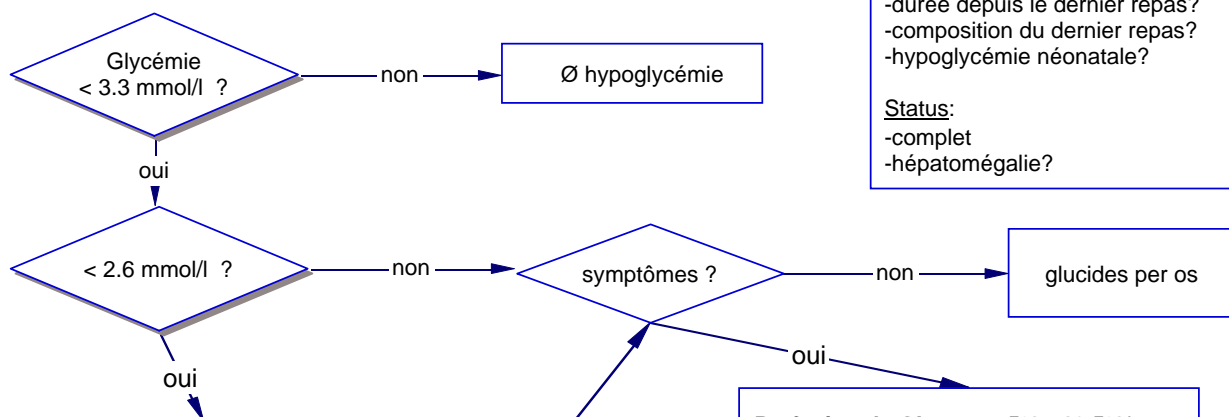


HYPOGLYCEMIE CHEZ L'ENFANT

ANAMNESE ET STATUS

Anamnèse:
 -durée depuis le dernier repas?
 -composition du dernier repas?
 -hypoglycémie néonatale?

Status:
 -complet
 -hépatomégalie?



BILAN HYPOGLYCEMIE
 Bilan à prélever simultanément au moment de l'hypoglycémie (<2.6 mmol/l)

analyses sang	prélèvement	quantité	acheminement
glucose + ammonium	1 microtainer vert	500 ul	URGENT sur glace, labo chimie urgences
lactate + pyruvate + bhydroxybutyrate + acéto-acétate	tube noir PCA	1 ml précis	agiter vigoureusement, sur glace, labo chimie routine (nuit/we : congeler)
STH Cortisol Insuline	1 tube jaune	3 ml	URGENT sur glace labo chimie urgences (nuit/we : centrifuger, décanter et congeler au labo péd)
acides aminés + profil de l'acylcarnitine	1 tube vert	2 ml	URGENT labo péd. centrifuger, décanter, congeler, CHUV
acides gras libres (NEFA)	1 multiwist blanc	1 ml	URGENT labo péd. centrifuger, décanter congeler, CHUV
gazométrie	1 capillaire		
Corps cétoniques capillaires	1 bandelette	30 ul	Lecteur aux SAUP

Perfusion de Glucose 5% - 12.5%*
 Besoins d'entretien + électrolytes

Si symptômes importants :
Glucose 20% i.v. (2ml/kg) puis perfusion de Glucose 5% - 12.5%* selon besoins
 (*minimum 10% chez enfant < 10kg)
 Rem: apports minimal de glucose:
 -n-né et nourrisson: 6-8 mg/kg/min
 -enfant: 3-5 mg/kg/min

N° UTILES

consultants	Prof. E. Girardin	79.59 696	
	Dre I. Kern	79.27 370	079 621 34 53
	Dre V. Schwitzgebel	79.59 770	
	Natel garde endo		079 470 44 58
laboratoires	chimie urgence	27 342	
	chimie routine	27 360	
	labo pédiatrie	24 543	
	ECA CHUV	27 371	021 314 41 54
transport urgent	semaine 7h- 18h	55 541	
	semaine 18h - 20h	79.57 750	
	we/férié 7h30 - 18h	79.57 750	

Urine : récolter la 1ère miction après l'hypoglycémie

analyses urine	réceptif	quantité	acheminement
stix + corps réducteurs	tube bouchon bleu vissé	5 ml	labo péd.
acides organiques	tube rouge	5 ml	labo péd. congeler, CHUV

CLASSIFICATION

Lactate normal		Lactate élevé (> 1.8 mmol/l)		
Corps cétoniques normaux ou abaissés	Corps cétoniques élevés	Sans hépatomégalie	Hépatomégalie isolée	Insuffisance hépatique sévère
<u>Causes endocriniennes :</u> Hyperinsulinisme	- Hypoglycémie cétosique - Déficit en GH ou cortisol, p.ex : hypopituitarisme	- Aciduries organiques - Déficit d'utilisation des c. cétoniques - Maladie du sirop d'érable	-Glycogénoses - Déficit de la néoglucogenèse	- Intolérance au fructose - Maladies de la chaîne respiratoire - Tyrosinémie de type I - etc.
<u>Causes métaboliques :</u> - déficit oxydation des a. gras - Déficit carnitine				

Manifestations cliniques : variables, non spécifiques

Symptômes d'origine adrénérurgique :
 - anxiété, hypersudation, tachycardie, pâleur, tremblement, faim, nausée

Symptômes liés à la neuroglycopenie :
 - céphalées, troubles du comportement, vertiges
 - altération de l'état de conscience (coma, convulsions)

Remarques :
 Toute mesure prise pour traiter une hypoglycémie doit être suivie d'un contrôle refl ± glycémie, 15 min après pour vérifier la correction de la glycémie.
 Par la suite, surveillance régulière de la glycémie (la fréquence des contrôles dépend de l'importance et de la cause de l'hypoglycémie)