

#001

Objectifs du carnet

Les multiples causes d'hypoglycémie (1): Causes iatrogènes

- **Insuline et sulfamides hypoglycémisants**

- Disopyramide (Rythmodan*)
- Cibenzoline (Cipralan*)
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- Quinine
- Acide acétyl salicylique à forte dose
- β bloquant
- Dextropropoxyphène (Antalvic*), tramadol
- Pentamidine
- Cotrimoxazole (Bactrim*)

(Souvent favorisés par le terrain, une pathologie générale ou "cachectisante")

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant hypoglycémie chez l'adulte en contexte EDN et en garde.
- Pour Hypoglycémie chez l'Adulte, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Hypoglycémie chez l'Adulte, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Hypoglycémie chez l'Adulte, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Reconnaitre

Les multiples causes d'hypoglycémie (3):

Endocrinopathies

- Insuffisance surrénalienne primaire
- Déficit corticotrope
- Hypopituitarisme
- *(Mutation inactivatrice de PC1 ou de la glucokinase)*
- *(Chez l'enfant: hyperinsulinisme persistant de l'enfance: mutation Sur ou Kir; formes focales et diffuses)*

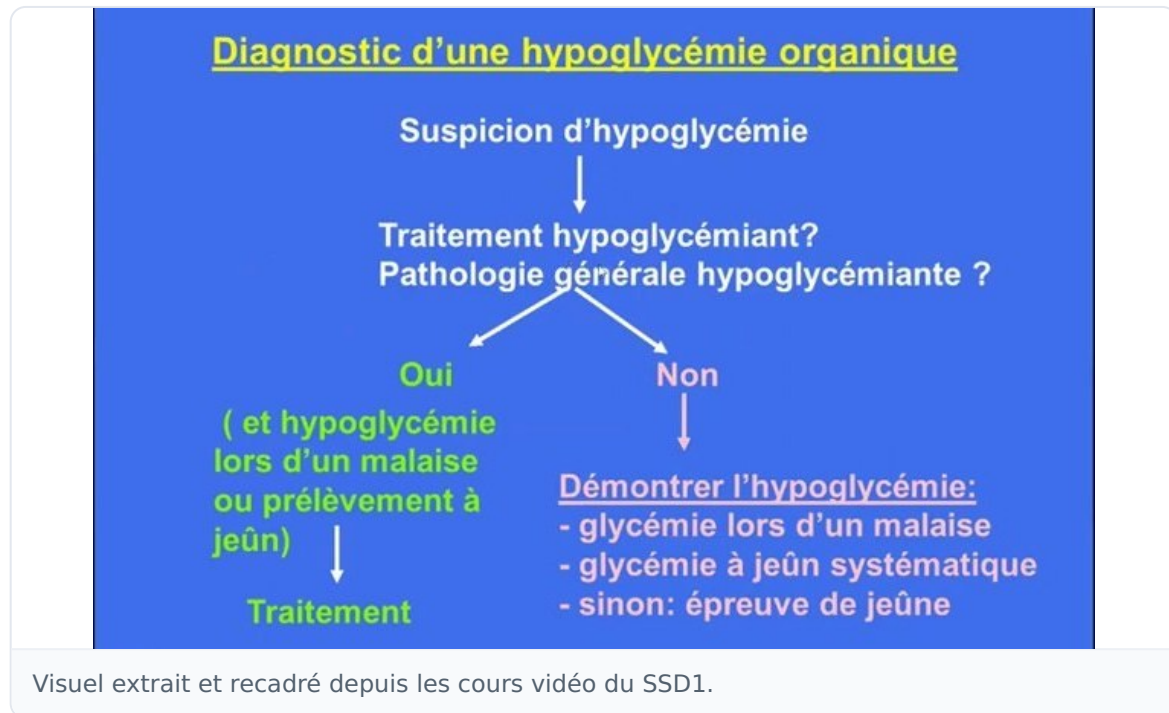
Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Triade de Whipple: symptômes compatibles, glycémie basse mesurée, correction après resucrage.
- Chez diabétique traité, rechercher insuline, sulfamide, repas sauté, alcool, effort ou insuffisance rénale.
- Signes neurovégétatifs: sueurs, tremblements, faim, palpitations; neuroglycopenie: confusion, convulsions, coma.
- Hypoglycémies répétées diminuent les signes d'alerte.

#003

Conduite immédiate



Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Patient conscient: resucrage oral rapide puis glucides lents selon contexte.
- Trouble de conscience: glucagon si disponible ou glucose IV en urgence.
- Surveiller recurrence, surtout sous sulfamide ou insuline longue.
- Identifier cause avant sortie: dose, repas, rein, erreur, alcool ou infection.

#004

Bilan hors diabète

- Confirmer hypoglycémie veineuse pendant symptômes avant bilan extensif.
- Insulinome, insuffisance surrénale, sepsis, alcool et chirurgie bariatrique sont des causes à discuter.
- Dosages pendant épisode: insuline, C-peptide, proinsuline, sulfamides selon suspicion.
- Adresser en endocrinologie si hypoglycémie vraie inexpliquée ou sévère.

#005

Pieges EDN

- Un dosage hormonal isole ne suffit pas si le contexte, l'heure ou le traitement rendent le resultat non interpretable.
- Toujours rechercher grossesse, iatrogenie, insuffisance renale et maladie aigue devant une anomalie endocrine.
- Les urgences endocriniennes se traitent avant confirmation exhaustive si le risque vital est plausible.
- Penser au retentissement: os, coeur, rein, fertilité, nutrition, peau, sommeil et qualite de vie.

#006

Mini-cas a savoir resoudre

- Nommer l'axe hormonal atteint et dire s'il s'agit d'un excès, déficit ou résistance.
- Choisir le premier test biologique utile, puis l'imagerie seulement si elle change la conduite.
- Identifier les signes qui imposent hospitalisation ou avis spécialisé urgent.
- Prevoir surveillance, education du patient et adaptation au terrain.

Sources: Referentiel du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabetologie et nutrition; Société Francaise d'Endocrinologie et Société Francophone du Diabète; HAS 2024: stratégie thérapeutique et parcours de soins du diabète de type 2; Supports locaux SSD1/Alex/3- Endocrinologie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collect 