

LA MALNUTRITION

Comment peut-on la définir ?

Etat pathologique résultant de la carence ou de l'excès relatif ou absolu d'un ou de plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou cliniques.

Les différents types :

- ❖ La sous-alimentation ou malnutrition pluri carencielle qui résulte d'un apport alimentaire insuffisant ou d'une malabsorption de nutriments. Ses formes cliniques les plus graves sont :
 - Le Kwashiorkor, c'est une carence nutritionnelle protéique caractérisée par des œdèmes des membres inférieurs, des troubles gastro-intestinaux et des troubles cutanés.
 - Le Marasme, dénutrition globale, caractérisée par un déficit pondéral majeur avec fonte graisseuse et musculaire due à une carence globale en nutriments, surtout énergétique
 - Le Kwashiorkor marasmique.
- ❖ La suralimentation qui résulte d'un excès d'apport alimentaire en regard des besoins ou un déséquilibre hormonal.

Comment les diagnostiquer ?

Il faut évaluer l'état nutritionnel par des indicateurs biologiques, anthropométriques ou cliniques.

Les indicateurs anthropométriques sont les plus utilisés, pour juger globalement et rapidement le type et l'étendue de la malnutrition. On y combine les mesures du corps : poids, taille, périmètre brachial, plis cutanés (tricipital) par rapport aux normes d'une population de référence indiqués dans des tableaux de l'OMS.

Comment les traiter ?

Trois principes guident l'alimentation de l'enfant malade :

- Patience et persévérance
- Augmentation de la fréquence des repas,
- Amélioration de la qualité des repas.

Toute prise en charge de l'enfant malade se fait simultanément avec le traitement de la pathologie associée : pneumopathie, paludisme, tuberculose, cardiopathie, diarrhée, etc.

Un enfant malade doit manger davantage car cela lui permet de lutter contre la maladie.

La prise en charge de l'enfant atteint de marasme ou de kwashiorkor est presque identique.

L'enfant peut être gravement malnutri, déshydraté ou non, ou modérément malnutri. Dans

tous les cas, la réhydratation par voie orale ou parentérale est une priorité si la

déshydratation est effective La réhydratation préalable à la réalimentation doit se faire par la solution orale dite **SRO**

Quantité : Faire boire 5 à 15 ml / kg / heure.

Durée : 12 premières heures (jusqu'à la reprise de diurèse).

La récupération nutritionnelle d'un enfant malnutri recommande l'utilisation de la solution

L.H.S. (lait-huile-sucre)

- Lait entier en poudre = 6 volumes
- Sucre en poudre = 2 volumes
- Huile = 1 volume

Le mélange fournit 100Kcal pour 100ml de solution.