

Surveillance des nouveau-nés à risque d'hypoglycémie : proposition de recommandations de la Coordination Française pour l'allaitement maternel (CoFAM)



BRUEL H, DE VILLEPIN B, BEZIZ D, MARCHALOT A,
FOIX-L'HELIAS L, MITANCHEZ D, SERREAU R et les
membres du comité scientifique de la CoFAM

Ce document peut être reproduit dans son intégralité en signalant la source

« CoFAM, Surveillance des nouveau-nés à risque d'hypoglycémie : proposition de recommandations de la Coordination Française pour l'allaitement maternel, BRUEL H, DE VILLEPIN B, BEZIZ D, MARCHALOT A, FOIX-L'HELIAS L, MITANCHEZ D, SERREAU R et les membres du comité scientifique de la CoFAM »

Peut être copié et diffusé à condition qu'il ne soit utilisé dans aucun contexte où le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS est violé.

MATERIEL ET METHODES

- Création d'un comité scientifique de la CoFAM en 2012 réunissant des professionnels
- Interrogation des banques de données : Pub Med, BNP, MED, Medline, CERDAM-IPA de 1997 à 2012
- Complément par littérature « grise » type HAS, NICE

Lecture suivant méthodologie HAS

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>

6 QUESTIONS POSEES

- Quelles sont les données actuelles sur le métabolisme glucidique d'un nouveau-né à terme allaité ainsi que sa régulation glycémique spontanée ?
- Définir une liste exacte des nouveau-nés qui présentent un risque d'hypoglycémie
- Proposer des seuils d'hypoglycémie pour les nouveau-nés séjournant en maternité
- Le dépistage et la surveillance d'une hypoglycémie, à quel moment ? Comment ? Chez le nouveau-né allaité et non allaité
- Proposer des mesures préventives et curatives de l'hypoglycémie en maternité
- En cas de glycémie basse l'allaitement maternel exclusif avec une prise en charge optimale permet-il de restaurer une glycémie physiologique ?

Synthèse en vue d'un algorithme

- Facteurs de risques anténataux (diabète maternel type II en particulier, médicaments (β bloquants...), gémellité avec croissance discordante, RCIU, infection.
- En post-partum : prématurité « modérée », asphyxie périnatale, maladie métabolique ou endocrinienne, hypotrophie < 10ème percentile. Pour le macrosome sans diabète maternel, la littérature est moins consensuelle.

Définition hypoglycémie

- Sujet non consensuel dans l'étude bibliographique
- Le conseil scientifique a défini la glycémie acceptable > 2 mmol/l et inacceptable < 2 mmol/l, indépendamment de la clinique qui reste prioritaire (anomalies neurologiques en particulier)

Exemple de logigramme pour la prise en charge des NN à risque d'hypoglycémie en Maternité,

Nouveau-nés à risque d'hypoglycémie

- Prématuré (<37 semaines d'aménorrhée)
- Enfant né petit pour son âge gestationnel (RCIU < 10^{ème} percentile)
- Diabète de type 1 et 2, diabète gestationnel mal équilibré sous régime ou sous insuline
- Macrosomie (> 90^{ème} percentile)
- Asphyxie périnatale
- Pathologies néonatales (ex. infection, détresse respiratoire etc...)
- Anomalie endocrinienne ou métabolique du nouveau né
- Hypothermie
- Utilisation maternelle de β bloquants

Surveillance

Avant l'alimentation, vérifier :

- Niveau de conscience
- Tonus
- Température
- Respiration
- Coloration

Tout symptôme ou comportement anormal chez un nouveau-né en particulier

apnée, cyanose, agitation, convulsions ou troubles de la conscience ou refus de s'alimenter ou glycémie < 0,20 g/L (1,1 mmol/L)

Contactez de toute urgence un pédiatre, il est recommandé de faire une glycémie veineuse si possible sur tube fluoré

Les soins à la naissance

- Essuyer le nouveau-né, le garder au chaud en peau à peau, sans le baigner
- Observation du nouveau-né
- Premier repas dès que possible, dans la première heure ?
- Tétée efficace: Bonne succion et nouveau-né actif ou alimentation efficace ?

NON

OUI

Surveillance rapprochée dans les 3 premières heures de vie :

- Contact peau à peau continu / maintien de la température
- Éviter les stress, bains, séparations

Si le nouveau-né est allaité:

S'assurer d'un transfert de lait effectif et optimal et/ou lait maternel exprimé
Expression manuelle, donner le colostrum ou le lait maternel exprimé (exprimer toutes les heures)
• Mesure de la glycémie dans l'heure qui suit la 1^{ère} tétée non efficace si glycémie basse

Si le nouveau-né est nourri avec PPN:

- Mesure de la glycémie préprandiale
- Proposer un biberon

Conduite à tenir :

- Surveillance
- Encourager la mère à proposer au nouveau-né le plus souvent possible, en profitant d'une période de sommeil léger (mouvements de succion, avant les pleurs)
- Poursuivre le contact peau-à-peau
- Maintenir le nouveau-né au chaud
- Si allaitement : s'assurer d'un transfert de lait effectif et optimal et/ou lait maternel exprimé

• Surveillance de la glycémie préprandiale : à débiter avant le 2^e repas, toutes les 3 heures environ, avant un repas.

Si glycémie > 0,45 g/L (2,5 mmol/L) à 2 reprises, et si l'apport alimentaire est stable, espacer toutes les 6h et arrêter la surveillance après 24h si ce taux de sécurité est confirmé

Si glycémie entre 0,35g/L (2 mmol/L) et 0,45 g/L(2,5mmol/L) , « vérifier la qualité de l'allaitement ou de l'alimentation »

(Repas en présence d'un professionnel, vérifier les tétées ou les volumes absorbés de PPN toutes les 3 heures)

Si glycémie < 0,35 g/L (2 mmol/L) la glycémie est inacceptable

Glycémie acceptable

Nouveau-né nourri avec PPN

Nouveau-né allaité

Glycémie toujours inacceptable

Gestion pour corriger le niveau de glucose sanguin :

- Autres tentatives pour allaiter/donner du lait maternel exprimé ou à défaut compléter le nouveau-né avec une PPN.
- Recontrôler la glycémie capillaire dans l'heure qui suit