

E. IV Hypoglycémie néonatale – prise en charge

Contrôle des glycémies pour éviter: Hypoglycémie prolongée (> 4 h)
Hypoglycémie profonde (< 1.5 mmol/l)
Hypoglycémie symptomatique

Hypoglycémie	'cut off'
Glucotrend	< 2.5 mmol/l
*Contour 15''	< 2.5 mmol/l
Accucheck	< 2.5 mmol/l
Elite XL	< 3.0 mmol/l
Labo	< 2.5 mmol/l

Risque faible

RCIU <10 et >P3

Risque modéré

< 2500g ou RCIU < P3
< 37 sem (mais > 34 sem)
> 4500g ou > P97
diabète mat. (régime ou insuline) si bien réglé
Hb_{glyc}<6.8%; #fœtopathie)
hypothermie (≤ 36.0 °C)
hypoxie, asphyxie

Risque élevé – appeler pédiatre

Symptômes Trémulations, irritabil.
Apathie, hypotonie
Apnées
Convulsions

Diabète maternel insulino-dépendant
(mal réglé = Hb_{glyc}>6.8% ou signes de
fœtopathie diabétique)

glycémie immédiate

Alimentation précoce (avant 1h)

sans glycémies !

glycémie 3-4h (préprandial)

< 1.5 mmol/l

1.5-2.5 mmol/l

> 2.5 mmol/l

> 1.5 mmol/l

Lait HA 10-30 ml
par SNG si nécess.
alvcémie 30-60'

< 1.5 mmol/l

1.5-2.0 mmol/l

2.0-2.5 mmol/l

Perfusion

G10% 5-6 mg/kg/min
(voir remarques 4, 6)

Remarque :
Si > 15 min pour perfuser
SNG+lait HA en attendant
Diminution perfusion
selon remarque 7

oui
Symptômes
non

Gastroclyse

pd̄t 24-48h : max 60-80ml/kg/j
glycémie après 30-60' puis
aux 4h (3x normal)

Perfusion si reste < 2.0

Alimentation précoce

1. LM/lait HA (evt. DM) 10-30 ml aux 3 -4h
ou 10-15 ml/kg/j pd̄t 48-72h
2. glycémies avant repas (3x normal)

acceptable si:
≤ 3x et < 24h

Si symptômes
Si répétée > 3x
Si > 24h de vie

Remarque : *ne pas utiliser le Contour 5 sec! - maj 12.2013 RP

Remarques :

1. Hypoglycémie : La valeur seuil pour un risque cérébral n'est pas clairement établie. Les valeurs < 2.0 mmol/l sont pathologiques. Durant le premier jour de vie des valeurs entre 2.0 et 2.6 mmol/l peuvent être considérées dans la 'zone grise' et les valeurs > 2.6 mmol/l donc comme normales. Les risques de séquelles dues à l'hypoglycémie sont plus importants lorsque celles-ci sont **sévères** (<1.5 mmol/l), **prolongées** (> 4-6 h) ou **symptomatiques**.

2. Mesure de la glycémie : La mesure au laboratoire (glucose hexokinase) est le 'gold standard'. Des méthodes plus pratiques rapides sont disponibles, mais leur fiabilité est moindre. Parfois un facteur de correction doit être utilisé pour obtenir le seuil d'hypoglycémie ('cut off'), spécifique à chaque type d'appareil.

3. Alimentation précoce : 10-30 ml lait (LM ou lait HA; évt. dextrine maltose 10%). Premier repas avant une heure de vie, puis tous les 3 h durant 2 jours, si possible toujours après le sein. Les lipides du lait sont théoriquement avantageuses.

4. Intervention lors d'hypoglycémie : Lors d'hypoglycémie mesurée une intervention est nécessaire et doit être suivie d'un contrôle de cette mesure 30-60 min plus tard, qu'il s'agisse d'apports per os ou intraveineux.

Révision : Maj 5.2016 R. Pfister/R. De Luca

5. Traitement de l'hypoglycémie :

- A. Apports thermiques (lit chauffant, incubateur, lampe radiante)
- B. Apports en glucose
 - per os: lait (sucres lents et lipides) évt. DM10%
 - iv: glucose en continu – en général glucose 10% (G10)

6. Perfusion de glucose :

Début à 60-80 ml/kg/j de G10 (=4-6 mg/kg/min = 3.3 mlG10/kg/h)

Si hypoglycémie persiste

- a) push de 2 ml/kg G10 **et**
- b) augmentation de 1 mg/kg/min (=0.6 mlG10/kg/h)

Si normo glycémie (3 x normal)

- a) stop glycémies lors apports maintenus/inchangés

7. Sevrage du traitement:

a) Hypoglycémie type '**hyperinsulinisme**' (Diabète maternel, Rhésus): sevrage **rapide**, dès la première glycémie normale par paliers de 1-2 mg/kg/min aux repas. Après fin de perfusion 3 x glycémies normales.

b) Hypoglycémie type '**manque de stock**' (RCIU, prématurité, situation de consommation excessive): sevrage **lent** après 24h d'entretien. Réduction progressive de 1-2 mg/kg/min (=0.6-1.2 mlG10/kg/h) q 3-4 h avec contrôles des glycémies. Après fin de perfusion 3 x glycémies normales.

Références :

Aynsley-Green, Arch Dis Child 2000

Société Suisse de Néonatalogie (www.neonet.ch), 2011

Koh, Arch Dis Child 1988

Lucas, BMJ 1988

Cornblath, NEJM 1965

Risque Hypoglycémie	Faible	Modéré	Elevé
Qui ?	RCIU entre P3 et P10	• RCIU <P3 • P< 2500 gr • AG entre 34-37 • Macrosomie>P97 • P>4500 gr • Hypothermie (<36°C) • Souffrance fœtale • Tout diabète maternel équilibré ○ Dernière Hb glyquée < 6.8 % ○ Pas de fœtopathie diabétique	• Hypoglycémie symptomatique (Trémulations, Irritabilité, Apathie, Hypotonie, Convulsions, Apnée) • Tout diabète maternel NON équilibré ○ Dernière Hb glyquée > 6.8 % ○ Avec de fœtopathie diabétique (sauf macrosomie) <u>CAVE : en absence de Hb Glyquée, le diabète est considéré NON équilibré</u>
Contrôle glycémique	NON	Préprandial 3 x	Préprandial 3 x
Première Glycémie	--	Avant le deuxième repas	Immédiate en salle d'accouchement
Alimentation précoce	OUI Immédiatement après la première mise au sein administrer Lait HA 10-30 ml (par SNG si nécessaire). <u>CAVE : ne pas attendre plus que 30 minutes après la naissance pour donner le complément</u>	OUI Immédiatement après la première mise au sein administrer Lait HA 10-30 ml (par SNG si nécessaire). <u>CAVE : ne pas attendre plus que 30 minutes après la naissance pour donner le complément</u>	OUI Immédiatement après la mise au sein administrer Lait HA 10-30 ml (par SNG si nécessaire). <u>CAVE : ne pas attendre plus que 30 minutes après la naissance pour donner le complément</u>