

RESUME

Introduction : Le syndrome de rénutrition inapproprié (SRI) est décrit comme un ensemble de manifestations cliniques potentiellement grave survenant dans un contexte de défaillance multiviscérale (cardiaque, rénal, neurologique et respiratoire...) résultant des troubles hydro-électrolytiques et métaboliques à type d'hypophosphorémie, d'hypokaliémie et d'hypomagnésémie. Ce syndrome est retrouvé chez 0,4 à 34% des patients dénutris. C'est l'une des complications précoces retrouvée chez les enfants atteints de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) au cours de la phase précoce de rénutrition ; période au cours de laquelle le risque de décès est élevé.

Au regard de l'absence de données cliniques et biologiques sur le SRI, au Cameroun, nous avons entrepris l'étude suivante. Dont les objectifs, sur le plan biologique, étaient d'une part de décrire les variations de concentrations plasmatiques des électrolytes survenant durant la phase initiale de rénutrition du malnutri. Et d'autre part de comparer, les résultats des concentrations de ces électrolytes issus de la méthode de dosage manuel, à ceux issus de la méthode de dosage automatique. En effet, dans notre milieu de pratique les automates, bien que produisant des valeurs de référence, sont peu nombreux, coûteux et d'entretien difficile. D'où le recours toujours constant aux dosages manuels, qu'il convient d'évaluer.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude transversale et prospective, s'étendant sur une période de 7 mois, de Janvier à Juillet 2017. La population d'étude était constituée d'enfants de 6 à 59 mois ayant une MAS au début de leur prise en charge. L'échantillonnage était consécutif. L'étude s'est déroulée dans deux hôpitaux : le Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya et le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé. Dans les salles d'hospitalisation du premier hôpital, nous avons procédé au recrutement des patients et à la collecte des échantillons plasmatiques. Dans le laboratoire de biologie du deuxième hôpital, nous avons effectué les différents dosages biologiques. Les paramètres collectés à l'aide d'une fiche technique étaient: les données sociodémographiques des enfants et leurs parents, les antécédents, le motif de consultation, les données anthropométriques, les pathologies associées, le traitement administré, l'évolution clinique et les concentrations plasmatiques des paramètres biologiques. Ces derniers à savoir : l'albumine, le glucose sanguin, le sodium, le potassium, le chlore, le magnésium, le phosphore et le calcium, étaient dosées simultanément pour ce qui est des électrolytes, selon les

méthodes automatique (BS 120 Mindray) et manuelle (Kenza Max Biolabo) à J0 et à J2 d'hospitalisation.

Les données ont été saisies dans une base de données Excel et analysées avec le logiciel SPSS 20.

Résultats : nous avons inclus 42 enfants dans notre étude. Sur le plan clinique, l'âge moyen était de 16 ± 10 mois, le sexe masculin était le plus représenté avec un sexe ratio H/F de 1,62. Le motif de consultation le plus rencontré était la fièvre avec 73,8% (31 patients) pour un délai de consultation de 15-30 jours pour 64,3% des enfants. Vingt-six patients (61,9%) avaient un poids de naissance supérieur à 2500 g. L'allaitement maternel était le plus employé chez 22 patients. Parmi les 06 femmes qui étaient infectées par le VIH, la transmission materno-foetale a été effective chez 02 enfants. Les parents résidaient en majorité en milieu urbain soit 78,6%. Les enfants issus des parents vivants en concubinage représentaient 45,2% de la population et les parents travaillant à leur propre compte étaient au nombre de 20 soit 47,6%. Notre population d'étude avait un rapport poids/taille $< -3z$ score. Concernant les pathologies associées à la MAS, les infections d'origine digestive (28,6%) et respiratoires (19%) étaient les plus représentées.

Sur le plan biologique : A J0 nous avons observé une diminution de l'albumine, du sodium, du chlore et du phosphore avec des pourcentages variant entre 40 – 73%. A J2, nous avons observé une diminution du potassium et phosphore respectivement de 14,3% à 21,4% et de 40,6% à 59,3%. Dans notre population d'étude, aucun patient n'a rempli les conditions de définition d'un syndrome de renutrition telles que décrites dans la littérature à savoir : hypophosphorémie+ hypomagnésémie+ hypokaliémie. Cependant Le paramètre le plus perturbé était le phosphore dont la moyenne est passée de $40,8 \pm 15,2$ mg/l à J0 à $38,2 \pm 14,9$ mg/l à J2. L'hypophosphorémie était associée à l'hypokaliémie chez 25% des patients. L'unique patient présentant l'hypomagnésémie avait également une hypophosphorémie ; ce patient a été le seul cas de décès. Les autres troubles électrolytiques à type d'hypochlorémie (08 patients), d'hyponatrémie (14 patients) et d'hypocalcémie (04 patients) étaient en majorité retrouvés chez les patients ayant présentés une hypophosphorémie isolée. Le coefficient de concordance entre les méthodes automatiques et manuelle était de 0,64. Et d'après les valeurs de référence de Landis et Koch il s'agit ici d'une bonne concordance.

Conclusion : au terme de notre étude, il en ressort que la période de renutrition initiale dans la MAS de l'enfant est caractérisée, dans notre contexte, par la prédominance de l'hypophosphorémie, comme trouble électrolytique majeur. Les dosages plasmatiques des électrolytes peuvent être effectués avec fiabilité par méthode manuelle, si on ne dispose pas d'automate.

Mots clés : incidence, malnutrition chez l'enfant, syndrome de renutrition inapproprié.