	<b>Pédiatrique Pellegrin</b> <b>Émetteur : Service des Urgences Pédiatriques</b>	<b>IN-PRM-019</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 01 Page : 1/2
<b>CAT devant une hypoglycémie</b>		

L'hypoglycémie est un symptôme fréquent mais qui ne doit pas être banalisée car il peut être le révélateur de maladies du métabolisme et être responsable de séquelles neurologiques définitives. La tolérance au jeun est moins importante chez le nourrisson et le jeune enfant (8 à 12 heures) par rapport à l'adulte du fait de la moindre importance des réserves musculaires en acides aminés et la prépondérance de l'autre voie de la néoglucogénèse (corps cétoniques).

#### 1. Diagnostic positif

- a. Signes adrénergiques : nervosité, tremblements, tachycardie, sueurs
- b. Chez le nouveau-né : pâleur, flush, hypotonie, cri anormal, convulsion, trémulations, somnolence, irritabilité, polypnée
- c. Chez l'enfant : faim impérieuse, pâleur, sueurs, regard vide, douleurs abdominales, nausées, vomissements, troubles du comportement, irritabilité, confusion mentale, céphalées, troubles visuels, apathie, coma, convulsions
- d. Glycémie capillaire à confirmer obligatoirement par une glycémie veineuse :
  - i. nouveau-né : < 2,2 mmol/l (0,4 g/l)
  - ii. enfant : < 2,8 mmol/l (0,51 g/l)

#### 2. Éléments à rechercher à l'interrogatoire :

- a. Enfant diabétique insulino-dépendant
- b. Age de début des symptômes :
  - i. déficits enzymatiques héréditaires : avant 2 ans
  - ii. hypoglycémies récurrentes avec cétose : après 1 an et jusqu'à 10 ans
  - iii. après 8 ans : hyperinsulinisme, insuffisance surrénale
- c. Horaire par rapport à un repas et un jeûne :
  - i. hypoglycémie de jeûne : anomalies de la néoglucogénèse et de la glycogénolyse, troubles de l'oxydation des acides gras et déficit hormonal
  - ii. hypoglycémie post prandiale : intolérance au galactose, au fructose
  - iii. hypoglycémies anarchiques : hyperinsulinisme, déficit en GH
- d. Rechercher un épisode infectieux intercurrent qui démasque la pathologie

#### 3. Examens cliniques :


- a. Éléments de gravité : troubles de la conscience, coma, convulsions
- b. Courbe de croissance staturale : cassure en faveur d'un déficit en GH, accélération en faveur d'un hyperinsulinisme
- c. Rechercher une hépatomégalie en faveur d'une glycogénose et des signes d'insuffisance hépato-cellulaire en faveur d'une pathologie de surcharge

#### 4. Examens biologiques à réaliser aux urgences :

- a. Bandelette urinaire sur la première miction +++ : recherche d'une acétonurie (absence d'acétone en faveur d'un déficit de l'oxydation des acides gras) ou de la cétogénèse
- b. CAO urines sur première miction après hypoglycémie
- c. CAA et CAO sang
- d. Ionogramme sang, bilan hépatique, gaz du sang, lactate, pyruvate, aceto-acetate, B-OH butyrate (tube spécial au frigo), ammoniémie
- e. NFS, CRP
- f. Coagulation : TP, TCA, fibrinogène
- g. 1 tube pour dosage hormonal : peptide C, insulémie, GH, cortisol et IGF-1
- h. Toxiques (alcool, agents hypoglycémiant) si contexte

#### 5. CAT aux urgences :

- a. Toujours garder en hospitalisation : UHCD ou secteur traditionnel
- b. Prévoir un abord veineux

 <b>C.H.U.</b> Hôpitaux de Bruxelles	<b>Pédiatrique Pellegrin</b> <b>Émetteur : Service des Urgences Pédiatriques</b>	<b>IN-PRM-019</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 01 Page : 2/2
<b>CAT devant une hypoglycémie</b>		

- c. Chez l'enfant diabétique : ne jamais arrêter l'insuline en sous cutané. Augmenter les apports per os ou mettre en place une perfusion de G5% si trouble alimentaire .
- d. Chez le nouveau-né : injection de 5 ml/kg de G10% en IV suivie d'une perfusion apportant 8 à 10 mg/kg/min de glucose
- e. Chez le grand enfant conscient : apports sucrés per os : 1 sucre pour 20 kg de poids
- f. Si signes de gravité, appel du réanimateur :
  - i. Injecter en IM 1 mg de glucagon
  - ii. Perfusion de G10% en relais
- g. Surveillance des dextros :
  - i. Premier dextro 1 heure après hypoglycémie sauf si persistance des signes de gravité
  - ii. Puis dextro toutes les 4 heures