

A DU DIABETIQUE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

Diabète = maladie générale

Objectif : éviter l'hypoglycémie

La conversion des g/l en mmol/l est obtenue en multipliant les g/l par 5,5

Norme : 4.4 à 6.1 mmol/l (= 0,8 à 1,1 g/L)

A – CONSEQUENCES DU DIABETE

Cardiovasculaires

Coronaropathie (avec ischémie silencieuse)

HTA

Cardiomyopathie diabétique (défaut remplissage VG,
micro angiopathie rétinienne = indice de gravité)

Artérite membre inf

Neuropathie dysautonomique

Neuropathie cardiaque

Ischémie silencieuse

Troubles du baroréflexe

Gastroparésie

Retard de vidange -> **ESTOMAC PLEIN**

Respiratoire

Liée à la dysautonomie

Dim de réponse à l'hypoxie et l'hypercapnie

= ! avec morphine et en SSPI

Rénale

IRC a long terme

A de structure du collagène

Enraidissement du rachis = **majoré le risque d'ID**

B – COMPLICATIONS DU DIABETE DESEQUILIBRE

Hypoglycémie

Norme : 4.4 à 6.1 mmol/l (= 0,8 à 1,1 g/L)

Complication grave, **pronostic vital en jeu**

Diagnostic difficile, dextro au moindre doute

Apport massif de glucose (10 a 20 ml de G30%) et arrêt de l'insuline

Coma hyperosmolaire

Complication du **DNID** (pas de corps cétonique dans urines)

Hyperglycémie élevée, glycosurie

TTT : Insuline, réhydratation au Na iso ou hypo

BES de contrôle (rech hypokaliémie)

Coma acidocétosique

Lié à une carence en insuline

Acidose liée à la production de corps cétoniques (retrouvés dans les
urines = diagnostic différentiel avec coma hyperosmolaire)

TTT : Insuline, Na iso ou g hypotonique

Bina pour l'acidose, BES de contrôle

C – ANESTHESIE

Préop :

DNID : Arrêt la veille des sulfamides (daonil, diamicon, glicazide)
Arrêt 48h avant pour biguanides (Glucophage, metformine, stagid)

Surveillance, et insuline ordinaire si besoin

DID : but : maintenir l'équilibre pour éviter toute hypoglycémie
- **Si insuline mixte** (intermédiaire + rapide), garder
L'intermédiaire et apport de glucose +/- IO si besoin.
- **Si pompe** : arrêt de la pompe et relais :
insuline intermédiaire : 2/3 – 0 – 1/3 de la dose

Perop :

Peu spécifique :
Surveillance des dextros
Attention troubles HDM, estomac plein....

POINTS CLES

>>Le diabète bouffe les vaisseaux et les nerfs<<

ARTERIOPATHIE GENERALISEE :

CORONAROPATHIE
HTA
ARTERIOPATHIE MB INF
INSUFF RENALE

NEUROPATHIE DYSAUTONOMIQUE :

ESTOMAC PLEIN
TROUBLES DU BAROREFLEXE
DIM SENSIBILITE O² & CO²

RISQUE N°1 = HYPOGLYCEMIE

RESUME ANCIENNE PROMO

<i>Risques</i>	<i>Impératifs</i>	<i>CAT</i>
Déséquilibre du diabète <ul style="list-style-type: none">• Hypoglycémie : manifestations polymorphes. Séquelles neurologiques catastrophiques• Coma hyper osmolaire : chez le DNID → polyurie hydrique → déshydratation → hypovolémie	<ul style="list-style-type: none">• Eviter toute hypoglycémie• Maintenir glycémie entre 5 et 10 mmol/l• Limiter les réactions hyperglycémiantes à	<ul style="list-style-type: none">• Contrôle dossier :<ul style="list-style-type: none">- nature du diabète- équilibre glycémique- glycémie du matin ± insuline ± apport de glucose• Prévoir insuline ordinaire + G 30 % dans la check list

<p>→ hta</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Coma acido cétosique</u> : chez le DID → transformation du glucose en corps cétosiques acides → acidose métabolique 	<p>l'agression</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention à prévoir plutôt en début de programme • PM anxiolytique pour ↓ le stress • En per op et post op : <ul style="list-style-type: none"> - anesthésie stable - contrôle HGT - si retard de réveil penser à une hypoglycémie
<p><u>De régurgitation ou d'inhalation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Gastroparésie</u> : liée à la neuropathie ⇒ Retard de vidange et stase gastrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer le diabétique comme un estomac plein 	<ul style="list-style-type: none"> • Proclive • Pré oxygénation +++ • Crash induction : fonction de l'anesthésiste • Manœuvre de Sellick • Vidange gastrique ? • Intubation obligatoire si AG • Extuber parfaitement réveiller
<p><u>Risque d'intubation difficile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accroissement de la quantité de collagène → raideur cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les critères d'intubation difficile 	<ul style="list-style-type: none"> • Signe de la prière impossible → mobilité cervicale réduite • Prévoir boîte d'intubation difficile en salle
<p><u>Risque cardio vasculaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Coronaropathie souvent silencieuse à cause de la neuropathie</u> • <u>HTA fréquente → instabilité HDM per op</u> • <u>Cardiomyopathie diabétique (défaut de remplissage) corrélée avec une atteinte rétinienne</u> • <u>Complications cardiaque per op Liés à la neuropathie diabétique dysautonomique (atteinte de l'innervation des fibres musculaires lisses du Σ et du parΣ)</u> ⇒ <u>difficulté d'adaptation au stress</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Arrêt cardiaque brutal</u> - <u>TDR pouvant aller jusqu'à la FV</u> - <u>Instabilité HDM per op par inadaptation à l'hypovolémie</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la coronaropathie, l'HTA • Faire fond d'œil et écho doppler • Rechercher la neuropathie : hypotension orthostatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre connaissance de la consultation cardio • O2 +++ • Stabilité HDM : <ul style="list-style-type: none"> - Pré-remplissage à l'induction - Détecter troubles ischémiques et TDR : CM5 + segment ST - AG avec narcose profonde et bonne analgésie - • Manipulation douce aux changements de positions • Installation avec contrôle soigneux des points d'appuis (névrite)
<p><u>Risque d'hypoxémie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Lié à la neuropathie dysautonomique</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>↓ de la réponse à l'hypoxie et hypercapnie</u> - <u>↓ de la réactivité bronchique (réflexe de toux)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter toute hypoventilation 	<ul style="list-style-type: none"> • Pré oxygénation+++ • Oxygénothérapie post opératoire • Surveillance de toute hypoventilation : bradypnée due aux Morphiniques...
<p><u>Risque d'insuffisance rénale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>qui peut être accélérée par une déshydratation extra cellulaire per opératoire</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la fonction rénale 	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance diurèse • Kaliémie per op si chirurgie longue ou post op • Recherche de globe vésical
<p><u>Risque infectieux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infection urinaire fréquente car évacuation incomplète de la miction à cause de la neuropathie</u> • <u>Difficulté de cicatrisation : qualité du sang trop sucré</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Asepsie rigoureuse • Antibio prophylaxie 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher et traiter l'infection urinaire • Asepsie +++