



anorexie boulimie centre vaudois



Dr C. Monney Chaubert^{1,2}, Dr P. Coti Bertrand^{1,3}, Dr F. Lier^{1,4}, Dr D. Stagno¹, M. Castaneda¹
Dr A.-E. Ambresin^{1,4}, Dr J.-Y. Pauchard⁵, Dr J.-B. Armengaud⁵, Dr G. Duvoisin⁵

1 abC, Centre vaudois anorexie boulimie - eHnv, hôpital de St-Loup et CHUV, Lausanne

2 Service de médecine interne - eHnv, hôpital de St-Loup

3 Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme - CHUV, Lausanne

4 Division interdisciplinaire de santé des adolescents -CHUV, Lausanne

5 Service de pédiatrie - CHUV, Lausanne

Protocole hospitalier de renutrition

But

- Document de référence pour la renutrition des patients hospitalisés dans le cadre de l'unité abC
- Assurer une renutrition adéquate et efficace permettant d'atteindre aussi rapidement que possible un poids ne mettant plus en jeu le pronostic vital
- Prévenir et détecter précocement les complications liées à la renutrition
- Favoriser une alimentation per os tout en identifiant rapidement l'indication à une nutrition entérale par sonde naso-gastrique (SNG)

Application du protocole

- Ce protocole est à usage intra-hospitalier et non ambulatoire
- Il s'applique à des patients avec TCA à risque de renutrition compliquée selon les critères ci-dessous ou selon l'évaluation du somaticien
- Son application se fait sous la supervision d'un médecin somaticien et en adéquation avec les objectifs psychiatrique (cf. annexe 1). Dans certaines situations, des adaptations individuelles doivent avoir lieu sur la base d'une décision multidisciplinaire
- Les étapes 2 et 3 ne sont pas applicables telles quelles à des patients avec un syndrome inflammatoire ou des comorbidités somatiques chroniques associées
- L'étape 3 devrait être poursuivie jusqu'à un IMC de 15 kg/m² pour les adultes et jusqu'à un %IMC_{méd} >80% (cf. annexe 2a et b) pour les patients âgés de moins de 18 ans. Ces objectifs permettent de limiter les atteintes d'organes secondaires à la dénutrition et de retrouver une fonction cognitive plus adaptée à la prise en charge psychiatrique du TCA
- Une cinétique de poids non atteinte malgré des apports adéquats doit faire rechercher une cause (purgative, hyperactive ou somatique)
- Pour un descriptif plus détaillé de la prise en charge de l'adolescent se référer au guide PECAME du département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV

Identification des patients à risque

- ◇ Anamnèse et évaluation clinique
- ◇ Evaluation anthropométrique (taille, poids, périmètre abdominal, pli cutané tricipital et circonférence brachiale) et impédancemétrie (composition corporelle)
- ◇ Bilan paraclinique initial large (FSS, électrolytes, tests hépatiques et TP, glucose, urée, bicarbonates, préalbumine, ferritine, vit. B12, folate, TSH, spot urinaire)
- ◇ Critères identifiant les patients à haut risque de développer des complications de renutrition et à qui s'adresse ce protocole :

Pour les adultes : Selon NICE, Nutrition support in adults, CG32 February 2006

Patient avec ≥ 1 critère suivant

ou

Patient avec ≥ 2 critères suivants

- IMC $< 16 \text{ kg/m}^2$
 - Perte de poids de $> 15\%$ en 3-6 mois
 - Apport alimentaire minime > 10 jours
 - Mg, K et/ou Phosphate bas avant renutrition
- IMC $< 18.5 \text{ kg/m}^2$
 - Perte de poids de $> 10\%$ en 3-6 mois
 - Apport alimentaire minime > 5 jours
 - Abus d'alcool ou de médicaments

Pour les patients âgés de moins de 18 ans :

- $\% \text{IMC}_{\text{méd}} < 70\%$ (cf. annexe 1a et 1b)
- Perte de poids $> 20\%$ en 1 an ou $> 10\%$ en 6 mois ou $> 1 \text{ kg/semaine}$
- Dénutrition prolongée > 9 mois
- Mg, K et/ou Phosphate bas avant renutrition

Critères pour envisager une nutrition entérale par SNG :

- ◇ prise alimentaire incomplète
- ◇ cinétique pondérale non conforme aux objectifs

Si pose de SNG, discuter d'emblée :
- objectif de SNG
- poids pour retrait de la sonde
- peser non habillé, de manière aléatoire

ETAPE 1 : Durant la 1ère semaine d'hospitalisation :

Objectifs somatiques : ÉQUILIBRE MÉTABOLIQUE

- *Prévention du syndrome de renutrition inappropriée (SRI) :*
 - Apports limités mais progressifs : cible calorique correspondant aux besoins de base à atteindre en 1 semaine
 - Supplémentation (cf. annexe 3)
 - folate 5mg per os et Benerva® 300 mg per os (évent. iv selon OM) pendant 10 jours
 - Supradyn® pendant 1 mois
 - Substitution électrolytique si déficit ou limite inférieure de la norme ou selon OM
 - Limitation des apports hydriques/sodés selon OM
- *Prévention des hypoglycémies :*
 - Apports fractionnés sur la journée en 3 repas et 3 collations

Surveillance clinique : 1x/jour à consigner sur Soarian

- Poids, tension artérielle, pulsations, fréquence respiratoire, saturation en O₂
- Contrôle des œdèmes (parties déclives, prétibiales, périmalléolaires)

Surveillance biologique :

- Bilan électrolytique (Phosphate, K, Mg, Ca corr., Na), glucose, urée, créat:
 - aux 24h si anomalie électrolytique
 - aux 48h sinon
- glycémies capillaires postprandiales (cf. annexe 5)
 - si symptômes d'hypoglycémie ou haut risque (hépatopathie, IMC<10)
 - si SNG : 30-60 min. après arrêt de la nutrition entérale)

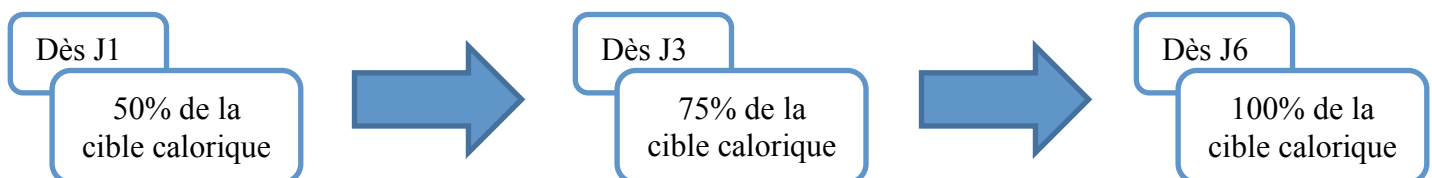
Cibles calorique adulte : Poids d'entrée * 35 kcal/kg*j

15-18 ans : Poids d'entrée * 40 kcal/kg*j + 20% pour les garçons

11-14 ans : Poids d'entrée * 50 kcal/kg*j + 20% pour les garçons

- apport calorique haut car prédominance de masse maigre dont le métabolisme est élevé. Ne tient pas compte de la dépense énergétique éventuelle due à l'hyperactivité physique
- **Cible protéique :** Poids d'entrée * 1 à 1.5 g/kg*j (assuré par le régime normal), selon les variations de l'apport calorique, l'apport protéique peut être plus élevé que les recommandations afin de maintenir un régime équilibré

Progression des apports calorique cf. annexe 4



Arrêt de progression entre les paliers si

- prise de poids >1 kg/j
 - trouble électrolytique
 - trouble métabolique majeur (e.g. hépatite) selon évaluation du somaticien
- Attention perd souvent du poids au début

ETAPE 2 : Durant la 2^{ème} semaine d'hospitalisation:

Objectifs somatiques : RELANCE MÉTABOLIQUE

NB : uniquement valable pour les patients avec TCA sans syndrome inflammatoire

- Couverture des besoins de base avec **augmentation progressive des apports**
- **Courbe** de poids **ascendante**
- Prise de poids de **0.5 kg sur la semaine**

Surveillance clinique : 2-3x/semaine à consigner sur Soarian

- **Poids**
- Tension artérielle, pulsations, fréquence respiratoire, saturation en O₂

Surveillance biologique :

au moins 2x/sem.

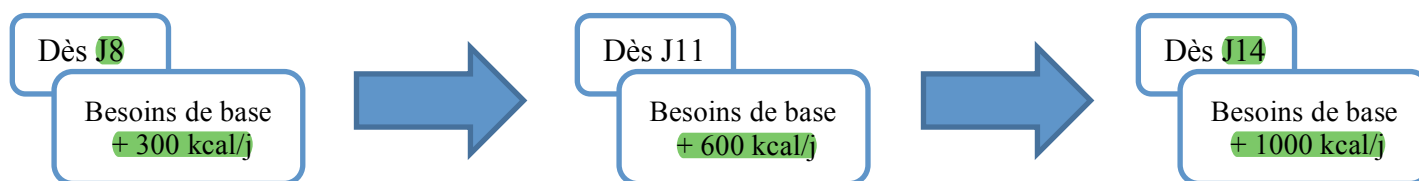
- 2x/sem : bilan électrolytique (Phosphate, K, Mg, Ca corr, Na), créatinine
- 2x/sem : glucose, urée, préalbumine et triglycérides à reproduire jusqu'à normalisation
- 1x/sem : tests hépatiques

Cible calorique adulte : Poids d'entrée * 35 kcal/kg*j
15-18 ans : Poids d'entrée * 40 kcal/kg*j + 20% pour les garçons
11-14 ans : Poids d'entrée * 50 kcal/kg*j + 20% pour les garçons
+ apports progressifs pour prendre 1 kg/semaine

NB : 7000 kcal = prise pondérale de 1 kg

Progression des apports caloriques

cf. annexe 4



Arrêt de progression entre les paliers si

- trouble électrolytique
- trouble métabolique majeur (e.g. hépatite) selon évaluation du somaticien

Critères pour envisager une nutrition entérale par SNG :

- prise alimentaire incomplète
- cinétique pondérale non satisfaisante

ETAPE 3 : Dès la 3^{ème} semaine d'hospitalisation:

Objectifs somatiques : RENTRITION (anabolisme protéique)

- *Renutrition*
 - Prise de poids de 1 kg/semaine ou selon objectifs thérapeutiques

Surveillance clinique : à consigner sur Soarian

- Poids 2x/semaine puis selon contrat
- Anthropométrie et impédancemétrie 1x/mois

Surveillance biologique : 1x/semaine puis 1x/mois (selon OM)

- Bilan électrolytique (Phosphate, K, Mg, Ca corr, Na)
- glucose, urée, créatinine, préalbumine et triglycérides à reproduire jusqu'à normalisation

Cible calorique adulte : Poids *actuel* * 35 kcal/kg*j + 1000 kcal/j

15-18 ans : Poids *actuel* * 40 kcal/kg*j + 20% pour les garçons+ 1000 kcal/j

11-14 ans : Poids *actuel* * 50 kcal/kg*j + 20% pour les garçons+ 1000 kcal/j

Références

Crook. Nutrition. 2014. PMID:25280426

Garber et al., Int J Eat Dis. 2016. PMID:26661289

Mehler et al., J Nutr Metab. 2010. PMID:20798756

National Institute for Health and Clinical Excellence, , Nutrition support in adults, NICE Clinical Guideline 32, Février 2006

Yamashita et al. Int J Eat Disord 2010. PMID:19459214

Annexe 1

Modalités de prise en charge psychiatrique à l'hôpital

Phase préliminaire de l'hospitalisation

Marquée par des symptômes liés aussi bien à l'AM (anorexie mentale) qu'au grave état de dénutrition : **asthénie, épuisement** mais aussi exacerbation de l'**hyperactivité par moments**. **Anxiété** parfois paroxystique, grave **labilité d'humeur** voire **dépression** constituée. **Irritabilité. Suicidalité** accrue. Comorbidités exacerbées : **TOC, lésions auto-infligées**.

La contention des symptômes les plus envahissants et les plus dangereux constitue un premier objectif de soins : **contention par le cadre hospitalier, contention relationnelle par les soignants, accompagnement psycho-éducatif dans les activités les plus sensibles (repas, repos)**, contention médicamenteuse. **Restriction des mouvements** (cadre de chambre stricte, hygiène en chambre), **restriction de la fréquence et de la durée des visites et des communications téléphoniques ou par d'autres media**. Il n'y a pas de **contrat de séparation** néanmoins que ce soit pour les adultes ou les adolescents.

Devant l'échec de ces premières mesures, sanctionnées par une péjoration ultérieure de l'état de santé du patient, que ce soit du point de vue pondéral ou psychiatrique général (observance insuffisante, apparition de trouble du comportement général) ou si malgré les précautions d'usage un SRI s'installe, un **transfert** transitoire dans la structure de soins continus de l'**hôpital de SL** ou au **DMCP** peut s'avérer nécessaire. **Les moyens d'action sur le plan somatique et de contention sont dès lors plus importants**: patient **alité**, appareillé pour une surveillance des constantes vitales, **restriction ultérieure de l'activité physique**. Intensification, sous surveillance, du traitement médicamenteux, adaptation fine du protocole de renutrition.

La responsabilité des soins est déléguée aux internistes de SL, respectivement aux pédiatres du DMCP. Une **liaison quotidienne** est assurée par l'équipe de l'abC à SL ou déléguée à la pédopsychiatrie de liaison du CHUV pour les situations pédiatriques.

Cette phase préliminaire est d'une durée variable. Celle-ci dépend de l'IMC d'entrée du patient et de son état général aussi bien somatique que psychique. Cette première phase d'hospitalisation arrive à échéance lorsque les symptômes les plus envahissants sont contrôlés et lorsque l'IMC avoisine les 15kg/m², ou un percentile défini par la pédiatre à l'admission.

Les suivis psychothérapeutique, diététique et physiothérapeutique sont d'emblée actifs et s'adaptent à l'état de santé du patient. L'inclusion dans des groupes thérapeutiques, dits de base, dépend également de l'état de santé du patient.

Le travail familial débute d'emblée. La participation du patient à ce travail d'investigation, d'élaboration et de guidance parentale dépend également de son état de santé. **Si son état de santé le permet, il participe à l'intégralité des entretiens familiaux ou aux entretiens dans leur entier**.

Une crise suicidaire grave, une décompensation psychotique, l'émergence d'un autre trouble grave de l'Axe I peuvent justifier un transfert en milieu psychiatrique général ou dans une structure pédopsychiatrique générale proche du domicile, y compris durant cette phase préliminaire.

Phase de récupération d'un poids minimal de santé ou d'un poids de transition aux soins intermédiaires

Il s'agit d'une deuxième phase de l'hospitalisation, souvent **la plus longue**, inaugurée par la disparition du danger vital imminent : IMC **au-delà des 15kg/m²** (ou percentile équivalent), absence de risque d'un syndrome de renutrition inappropriée, contrôle symptomatique satisfaisant, capacité pour le patient de s'inscrire dans un **contrat thérapeutique** définissant le poids d'atteinte (en milieu hospitalier ou en cas de transition rapide vers des soins intermédiaires, à l'hôpital de jour), un partenariat dans la définition des objectifs et des outils de travail pour y parvenir. Le contrat définit également des critères d'atteintes mutuellement acceptés.

Le partenariat avec l'entourage et plus particulièrement la famille des plus jeunes est intensifiée dans la perspective imminente d'un retour progressif dans le milieu habituel.

La psychothérapie individuelle, caractérisée dans la phase préliminaire essentiellement par du soutien, se déploie pleinement sur un modèle multimodal et intégré s'inspirant des thérapies d'inspiration analytique, **cognitivo-comportementale**, systématique ou selon d'autres manuels approuvés dans le traitement des TCA.

Cette phase d'hospitalisation s'achève avec l'exposition du patient hors de l'unité d'abord avec puis sans accompagnement ou avec l'accompagnement des proches.

Phase de transition aux soins intermédiaires ou ambulatoires

Il s'agit de la dernière phase de l'hospitalisation se traduisant par des expositions rapidement progressives et de longue durée pour certaines d'entre elles.

Les traitements sus-décrits se poursuivent, à l'exception de certaines activités intra-hospitalières (certains groupes thérapeutiques notamment) qui cèdent le pas aux expositions.

La **thérapeutique diététique groupale ou individuelle s'intensifie** en revanche autour des repères alimentaires, souvent mis à mal dans les phases d'exposition, de même que la prise en charge physiothérapeutique individuelle axée sur l'**atténuation de la dysmorphophobie** et le traitement des troubles de la perception corporelle profonde. Nous abordons les difficultés relationnelles usuelles de façon plus insistante durant cette phase au profit de l'expérience nouvellement acquise hors de l'hôpital.

Nous prévoyons un **retour progressif dans le milieu scolaire et familial**. Des **repas thérapeutiques de famille** sont organisés au besoin.

Ces traitements reposent sur la volonté marquée d'une transition rapide aux soins intermédiaires, selon les cas et dans la mesure du possible. Nous organisons une présentation du CDJ et de son programme ainsi qu'une ou plusieurs visites initialement accompagnées, et nous participons à la conception d'un projet thérapeutique au CDJ.

La médication anxiolytique et neuroleptique, si elle est introduite, est titrée à la baisse, en fonction de la clinique.

L'hospitalisation s'achève au profit des soins intermédiaires (plus rarement au profit de soins exclusivement ambulatoires) dans une fourchette d'**IMC allant de 16 à 18.5kg/m²** (ou percentile équivalent) en fonction du profil spécifique du patient. La minorité d'âge, un épisode inaugural, l'absence de comorbidités psychiatriques graves et un milieu social favorable sont autant de critères faisant privilégier une transition rapide au CDJ. Au contraire, une situation de rechute, une comorbidité psychiatrique sévère, d'autres difficultés psycho-sociales parlent en faveur d'une hospitalisation jusqu'à l'obtention d'un poids minimal de santé.

Situations particulières

Chronicité

Une partie non négligeable des patients soignés à l'abC souffrent d'une forme durable et **chronique** de l'anorexie mentale (évolution de **plus de 7 ans sans périodes de rémission** significative).

Lorsque le projet thérapeutique suppose une reprise pondérale même partielle le protocole de renutrition s'applique tel quel.

Protocole de renutrition et soins sous contrainte

Le protocole de renutrition peut s'appliquer tel quel aux patients admis sous contrainte médicale ou par voie de justice. Il s'agit dès lors d'un traitement contraint régi par la loi sur le droit des patients.

Annexe 2b



Département médico-chirurgical
de pédiatrie

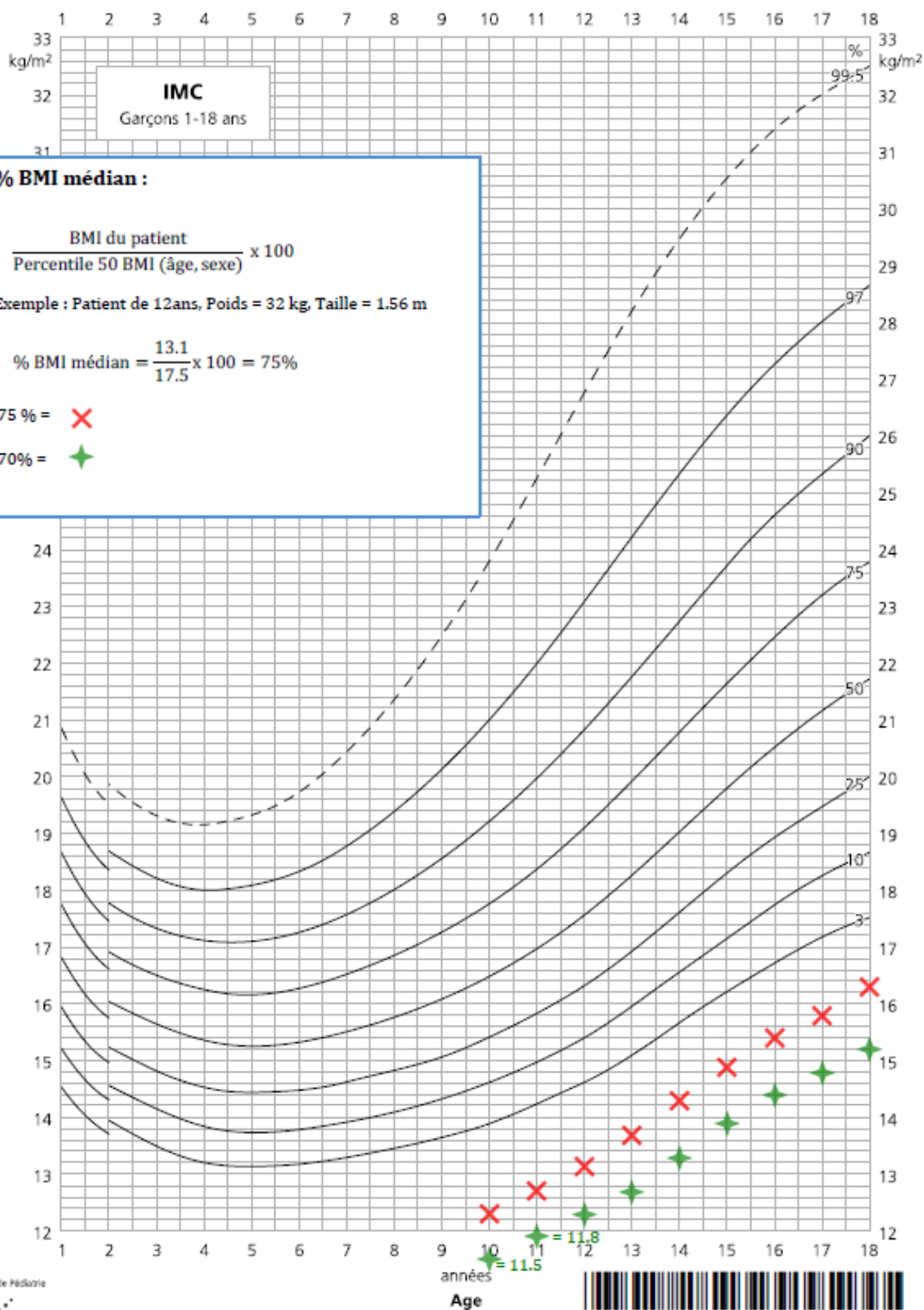


Centre vaudois anorexie boulimie

Nom

Date de naissance

12.09.2012



Elaboré par le groupe de travail "courbes de croissance" de la Clinique pédiatrique universitaire de Zurich (Paediatrica 2011, Vol. 22, No 1)
Source: WHO Growth Charts (www.who.int/childgrowthstandards)

Validées par la
Société Suisse de Pédiatrie



AMT0189 * Courbe de suivi / courbe de percentiles (poids,
taille, ...)

Recommandations pour l'adulte de substitution en minéraux et micronutriments

Nutriment	Per os/ IV	ANC*	BNM *	Nom du produit	Posologie	Remarque
Potassium 1mmol=39.1mg	Per os	Besoins minimaux (pas d'ANC): 2000mg/j=51mmol/j		Potassium Hausmann eff	<i>Selon besoins</i>	K: 30 mmol par cp Contient du citrate
	IV	1-1.5mmol/kg/j		KCl retard Hausmann	<i>Selon besoins</i>	K: 10 mmol par dragée
Phosphore 3mmol=94mg	IV	1-1.5mmol/kg/j		Potassium chlorure conc. Perf. Sintetica 15%	<i>Selon besoins</i>	K: 20 mmol et Cl: 20 mmol par ampoule de 10 ml
	Per os	750mg/j = 24mmol/j	580mg/j = 18mmol/j	Phosphate Sandoz 500 mg/cp eff	1-2 cp/j	PO4:16 mmol et K: 3 mmol par cp Médicament commercialisé en Angleterre.
	IV	9.4-15mg/kg/j 0.08-0.16mmol/kg/j		Phoscap caps	5-6 caps/j	PO4: 3 mmol ou 94 mg par caps
	IV	9.4-15mg/kg/j 0.08-0.16mmol/kg/j		Potassium diphosphate 13.6%	<i>Selon besoins</i>	PO4:10 mmol et K:10 mmol par ampoule de 10ml
Magnésium 1mmol= 24.3mg	Per os	6mg/kg/j = 0.25mmol/kg/j	5mg/kg/j= 0.2mmol/kg/j	Glycophos sol. Perf	<i>Selon besoins</i>	PO4: 20 mmol par ampoule de 20ml ne contient pas de K
	IV	0.1-0.2mmol/kg/j		Magnésiocard granulés 5 ou 10	10-20 mmol/j <i>Selon besoins</i>	Mg: 5 mmol resp 10 mmol par sachet
Calcium 1mmol= 40mg	Per os	Calcium: 800- 1000mg/j =20-25mmol/j	700mg/j = 17.5mmol	Magnésium Sulfate Bichsel solution inj - 100 mg/ml	1-2 cp/j	Mg: 4 mmol Mg par ampoule de 10ml à 10%
	IV	En IV: idem si état stable		Calcimagon-D3	1-2 cp/j	Ca: 500 mg/12.5 mmol et cholecalciferol: 400 Ui
Vitamine D Vitamines et oligoéléments	Per os	Vit D: 200-600 Ui = 5-15mcg/j ⁶ En IV: idem si état stable		Calcimagon-D3 F	1 cp/j	Ca: 1000 mg /25 mmol et cholecalciferol: 800 Ui
	Per os	400 mcg/j		Supradyn	1 cp/j	Vitamines et oligoéléments
	Per os	1.1-1.3mg/j		Acide folique (Vit B9)	1-5 mg/j	Vit B9: 1 mg par cp <i>Si risque de SRI: 5 mg/j pour 7-10j</i>
	Per os	3mg/j (état stable) à 6mg/j		Benerva cp (thiamine – Vit B1)	1 cp/j	Vit B1: 100 ou 300 mg par cp <i>Si risque de SRI: 300 mg/j pour 7-10j</i>
	IV			Benerva sol. (thiamine – Vit B1)	100-900mg/j	Vit B1: 100 mg par ampoule de 1ml <i>Si Wernicke: 300 à 900 mg/j pour 3 j</i>

*Abréviations: ANC : apports nutritionnels conseillés; BNM: besoins nutritionnels moyens

Références:

1. Martin A, *Apports nutritionnels conseillés pour la population française, 3e édition*, Editions TEC & doc
2. Cano N et al, *Traité de nutrition artificielle de l'adulte, 3e édition*, Springer
3. Staun M et al, *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Home Parenteral Nutrition*, Clinical Nutrition 28 (2009) 467-479
4. Braga M et al, *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Surgery*, Clinical Nutrition 28 (2009) 378-386
5. Refeeding syndrome ou syndrome de renutrition inappropriée: recommandations chez l'adulte, CHUV, Nutrition Clinique, version juin 2012
6. Recommandations de la société Suisse de Nutrition 2012 (Tables de composition nutritionnelle Suisse)
7. Compendium Suisse des Médicaments, version électronique (3 octobre 2014)

Annexe Diététique

AMR, F, 25 ans, 37kg, 1,63m, BMI de 13,93kg/m², perte de 6kg en 4 mois (16%), cibles calorique: 1295kcal et protéique: 37g (1g/kg)

Dès J1.
Poids: 37kg
50% des besoins quotidiens:
650kcal (17,5 kcal/kg) + 26g (0,7g/kg) prot.

PD: 1 pain paysan + 0,5 beurre + 0,5 confiture
Coll 10h : fruit
Midi : ¼ de portion sans dessert, sans potage
Coll 16h : fruit
Soir : ¼ de portion sans dessert, sans potage
Coll 20h : fruit

Dès J3.

Poids: 37kg
75% des besoins quotidiens:
970kcal (26 kcal/kg) + 35g (0,9g/kg) prot.

PD: 1 pain paysan + 0,5 beurre + 0,5 confiture + fruit
Coll 10h : fruit
Midi : ½ portion avec dessert sans potage
Coll 16h : fruit
Soir : ¼ portion avec dessert sans potage
Coll 20h : fruit

Dès J6.

Poids: 37kg
100% des besoins quotidiens :
1295kcal (35 kcal/kg) + 56g (1,5g/kg) prot.

PD: 2 pains paysans + 1 beurre + 1 confiture
Coll 10h : fruit
Midi : portion complète avec dessert sans potage
Coll 16h : fruit
Soir : ½ portion avec dessert sans potage
Coll 20h : fruit

Dès J8.

Poids: 38kg
Besoins quotidiens + 300kcal renutrition:
1630kcal (43 kcal/kg) + 65g (1,7g/kg) prot.

PD: 2 pains paysans + 1 beurre + 1 confiture + Jus de fruits
Coll 10h: fruit
Midi: portion complète avec dessert sans potage
Coll 16h: fruit
Soir: portion complète avec dessert sans potage
Coll 20h: fruit

Dès J11.

Poids: 38,3kg
Besoins quotidiens + 600kcal renutrition :
1940kcal (51 kcal/kg) + 87g (2,3g/kg) prot.

PD: 3 pains paysans + 1,5 beurres + 1,5 confitures + Jus de fruits
Coll 10h: produit laitier
Midi: portion complète avec dessert sans potage
Coll 16h: collation sucrée
Soir: portion complète avec dessert sans potage
Coll 20h: fruit

Dès J14.

Poids: 38,5kg
Besoins quotidiens + 1000kcal renutrition: 2350kcal (61 kcal/kg)+ 101g (2,6g/kg) prot.

PD: 4 pains paysans + 2 beurres + 2 confitures + Jus de fruits
Coll 10h: fruit
Midi: portion et demie avec dessert sans potage
Coll 16h: collation sucrée
Soir: portion complète avec dessert sans potage
Coll 20h: produit laitier + fruit

* Alimentation entérale: si débit <25ml/h privilégier Isosource Standard. Par la suite, choisir entre Isosource Standard®, Novasource GI Control®, Novasource GI Forte® selon hydratation et

Protocole de prise en charge des hypoglycémies

A appliquer si :

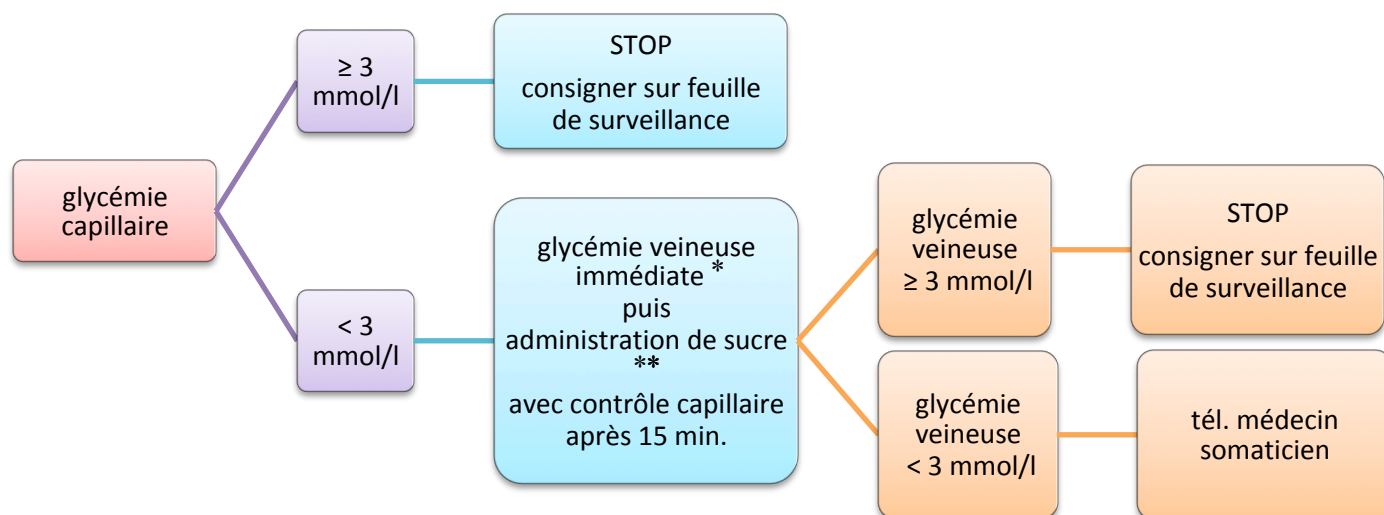
- Demande médicale chez des patients considérés à risque (IMC bas, atteinte hépatique, nutrition par SNG)
- Patient présentant des symptômes ou signes d'hypoglycémie :

Signes d'hypoglycémie

Transpiration
Pâleur
Tachycardie
Tremblements
Convulsion
Nervosité, irritabilité
Comportement irrationnel
État confusionnel
Troubles de l'état de conscience, coma

Symptômes d'hypoglycémie

Sensation de malaise
Palpitations



*** En plus de la glycémie veineuse, prélever une monovette orange (héparinate de Li) 4,9 ml, cocher « Autre analyse notifiée au verso » et mentionner au dos de la feuille de laboratoire « tube en réserve à centrifuger et congeler » ; ceci afin de pouvoir compléter le bilan (Insuline et C-peptide) si l'hypoglycémie se confirme et que le médecin l'estime nécessaire.**

**** administration de sucre : 1.5 dl de coca normal ou 3 sachets de sucre dans de l'eau/du thé**

Si hypoglycémie avérée :

- prescription médicale de Maltodextrose 20 g à diluer dans une bouteille d'1 litre d'eau et à boire sur la journée, à poursuivre et si nécessaire augmenter jusqu'à résolution des risques d'hypoglycémies.