

Prise en charge des enfants diabétiques qui nécessitent un acte chirurgical ou qui doivent être à jeun.

Mise au point en février 2007 : Prof. H. DORCHY

Remarques générales

1. Autant que possible, les opérations chirurgicales doivent être programmées tôt le matin.
2. L'admission à l'hôpital doit se faire l'après-midi du jour qui précède l'intervention.
3. Les enfants diabétiques nécessitent toujours de l'insuline, même s'ils doivent être à jeun, pour éviter l'acidocétose.
4. Ils doivent être mis en perfusion le matin du jour de l'intervention.

Recommandations pratiques

1. Pas d'aliments solides à partir de minuit.
2. Insuline :
 - le jour qui précède, insulinothérapie habituelle, qu'il s'agisse du système à 2 injections ou du système basal-prandial.
 - le jour de l'intervention :
 - a. insulinothérapie basale-prandiale : on n'injecte pas l'insuline rapide ou ultrarapide (l'acidocétose sera prévenue par l'insuline basale injectée la veille au coucher).
 - b. insulinothérapie en 2 injections d'un mélange d'insuline : ne pas injecter l'insuline rapide ou ultrarapide, mais bien la moitié de la dose d'Insulatard ou de NPH habituellement faite le matin.
3. Perfusion : trousse en Y avec du sérum physiologique d'un côté et du glucosé à 5 ou 10 % de l'autre côté, à faire couler alternativement afin de maintenir une glycémie entre 100 et 200 mg/dl.
4. Surveillance de la glycémie : 2 heures avant l'intervention et immédiatement avant celle-ci; toutes les demi-heures pendant l'intervention; 1 fois par heure pendant les 4 heures post-opératoires. Il faut utiliser un auto-piqueur avec embase et aiguille jetables. De nombreuses erreurs de manipulation sont possibles (voir article joint). Il ne faut bien sûr pas mesurer la glycémie avec du sang prélevé au départ du cathéter. Il faut veiller aussi à ce que le bout des doigts ne soit pas contaminé par de l'eau glucosée...Il ne faut pas désinfecter les doigts à l'alcool car cela perturbe la réaction enzymatique. Les doigts doivent être parfaitement séchés, car certains lecteurs de glycémie ne nécessitent qu'1 µl de sang, si bien qu'1 µl d'eau peut provoquer une importante sous-estimation de la glycémie.
5. En cas d'hyperglycémie au dessus de 250 mg/dl, injection de NovoRapid ou d'Humalog : moins d'1/10 de la dose totale de l'insulinothérapie habituellement injectée en 24 heures.
6. Reprise de l'insulinothérapie habituelle avant le premier repas qui suit l'intervention.
7. En cas d'hypoglycémie alors que l'enfant n'est pas sous perfusion : voir recommandations jointes.

Cas où l'enfant doit être maintenu sous perfusion sans manger pendant plus de 10 heures

1. Soit l'enfant est mis sous perfusion continue d'insuline à la pompe.
2. Soit on peut maintenir son schéma habituel :
 - En cas d'insulinothérapie basale-prandiale, on injecte la dose habituelle d'insuline basale au coucher avec d'éventuelles corrections par NovoRapid ou Humalog en cas de glycémies dépassant 250 mg/dl (voir plus haut).
 - En cas d'insulinothérapie en 2 injections : lors de la deuxième injection, on injectera la moitié de la dose d'Insulatard ou de NPH, associée éventuellement à de la NovoRapid ou d'Humalog, si on constate une hyperglycémie à ce moment-là.

Acidocétose

Cf protocole ci-joint.

Prise en charge des enfants diabétiques en général

Cf article ci-joint.

Choix des régimes insuliniques

Cf articles ci-joints.

Utilisation des analogues de l'insuline à courte et longue durée d'action

Cf 2 articles ci-joints.

Résultats obtenus par la stratégie de prise en charge des enfants diabétiques à l'HUDERF

Cf article ci-joint.