

# Malnutrition protéino-énergétique

DR TALBI AMINA

2020

## Introduction

### Définition

La malnutrition protéino-énergétique est liée à une carence des protéines et en énergie associé à d'autres carences en particulier en vitamines et oligo-éléments c'est une pathologie multi carentielles.

la MPE survient lorsque les besoins alimentaires quantitatif et/ ou qualitatif ne sont pas assuré.

on distingue malnutrition primaire due à une alimentation inadéquate et la malnutrition secondaire a les pathologies divers exemple des affections digestives et infectieuse.

### L'intérêt de la question

la fréquence la nettement diminué en Algérie elle touche 40 % des enfants de moins de 5 ans

La prévention :Au niveau de la PMI l'éducation nutritionnelle des mères encourager l'allaitement maternel lutter contre les maladies diarrhéiques

## Étiopathogénie

Dans le kwashiorkor une carence en protéines se développe dans la 2e année de vie quand l'enfant reçoit une alimentation pauvre en protéines ; son apparition est déclenché par un épisode infectieux

Dans le marasme un apport alimentaire en énergie insuffisant ,s'installe lentement sur une histoire de diarrhée à répétition

Des facteurs individuels et d'environnement intervient dans la survenue des différentes formes cliniques exemple le sevrage

Les infections répéter dans les conditions socio-économiques défavorables

## Diagnostic positif

### Définition

On parle de **MPE** lorsque le poids est inférieur au P3 des courbes

On parle de retard statural inf au P3

### Classification

Classification de Gomez basée sur le. Poids et l'âge

- 90 à 100 % normal
- 75 à 89 pour cent déficit 10 à 25 % stade 1 MPE légère
- 60 à 74 % déficit 26 à à 40 % stade 2 modérée
- Inférieur à 60 % c'est un déficit de plus de 40 % c'est un stade 3 de malnutrition sévère

L'inconvénient de cette classification à ne prends pas contre les œdèmes et la taille

Classification de Waterloo :Repose sur 2 indicateurs poids et taille

La malnutrition aiguë ,chronique

L'inconvénient ne tiens pas compte d'œdème

- Stade 0 supérieur à 90 %
- Stade 1 80à 90 %
- Stade 2 70à 79 %
- Stade 3 inférieur à 70 %

L'étude longitudinale la courbe de croissance chez le nourrisson :on utilise les courbes OMS

## **Les formes cliniques**

### **Le marasme**

C'est un déficit de pondérale supérieur à 40 % sans œdème Il y a un déficit statural inférieur à 70 %

L'âge surtout la première année 6 à 18 mois

L'aspect général aigreur impressionnante ; Disparition du pannicule adipeux aspect des petits vieux une peau flasque sur les membres paroi abdominale mince distension abdominal

Amyotrophie ,périmètre brachial diminué

Troubles du comportement apathique anxieux

Appétit conservé vomi fréquemment ne tolère que des petites quantités

Hypothermie, fréquence cardiaque et tension artérielle diminué

Troubles digestifs diarrhée vomissement

Anémie microcytaire hypochrome

Retard de âge osseux et ostéoporose

### **Le kwashiorkor**

Déficit pondérale et staturale associée à des oedemes, déficit pondéral 20 à 40 % avec œdème le déficit du retard statural et peu important au début de la maladie

Âge 10 à 24 mois déclenché par le sevrage

Oedemes caractéristiques au niveau des jambes ,cheville, dos du pied et la main gardant le godet généralisé est important+/- œdème des séreuse

Amyotrophie importante

Troubles du comportement ; Craintif apathique irritable indifférent

Anorexie c'est le symptôme major

Signes digestifs ; hépatomégalie importante, vomissement post-prandiaux déshydratation

Hypopigmentation, sécheresse de la peau, des cheveux fins coloré casse en duvet au niveau du corps a peau craquelé parfois purpurique fissure muguet ,langue dépapillée

hypothermie fréquente , pâleur cm

Hypotonie musculaire

Hypoprotidémie importante hypoalbuminémie

Anémie carencielle lipides diminué hyponatrémie hypochlorémie hypocalcémie hypophosphorémie hypomagnésémie

### **Kwashiorkor marastique**

La forme la plus sévère de la malnutrition déficit pondérale supérieur à 40 % avec des oedemes stade 3 de Waterloo

**Formes modérées** : Ce sont les formes les plus fréquentes

Déficit pondéral modéré (hypotrophie du nourrisson) stade 1 et 2

Les causes ; sevrage tardif incorrect ,absence d'allaitement maternel ;pathologie digestive et infectieuse.

### **Diagnostic étiologique**

Les états de malnutrition protéino-énergétique peut-être dû à une insuffisance d'apport alimentaire mais les mêmes tableau clinique peut-être la conséquence d'autres étiologie Cause digestif diarrhée chronique mucoviscidose hépatique cause rénale, déficit immunitaire , pathologie chronique.

### **Prise en charge**

1)Indication de l'hospitalisation avec sa mère

Malnutrition sévère,/Anorexie persistante/,Vomissement diarrhée/,Déshydratation aiguë/ anémie sévère,/Troubles de la conscience/ état de choc /,défaillance cardiaque

2) rechercher l'étiologie et une co-morbidité associée

Le traitement repose sur 3 phases

1. Entretien 2 à 7 jours traitement des complications et des problèmes vitaux introduction du régime alimentaire
2. phase de récupération 4 à 6 semaines énergie en protéine qui se traduit par une reprise de la croissance
3. Phase de suivi et de prévention sur 2 ans une éventuelle rechute

Modalité de réalimentation

est donner en petite quantité répartis dans la nuit toutes les heures où toutes les deux heures soit par sonde nasogastrique à débit constant ou bien une alimentation entérale ; toujours maintenir l'allaitement maternel si l'enfant et allaiter au sein

Évolution de la phase d'entretien

- le marasme ; la courbe de poids devient stationnaire sur 3 à 4 jours la phase d'entretien se termine lorsque l'appétit est reprise.
- La phase de récupération débutée lorsque la courbe de poids est stable par un régime hyper énergétique hyper protidique la sortie de l'enfant est considéré le poids et la taille atteint 90 % de la valeur de référence

La surveillance du poids chaque jour des constantes hémodynamique et de l'État d'hydratation les quantités ingérées.

Le traitement des formes modéré c'est une réalimentation accéléré parce que bon appétit avec un régime hypercalorique 150 à 200 calories par kg par 24 heures hyperprotidique 3 g par kg

Traiter la l'étiologie

### **Le pronostic**

mortalité dans les formes sévères par déshydratation aiguë ,insuffisance cardiaque infection, trouble métabolique.

Guérison sans séquelles dans la majorité des cas

Rattrapage de la taille va prendre plus de temps

Rechute possible

Séquelles long terme sur le DPM.

### **Prévention** PMI

le dépistage des formes légère et modéré

encourager l'allaitement maternel et contrôler les régimes au PMI

éducation nutritionnelle des mères

lutter contre la maladie diarrhéique, maladie infectieuse

améliorer les conditions sociaux économique et celle de l'hygiène générale.