

INSTRUCTION

Prise en charge des enfants sévèrement dénutris et syndrome de renutrition (« refeeding syndrome »)

Seuls les grands principes de la prise en charge des enfants sévèrement dénutris sont abordés ici. Pour les aspects pratiques, contacter le gastro-entérologue du DMCP (Dr A. Nydegger) ou les diététiciennes de l'UNC (CHUV ou HEL) en charge des enfants.

Les principales manifestations du syndrome de renutrition sont secondaires à de sévères modifications métaboliques – hypoglycémie, hypokaliémie, hypophosphatémie, hypomagnésémie et surcharge hydrosodée – liées à une renutrition trop rapide. Ce syndrome peut être évité par une prise en charge nutritionnelle correcte.

Parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle des enfants sévèrement dénutris, il est indispensable de traiter l'affection de base responsable de la dénutrition, telle que diarrhée infectieuse, broncho-pneumonie, rougeole, tuberculose, malaria, sida,... et de prendre en compte les autres co-morbidités (cardiopathies en particulier).

Sauf urgence vitale, un enfant sévèrement dénutri ne doit pas être opéré avant d'avoir été pris en charge nutritionnellement pour au minimum 7-10 jours.

Si l'enfant est déshydraté, il doit être préalablement réhydraté sur 24 heures au plus par une solution orale adéquate (solution OMS ou GES 45 au CHUV) ou exceptionnellement par voie parentérale.

Les enfants sévèrement dénutris les plus à risque dans le DMCP sont ceux de Terre des Hommes venant dans le Service de Chirurgie pédiatrique pour une cure de sténose oesophagienne caustique ou une opération cardiaque.

Un enfant est considéré sévèrement dénutri s'il a perdu 20% ou plus de son poids ou s'il lui manque 20 % ou plus de poids par rapport à un enfant sain de même taille (weight for height ratio) ($P/T < 80\%$).

Prise en charge nutritionnelle

On distingue 2 phases successives :

- phase initiale
- phase de renutrition.

Phase initiale

Elle dure 4-5 jours, au maximum 7 jours

- **corriger les troubles électrolytiques primaires sévères** (hypokaliémie, hypophosphatémie, hypomagnésémie) observés à l'entrée et préexistants à toute prise en charge nutritionnelle. *Ces troubles électrolytiques primaires se corrigent le plus souvent avec le traitement par **voie orale ou entérale** de la déshydratation associée. Ils doivent être distingués absolument des troubles électrolytiques secondaires observés après une renutrition trop rapide.*
A noter qu'il est exceptionnel de devoir corriger ces troubles par voie intraveineuse et que ceci présente des risques très élevés, si pas fait par un médecin expérimenté avec ce type d'enfants.
- alimenter per os, par sonde naso-gastrique, par gastrostomie, ... l'enfant dès que possible ;
- **augmenter progressivement sur 5-7 jours les apports nutritionnels ; commencer à environ 60% des besoins et monter sur 5-7 jours à 100% (faire les calculs sur le poids actuel) ;**
- avertir la diététicienne de l'unité de soins et choisir avec elle l'alimentation per os ou le liquide nutritif approprié.
Voir aussi avec elle si un apport supplémentaire entéral de potassium, phosphate, magnésium est indiqué ;
- à la fin de cette phase, c'est-à-dire après une semaine, les apports nutritionnels doivent être ceux d'un enfant sain de même poids (= 100 % des besoins calculés sur le poids actuel) ;
- **faire les contrôles cliniques suivants :**
 - **température 3-4 x par jour** (maintenir une température corporelle entre 36-37°C)
 - **poids 2x par jour** (attention à toute prise de poids pendant cette phase, une fois la déshydratation corrigée)
 - **fréquence cardiaque** à la demande selon l'état du patient
 - **fréquence respiratoire au minimum 2x par jour**
 - **diurèse**
- faire des contrôles paracliniques selon la situation, **mais au moins 1x par jour glucose, Na, K, P et Mg ;**
- le risque d'une surcharge liquidienne est élevé pendant cette phase. Se méfier si prise de poids excessive, apparition d'œdème, accélération du pouls, apparition de râles crépitants aux bases pulmonaires ;
- si la voie digestive ne peut pas être utilisée (ce qui est exceptionnel), débiter dès que possible une alimentation parentérale.
Dans ce cas particulier, faites-vous aider par un gastro-entérologue du Service de pédiatrie (Dr A. Nydegger).

Phase de renutrition

- au début de cette phase, pour autant que la phase initiale ait été bien conduite, l'enfant ne devrait plus avoir de troubles électrolytiques ;
- cette phase doit débuter **au plus tard après une semaine** ;
- estimer le poids « cible » que l'enfant devrait avoir par rapport à sa taille et calculer les apports nutritionnels sur la base de celui-ci ;
- **ne pas adapter les apports nutritionnels au jour le jour selon le poids** ;
- reconsidérer la situation en cas d'intolérance digestive (vomissements, ballonnement abdominal, diarrhée) ;
- discuter avec la diététicienne d'un apport supplémentaire en potassium, phosphate, magnésium, fer, acide folique, vitamines, ...
- **en phase de renutrition, les besoins en certains nutriments peuvent être très élevés**

Calories	150-200 Kcal/kg/j
Protéines	3-4 g/kg/j
Sodium	3-5 mmol/kg/j
Potassium	3-5 mmol/kg/j
Phosphore	1-1.5 mmol/kg/j
Magnésium	0.5 mmol/kg/j
Fer	4-6 mg/kg/j
Acide folique (Folvite)	1mg/j
Vitamines (Oranol)	2 x 12 gtts/j
Micronutriments (Zn, Se, ...)	à voir de cas en cas
Vitamine B12	à voir de cas en cas

- **après seulement 10 jours, revoir la situation et en particulier la prise de poids et adapter les apports nutritionnels pour obtenir une prise de poids adéquate.**

Références :

- Goulet O. Ricour C. Dénutrition et renutrition de l'enfant en milieu hospitalier 527-541 dans Traité de Nutrition Pédiatrique 1993.
- Briend A. La malnutrition de l'enfant : des bases physiopathologiques à la prise en charge sur le terrain, Monographie Danone, 1998.
- Management of severe malnutrition : a manual for physicians and other senior health workers, OMS, 1999