

Nouveau né qui trémule ?

Dr Sarah Adjeroud Benyahia
Le 18.10.2022



- Nouveau né de **2 jours de vie**
- sexe masculin
- Lors de la visite de la **sage femme** , le nouveau né présentait des trémulations

La mère qui voulait demander **une sortie précoce** lui rapporte qu'il avait bien tété , dormi juste après n'avait rien remarqué d'inquiétant .

Quel examen doit elle réaliser en 1ère intention ?

Quel examen doit elle réaliser en 1ère intension?



A : Température

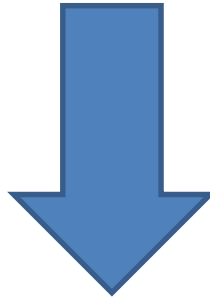
B : Glycémie capillaire

C : Bilirubine trans-cutané

D : Saturation

Résultat :

- Glycémie capillaire : **3,3 mmol/L**



Normal $\geq 2,5\text{mmol/L}$



- Une fois l'hypoglycémie éliminée
- La sage femme décide d'appeler **le pédiatre** de la maternité

Quels sont les éléments anamnestiques à rechercher dans ce contexte ?

Quels sont les éléments anamnestiques à rechercher dans ce contexte ?



- ATCD pathologique mère (**Diabète , endocrino , médicaments ...**)
- Terme de grossesse (**prématurité ?**)
- Poids de naissance (**PAG , macrosomie ?**)
- déroulement de l'accouchement (**mode , apgar FDR INN ...**)

- Bébé né issue d'une Gsse mené à **37 SA** compliqué d'un **DG insuliné**
- AVB **sans contexte infectieux ni traumatique**
- Apgar : **9 , 10**
- Poids : **3700gr**
- **Allaitement maternel**

- **En vue de ses nouveaux éléments quel bilan sanguin doit être réalisé en seconde intention ?**



En vue de ses nouveaux éléments quel bilan sanguin doit être réalisé en seconde intention ?

A : Formule numération sanguine

B : Dosage de la calcémie veineuse

C : Dosage de la bilirubinémie

D : Dosage de la CRP



En vue de ses nouveaux éléments quel bilan sanguin doit être réalisé en seconde intention ?

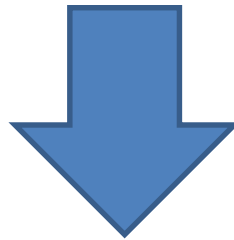
B : Dosage de la calcémie veineuse

Résultat :



- Calcémie : **2 mmol/L**

Normes : $\geq 2,2$ mmol/L



Il s'agit bien de **trémulations** en rapport avec une **hypocalcémie** chez un **nouveau né à risque** : **DG insuliné**

Que doit rechercher le pédiatre à l'examen clinique ?



Signe de gravité d'hypocalcémie

- Convulsions
- Apnée tachypnée stridor laryngospasme
- Accès de cyanose
- vomissement
- Trouble rythme cardiaque



- L'examen clinique du nouveau né était **strictement normal hormis ces trémulations**



Au total :

- Une **hypocalcémie modérée**
Sans signe de gravité
- Une **simple surveillance**
Supplémentation en **vitamine D** (01gtte / kg)

Pas de sortie précoce

Évolution :



- Examen j3 :

Pas de trémulations

Calcémie de contrôle : **Stable** (même valeur)

Sortie **normal à j3 de vie**

Une consultation de contrôle par un pédiatre
48h après recommandé

Bilan de contrôle

Conclusion :



- Nouveau né de **mère diabétique = à risque**
- **d'hypoglycémie , d'hypocalcémie +++**
- **Une surveillance 72h** à la maternité est nécessaires (nadir à j 3)

Points à retenir :

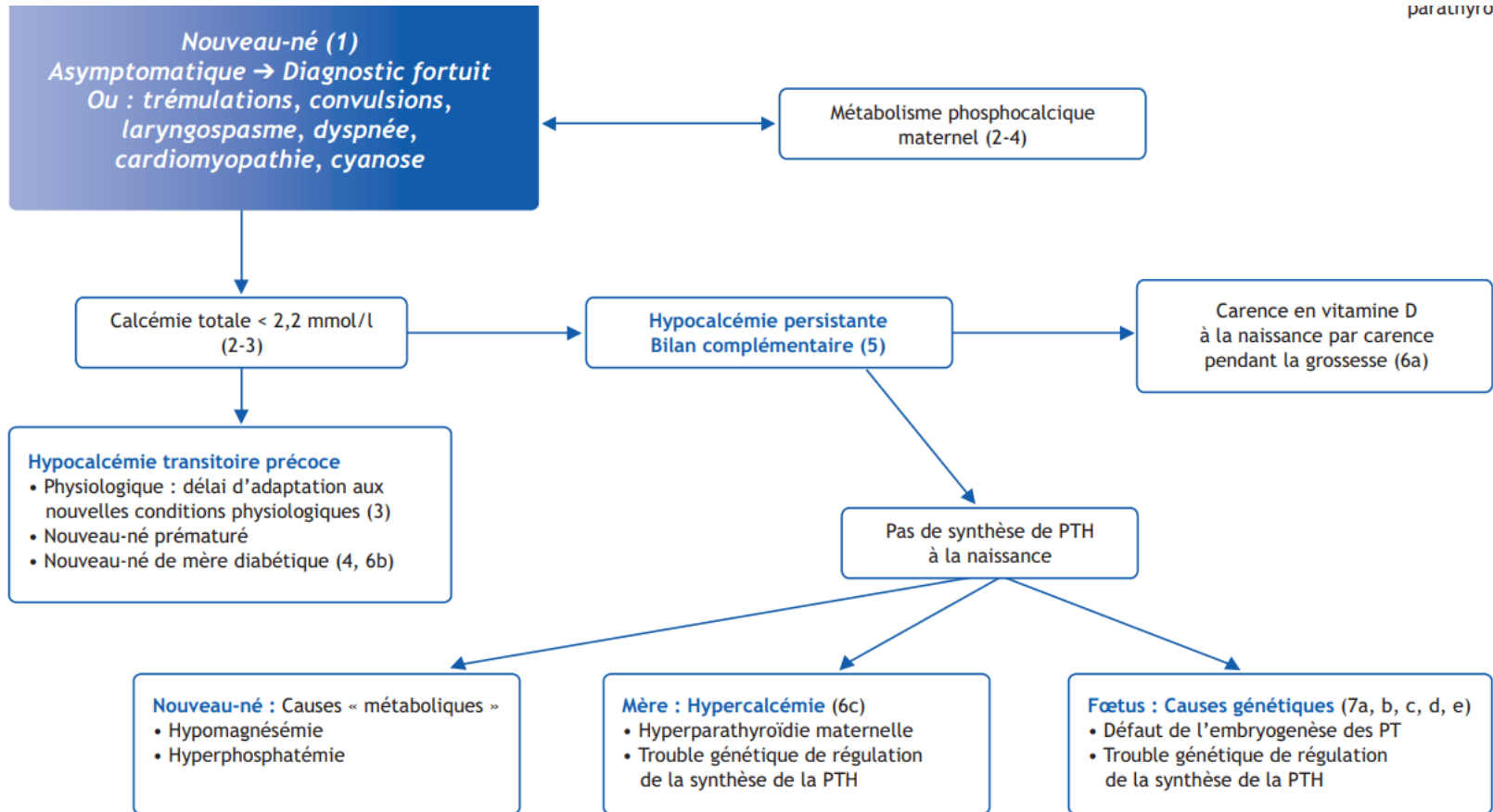


- Hypocalcémie : calcémie Inf à 2,2 mmol/l
- Situation à risque
- Signe clinique non spécifique
- Prise en charge dépend :

Symptomatologie

modérée ou sévère

Étiologies :



Prise en charge :



TRAITEMENT DE L'HYPOCALCEMIE MODEREE (entre 1,6 et 2 mmol/l)

A adapter à la clinique !

$2 \leq \text{Calcémie} < 2,2$ mmol/l

simple surveillance / vérifier les apports alimentaires ou parentéraux

$1,8 \leq \text{Calcémie} < 2$ mmol/l

- **Gluconate de Calcium 10%** = 4 ml/kg/j en 6 à 8 prises PO
- **UN-ALFA[®]** (0,1µg/goutte) = 5 gouttes x 2/j pendant 48h

$1,6 \leq \text{Calcémie} < 1,8$ mmol/l

- **Gluconate de Calcium 10%** = 6 à 8 ml/kg/j en 6 à 8 prises PO
- **UN-ALFA[®]** (0,1µg/goutte) = 10 gouttes x 2/j pendant 48h

+ Contrôle de la Calcémie entre H24 et H48 avec adaptation du traitement

Prise en charge :



TRAITEMENT DE L'HYPOCALCEMIE SEVERE (<1,6 mmol/l ou signes cliniques graves)

Transfert en néonatalogie + scope / Limiter les apports en phosphore
Corriger une hypomagnésémie < 0,6 mmol/l : 10 à 20 mg/kg IVL Mg²⁺

- **Gluconate de Calcium 10% IV** (10 ml = 89,4 mg de Ca-élément)
 - **dose de charge = 0,5 ml/kg IVL 15'** (= 4,5 mg/kg / maximum = 20 mg/kg)
si convulsions ou troubles cardiaques
 - **perfusion = 50 à 80 mg/kg/j IVC**
dilution 1/10^{ème} dans G5% ou NaCl 0,9% (volume max = 10% poids)
 - **puis PO** dès Ca ≥ 1,8 et tolérance clinique
- **UN-ALFA[®] = 20 gouttes x 2/j**
stop dès Ca ≥ 2 mmol/l (maximum 5j)

+ Contrôle de la calcémie entre H6 et H12, puis H24

Prise en charge :



BILAN BIOLOGIQUE

en première intention :

- nouveau-né :**
- calcium total et ionisé, magnésium, phosphore
 - ionogramme sanguin, glucose, protides, albumine
 - PTH, 25(OH)D (D3etD2)
 - urines sur échantillon : calciurie et créatininurie
- mère :**
- calcium, phosphore, PTH, 25(OH)D (D3etD2)

bilan complémentaire :

- nouveau né :**
- 1-25(OH)₂D₃, ionogramme urinaire complet
 - radiographie thoracique et des membres
 - étude génétique (CATCH 22, gène CaSR)
- parents :**
- bilan phosphocalcique complet + étude génétique

références :

- [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20130531_10bis_protocole - troubles calciques nonataux.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20130531_10bis_protocole_-_troubles_calciques_nonataux.pdf)
- <https://fr.pap-pediatrie2-poc.elsevier.cc/consulter/endocrinologie/hypocalcemie-du-nouveau-ne-en-maternite>

- *Merci pour votre attention*

