

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

	<b>NOUVEAU-NE DE MERE DIABETIQUE</b>		Codification : NNAT PM 50
			Version : 6
Emetteur : Néonatalogie	Rattachement : Processus 3.10.2	Date d'application : 08/10/2015	Pages : 1/2

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)
Dr Armelle THOMAS DE LA PINTIERE	Dr C. Arberet  Dr F. Lebas	* Fanny LEBAS	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input checked="" type="checkbox"/> Réa Péd <input checked="" type="checkbox"/> Cadres de santé <input checked="" type="checkbox"/> Réa Néonat <input checked="" type="checkbox"/> IDE / PDE <input checked="" type="checkbox"/> SI Néonat <input checked="" type="checkbox"/> SF <input checked="" type="checkbox"/> SC Néonat <input checked="" type="checkbox"/> Maternité

**But et objet**

Modalités de prise en charge le premier jour du nouveau-né de mère diabétique insulinodépendant (DID préexistant ou DG insulino requérant) ou DG mal équilibré avec macrosomie

**Les enfants nés de mère avec DG bien équilibré et un poids normal ne nécessitent pas de surveillance particulière**

**Actions et méthodes**

Mise en condition néonatale habituelle.  
 Evaluer la présence de facteurs de risque

- *macrosomie (> 97<sup>e</sup> percentile)*
- *prématurité (< 35 SA)*
- *diabète déséquilibré*
- *septum IV foetal ≥ 5 mm*
- *souffrance périnatale*
- *détresse respiratoire...*

Lutte contre l'hypothermie+++

Si pas de facteurs de risques, l'enfant peut être surveillé en maternité. Il faut lui donner le plus tôt possible (vers 30 minutes de vie) 10ml d'un hydrolysate ou lait 1<sup>er</sup> âge y compris si Allaitement maternel en complément de la tétée)

**Premier dextro avant le deuxième repas soit vers 3 heures de vie**

Sinon transfert rapide en néonatalogie

**1 –Enfant en maternité :**

Nutrition orale : 8 x 10 ml lait maternel ou lait artificiel. (si allaitement, chaque tétée doit être complétée)

Glycémie capillaire (Dextro) toutes les 3 h avant repas

Si 2 dextro > 0.40 g/l (ou 2,2 mmol/l) espacer les dextro /6h puis /8h

A 24 h si tout va bien, arrêt des dextros

Si dextro < 0.20 g/l (ou 1,1 mmol/l) transfert en néonatalogie

Si dextro entre 0.20g/l et 0.40g/l (entre 1,1 et 2,2 mmol/l)

Alimenter avec lait artificiel + 2% de Dextrine Maltose (DM) et contrôler 1 h plus tard

Possibilité d'ajouter 2% Liquigen puis d'augmenter à 4% DM

Si persistance de l'hypoglycémie

Transfert en néonatalogie

Si correction

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

poursuite DM pendant 48h

## **2 – Enfant en néonatalogie :**

Nutrition orale 8 x 10 ml lait maternel ou lait artificiel (si allaitement maternel, chaque tétée doit être complétée)

Dextrostix à l'entrée puis toutes les 3 h

Si dextro > 0,40 g/l (2,2 mmol/l) continuer à l'identique

Si dextro < 0,40g/l (2,2 mmol/l)

Nutrition entérale continue avec adjonction de Dextrine Maltose 2% puis 1% Liquigen si insuffisant

Nb : si dextro < 0,20g/l (1,1mmol/l) adjoindre bolus 2 ml/kg glucosé 10% et contrôler 1 heure après

Si persistance hypoglycémie

Discuter mise en place VVP pour perfusion en complément

Discuter glucagon IV : 1/2 ampoule soit 0,5 mg et contrôler 1h plus tard

Si abord veineux impossible et hypoglycémie : Glucagon IM

NB : si contre indication à la nutrition entérale

VVP pour apport 0,15 à 0,20 g/kg/h de glucose ou voie centrale si gros apports sucrés nécessaires et osmolarité > 800 mosm/l

## Bibliographie

### 1. Le Diabète Gestationnel

Référentiel élaboré par le Collège national des gynécologues et obstétriciens

français et par la Société francophone du diabète

Médecine des maladies Métaboliques - Décembre 2010 - Vol. 4 - N°6

### 2. Nouvelles recommandations pour la prise en charge du nouveau-né de mère avec diabète gestationnel

par D. Mitanchez (J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010 Dec;39(8 Suppl 2):S281-8



Association REBEMP (Réseau Est Bretagne d'Etude de la Médecine Périnatale)

**RESEAU PERINATAL « BIEN NAITRE EN ILLE-ET-VILAINE »**

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

