

# 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**

**Risque modéré**

**Risque élevé** – appeler pédiatre

RCIU <P10 et >P3

<2500g ou poids <P3  
 <37 sem (mais >34 sem)  
 >4500g ou >P97  
 diabète mat. (régime ou insuline) si bien équilibré  
 Hb<sub>glyc</sub><6.8%; ≠fœtopathie)  
 hypothermie (≤36.0 °C)  
 hypoxie, asphyxie

**Symptômes** Trémulations, irritabil.  
 Apathie, hypotonie  
 Apnées  
 Convulsions

Diabète maternel insulino-dépendant  
 (mal équilibré = Hb<sub>glyc</sub>>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

< 1.5 mmol/l

1.5-2.0 mmol/l

2.0-2.5 mmol/l

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

**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**

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

**Perfusion si reste < 2.0**

**Alimentation précoce**

- LM/lait HA (evt. DM) 10-30 ml aux 3-4h ou 10-15 ml/kg/repas pdT 48-72h
- 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 4.2014 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 considérés 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 heures 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 suivi d'un contrôle de cette mesure 30-60 min plus tard, qu'il s'agisse d'apports per os ou intraveineux.

Révision : Maj 4.2014 R. Pfister, GPG

## 5. Traitement de l'hypoglycémie :

- A. Apports thermiques (lit chauffant, incubateur, lampe radiante)
- B. Apports en glucose
  - per os: lait (sucres lents et lipides) evt. 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](http://www.neonet.ch)), 2011

Koh, Arch Dis Child 1988

Lucas, BMJ 1988

Cornblath, NEJM 1965