

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 (sinon cf. DT1 et chirurgie mineure)	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.

Période préopératoire

Glycémie capillaire (GC)	0,6 3,3	0,9 5	1,8 10	2,2 12	3 16,5	g/L mmol/L
Avant le repas du soir	Sucre 15 g PO Prévenir le médecin		Insuline : analogue ultra rapide 2 UI SC 3 UI SC si correction non faite par le patient			BU Prévenir le médecin
Repas du soir	Repas normal + pompe à insuline (avec bolus pour le repas)					
Au coucher 22 h-0 h	15 g PO GC à 15 min Prévenir le médecin si pas de correction		2 UI SC		3 UI SC	si cétose ⊖ 6 UI SC
Si besoin 3 h-4 h	Prévenir le médecin si pas de correction		2 UI SC		3 UI SC	si cétose ⊕ IVSE en réa Prévenir le médecin
6 h-7 h	WVP G10 % 40 mL/h + pompe à insuline					WVP NaCl 0,9 %
Pré-op. GC/3 h	G10 % 60 mL/h Prévenir le médecin		2 UI SC		3 UI SC	IVSE en réa Différer le bloc

Période peropératoire : arrêt de la pompe au bloc opératoire et insuline IVSE selon protocole.

Période postopératoire

Immédiate :

- perfusion glucosée (100 à 150 g/j) jusqu'à reprise d'une alimentation orale ou nutrition entérale ;
- traitement antidiabétique :
 - si insuline IVSE, continuer jusqu'à l'obtention d'une situation chirurgicale stable, l'absence de défaillance et glycémie stabilisée < 10 mmol/L (1,8 g/L) ;
- arrêt de l'insuline IVSE en SSPI avant le retour en salle :
 - reprendre la pompe en SSPI selon l'aptitude du patient ou
 - appliquer immédiatement le schéma basal-bolus : l'insuline lente est injectée en SSPI.

1. BASAL = INSULINE LENTE				
Calcul de la dose par 24 h	Insuline IVSE < 24 h		Insuline IVSE > 24 h	
	Dose habituelle		1/2 dose IVSE des dernières 24 h	
Première injection : dose selon l'horaire	Entre 0 h et 6 h	Entre 6 h et 14 h	Entre 14 h et 16 h	Entre 16 h et 0 h
	3/4 dose	1/2 dose	1/4 dose	dose totale
Horaire de dose totale suivante	à 20 h le soir même			à 20 h le jour suivant
Adaptation	Sur la glycémie préprandiale du matin suivant :			
			5 - 2 UI	10 idem + 2 UI
2. BOLUS POUR LES REPAS				
ANALOGUE ULTRA RAPIDE SC avant chaque repas oral et quelle que soit la glycémie : dose habituelle ou 0,1 UI/kg ou 1/6 dose/24 h (faire la moitié de la dose prévue si apports caloriques insuffisants)				
Ne pas faire si alimentation entérale ou parentérale continue et passer à la phase 3 (bolus correcteur)				
3. BOLUS CORRECTEUR				
ANALOGUE ULTRA RAPIDE SC à adapter selon GC à 8 h, 12 h, 16 h, 20 h, 0 h et 4 h				
Si repas (à 8 h, 12 h, 20 h) et GC > 10 mmol/L, le bolus correcteur est à additionner au bolus prévu pour le repas.				
	0,6 3,3	0,9 5	1,8 10	2,2 12
	3	4	6	
	3 à 9 g glucose IV ou 15 g de sucre PO			
	UI en SC + recherche cétose			

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.