

Prise en charge d'un patient diabétique à jeun

Conseils pour la prise en charge des patients diabétiques

FICHE
2.4
SOIGNANTS

Introduction

Certaines situations médicales nécessitent de maintenir un patient sans boire ni manger. Il s'agit de:

- Examens radiologiques
- Examens endoscopiques
- Interventions chirurgicales

Pourquoi être à jeun lors d'une intervention ?

Le principal risque est l'inhalation gastrique, particulièrement chez un patient souffrant de neuropathie autonome. L'objet de cette fiche est de minimiser les risques d'hypoglycémie lorsque le patient diabétique doit rester à jeun.

Jeûne préopératoire

Les règles sont institutionnelles. Généralement, les recommandations sont :

- 2h pour les liquides claires (liquide sans particules, sans caséine, sans lipides et sans alcool, sont inclus: café, thé, boissons sucrées sans pulpe de fruit et sans gaz)
- 6h pour un repas léger (sans lipides)

Recommandations de prise en charge

A. Prise en charge pour un geste chirurgical ambulatoire

Règles de base: Objectifs glycémiques: 5 à 10 mmol/l

- Contrôler la glycémie avant l'examen et pendant l'examen.
- Si l'examen nécessite du produit de contraste, la metformine est arrêtée 24h à 48h avant et sera reprise 48h après l'examen.
- Si le jeûne se prolonge 4h au-delà de l'heure à laquelle le patient aurait dû avoir son dernier repas: contrôler la glycémie.
- Remplacer les glucides **selon OM** par une perfusion de glucose 10%.

Propositions de traitement :

- Pas d'antidiabétique oral le matin de l'examen
- Injection de l'insuline lente selon l'heure du rendez-vous: le matin ou dès la fin de l'examen
- Insuline mélangée ou rapide dès la reprise alimentaire
- Pour les insulines à base de Degludec, un consensus doit encore être défini

Consignes post-opératoires: dès la décision médicale, reprise de l'alimentation le plus rapidement possible ainsi que du traitement habituel.

B. Intervention chirurgicale avec hospitalisation de moins de 24 heures

Règles de base: Objectifs glycémiques: 5 à 10 mmol/l

- Contrôler la glycémie avant et pendant l'intervention.
- Ne pas oublier de faire un contrôle glycémique toutes les 2 heures dès le retour en chambre, ou plus souvent **selon OM des anesthésistes.**

Renseignements utiles (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

- Le type de diabète et ses complications
- L'HbA1c, les valeurs glycémiques
- Le type d'alimentation post-opératoire (normale, entérale, parentérale)
- Le traitement en cours: la dernière prise des antidiabétiques non insuliniques ou l'insulinothérapie (horaires, dosages, l'heure de la dernière injection d'insuline)

Consignes pré-opératoires indicatives (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

- Le patient diabétique est programmé en début de programme opératoire, vérifier que ce soit le cas
- Pas de perfusion systématique de glucose

Propositions de traitement (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

Patient sous traitements oraux:

- ADO stoppé selon leur durée d'action (24h à 48h avant)
- Si l'examen nécessite du produit de contraste, la metformine est arrêtée 24h à 48h avant et sera reprise 48h après l'examen

Patient insulino-traité:

- Chez le patient diabétique TYPE 1, NE JAMAIS ARRÊTER L'INSULINE LENTE
- PAS D'INSULINE RAPIDE sous cutanée, le matin de l'intervention
- Diminuer de 50% les insulines basales agissant pendant la période de jeûn
- Insulines mélangées à base de NPH: doses habituelles la veille de l'intervention, switch pour insuline basale 50% de la dose le matin de l'intervention (**selon OM**)
- Levemir, Glargine : adaptation des doses du matin voire du soir précédant
- Degludec ou mélange à base de Dégludec (Ryzodeg®): rendre attentif l'anesthésiste: faire glycémie dans la nuit

Profil glycémique (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

Contrôle des glycémies:

- Si patient alimenté: pré et postprandiales (2h PP)
- Si patient à jeun: au minimum 4 fois par 24h

Consignes post-opératoires (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

Dès la décision médicale, reprise de l'alimentation le plus rapidement possible ainsi que du traitement habituel.

C. Hospitalisation de plus de 24 heures pour une intervention programmée (entrée la veille ou le jour même)

Règles de base: Objectifs glycémiques: 5 à 10 mmol/l

- La visite anesthésique pré-opératoire évalue les risques et définit les consignes pré-opératoires, le traitement du patient diabétique ainsi que le suivi.

Renseignements utiles (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

- Le type de diabète et ses complications
- L'HbA1c, les valeurs glycémiques
- Le type d'alimentation post-opératoire (normale, entérale, parentérale)
- Le traitement en cours: la dernière prise des antidiabétiques non insuliniques ou l'insulinothérapie (horaires, dosages, l'heure de la dernière injection d'insuline)

Consignes pré-opératoires indicatives (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

- Le patient diabétique est programmé en début de programme opératoire, vérifier que ce soit le cas
- Pas de perfusion systématique de glucose

Propositions de traitement (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

Patient sous traitements oraux:

- ADO stoppé selon leur durée d'action (24h à 48h avant)
- Si l'examen nécessite du produit de contraste, la metformine est arrêtée 24h à 48h avant et sera reprise 48h après l'examen

Patient insulino-traité:

- Chez le patient diabétique TYPE 1, NE JAMAIS ARRÊTER L'INSULINE LENTE
- PAS D'INSULINE RAPIDE sous cutanée, le matin de l'intervention
- Diminuer de 50% les insulines basales (**selon OM**) agissant pendant la période de jeûn
- Insulines mélangées à base de NPH: doses habituelles la veille de l'intervention, switch pour insuline basale 50% de la dose le matin de l'intervention (**selon OM**)
- Levemir, Glargine : adaptation des doses du matin voire du soir précédant (**selon OM**)
- Degludec ou mélange à base de Dégludec (Ryzodeg®): rendre attentif l'anesthésiste: faire glycémie dans la nuit

Profil glycémique (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

Contrôle des glycémies:

- si patient alimenté: pré et postprandiales (2h PP)
- si patient à jeun: 4 fois par 24h

Consignes post-opératoires (à confirmer avec le médecin anesthésiste):

Dès la décision médicale, reprise de l'alimentation le plus rapidement possible ainsi que du traitement habituel.

D. Complications et attitudes

Hyperglycémie (voire décompensation hyperosmolaire ou acido-cétonique):

Si glycémie > à 14-15mmol/l, contrôler l'acétonémie ou l'acétonurie (si diabète de type I).

En cas d'hyperglycémie: se référer au schéma de correction insulinique **selon OM** ou téléphoner au médecin de garde.

Hypoglycémie :

En cas d'hypoglycémie: schéma de correction glucidique (cf. fiche « 4.3 Gestion de l'hypoglycémie »)

E. Prise en charge en urgence

Les situations urgentes favorisent la déstabilisation du diabète.

- Surveillances glycémiques rapprochées (type 1 aux 1-2h, type 2 aux 2-4h)
- A l'aide des données disponibles, estimer la durée d'effet des dernières doses d'ADO ou d'insuline prises
- Stopper le traitement habituel
- Correction de l'hyperglycémie **selon OM**, correction de l'hypoglycémie **selon OM**

Références

RPC: <http://www.diabetevald.ch/RPC/hosp-situations-specifiques/>

SFAR: http://sfar.org/wp-content/uploads/2014/05/00-HDQ_fichesdv180717.pdf

SFD: <http://www.sfdiabete.org/sites/sfd.prod/files/files/Recos-Référentiels/Fiches%20Diabète%20SFAR-SFD%202016.pdf>

Anesthésie du patient diabétique. Michel Carles Michel, Marc Raucoules-Aimé. Pôle d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Pasteur. Mapar 2010.

Complications neurologiques périphériques du diabète. J. Ghika T. Kuntzer G. Waeber. 2003. Revue Médicale Suisse, numéro 564.

Gestion périopératoire du diabète. G. Lebuffe. 2008. Congrès national d'anesthésie et de réanimation.

<http://www.sfar.org/accueil/>. Société française d'anesthésie et de réanimation. Site internet consulté en octobre 2014.

Prise en charge de l'hyperglycémie en périopératoire. M. Egli, L. Steiner. 2011. Protocole diabète/hyperglycémie. CardioMet.

Cir 10 1633 HOS-CHUV/Cardiomet/DM/MIAH/Memo ID/SMB v 1.3 4.12.2008

Groupe ayant élaboré ou mis à jour le document

Groupe ayant élaboré le document (mai 2015)

Karen Boucher, Brigitte Viseur, Dominique Talhouedec et Nadine Bongard; validé par Dres Daniela Sofrà et Patricia Halfon

Groupe de révision (novembre 2017)

Brigitte Viseur, Georgina Blatti et Dominique Talhouedec; validé par Dres Daniela Sofrà et Patricia Halfon

Date de la fiche : mai 2015 / révisé en novembre 2017

Date de la prochaine révision : décembre 2020