

HYPOGLYCEMIES RECIDIVANTES SANS DIAGNOSTIC

Patient prioritaire: ne doit pas attendre aux urgences

Etiquette

Le patient a présenté des hypoglycémies encore non étiquetées. En cas de signe évocateur d'hypoglycémie (pâleur, sueurs, fatigue inhabituelle, convulsions) ou de situation de jeune prolongé (vomissements, anorexie, diarrhée...), les parents ont la consigne de se rendre immédiatement aux urgences pour **DEXTRO** et bilan spécifique en hypoglycémie.

Si coma ou convulsion hypoglycémique : Ne pas faire le bilan, l'urgence est de resucrer d'emblée.

1 SI HYPOGLYCEMIE < 3mmol/L (0.55g/L), prélever le bilan suivant AVANT RESUCRAGE (sauf si coma ou convulsion)

- Cétonémie capillaire si disponible ou BU (cétones)
- Glycémie, lactate : 1 Tube Gris (fluoré) –confirmation systématique par glycémie veineuse –
- Insuline, Peptide C, GH et IGF1 : 1 Tube Rouge (Sec, min 3 mL)
- Cortisolémie : 1 Tube Violet (EDTA, min 1mL)
- Gaz du sang, Ionogramme (avec bicarbonates), bilan hépatique, CPK, acide urique : 1 seringue gaz + 1 Tube Vert (hépariné)
- Ammoniémie : 1 tube vert (lithium)
- TP et facteur V : 1 Tube Bleu (citrate)
- Profil d'acylcarnitines : 1 Tube Vert (hépariné)
- Chromatographie des acides organiques urinaires (recueillir les premières urines suivant l'épisode, après resucrage), minimum 2 mL d'urines à congeler
- Recherche de toxiques sang et/ou urines : sulfamides hypoglycémiant, anti-diabétiques oraux... (sang: 1 tube hépariné vert)

Examens soulignés : ceux à faire impérativement en hypoglycémie avant resucrage. Les autres restent interprétables si prélevés dans la ½ heure après resucrage. Pour les prélèvements de biochimie métabolique et d'hormono: porter les tubes au labo de garde pour centrifugation et conservation.

2 TRAITEMENT A METTRE EN PLACE EN URGENCE, après le bilan

- **Resucrage PO ou entéral (SNG)** : G30% 1ml/kg max 30mL ou 1 sucre / 20kg de poids. **Si voie entérale impossible: G10% 3mL/kg en IVD** (G30% possible sur KTC ou intra-osseuse, certaines équipes se permettent une injection de G30% sur VVP en cas d'hypoglycémie réfractaire). Contrôle de glycémie capillaire 10 minutes plus tard. Si toujours hypo, 2è resucrage selon les mêmes modalités et contrôler 10 min plus tard, à répéter autant de fois que nécessaire.
- **Puis systématiquement** : Perfusion à base de sérum glucosé **G10%** avec des apports d'électrolytes standards* (pas de G10 pur), selon les débits ci-dessous, à adapter en fonction des glycémies :

Age	Nourrisson 0-24 mois	Enfant 2-14 ans	>14 ans /adulte	DEBIT MAX INITIAL
Polyionique G10%*	5 ml/kg/h (soit 8 mg/kg/min)	3.5 ml/kg/h (6 mg/kg/min)	2,5ml/kg/h (4mg/kg/min)	120ml/h (3L/24h)

*ex : Polyionique, Bionolyte, B45, Glucidion ... en l'absence de solutés disponibles, G10% + 4 à 6g/L de NaCl (70meq/L) et 2g/L de KCl (27meq/L)

Si patient impossible à perfuser => Sonde nasogastrique ou gastrostomie : préparer les solutés IV ci-dessus et les passer par la sonde aux mêmes débits.

3 SURVEILLANCE sous perfusion

- Contrôle dextro, cétonémie ou cétonurie/BU toutes les 3h puis selon l'évolution. Surveillance du ionogramme sanguin si perturbation initiale.
- Adapter le débit glucidique aux dextro: **objectif: glycémie entre 0.7 et 1.2 g/L (4 -7 mmol/L)**. Si nécessaire, adapter le débit de perfusion de G10% par paliers de +/- 0.3 mL/kg/h (0.5 mg/kg/min).
- Poursuite de la perfusion jusqu'à négativation de la cétonémie (< 1 mmol/L) ET reprise correcte de l'alimentation sur 2 repas consécutifs. L'arrêt de la perfusion doit être progressif.

4 EN CAS DE CIRCONSTANCES A RISQUE (intolérance alimentaire, vomissements)

- **Même en l'absence d'hypoglycémie:** Hospitaliser l'enfant et mettre la perfusion ci-dessus jusqu'à reprise d'une alimentation correcte

CHIRURGIE :



ATTENTION ne jamais laisser le patient à jeun sans perfusion. Appliquer le protocole d'urgence avec la perfusion ci-dessus en préparation de la chirurgie.

NUMEROS ET MEDECINS REFERENTS

Les numéros d'astreinte téléphonique pour les urgences métaboliques de :

La nuit, seule les équipes médicales peuvent appeler pour des situations d'urgence et seulement si le certificat d'urgence n'est pas compris ou si l'état clinique ou le résultat du bilan sont inquiétants. Anticiper les appels avant la nuit autant que possible.

Les questions de secrétariat se traitent via le secrétariat médical en semaine ou par un e-mail adressé au médecin métabolicien référent du patient.

Certificat remis le

Dr