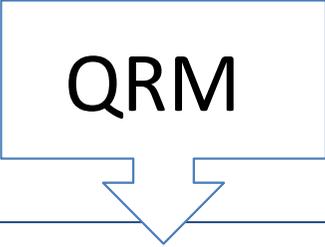
Dans ses antécédents, on note :

- HTA sous Loxen[®] (nicardipine) 50 LP : 1cp/j
- Diabète de type 2 sous Novonorm[®] (repaglinide) : 3cp/j et Eucréas[®](vildagliptine + metformine) : 2 cp/j
- Il pèse 85 kg pour 1,76 m.

Il est suivi par son médecin traitant et il vous dit que son dernier dosage d'HbA1c il y a 8 mois était à 6,8 %.

Question 1 : à propos de son traitement

QRM



- A. Le repaglinide est un apparenté des sulfamides hypoglycémiants
- A. La metformine modifie la sécrétion d'insuline
- A. Les gliptines sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale
- B. Une HbA1c à 6,8% impose un changement des thérapeutiques
- C. Vous lui prescrivez un nouveau dosage d'HbA1c

Réponse 1

- ✓ A. Le repaglinide est un apparenté des sulfamides hypoglycémiantes
- ✗ A. La metformine modifie la sécrétion d'insuline
- ✓ A. Les gliptines sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale
- ✗ B. Une HbA1c à 6,8% impose un changement des thérapeutiques
- ✓ C. Vous lui prescrivez un nouveau dosage d'HbA1c

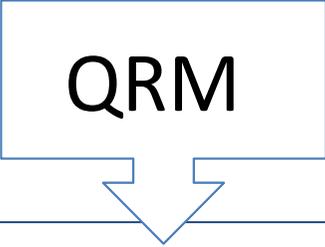


	Nom commercial	DCI	Posologie existante	
Sulfamides hypoglycémisants et apparentés (glinides)	Amaret®	Glimépiride	1/2/3/4 mg	
	Diamicon®	Glicazide	30 mg LM/60 mg LM	
	Daonil®	Glibenglamide	2,5/5 mg	
	Novonorm®	Repaglinide	0,5/1/2 mg	
Biguanides	Glucophage®	Metformine	500/850/1 000 mg	
	Stagid®		700 mg	
Inhibiteurs des α-glucosidases	Glucor®	Acarbose	50/100 mg	
	Diastabol®	Miglitol	50/100 mg	
Inhibiteurs de DPP IV	Januvia® Xélévia®	Sitagliptine	50/100 mg	
	Galvus®	Vildagliptine	50 mg	
	Onglyza®	Saxagliptine	5 mg	
	Vipidia®	Alogliptine	6,25/12,5/25 mg	
Inhibiteurs de DPP IV + Biguanides	Janumet® Velmétia®	Sitagliptine + metformine	50/1 000 mg	
	Eucréas®	Vildagliptine + metformine	50/1 000 mg	
	Komboglyze®	Saxagliptine + metformine	2,5/1 000 mg	
	Vipdomet®	Alogliptine + metformine	12,5/1 000 mg	
Analogues du GLP 1 (considérés comme des ADO dans ces fiches pratiques)	Byetta®	Exénatide	5 et 10 µg en injection sous cutanée (2 fois/j avant repas)	
	Victoza®	Liraglutide	3 dosages dans un stylo 0,6/1,2/1,8 mg en 1 injection sous cutanée	
	Lyxumia®	Lixisenatide	10 µg ; 20 µg	
	Byduréon®	Exénatide microsphères	2 mg injection sous cutanée	
	Trulicity®	Duaglutide	0,75 mg et 1,5 mg injection sous cutanée	
Inhibiteurs des SGLT2	SORTIE PRÉVUE EN 2016	Forxiga®	Dapagliflozine	2,5/5/10 mg
Inhibiteurs des SGLT2 + Biguanides		Zigduo®	Dapagliflozine + metformine	5, 10/500, 1 000 mg

Posologie quotidienne maximale	Effets secondaires	Contre-indications	Générique
6 mg/j	Hypoglycémie	Insuffisance rénale Cl créatinine < 30 mL/min	Oui
120 mg/j		Insuffisance hépatique sévère	Oui
15 mg/j			
16 mg/(4 mg avant repas)			
3 000 mg/j	Douleurs abdominales, diarrhées	Insuffisance rénale Cl créatinine < 30 mL/min	Oui
4 cp		Insuffisance cardiaque FEVG < 30 %	Non
300 mg (100 mg avant repas)	Diarrhées Flatulences Douleurs abdominales	Aucune	Oui Non
1 cp/j à 100 1 cp à 50 si Cl Créat < 50 mL/min	Surveillance du bilan hépatique	Insuffisance rénale Cl créatinine < 30 mL/min	Non
2 cp/j d'emblée 1 cp si Cl Créat < 50 mL/min		Insuffisance hépatique (ASAT, ALAT > 3 N)	Non
1 cp/j	CI des effets secondaires de la metformine et de la gliptine associée	Insuffisance rénale Cl créatinine < 30 mL/min	Non
1 cp/j		Non	
2 cp/j		Non	
2 cp/j	Nausées, vomissements Ralentissement de la vidange gastrique	Interaction avec coumadine : allongement de l'INR	Non
2 cp/j			Non
2 cp/j		Interaction avec coumadine : allongement de l'INR	Non
2 cp/j			Non
2 cp/j			Non
10 µg avant repas du matin et du soir	Nausées, vomissements Ralentissement de la vidange gastrique	Interaction avec coumadine : allongement de l'INR	Non
1,8 mg/j			Non
20 µg/j		Non	
1 injection sous cutanée hebdomadaire		Non	
1,5 mg 1 injection sous cutanée hebdomadaire		Non	
10 mg/j	Infections urinaires Mycoses génitales Hypovolémie chez le sujet âgé	Insuffisance rénale Cl créatinine < 60 mL/min	Non
2 cp/j	CI et effets secondaires de la metformine et de l'inhibiteur des SGLT2 associé		Non

Question 2 : quelles prescriptions préopératoires prévoyez-vous ?

QRM



- A. A jeun à 0h00
- B. G10% : 1000 ml/24h à partir de 0h00
- A. Arrêt de l'Eucréas[®] 48h avant la chirurgie
- B. Dernière prise de Novonorm[®] la veille au soir
- C. Glycémie capillaire à faire le matin à 7h00 avant le bloc

Stratégie préopératoire

HbA1c	4,0	5,0	6,0	8,0	9,0	10,0	%
Conduite à tenir	Différer	Avis médecin généraliste/ diabétologue	Intervention possible	Avis médecin généraliste/ diabétologue	Différer		
Glycémie moyenne (carnet)	0,6	0,9	1,2	1,8	2,1	3	g/l
	3,3	5	6,6	10	11,5	16,5	mmol/l
Hypoglycémie	> 2 hypoglycémies (dernière semaine)						
Cétose	Coma hypoglycémique (dans le mois précédent)						Rechercher une cétose

Modalités d'arrêt des traitements antidiabétiques en préopératoire

	Chirurgie ambulatoire	Chirurgie mineure ou majeure	Chirurgie urgente
Metformine	Pas d'arrêt	Pas de prise la veille au soir et le matin	Arrêt
Sulfamides	Pas d'arrêt	Pas de prise le matin	Arrêt
Glinides	Pas d'arrêt	Pas de prise le matin	Arrêt
Inhibiteurs α-glucosidases	Pas d'arrêt	Pas de prise le matin	Arrêt
Inhibiteurs DDP-4	Pas d'arrêt	Pas de prise le matin	Arrêt
Inhibiteurs SGLT2	Pas d'arrêt	Pas de prise le matin	Arrêt
Analogues GLP-1	Pas d'arrêt	Pas d'injection le matin	Arrêt
Insulines sous cutanées	Pas d'arrêt	Pas d'injection le matin (sauf dans le DT1)	Arrêt
Pompe insuline	Pas d'arrêt	Arrêt de la pompe à l'arrivée au bloc	Arrêt

Grands principes de la prise en charge du diabétique au bloc opératoire

- Programmer en première position au bloc opératoire si possible
- Pas de contre-indication à l'ALR et noter les troubles neurologiques éventuels en préopératoire
- Porter une attention particulière à tous les points de compression en peropératoire
- Pas de charge préopératoire en hydrates de carbone

Réponse 2

-  A. A jeun à 0h00
-  A. G10% : 1000 ml/24h à partir de 0h00
-  A. Arrêt de l'Eucréas[®] 48h avant la chirurgie
-  B. Dernière prise de Novonorm[®] la veille au soir
-  C. Glycémie capillaire à faire le matin à 7h00 avant le bloc

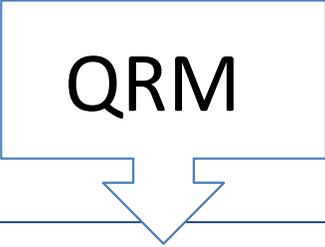
Quelques jours plus tard, l'IDE de consultation vous montre les résultats du bilan biologique que vous aviez demandé à Monsieur T.

L'HbA1c prélevée après la consultation est à 8,9 %

Le reste du bilan est sans particularité

Question 3 : que faites-vous ?

QRM



- A. Vous appelez le patient pour lui demander de voir son diabétologue ou son médecin traitant avant la chirurgie
- B. Vous appelez son médecin traitant
- A. Vous reportez la chirurgie
- B. Vous lui prescrivez un contrôle des glycémies capillaires à domicile
- C. Vous l'hospitalisez pour mettre en place un protocole d'insulinothérapie

Réponse 3

-  A. Vous appelez le patient pour lui demander de voir son diabétologue ou son médecin traitant avant la chirurgie
-  B. Vous appelez son médecin traitant
-  A. Vous reportez la chirurgie
-  B. Vous lui prescrivez un contrôle des glycémies capillaires à domicile
-  C. Vous l'hospitalisez pour mettre en place un protocole d'insulinothérapie

Le patient revient la veille de son intervention comme prévu.

Il a consulté son médecin quelques jours après votre appel et depuis 10 jours une IDE vient lui faire une injection d'insuline avec des contrôles glycémiques à domicile.

Sa glycémie hier soir à domicile était à 7 mmol/l (1,27 g/l)

Son ordonnance est la suivante :

→ LANTUS® : 20 UI le soir à 20h en SC

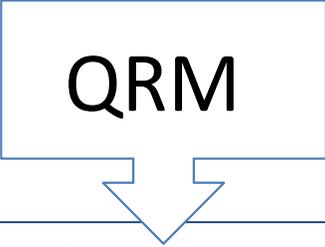
NOVONORM® : 4 mg x 3/24h

EUCREAS® : 1 cp x 2/24h

LOXEN 50LP® : 1 cp/jour

Question 4 : quelles sont alors vos prescriptions pré opératoires ?

QRM



- A. Vous lui faites une glycémie capillaire avant le repas du soir
- B. Vous prescrivez une demi-dose de Lantus[®] ce soir
- A. Vous lui donnez tous ses traitements sauf la metformine
- B. Vous lui prescrivez de l'insuline rapide en SC dans le service de chirurgie selon votre protocole de service en fonction des glycémies
- C. Vous le faites perfuser à minuit avec un soluté glucosé

Prescriptions préopératoires

- Récupérer le dosage de l'HbA1c, sinon le prélever à l'arrivée.
- Glycémie capillaire (GC) à l'arrivée.
- Règles de jeûne :
 - repas du soir normal ;
 - liquides clairs (thé, café, jus sans pulpe) jusqu'à H-2 de la chirurgie sauf si gastroparésie.
- Injection des insulines habituelles (lente, mélange fixe, analogue ultra rapide) avec le repas du soir et prise des ADO habituels sauf la metformine.
- Glycémie capillaire au coucher et le matin avec traitement adapté au protocole ci-dessous.
Faire une glycémie supplémentaire dans la nuit si glycémie < 5 ou > 10 mmol/L au coucher.

Période préopératoire

Glycémie capillaire (GC)					
Avant le repas du soir	Sucre		Insuline : analogue ultra rapide		
	15 g PO Prévenir le médecin		3 UI SC si correction non faite par le patient	4 UI SC	6 UI SC Prévenir le médecin
Repas du soir	Repas normal + insulines habituelles + ADO sauf metformine				
Au coucher 22 h-0 h	15 g PO				6 UI SC
Si besoin 3 h-4 h	GC à 15 min Prévenir le médecin si pas de correction		3 UI SC	4 UI SC	ou IVSE en réa Prévenir le médecin
6 h-7 h	Pas de prise d'ADO et VVP G10 % 40 mL/h				VVP NaCl 0,9 %
Pré-op. GC/3 h	G10 % 60 mL/h Prévenir le médecin		3 UI SC	4 UI SC	IVSE en réa Différer le bloc

Réponse 4

- A. Vous lui faites une glycémie capillaire avant le repas du soir
- B. Vous prescrivez une demi-dose de Lantus[®] ce soir
- A. Vous lui donnez tous ses traitements sauf la metformine
- B. Vous lui prescrivez de l'insuline rapide en SC dans le service de chirurgie selon votre protocole de service en fonction des glycémies
- C. Vous le faites perfuser à minuit avec un soluté glucosé

Le patient a reçu une injection d'analogue ultra rapide au coucher selon le protocole car sa glycémie était à 11 mmol/l.

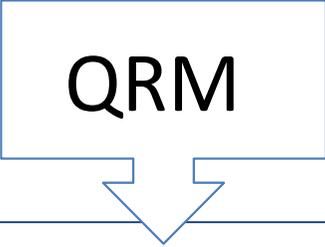
Ce matin à 6h00, la glycémie était à 8,6 mmol/l.

Il n'a pas pris ses traitements PO et l'IDE du service l'a perfusé avec du G10% : 1000 ml/24h comme prescrit.

Sa glycémie à l'entrée au bloc à 10h est à 12,5 mmol/l (2,27 g/l)

Question 5 : que faites-vous ?

QRM



- A. Vous débutez un protocole d'insulinothérapie IVSE après l'induction anesthésique
- B. Vous faites une injection de 10 UI SC de Novorapid®
- C. Vous faites une injection de 8 UI IV d'Humalog®
- D. Vous continuez la perfusion de glucosé en per opératoire
- E. Vous reportez la chirurgie

Réponse 5

QRM

- ✓ A. Vous débutez un protocole d'insulinothérapie IVSE après l'induction anesthésique
- ✗ B. Vous faites une injection de 10 UI SC de Novorapid®
- ✗ C. Vous faites une injection de 8 UI IV d'Humalog®
- ✓ D. Vous continuez la perfusion de glucosé en per opératoire
- ✗ E. Vous reportez la chirurgie

Vous avez débuté un protocole d'insulinothérapie IVSE en per opératoire.

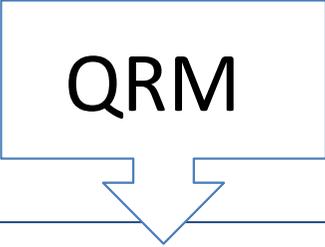
La glycémie se stabilise à H4 avec 6 UI/h d'insuline IVSE.

L'intervention est longue car difficile techniquement mais le patient est parfaitement stable sur le plan hémodynamique.

Vous le transférez en SSPI en fin d'intervention après extubation
La glycémie à l'arrivée en SSPI à 16h30 est à 8,1 mmol/l

Question 6 : que faites-vous ?

QRM



- A. Vous continuez la perfusion de G10% à 1500 ml/24h
- B. Vous arrêtez l'insulinothérapie IVSE à l'arrivée en SSPI car la glycémie est contrôlée
- C. Vous prescrivez à 18h l'arrêt de l'insuline IVSE et l'injection simultanée de 20 UI de LANTUS® en SC
- D. Vous autorisez sa sortie de SSPI avec un protocole type « basal-bolus »
- E. Vous reprenez son traitement habituel dès son retour dans le service de chirurgie

Réponse 6

-  A. Vous continuez la perfusion de G10% à 1500 ml/24h
-  B. Vous arrêtez l'insulinothérapie IVSE à l'arrivée en SSPI car la glycémie est contrôlée
-  C. Vous prescrivez à 18h l'arrêt de l'insuline IVSE et l'injection simultanée de 20 UI de LANTUS® en SC
-  D. Vous autorisez sa sortie de SSPI avec un protocole type « basal-bolus »
-  E. Vous reprenez son traitement habituel dès son retour dans le service de chirurgie

Cas clinique n°2

Enoncé

Madame I, 26 ans se présente aux urgences dans les suites d'une chute lors d'un cours de danse. Le bilan radiologique retrouve une fracture de l'humérus gauche peu déplacée. A l'examen clinique, il n'y a pas d'atteinte nerveuse, vasculaire ou de souffrance cutanée.

Elle est diabétique depuis l'âge de 6 ans et est traitée par pompe à insuline depuis 3 ans. Elle dit être bien équilibrée depuis la mise sous pompe et ne fait plus d'hypoglycémie. D'ailleurs, elle refuse qu'on touche à sa pompe à insuline.

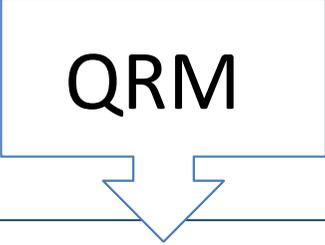
Elle pèse 53 kg pour 1,65m.

Sa glycémie à l'arrivée aux urgences est à 6,1 mmol/l.

La fracture ne relève pas d'une indication chirurgicale en urgence mais l'orthopédiste préfère l'hospitaliser pour vérifier l'absence de mobilisation du foyer de fracture après immobilisation par un Dujarrier.
Son dossier sera revu le lendemain après midi au staff d'orthopédie.

Question 1 : L'interne d'orthopédie vous appelle pour l'aider dans les prescriptions d'insuline

QRM



- A. Vous arrêtez la pompe à insuline car « vous ne savez pas comment ça marche » et vous la remplacez par de la LANTUS
- A. Vous arrêtez sa pompe et prescrivez un protocole d'insuline IVSE dans le service d'orthopédie car elle a besoin d'insuline
- B. Vous la laissez se débrouiller en lui demandant de noter ses glycémies capillaires
- C. Vous lui demandez son dernier dosage d'hémoglobine glyquée
- D. Vous prescrivez une perfusion de G10% 1500ml/24h car elle est diabétique sous insuline

Paradigm® REAL time



Les pompes « patch »





DIABÉTIQUE DE TYPE 1

Patient sous pompe à insuline



Objectifs glycémiques : 5 à 10 mmol/L (0,9 à 1,8 g/L).

Consultation d'anesthésie

Rechercher les complications spécifiques du diabète (*cf. Spécificités Consultation d'anesthésie*)

- Bilan cardiovasculaire (ECG), évaluation de la fonction rénale, conditions d'intubation, recherche d'une gastroparésie et d'une dysautonomie cardiaque.

Dosage de l'HbA1c qui permettra de définir la stratégie péri-opératoire

Préciser les modalités d'administration de la pompe : débit basal, bolus et le schéma de remplacement

Prescriptions préopératoires

- Récupérer le dosage de l'HbA1c, sinon le prélever à l'arrivée.
- Glycémie capillaire (GC) à l'arrivée.
- Règles de jeûne :
 - repas du soir normal ;
 - liquides clairs (thé, café, jus sans pulpe) jusqu'à H-2 de la chirurgie sauf si gastroparésie.
- Selon le type de chirurgie :

Chirurgie ambulatoire	Chirurgie mineure ou majeure
Garder la pompe à insuline si possible en péri-opératoire (<i>sinon cf. DT1 et chirurgie mineure</i>)	Garder la pompe à insuline jusqu'au bloc puis relais IVSE en peropératoire



- Glycémie capillaire au coucher et le matin avec traitement adapté au protocole ci-dessous.
Faire une glycémie supplémentaire dans la nuit si glycémie < 5 ou > 10 mmol/L au coucher.

Prise en charge ultérieure :

- arrêt des apports glucidiques IV dès reprise d'une alimentation orale suffisante ;
- adapter les posologies d'insuline lente et analogue ultra rapide selon le schéma basal-bolus ;
- reprise de la pompe à insuline dès que possible si absence de complication, aptitude du patient et alimentation orale suffisante ;
- consultation avec diabétologue si HbA1c > 8 % ou difficultés à la reprise de la pompe.



L'insuline ne doit **jamais** être arrêtée chez un diabétique de type 1.

Le risque est l'acidocétose liée à une carence en insuline.

Une hypoglycémie (glycémie < 3,3 mmol/L ou 0,6 g/L) impose :

- une recharge en glucose : 15 g PO (3 morceaux de sucre) ou 3 à 9 g IV (1 à 3 amp. de G30 %) ;
- une adaptation des posologies d'insuline SANS son arrêt.

Réponse 1

-  A. Vous arrêtez la pompe à insuline car « vous ne savez pas comment ça marche » et vous la remplacez par de la LANTUS®
-  B. Vous arrêtez sa pompe et prescrivez un protocole d'insuline IVSE dans le service d'orthopédie car elle a besoin d'insuline
-  C. Vous la laissez se débrouiller en lui demandant de noter ses glycémies capillaires
-  D. Vous lui demandez son dernier dosage d'hémoglobine glyquée
-  E. Vous prescrivez une perfusion de G10% 1500ml/24h car elle est diabétique sous insuline

La patiente veut finalement arrêter sa pompe car celle-ci est sous le Dujarrier et elle la gêne. De plus, la patiente dit qu'elle n'a plus de cartouches. Il est 19h.

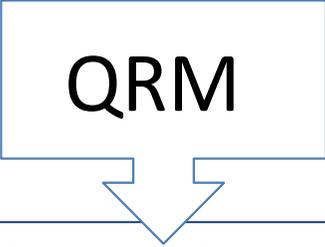
Vous prescrivez :

- l'arrêt de la pompe à 20h
- 15 UI de LANTUS SC à 20h
- un protocole d'analogue ultra rapide SC adapté aux glycémies capillaires avant les repas
- une perfusion de 150 g de sucre pour couvrir les besoins quotidiens

La glycémie le lendemain est à 12,5 mmol/l avant le petit déjeuner

Question 2 : La patiente exige qu'on reprenne sa pompe d'insuline

QRM



- A. Vous lui expliquez que c'est impossible car elle est hospitalisée
- B. Vous refaites une injection de 15 UI de LANTUS
- C. Vous lui expliquez que l'hyperglycémie est liée à la perfusion de glucosé
- A. Vous prescrivez un bolus d'analogue ultra rapide de 5 UI avant chaque repas et un bolus correcteur toutes les 4h si besoin
- B. Vous lui arrêtez la perfusion de glucosé car elle mange normalement

Réponse 2

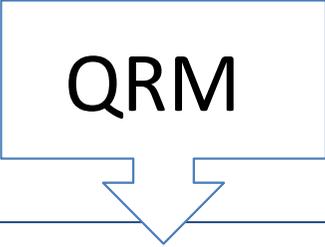
-  A. Vous lui expliquez que c'est impossible car elle est hospitalisée
-  B. Vous refaites une injection de 15 UI de LANTUS
-  C. Vous lui expliquez que l'hyperglycémie est liée à la perfusion de glucosé
-  D. Vous prescrivez un bolus d'analogue ultra rapide de 5 UI avant chaque repas et un bolus correcteur toutes les 4h si besoin
-  A. Vous lui arrêtez la perfusion de glucosé car elle mange normalement

Les glycémies se normalisent avec ce protocole type « basal-bolus »
Le soluté glucosé a été arrêté et la patiente prend ses repas normalement.

Le staff conclut à une indication chirurgicale. La patiente est vue en consultation d'anesthésie pour une intervention prévue le lendemain.

Question 3 : Vos prescriptions pré opératoires sont les suivantes :

QRM



- A. A jeun à minuit et liquides clairs autorisés jusqu'à H-2
- B. Injection de l'insuline lente le soir et protocole d'analogue ultra rapide selon les glycémies capillaires
- C. Pas d'injection de son insuline lente la veille au soir
- D. Injection d'une demi dose de l'insuline lente la veille au soir
- E. Protocole d'insuline IVSE dès la mise à jeun en salle d'orthopédie

Réponse 3

-  A. A jeun à minuit et liquides clairs autorisés jusqu'à H-2
-  B. Injection de l'insuline lente le soir et protocole d'analogue ultra rapide selon les glycémies capillaires
-  C. Pas d'injection de son insuline lente la veille au soir
-  D. Injection d'une demi dose de l'insuline lente la veille au soir
-  E. Protocole d'insuline IVSE dès la mise à jeun en salle d'orthopédie

Il est 8h00 le lendemain, la patiente est au bloc.

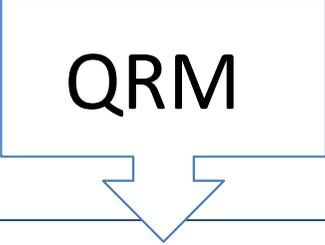
Les transmissions infirmières sont les suivantes :

- Glycémie la veille à 20h00 : 6 mmol/l. Lantus non faite par l'IDE
- Glycémie ce matin à 7h00 : 10,8 mmol/l. A reçu 4 UI de NOVORAPID® selon protocole
- Douche bétadinée faite
- A jeun depuis 0h00

La patiente est angoissée par l'ALR proposée en consultation, elle a réfléchi, elle préfère dormir...

Question 4 : Que faites-vous ?

QRM



- A. Vous refaites une glycémie
- A. Vous lui posez une perfusion de glucosé
- B. Vous essayez de la convaincre d'une ALR car elle est probablement « estomac plein » à cause de son diabète
- C. Vous faites une antibioprophylaxie par vancomycine car elle a plus de risque d'être colonisée à SDMR
- D. Vous démarrez immédiatement une insulinothérapie IVSE

Réponse 4

-  A. Vous refaites une glycémie
-  A. Vous lui posez une perfusion de glucosé
-  B. Vous essayez de la convaincre d'une ALR car elle est probablement « estomac plein » à cause de son diabète
-  C. Vous faites une antibioprophylaxie par vancomycine car elle a plus de risque d'être colonisée à SDMR
-  D. Vous démarrez immédiatement une insulinothérapie IVSE



Médecins

Médecine périopératoire, réhabilitation

SFAR2016/MED-1755

Prise en charge périopératoire du diabétique : enquête SFAR-SFD 2015

Gaëlle Cheisson¹, Marie José Lahoud¹, Bogdan Catargi², Emmanuel Cosson², Carole Ichai³, Sophie Jacqueminet², Anne Marie Leguerrier², Igor Tauveron², Alexandre Ouattara⁴, Paul Elie Valensi², Dan Benhamou¹

¹Anesthésie Réanimation, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, ²Société Francophone du Diabète, Paris, ³Anesthésie Réanimation, Hôpital PASTEUR 2, Nice, ⁴Anesthésie Réanimation, Hôpital du Haut-Lévêque, Bordeaux, France

Tranche d'âge: 31-40 ans

Type d'exercice prédominant: Anesthésie-Réanimation

Lieu d'exercice prédominant: CHU

Tous les auteurs attestent que ce travail a été réalisé conformément aux principes de l'intégrité scientifique rappelés dans la déclaration de Singapour: Oui

Type d'étude: Audit, EPP, formation médicale

Etude réalisée dans un Centre d'Investigation Clinique: Non

Position du problème et hypothèses de l'étude: Tout anesthésiste réanimateur rencontre quotidiennement des patients diabétiques. Les nouveaux traitements ont modifié considérablement le traitement de fond. Il n'existe aucune recommandation en langue française. Cette enquête avait pour but d'évaluer les connaissances et pratiques avant la mise à disposition de fiches pratiques réalisées par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et la Société Francophone du Diabète (SFD) en mars 2016.

Matériel et méthodes incluant la méthodologie statistique: Un questionnaire a été préparé par le groupe mixte SFAR-SFD. Les 6ères questions exploraient les caractéristiques des répondants et les 11 suivantes étaient des questions à choix multiples basées sur deux cas cliniques (diabète de type 2 sans puis avec traitement par insuline et diabète de type 1 avec pompe à insuline). Il a été envoyé à l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs inscrits dans le fichier de la SFAR (n = XXX) en novembre 2015 en utilisant l'outil de réponse SurveyMonkey®. Les résultats sont présentés de façon descriptive.

Résultats et Discussion : Parmi les 600 réponses, les caractéristiques des répondants apparaissent en accord avec les données globales de la discipline en France. 32 % des répondants indiquent ne pas avoir acquis de connaissances (par lecture de texte ou congrès) sur le diabète au cours de 5 dernières années. Le répaglinide n'est pas considéré comme un apparenté des sulfamides hypoglycémisants par 47 % des répondants, 33 % pensent que la metformine augmente la sécrétion d'insuline et 50 % ne savent pas que les gliptines sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale grave. Lorsqu'une insuline lente a été prescrite, 45 % des répondants réduisent la dose préopératoire à la moitié de la dose habituelle. En cours d'intervention (colectomie), 69 % prescrivent une insulinothérapie IV et 47 % ne poursuivent pas l'apport glucosé devant une glycémie à 12,5 mmol/l. La prescription postopératoire (dans le service de chirurgie) comporte une reprise de l'insuline lente dans 32 % des réponses.

Dans le cas décrivant patiente jeune avec un DT1 traitée par pompe à insuline, 82 % des répondants font confiance à la patiente pour la gestion de la pompe avant qu'une indication opératoire soit portée. A l'arrêt de la pompe, 77 % des répondants prescrivent une insulinothérapie avec analogue ultrarapide mais 29 % seulement prescrivent une insuline lente.

Conclusion: Cette enquête n'a pu explorer toutes les facettes du traitement périopératoire du diabète (nombre limité de questions) mais a montré une connaissance insuffisante des traitements de fond du diabète, qu'il s'agisse des médicaments par voie orale ou des insulines. L'administration d'insuline lente la veille au soir est inadéquate dans

SYSTEME PCx

