

Hypoglycémie néonatale – prise en charge

Contrôle des glycémies pour éviter:	Hypoglycémie prolongée (> 4 h)	Hypoglycémie 'cut off'
	Hypoglycémie profonde (< 1.5 mmol/l)	Glucotrend < 2.5 mmol/l
	Hypoglycémie symptomatique	Contour 15' < 2.5 mmol/l
		Accucheck < 2.5 mmol/l
		Elite XL < 3.0 mmol/l
		Labo < 2.5 mmol/l

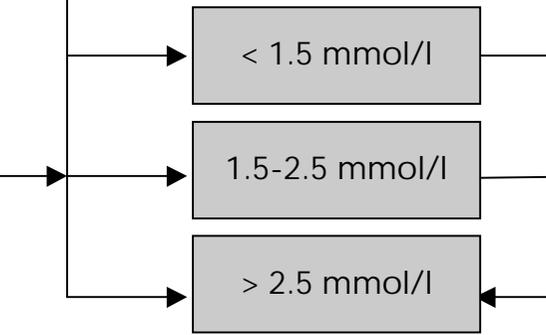
Routine – risque modéré

Risques < 37 sem (mais > 34 sem)
 < 2500g ou RCIU < P10
 > 4500g ou >P90
 - diabète gest. sous régime & signes de foetopathie diab.
 - hypothermie (≤ 36.0 °C)

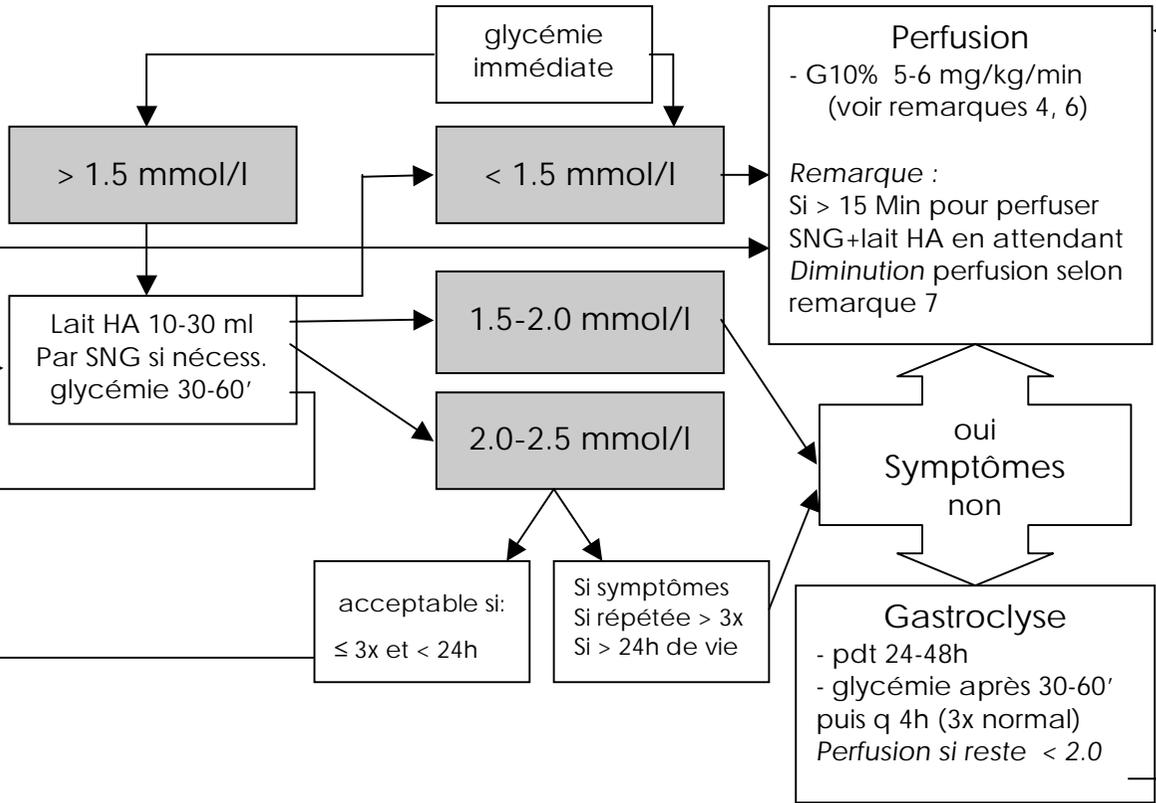
Risque élevé – appeler pédiatre

Symptômes Trémulations, irritabil. Diabète maternel insulino-dépendant
 Apathie, hypotonie
 Apnées
 Convulsions

Alimentation précoce avant 1h & glycémie 3-4h (pre-prandial)



Alimentation précoce
 1. LM/lait HA ou DM
 2. 10-30 ml aux 3h pdt 48-72h
 3. glycémies avant repas (3x normal)



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 3.2009 R. Pfister

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. 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), 2007

Koh, Arch Dis Child 1988

Lucas, BMJ 1988

Cornblath, NEJM 1965