



# PATIENT DIABÉTIQUE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

CAS CLINIQUE – MARDI 28 JANVIER 2020

DIAPORAMA: Dr A. STERLIN

PRÉSENTATION: Dr J. GOLMARD

## MADAME M. 53ANS

- Arthroscopie d'épaule droite prévue le 17/12/19 en chirurgie ambulatoire
- Pas d'horaire de chirurgie au moment de la consultation d'anesthésie
  
- ATCD médicaux notables :
  - Diabète de type 2 depuis 2015
  - Dyslipidémie
- ATCD chirurgicaux notables :
  - Chirurgies abdominales : appendicectomie, endométriose, hystérectomie totale
  - Thyroïdectomie totale le 25/11/19
- Taille 175cm ; Poids 75kg ; IMC 24

## MADAME M. 53ANS

- Traitements :
  - Janumet 50/1000mg (sitagliptine / metformine) : 1-0-1
  - Metformine 1000mg : 0-1-0
  - Diamicron (glicazide) : 1-0-0
  - Rosuvastatine 10mg : 0-0-1
  - Levothyrox 150 $\mu$ g : 1-0-0
- Pas de bilan biologique prescrit
- Technique d'anesthésie proposée : Bloc interscalénique + AG
- Consignes données pour la gestion des médicaments :
  - La veille : poursuite de tous les ADO + rosuvastatine
  - Le matin : pas de prise des ADO, prise de levothyrox.

## CHIRURGIE LE 17/12/19

- 10h : arrivée à l'ambulatorio
  - HGT 1,57g/L
- 10h30 : BIS avec 10mL ropivacaïne 0,2% ; adjuvant 8mg dexaméthasone IVL
- 11h : AG pour chirurgie. Sufentanil, propofol, atracurium, entretien sévoflurane. Antalgiques paracetamol ketoprofène.
- 12h45 : entrée en SSPI
- 16h20 : salle de réhabilitation
  - HGT 2,68g/L : 6UI novorapid SC
- 17h20 : HGT 2,56g/L
- 18h : HGT 3g/L : 6UI novorapid SC + prise de janumet
- 19h30 : HGT 2,80g/L : décision d'hospitaliser la patiente

## EN SECTEUR D'HOSPITALISATION ...

- Diminution progressive des glycémies avec novorapid SC
- Dernière glycémie notée 2,39mM à 8h, novorapid 4UI
- Sortie de la patiente le lendemain

## PISTES DE RÉFLEXION ...

- La gestion des ADO en préopératoire vous paraît-elle optimale ?

NON

## Chirurgie de courte durée / Chirurgie ambulatoire

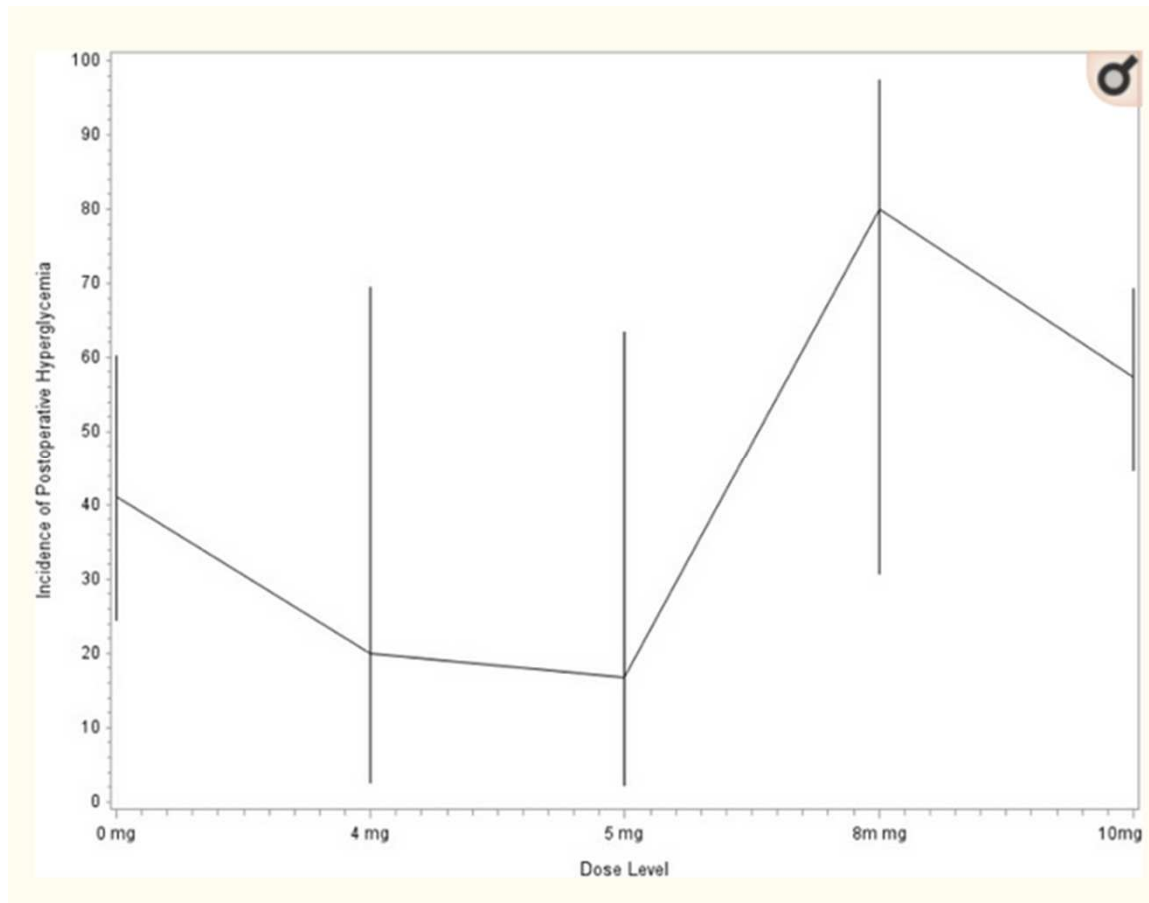
**Rechercher les complications du diabète et doser l'HbA1c** (différer la chirurgie si HbA1c > 9%)

**Stratégie péri-opératoire définie selon le nombre de repas sautés :**

Nombre de repas sautés	Horaire prévisible du bloc	Attitude pratique
0	quel que soit l'horaire	Poursuite du traitement le matin
1	avant 10 h	Petit-déjeuner et traitement du matin sont pris après la chirurgie
	entre 10 h et 12 h	Pas de petit-déjeuner et traitement donné à l'arrivée. Perfusion de G10 % 40 mL/h jusqu'au repas suivant si insuline ou sulfamide
	après 12 h	Poursuite du traitement le matin avec prise d'un petit déjeuner léger
2	<i>cf. Fiches DT1 et DT2 – Chirurgie mineure</i>	

## PISTES DE RÉFLEXION ...

- En per-opératoire ?
  - Fallait-il faire de la Dexamethasone chez cette patiente?



O'Connell RS, Clinger BN, Donahue EE, Celi FS, Golladay GJ. Dexamethasone and postoperative hyperglycemia in diabetics undergoing elective hip or knee arthroplasty: a case control study in 238 patients. *Patient Saf Surg.* 2018 Nov

## PISTES DE REFLEXIONS...

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.
- Qui dans cette assemblée recherche la gastroparésie et la dysautonomie cardiaque?



### Recherche et gradation d'une neuropathie autonome cardiaque en consultation d'anesthésie

#### 1. Recherche d'une hypotension orthostatique :

Mesure tensionnelle après 10 minutes de décubitus puis 1, 2 et 3 minutes après le passage à l'orthostatisme. L'hypotension orthostatique est définie par la baisse de la pression artérielle systolique d'au moins 20 mmHg (30 mmHg chez les hypertendus) et/ou de la pression artérielle diastolique d'au moins 10 mmHg en orthostatisme. En l'absence de facteur iatrogène, d'hypovolémie et d'anémie, sa présence témoigne d'une atteinte dysautonomique sympathique grave.

#### 2. Épreuves explorant les variations de la fréquence cardiaque (FC) : épreuves cardio-vagales

Ces épreuves doivent être effectuées au repos, à distance de la consommation de café ou de tabac.



## PISTES DE RÉFLEXION ...

- En postopératoire ?
  - Fallait-il hospitaliser la patiente à 2,8g/L de glycémie?
    - Plusieurs interprétations possibles des recommandations

### Période postopératoire

- Reprise d'une alimentation orale dès que possible.
- Si glycémie  $\leq 10$  mmol/L (1,8 g/L) reprendre les traitements habituels aux horaires habituels (et la pompe si arrêtée en perop.).
- Si glycémie  $> 10$  mmol/L (1,8 g/L) prolonger l'hospitalisation jusqu'à correction de la glycémie entre 5 et 10 mmol/L avec injection de bolus correcteur selon le protocole précédent.
- Si glycémie  $> 16,5$  mmol/L (3 g/L) contre-indication à une sortie à domicile et hospitalisation pour insulinothérapie IVSE.

## CONCLUSION: DIABETE ET AMBULATOIRE

- Même évaluation préopératoire que les autres chirurgies
- Maintient de tous les traitements, y compris le matin
- Apporter du sucre le matin en fonction de l'horaire de la chirurgie
- Mesure glycémie et Bolus d'insuline /2h en préopératoire, horaire a partir du peropératoire pour HGT inférieur à 10mmol/l