

Impact d'une prise en charge nutritionnelle sur la mortalité d'enfants malnutris infectés ou non par le virus de l'immunodéficience humaine

Jean-Pierre Beau, L. Imboua-Coulibaly, Annabel Desgrees Du Lou

Dans les pays en développement, la malnutrition infantile constitue un problème majeur de santé publique [1] et ses formes sévères contribuent à aggraver la mortalité enregistrée dans les hôpitaux [2, 3]. Dans le passé, les protocoles de prise en charge nutritionnelle ont donné des résultats variables en termes de mortalité [4], qui devraient pouvoir être améliorés grâce à l'utilisation de protocoles de renutrition par voie orale simplifiés et mieux codifiés [5].

L'amaigrissement représente l'un des signes majeurs du sida pédiatrique [6] et constitue un facteur important de mortalité chez l'enfant séropositif [7]. En Afrique, plusieurs études ont montré une forte séroprévalence pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les enfants malnutris [8-11] mais, paradoxalement, très peu d'études ont été consacrées à la prise en charge nutritionnelle de ces enfants [12]. Dans les pays industrialisés, l'utilisation de la nutrition par voie entérale a permis d'améliorer leur pronostic vital [13]. Les protocoles de prise en charge nutritionnelle, en raison de leur complexité et de leur coût, semblent cependant difficiles à appliquer dans les pays en développement. La renutrition par voie orale mérite donc d'être envisagée en priorité chez les enfants malnutris et séropositifs.

En Côte-d'Ivoire, l'utilisation d'aliments locaux pour la renutrition d'enfants malnutris, infectés ou non par le VIH, a donné des résultats décevants en 1994 [14]. Le protocole de renutrition par voie orale a donc été modifié en 1995 et l'objectif de cette étude rétrospective était d'évaluer l'impact de ce nouveau protocole sur la mortalité de ces enfants, en tenant compte de leur statut sérologique vis-à-vis du VIH.

Patients et méthodes

Le centre d'accueil de l'Oasis, situé dans le quartier de Koumassi à Abidjan, a ouvert ses portes fin 1993. Dirigé par les missionnaires de la Charité, il a pour but d'apporter un soutien et une prise en charge aux familles les plus démunies et, en particulier, aux malades du sida. En plus de son activité de soins palliatifs aux adultes séropositifs, il dispose d'une pouponnière destinée à accueillir des enfants malnutris de la commune. Ces derniers bénéficient, pendant leur séjour, d'une supervision médicale deux fois par semaine. Sur le plan thérapeutique, tous les enfants sont déparasités à l'entrée et reçoivent une chimioprophylaxie contre le paludisme. En cas de diarrhée, la correction et la prévention de la déshydratation sont réalisées par voie orale avec une solution glucose-électrolytes selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [15].

Cette analyse rétrospective concerne les dossiers des enfants malnutris âgés de

plus de 15 mois suivis dans le centre entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 1996. L'âge de 15 mois a été choisi car il correspond au seuil limite de perte des anticorps maternels et une sérologie positive après cet âge traduit l'existence d'une infection par le VIH [16].

Les mesures anthropométriques ont été prises par le même examinateur à l'entrée des enfants (pèse-bébé Seca, précision 10 g; toise de fabrication artisanale, précision 1 mm). L'âge a été déterminé à partir de la date de naissance figurant sur le carnet de santé. Les indices anthropométriques (poids pour l'âge, poids pour la taille et taille pour l'âge) ont été calculés par rapport aux références NCHS et sont exprimés en déviations standard ou score d'écart-type [17]. La malnutrition a été définie par un indice poids/taille inférieur à -2 score d'écart-type (marasme) ou par la présence d'œdèmes de carence (kwashiorkor).

Les tests sérologiques ont été effectués après consentement des familles. De janvier 1994 à septembre 1996, le dépistage a été réalisé par test ELISA (Genelavia Mixt, Sanofi Diagnostic Pasteur), la confirmation et la discrimination par test peptidique synthétique (PeptiLAV 1-2, Pasteur). À partir d'octobre 1996 et pour des raisons de coût, le dépistage et la confirmation ont été réalisés à l'aide de deux tests ELISA (Ice Murex HIV 1-0-2 et Vironistika HIV Uniforme II Plus 0). Comme ces tests ne permettent pas la discrimination, les résultats pour cette

J.-P. Beau, A. Desgrees-Du-Lou: IRD, 04 BP 293, Abidjan 04, Côte d'Ivoire.
L. Imboua-Coulibaly: CHU de Treichville, Département de pédiatrie, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Fonds Documentaire ORSTOM



010019302

période sont exprimés en positif pour le VIH1 ou le VIH2.

De janvier 1994 à mars 1995, la prise en charge nutritionnelle des enfants malnutris reposait sur l'utilisation d'aliments disponibles localement sans protocole codifié. À partir d'avril 1995, la prise en charge a été modifiée et a reposé sur un mélange à base de lait, d'huile et de sucre [18], le produit final contenant environ 100 kcal/100 ml avec 10 % de l'apport calorique sous forme de protéines. Les quantités du mélange données chaque jour aux enfants étaient de l'ordre de 100 ml/kg en début de traitement, en plusieurs repas répartis dans la journée. Dès que l'appétit de l'enfant revenait, ces quantités étaient progressivement augmentées en fonction de la faim manifestée.

Pour l'analyse de la mortalité, les enfants décédés durant leur séjour à l'Oasis ou transférés à l'hôpital ont été regroupés dans la catégorie échec de la prise en charge. Pour chaque enfant, on a considéré le séjour passé dans le centre entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une année donnée. À l'issue du séjour, l'enfant peut soit être sorti vivant, être décédé ou avoir été transféré vers un hôpital ; si l'enfant est toujours présent à l'Oasis au 31 décembre de l'année donnée, il est considéré comme vivant et commence un nouveau séjour à l'Oasis pour l'année suivante. Le taux d'échec est calculé à partir du nombre d'enfants-mois au risque ; 1 enfant-mois au risque correspondant au séjour de 1 enfant pendant 1 mois exposé au risque de décès ou de transfert. Le taux a été calculé de 2 manières : d'abord en taux brut, qui correspond au rapport du nombre de décès et de transferts sur le nombre total d'enfants admis au centre ; puis taux ajusté à la durée du séjour au centre (soit la durée d'exposition au traitement), car celle-ci a été variable selon les individus et les catégories. Dans ce cas, le taux d'échec est exprimé en fonction du nombre d'enfant-mois au risque. Il est obtenu par le rapport du nombre de décès et de transferts sur le nombre d'enfants concernés multiplié par la durée du séjour en mois. Les 2 taux sont exprimés pour 1 000 enfants, selon l'année et le statut VIH.

L'analyse statistique repose sur le test t de Student pour la comparaison des moyennes et sur le test du Chi carré pour celle des taux d'échec, le seuil significatif étant fixé à 5 %.

Résultats

Durant les 3 années de l'étude, 258 enfants malnutris âgés de plus de 15 mois ont été admis à l'Oasis. Le dépistage sérologique a été réalisé chez 193 enfants (101 garçons et 92 filles) et 80 d'entre eux (41,5 %) présentaient une sérologie positive pour le VIH (72 enfants étaient séropositifs pour le VIH1, 1 pour le VIH2, 1 pour le VIH1 et le VIH2 et 6 pour le VIH1 ou le VIH2, *tableau 1*).

L'âge et les indices anthropométriques en fonction de l'année de l'étude chez les enfants séronégatifs et séropositifs sont présentés dans les *tableaux 2* et 3. Chez les enfants séronégatifs, l'amaigrissement (indice poids/taille) était significativement plus important chez ceux qui avaient été admis en 1995 et en 1996 par rapport à ceux de 1994. Chez les enfants séropositifs, il n'existait pas de différence significative pour l'indice poids/taille selon l'année de l'étude, en

revanche, le retard de croissance (indice taille/âge) était plus prononcé chez les enfants admis en 1996 que chez ceux admis en 1994. Il faut également souligner que, par rapport aux enfants séronégatifs, l'amaigrissement était significativement plus important chez les enfants séropositifs admis en 1995 et 1996.

Dans le *tableau 4* figurent le nombre de décès et de transferts selon l'année et le statut sérologique, ainsi que le nombre d'enfants-mois au risque. À partir de ces données, les taux bruts d'échec (nombre d'échecs sur nombre d'enfants traités) ne sont pas significativement différents d'une année à l'autre au sein de chaque catégorie (VIH+ et VIH-). Ils ne sont pas différents non plus entre catégories en 1994 et 1995. En revanche, ils le sont en 1996 ($p = 0,005$). On a porté dans le *tableau 5* les taux d'échec ajustés en fonction de la durée d'exposition au traitement. Chez les enfants séronégatifs, ce taux a baissé de façon progressive au cours des 3 années de l'étude, avec une différence statistiquement significative

Tableau 1

Statut VIH des 193 enfants admis dans l'étude

Sérologie	Effectif	%	% séropositivité (tous types)
Négative	113	58,6	58,5
VIH1	72	37,3	41,5
VIH2	1	0,5	-
VIH1 et VIH2	1	0,5	-
VIH1 ou VIH2	6	3,1	-

HIV status of the 193 children included in the study

Tableau 2

Âge et indices anthropométriques par année chez les enfants séronégatifs

	1994	p	1995	p	1996	p
	N = 41 (M ± ET)	1995/1994	N = 45 (M ± ET)	1996/1994	N = 27 (M ± ET)	1996/1995
Âge (mois)	23,5 ± 7,4	ns	23,3 ± 4,5	ns	25,7 ± 7,7	ns
Poids/âge (score d'écart-type)	-4,0 ± 1,1	0,03	-3,5 ± 1,1	ns	-3,5 ± 1,0	ns
Poids/taille (score d'écart-type)	-3,5 ± 1,1	0,009	-2,9 ± 1,0	0,002	-2,7 ± 0,9	ns
Taille/âge (score d'écart-type)	-2,2 ± 1,4	ns	-2,1 ± 1,6	ns	-2,4 ± 1,1	ns

M : moyenne ; ET : écart-type ; ns : non significatif ($p > 0,05$).

Age and anthropometric indices for HIV-negative children, by year

pour les années 1996 *versus* 1994 et 1995. Chez les enfants séropositifs, malgré une tendance à la baisse, les différences observées n'ont pas été statistiquement significatives.

Discussion

Le pourcentage très élevé d'enfants séropositifs admis à l'Oasis tient en grande partie au mode de recrutement (enfants malnutris, orphelins, parents séropositifs...) et il ne doit donc pas être considéré comme représentatif de la séoprévalence dans la population infantile à Abidjan. Ce chiffre est cependant très supérieur à celui de 13 % observé en 1988 dans la même ville chez des enfants malnutris [19], et il est peut être le reflet de l'augmentation croissante des cas de séropositivité observés dans la population adulte [20].

Chez les enfants séronégatifs, la baisse du taux d'échec observée après l'introduction du nouveau protocole de renutrition en 1995 doit être interprétée en tenant compte de leur état nutritionnel. La baisse enregistrée entre 1994 et 1995 est peut-être le reflet du meilleur état nutritionnel des enfants admis en 1995 ; ce facteur n'est vraisemblablement pas intervenu entre 1995 et 1996 puisque le degré de malnutrition des enfants inclus dans l'étude à ces dates était voisin. La baisse significative du taux d'échec observée chez les enfants séronégatifs en 1996 semble donc être liée à l'introduction du nouveau protocole dans le courant de l'année 1995. Une étude récente suggère que son utilisation devrait permettre de faire baisser la mortalité par malnutrition sévère à moins de 10 % [21], et le résultat que nous avons obtenu en 1996 va dans ce sens.

Chez les enfants séropositifs, la surmortalité observée par rapport aux enfants séronégatifs confirme les études antérieures [22, 23]. Dans ce groupe et malgré un état nutritionnel comparable pendant les 3 années de l'étude, l'introduction du nouveau protocole n'a pas entraîné une baisse significative du taux d'échec. Ce résultat confirme la difficulté de la renutrition de l'enfant malnutri séropositif [24-26] et suggère que les protocoles classiquement utilisés doivent être modifiés.

Chez l'enfant infecté par le VIH, de nombreuses carences en vitamines et minéraux ont été observées [27, 28].

Tableau 3

Âge et indices anthropométriques par année chez les enfants séropositifs

	1994 N = 25 (M ± ET)	p 1995/1994	1995 N = 24 (M ± ET)	p 1996/1994	1996 N = 31 (M ± ET)	p 1996/1995
Âge (mois)	23,7 ± 6,3	ns	27,0 ± 13,3	ns	26,2 ± 10,7	ns
Poids/âge (score d'écart-type)	-4,1 ± 1,0	ns	-4,3 ± 1,3	ns	-4,4 ± 0,7	ns
Poids/taille (score d'écart-type)	-3,6 ± 0,9	ns	-3,8 ± 1,2	ns	-3,7 ± 0,8	ns
Taille/âge (score d'écart-type)	-2,2 ± 1,6	ns	-2,7 ± 1,3	0,01	-3,1 ± 1,2	ns

M : moyenne ; ET : écart-type ; ns : non significatif (p > 0,05).

Age and anthropometric indices for HIV-positive children, by year

Tableau 4

Nombre de décès, de transferts et d'enfants-mois au risque selon l'année et le statut VIH

Issue du séjour	1994			1995			1996		
	VIH-	VIH+	Ens.	VIH-	VIH+	Ens.	VIH-	VIH+	Ens.
Enfants décédés	8	10	18	7	5	12	1	9	10
Enfants transférés	1	0	1	2	1	3	1	4	5
Enfants vivants	32	15	47	41	20	61	26	22	48
Enfants-mois au risque*	69,3	35,7	105,0	79,3	43,7	123,1	77,8	65,5	143,3

* 1 « enfant-mois au risque » correspond au séjour de 1 enfant pendant 1 mois (exposé au risque de décès ou de transfert).

Number of deaths and transfers and number of child-months at risk, by year and HIV status

Tableau 5

Taux d'échec = [(nombre de décès + nombre de transferts)/nombre d'enfants-mois au risque] x 1 000 selon l'année et le statut VIH

	1994	p 1995/1994	1995	p 1996/1994	1996	p 1996/1995
VIH-	130	ns*	113	0,02	26	0,04
VIH+	280	ns	137	ns	198	ns
Ensemble	181	ns	122	ns	105	ns

* non significatif (p > 0,05).

Note : il s'agit d'un taux d'échec mensuel pour 1 000 : un taux de 181 % signifie que sur 1 000 enfants qui auraient effectué un séjour de 1 mois, 181 seraient décédés ou transférés.

Setback rate = [(no. deaths + transfers)/no. child-months at risk] x 1,000, by year and HIV status

Elles contribuent à aggraver le déficit immunitaire [29]. Chez l'adulte séropositif, la mortalité a été corrélée au déficit en vitamines A et E ainsi qu'en sélénium [30-32]. Une étude réalisée en

Ouganda chez des adultes séropositifs asymptomatiques a montré l'effet bénéfique d'une supplémentation globale en vitamines et minéraux sur le gain de poids et la fonction immunitaire [33].

Summary

The effect of nutritional management on the mortality of malnourished children, uninfected and infected with the human immunodeficiency virus

J.P. Beau, L. Imboua-Coulibaly, A. Desgrees Du Lou

Weight loss is a major complication in children infected with HIV. Very few studies have focused on the nutritional management of malnourished HIV-positive children, particularly in developing countries, although there have been some studies in adults. Therefore, the aim of this retrospective study was to evaluate, as a function of HIV status, the effect of a nutritional rehabilitation program on the mortality of malnourished children in an Ivory Coast nursery.

We studied 193 malnourished children over the age of 15 months from January 1 1994 to December 31 1996; 41 % of these children (80 of 193) were HIV-positive. The nutritional rehabilitation program was introduced in 1995. It had a beneficial effect in HIV-negative children because the setback rate (the number of deaths and transfers \times 1,000/the number of child-months at risk) decreased significantly over the three years of the study (1994: 130; 1995: 113; 1996: 26; $p < 0.05$). The rate in HIV-positive children did fall slightly, but this decrease was not statistically significant.

These results demonstrate the difficulties involved in the nutritional management of malnourished HIV-positive children. However, recent studies have suggested that nutritional rehabilitation (by mouth) combined with total vitamin and mineral supplementation may be more effective. Given the frequency of malnutrition in HIV-positive children, clinical studies aimed at improving the nutritional management of these children should be a priority in developing countries.

Cahiers Santé 1999 ; 9 : 163-7.

Chez l'enfant malnutri infecté par le VIH, la diarrhée représente une cause importante de mortalité [34, 35]. En Afrique du Sud, la supplémentation en vitamine A a permis de diminuer la morbidité liée à cette affection chez l'enfant séropositif [36]. Au Malawi, la supplémentation en vitamines et minéraux a en outre entraîné une baisse de la mortalité chez des enfants sévèrement malnutris [37] (dans cette étude, 21 % des enfants étaient séropositifs). L'ensemble de ces résultats suggère que, associée à la renutrition par voie orale, une supplémentation globale en micronutriments pourrait être bénéfique à l'enfant malnutri infecté par le VIH. Pour améliorer le pronostic vital chez ces enfants, des études cliniques contrôlées visant à mieux définir les modalités de la prise en charge nutritionnelle sont donc indispensables. Elles doivent être envisagées en priorité dans les pays en développement où la malnutrition constitue une complication fréquente et précoce chez les enfants infectés par le VIH ■

Références

1. Pelletier DL, Frongillo EA, Schroeder DG, Habicht JP. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bull WHO* 1995 ; 73 : 443-8.
2. Beau JP, Garenne M, Diop B, et al. Diarrhoea and nutritional status as risk factors of child mortality in a Dakar hospital (Senegal). *J Trop Pediatr* 1987 ; 33 : 4-9.
3. Schofield C, Ashworth A. Why have mortality rates for severe malnutrition remained so high? *Bull WHO* 1996 ; 74 : 479-89.
4. Waterlow JC. Treatment of severe PEM. In: *Protein energy malnutrition*. Londres : Edward Arnold, 1992 : 164-86.
5. OMS. *Management of severe malnutrition. Manual for physicians and other senior health workers*. Genève : OMS, 1999 ; 60 p.
6. Centers for Disease Control and Prevention. 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR* 1994 ; 43 : 1-10.
7. Tovo PA, De Martino M, Gabiano C, et al. Prognostic factors and survival in children with perinatal HIV-1 infection. *Lancet* 1992 ; 339 : 1249-53.
8. Mgone CS, Mhalu FS, Shao JF, et al. Prevalence of HIV-1 infection and symptomatology of AIDS in severely malnourished children in Dar Es-Salaam, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991 ; 4 : 910-3.

9. Kurawige JB, Gatsinzi T, Kleinfeldt V, et al. HIV-1 infection among malnourished children in Butare, Rwanda. *J Trop Pediatr* 1993 ; 39 : 93-6.
10. Prazuck T, Tall F, Nacro B, et al. HIV infection and severe malnutrition : a clinical and epidemiological study in Burkina Faso. *AIDS* 1993 ; 7 : 103-8.
11. Beau JP, Imboua-Coulibaly L. Kwashiorkor and HIV : new questions. *J Trop Pediatr* 1997 ; 43 : 50-1.
12. Green CJ. Nutritional support in HIV infection and AIDS. *Clin Nutr* 1995 ; 14 : 197-212.
13. Miller TL, Awnetwant EL, Evans S, et al. Gastrostomy tube supplementation for HIV-infected children. *Pediatrics* 1995 ; 96 : 696-702.
14. Beau JP, Imboua-Coulibaly L, Zannou F. Prise en charge d'enfants malnutris séropositifs en Côte d'Ivoire : bilan et perspectives. In : *IX^e Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, 10-14 décembre 1995*. Abstract Web781.
15. OMS. *The treatment of diarrhoea : a manual for physicians and other senior health workers*. Genève : OMS, 1995 : WHO/CDR/95.3.
16. Dabis F, Msellati P, Dunn D, et al. Estimating the rate of mother-to-child transmission of HIV. Report of a workshop on methodological issues. Ghent (Belgium), 17-20 february 1992. *AIDS* 1993 ; 7 : 1139-48.
17. WHO Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull WHO* 1986 ; 64 : 929-41.
18. Briend A, Golden MHN. Treatment of severe child malnutrition in refugee camps. *Eur J Clin Nutr* 1993 ; 47 : 750-4.
19. Rey JL, Roy C, Denis F, et al. L'infection VIH dans un centre de récupération nutritionnelle à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Rev Ped* 1990 ; XXVI : 271-4.
20. Djomand G, Greenberg AE, Sassan-Morokro M, et al. The epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte d'Ivoire : a review of data collected by projet RETRO-CI from 1987 to 1993. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995 ; 10 : 358-65.
21. Prudhon C, Golden MHN, Briend A, Mary JY. A model to standardise mortality of severely malnourished children using nutritional status on admission to therapeutic feeding centres. *Eur J Clin Nutr* 1997 ; 51 : 771-7.
22. Lepage P, Hitimana DG. Natural history and clinical presentation of HIV-1 infection in children. *AIDS* 1991 ; 5 (suppl. 1) : S117-25.
23. Vetter KM, Djomand G, Zadi F, et al. Clinical spectrum of human immunodeficiency virus disease in children in a west african city. *Pediatric Infect Dis J* 1996 ; 15 : 438-42.
24. Excler JL, Standaert B, Ngendandumwe E, Piot P. Malnutrition et infection à HIV chez l'enfant en milieu hospitalier au Burundi. *Pédiatrie* 1987 ; 42 : 715-8.
25. Lesbordes JL, Coulaud B, Georges AJ. Malnutrition et virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à Bangui (Centrafrique). *Med Trop* 1990 ; 50 : 161-5.
26. Mutombo T, Keusse J, Sangare A. Sida et malnutrition en milieu pédiatrique semi-rural. Expérience de l'hôpital protestant de Dabou en Côte d'Ivoire. *Med Afrique Noire* 1996 ; 43 : 72-7.

27. Samuel NM, Meenakshi B, Gnanasundaram S, Rajan BP. HIV seroprevalence in malnourished children and estimation of trace elements. In : *X^e International conference on AIDS, Yokohama, 1994*. Abstract PB0918.

28. Periquet BA, Jammes NM, Lambert WE, et al. Micronutrient levels in HIV-1 infected children. *AIDS* 1995 ; 9 : 887-93.

29. Beisel WR. Nutrition and immune function : overview. *J Nutr* 1996 ; 126 : 2611S-5.

30. Semba RD, Caiaffa WT, Graham NMH, et al. Vitamin A deficiency and wasting as predictors of mortality in human immunodeficiency virus-infected injection drug users. *J Infect Dis* 1995 ; 171 : 1196-202.

31. Tang AM, Graham NMH, Semba RD, Saah AJ. Association between serum vitamin A and E levels and HIV-1 disease progression. *AIDS* 1997 ; 11 : 613-20.

32. Constans J, Pellegrin JL, Sergeant C, et al. Serum selenium predicts outcome in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995 ; 10 : 392.

33. Mathias PM, Bakeine GJ, Mugenyi RN. Weight gain and immunomodulation through early nutritional intervention in adults with HIV infection in Uganda. *Nutrition* 1997 ; 13 : 275.

34. Thea DM, St Louis ME, Atido U, et al. A prospective study of diarrhea and HIV-1 infection among 429 Zairian infants. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 1696-702.

35. Beau JP, Imboua-Coulibaly L. Déshydratation : un facteur important de mortalité chez l'enfant malnutri séropositif vis-à-vis du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). *Bull Soc Path Ex* 1997 ; 90 : 71-3.

36. Coutsoudis A, Bobat RA, Coovadia HM, et al. The effects of vitamin A supplementation on the morbidity of children born to HIV-infected women. *Am J Public Health* 1995 ; 85 : 1076-81.

37. Brewster DR, Manary MJ, Graham SM. Case management of kwashiorkor : an intervention project at seven nutrition rehabilitation centers in Malawi. *Eur J Clin Nutr* 1997 ; 51 : 139-47.

Résumé

Chez l'enfant infecté par le VIH, l'amaigrissement représente une complication majeure au cours de l'évolution de la maladie. Par rapport à l'adulte et en particulier dans les pays en développement, peu d'études ont été consacrées à la prise en charge nutritionnelle de ces enfants malnutris séropositifs. L'objectif de cette étude rétrospective était donc d'évaluer, en fonction du statut sérologique vis-à-vis du VIH, l'impact d'une prise en charge nutritionnelle sur la mortalité d'enfants malnutris suivis dans une pouponnière de Côte d'Ivoire.

L'analyse a concerné 193 enfants malnutris âgés de plus de 15 mois, suivis entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 1996 ; 41 % d'entre eux étaient séropositifs (80/193). Chez les enfants séronégatifs, l'introduction du protocole de renutrition en 1995 a eu un effet bénéfique puisque le taux d'échec calculé en fonction de la durée du traitement a baissé de façon significative au cours des 3 années de l'étude (1994 : 130 ; 1995 : 113 ; 1996 : 26 ; $p < 0,05$). Dans le groupe des séropositifs, malgré une tendance à la baisse du taux d'échec, la différence n'a pas été statistiquement significative.

Ces résultats confirment la difficulté de la prise en charge nutritionnelle des enfants malnutris infectés par le VIH. Les résultats d'études récentes suggèrent cependant que, associée à la renutrition par voie orale, une supplémentation globale en vitamines et minéraux pourrait améliorer ces résultats. Compte tenu de la fréquence de la malnutrition chez l'enfant séropositif, des études cliniques visant à mieux définir les modalités de sa prise en charge nutritionnelle apparaissent comme une priorité dans les pays en développement.
