

# Μετεγχειρητική ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση σε ασθενή με υπερκονδύλιο κάταγμα δεξιού αγκώνα και ΣΔ-II υπό αγωγή με αναστολέα SGLT-2

Φωτίου Δημήτριος<sup>1</sup>, Κοσόβολης Γεώργιος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ειδικευόμενος αναισθησιολογίας, 424 ΓΣΝΕ

<sup>2</sup> Επιμελητής αναισθησιολογίας, 424 ΓΣΝΕ

## Σκοπός

Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης σπάνιας μετεγχειρητικής επιπλοκής σε σακχαροδιαβητική ασθενή που λαμβάνει δαπαγλιφλοζίνη και υπεβλήθη σε χειρουργική αποκατάσταση υπερκονδύλιου κατάγματος δεξιού αγκώνα.

## Παρουσίαση περιστατικού

Πρόκειται για θήλυ ασθενή 68 ετών η οποία υπεβλήθη σε ανοιχτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση συντριπτικού υπερκονδύλιου κατάγματος δεξιού αγκώνα από τριμέρου. Από το ατομικό αναμνηστικό διαπιστώνεται ΑΥ, υποθυρεοειδισμός υπό φαρμακευτική αγωγή με καλή ρύθμιση, και ΣΔ-II υπό δαπαγλιφλοζίνη, γλιμεπιρίδη, πιογλιταζόνη και σιταγλιπτίνη – μετφορμίνη. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε υπό γενική αναισθησία, στον προβλεπόμενο χρόνο και χωρίς συμβάματα, ενώ ο μετεγχειρητικός πόνος ελέγχθηκε με περιφερικό αποκλεισμό βραχιονίου πλέγματος. Καθ'όλη την περιεγχειρητική περίοδο, παρόλο που έγινε διακοπή της λοιπής αντιδιαβητικής αγωγής και έλεγχος με ινσουλίνη, η ασθενής συνέχισε να λαμβάνει δαπαγλιφλοζίνη, ενώ παρέμεινε νήστις προεγχειρητικά και σε περιορισμένη σίτιση μετεγχειρητικά.

Τη 2η μετεγχειρητική ημέρα κλήθηκε ο εφημερεύων αναισθησιολόγος για εκτίμηση της ασθενούς που εμφάνιζε υπέρταση (170/100mmHg), ταχυκαρδία (130bpm), ταχύπνοια (40 αναπνοές/min), τάση για έμετο και συγχυτική κατάσταση. Από τα αέρια αρτηριακού αίματος διαπιστώθηκε βαριά μεταβολική οξέωση με αυξημένο χάσμα ανιόντων και ήπια υπεργλυκαιμία (1η μέτρηση).

Η ασθενής εισήχθη στη ΜΕΘ, όπου με τη διενέργεια γενικής ούρων διαπιστώθηκε σημαντική κετονουρία (4+) και γλυκοζουρία (4+) και ετέθη η διάγνωση της **ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης**.

Άμεσα μετά την εισαγωγή στη ΜΕΘ εμφάνισε αναπνευστικό κάματο, με αποτέλεσμα να διασωληνωθεί και να τεθεί σε ελεγχόμενο μηχανικό αερισμό για διατήρηση της υποκαπνίας, συνεχή υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και λελογισμένη χορήγηση κρυσταλλοειδών υγρών, σακχαρούχων ορών με παράλληλη χορήγηση ινσουλίνης και διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Με συνεχείς αναπροσαρμογές του μηχανικού αερισμού και της χορήγησης υγρών – ηλεκτρολυτών και ινσουλίνης, η οξεοβασική ισορροπία αποκαταστάθηκε εντός διημέρου, η ασθενής αποσωληνώθηκε και διατηρήθηκε ευπνοϊκή, με καλή οξεοβασική ισορροπία (2η μέτρηση), εκτός αιμοκάθαρσης και μηχανικού αερισμού.

	1 <sup>η</sup> μέτρηση	2 <sup>η</sup> μέτρηση
pH	6,96	7,41
pCO <sub>2</sub>	7,7	36,4
pO <sub>2</sub>	132	140
HCO <sub>3</sub>	4,9	23
BE	-28,5	
AG	27	
Lac	1,2	1,5
Glu	199	195

## Συμπεράσματα

Η ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση αποτελεί μια σχετικά σπάνια επιπλοκή της λήψης αναστολέων SGLT-2, με καλή πρόγνωση όταν αντιμετωπιστεί άμεσα. Η συνεπής τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών για διακοπή της αγωγής 72 ώρες πριν την επέμβαση κρίνεται απαραίτητη και, εάν αυτό δεν είναι εφικτό, απαιτείται αυξημένη περιεγχειρητική παρακολούθηση.

## Βιβλιογραφία

1. Peacock, S., Lovshin, J. and Cherney, D., 2018. *Perioperative Considerations for the Use of Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors in Patients with Type 2 Diabetes*.
2. EMA, 2016. *SGLT-2 inhibitors: PRAC makes recommendations to minimise risk of diabetic ketoacidosis*.