

	Proposition de procédure médicale	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE N° 16
	PROTOCOLE : Hypoglycémie du nouveau-né en maternité	
Rédigée par : CHIFFOLEAU S, Coordinatrice enfant vulnérable		Date de diffusion : 22/02/19
Approuvée par : Dr MATEY Kodjo Dr ZEDONG Serge	Version : 1	Validé par la commission protocole du : 24/01/19
	Modifié le	Total pages : 4

1. Objectifs

Dépistage et prise en charge de l'hypoglycémie du nouveau-né hospitalisé en maternité.

2. Définition

Avant H24 : hypoglycémie $< 2\text{mmol/L}$ soit 0.36g/l

Entre H24 et H48 : hypoglycémie $< 2,2\text{mmol/l}$ soit $0,40\text{g/l}$

Après H48 : Hypoglycémie $< 3.3\text{mmol/l}$ soit 0.60g/l

Hypoglycémie sévère $< 1,2\text{mmol/l}$ soit $0,21\text{g/l}$

3. En pratique

Les étiologies les plus fréquentes :

- Prématurés ou hypotrophes
- Macrosomes
- Nouveau-nés de mères diabétiques insulino-dépendantes
- Nouveau-nés de mères sous bêtabloquants ou bêtamimétiques (hyperinsulinisme)
- Anoxie périnatale, MAVEU (APGAR < 7 à 5mn)
- Toute situation de détresse (respiratoire, cardiaque...)
- Polyglobulie
- Hypothermie persistante
- Mauvaise prise alimentaire

Les signes cliniques : souvent asymptomatiques

- Léthargie, coma, troubles du tonus : hypotonie, apathie
- Trémulation, convulsions
- Hyperexcitabilité, irritabilité
- Hypothermie
- Malaise : apnée, cyanose...

4. Prévention générale

Maintenir la neutralité thermique :

- pas de bain dans les 2 premières heures de vie pour respecter le sébum
- favoriser la mise en peau à peau avec la mère en salle de naissance (si impossible pour la mère, proposer au père)

Alimentation précoce lactée :

- **avant H1**, puis mise au sein pour tétées ou biberons fréquents.

Glycémie capillaire à faire à tout moment si enfant symptomatique

5. Populations à risques élevées d'hypoglycémie

- **Hypotrophes <3p** (insuffisance de réserve énergétique)
- **Macrosomes > 97p** (augmentation des besoins énergétiques)
- **Nouveau-nés de mères diabétiques insulino-dépendantes**
- **Anoxie périnatale, MAVEU** (APGAR <7 à 5mn de vie)

6. Surveillance spécifiques des nouveau-nés à risques élevés d'hypoglycémie

- **1^{ère} alimentation avant H1**, puis **glycémie capillaire 30 minutes après**.
Si enfant avec MAVEU et/ou indication d'orientation en néonatalogie, alimentation à débiter après avis médical (+/- relais par SNG ou VVP).
- **Poursuite de la surveillance glycémique à H3 puis toutes les 3 heures**
- Arrêt de la surveillance dès 2 glycémies capillaires successives > 2.5mmol/l soit 0.45g/l.
- Prendre surveillance glycémique si alimentation irrégulière.

7. Traitement de l'hypoglycémie

La correction de l'hypoglycémie repose à la fois sur l'apport de sucre mais également sur l'apport de protéines et de lipides de manière à stimuler toutes les voies métaboliques de production de glucose.

Ne jamais utiliser de G30%

- **Glycémie capillaire de contrôle de l'efficacité du traitement entre 30 minutes à 1heure après prise alimentaire efficace.**
- Puis **surveillance** de l'hypoglycémie : **toute les 3h** (avant l'administration du complément).

Traitement de l'hypoglycémie en per os selon 4 paliers :

	Allaitement maternel	Allaitement artificiel
PALIER 1	Mise au sein si tétée efficace ou recueil de lait maternel pour administration (<i>ne pas donner au biberon</i>)	Lait pré : 5 ml
PALIER 2	Sein + Liquigen® 1ml par tétée si poids < 3000g 2ml par tétée si poids > 3000g	Lait pré + Liquigen® 1ml par tété si poids < 3000g 2ml par tétée si poids > 3000g
PALIER 3	Sein + complément Lait pré + Liquigen® 1ml par tétée si poids < 3000g 2ml par tétée si poids > 3000g	Lait pré + Liquigen® 1ml par tétée si poids < 3000g 2ml par tétée si poids > 3000g + 2% Dextrine Maltose (DM) (1g dans 50ml de lait)
PALIER 4	Sein + complément Lait pré + Liquigen® 1ml si poids < 3000g 2ml si poids > 3000g + 2% Dextrine Maltose (DM) (1g dans 50ml de lait)	Si échec normalisation de la glycémie : prévoir transfert en Néonatalogie

- **Arrêt de la surveillance** : dès **3 glycémies successives normale** (cf : définition).
- **Si échec de prise en charge** : **Appel du pédiatre pour discuter transfert en néonatalogie** (risque d'hypoglycémie sévère).

8. Traitement de l'hypoglycémie sévère (< 1.2 mmol/l soit 0.2g/l)

Hypoglycémie sévère = URGENCE+++

- **Appel pédiatre**
- Pose d'une sonde naso-gastrique (SNG) pour administration : 3ml/kg de G10%
Ou
- Pose d'une voie veineuse périphérique (VVP) pour injection : 2ml/kg de G10%
- Contrôle glycémie capillaire 30 minutes après administration du G10%.
- Si glycémie toujours < 1.2 mmol/l soit 0.2g/l : administration Glucagon® en IV ou IM : 0.3mg/kg.

**TRANSFERT EN NEONATOLOGIE POUR SURVEILLANCE
ET PRISE EN CHARGE
URGENCE**

9. Référence

- Niveaux raisonnés d'intervention de CORNBLATH (Pédiatrics 2000)
- RSN- Recommandations hypoglycémie du nouveau-né à terme –septembre 2009
- Recommandation de l'AAP (Pédiatrics 2011)
<https://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/37/575p5lkub9xvburwatabm1x6ypr364-org.pdf>
- Protocole Dépistage et prise en charge de l'hypoglycémie du nouveau-né en maternité Juin2011, RP2S
- Recommandations CoFAM (2013) https://www.coordination-allaitement.org/images/informer/hypoglycemie_sfmp_co051_.pdf
- Néonatalogie : bases scientifiques, 2013, Elie SALIBA