UE8 CIRCULATION - MÉTABOLISMES

ITEM 238
HYPOGLYCÉMIE CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT

ÉCOUTER DANS L'APP 33'

DIAGNOSTIQUER UNE HYPOGLYCÉMIE

IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

DÉFINITION

HYPOGLYCÉMIE (TRIADE DE WHIPPLE)

- **CONSTATATION SIMULTANÉE DE SIGNES NEUROGLUCOPÉNIQUES ET D'UNE GLYCÉMIE BASSE**
- **CORRECTION DES SYMPTÔMES LORS DE LA CORRECTION DE LA GLYCÉMIE** (après resucrage)
- **EN PRATIQUE, VALEURS SEUILS** (mais ne suffisent pas au diagnostic positif !)
  - **Chez le non-diabétique :** glycémie **≤ 0.50 g/L** (2.8 mM) (et en présence de signes neuroglucopéniques avec toute glycémie entre 0,50 et 0,65 g/L)
  - **Chez le diabétique :** glycémie **≤ 0.60 g/L** (3.3 mmM)
  - **Chez le nouveau-né** : glycémie **≤ 0.40 g/L** au cours des **48h** premières h de vie

En effet la glycémie physiologique d'une femme après 72 heures de jeûne peut arriver à 0,30 g/L donc dépend du contexte et de la clinique

- **HYPOGLYCÉMIE SÉVÈRE** se définit par une hypoglycémie nécessitant l'intervention d'un tiers pour la corriger

PHYSIOPATHOLOGIE

RÉGULATION DE LA GLYCÉMIE

- **OBJECTIFS DE RÉGULATION : 0,6-0,9 g/L à jeun** / 1,2 à 1,3 g/L après les repas
- **INSULINE** : principal **facteur hypoglycémiant** (augmente après les repas, diminue après le jeûne)
- **FACTEURS DE CROISSANCE DE TYPE IGF-1, IGF-2 :** ils présentent un effet hypoglycémiant seulement pour des **concentrations très élevées** (à doses pharmacologiques, ou tumorales)
- **HORMONES À EFFET HYPERGLYCÉMIANT :** glucagon / hormone de croissance (GH) / catécholamines / cortisol / ± somatostatine

MÉCANISMES DE L'HYPOGLYCÉMIE

- **SÉCRÉTION INAPPROPRIÉE D'INSULINE**
- **DÉFAUT DE SÉCRÉTION D'HORMONES HYPERGLYCÉMIANTES** (GH, cortisol)
- **DÉFICIT DE NÉOGLUCOGENÈSE** (insuffisance hépatocellulaire, insuffisance rénale chronique sévère) ou déficit en substrat (cachexie)
- **RÉGULATION :** par le glucagon, adrénaline, GH qui sont sécrétées si la glycémie devient inférieure à 0,65 g/L / le cortisol est sécrété si la glycémie est inférieure à 0,60 g/L / les 1e symptômes apparaissent dès que la glycémie descend en-dessous de 0,55 g/L et les troubles cognitifs dès que la glycémie descend en-deçà de 0,35 g/L
- **EN CAS D'HYPOGLYCÉMIES RÉPÉTÉES (chez le diabétique surtout) :** les seuils de sécrétion des hormones de contre-régulation sont alors abaissés, avec des symptômes neurovégétatifs retardés et des symptômes neurologiques au 1e plan

ÉTIOLOGIES

HYPOGLYCÉMIES FONCTIONNELLES : POSTPRANDIALES

IDIOPATHIQUES

- **Chez un sujet anxieux** / en post-prandial tardif (après 3-4 heures) de repas riche en **glucides simples** ou d'index glycémique élevé / **signes adrénergiques** / rarement inférieure à 0,6g/L
- Mais **validité du diagnostic remis en cause**, souvent confondu avec malaise vagal
- **PRISE EN CHARGE :** mesures hygiéno-diététiques avec baisse des glucides à index glycémique élevé + fractionnement des repas

Abonnez-vous

Abonnez-vous et profitez immédiatement de la totalité de nos contenus !