



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE
L'HYGIÈNE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

FORMATION EN NUTRITION MANUEL DU PARTICIPANT

MODULE 4

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATION

EDITION 2017



SOMMAIRE

ABREVIATIONS ET SIGLES	i
SESSION 4.1 PROCEDURES D'ADMISSION, DE SUIVI ET DE SORTIE DE L'UNTA.....	1
FICHE 4.1.1 PROCEDURES D'ADMISSION A L'UNTA.....	2
FICHE 4.1.2 CRITERES D'ADMISSION A L'UNTA.....	3
FICHE 4.1.3 AVANTAGES DES ATPE	5
FICHE 4.1.4 TEST DE L'APPETIT.....	6
FICHE 4.1.5 CRITERES DE SURVEILLANCE ET DE NON REPONSE EN UNTA.....	8
FICHE 4.1.6 CRITERES DE SORTIE DE L'UNTA	15
SESSION 4.2 TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE SANS COMPLICATION.....	16
FICHE 4.2.1 TRAITEMENT NUTRITIONNEL DE LA MAS SANS COMPLICATION.....	17
FICHE 4.2.2 MESSAGES CLES POUR LES MERES OU ACCOMPAGNANT(E)S DE PATIENTS EN UNTA.....	18
FICHE 4.2.2 TRAITEMENT MEDICAL DE LA MAS SANS COMPLICATION	19
ETUDE DE CAS.....	23

ABREVIATIONS ET SIGLES

ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
cp	Comprimé
CSB	Corn Soya Blended
FE	Femme Enceinte
FEFA	Femme Enceinte ou Femme Allaitante
IMC	Indice de Masse Corporelle
IMC/âge	Indice de Masse Corporelle pour l'âge
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
PAS	Produit Alimentaire Spécialisé
PB	Périmètre Brachial
PECMAS	Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère
PECN	Prise En Charge Nutritionnelle
P/T	Poids-pour-Taille
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
TB	Tuberculose
UNT	Unité de Nutrition Thérapeutique
UNTA	Unité de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire
UNS	Unité de Nutrition Supplémentaire
VAD	Visite A Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SESSION 4.1 PROCÉDURES D'ADMISSION, DE SUIVI ET DE SORTIE DE L'UNTA

Objectifs spécifiques

1. Identifier les critères d'admission à l'UNTA
2. Expliquer les avantages de l'ATPE dans la prise en charge de la malnutrition aigue
3. Réaliser le test de l'appétit
4. Décrire les causes de non-réponse au traitement
5. Planifier le suivi nutritionnel de la malnutrition aiguë sévère sans complication
6. Identifier les critères de sortie de l'UNTA

Contenu

- Fiche 4.1.1 Procédures d'admission en UNTA
- Fiche 4.1.2 Critères d'admission à l'UNTA
- Fiche 4.1.3 Avantages des ATPE
- Fiche 4.1.4 Test de l'appétit
- Fiche 4.1.5 Critères de surveillance et de non réponse en UNTA
- Fiche 4.1.6 Critères de sortie de l'UNTA

FICHE 4.1.1 PROCEDURES D'ADMISSION A L'UNTA

A l'arrivée des patients :

- Dans la salle d'attente, procéder au tri des patients.
- Donner à ceux qui sont visiblement malades de l'eau sucrée à 10% (un carreau de sucre dans 50 ml d'eau) pour prévenir l'hypoglycémie.
- Prendre les mesures anthropométriques et déterminer les indices (PB, P/T, IMC/âge, IMC).
- Vérifier l'absence d'œdèmes nutritionnels (bilatéraux, prenant le godet).
- Prendre les constantes (T°, pouls, Fréquence Respiratoire...).
- Interroger le patient ou son accompagnant sur ses antécédents, l'histoire de sa maladie.
- Faire son examen clinique complet.
- Faire le test de l'appétit.
- Procéder à l'admission.

FICHE 4.1.2 CRITERES D'ADMISSION A L'UNTA

CRITÈRES D'ADMISSION

Tous les patients qui remplissent **au moins un** des critères du tableau ci-dessous souffrent d'une malnutrition aiguë sévère (MAS).

Anthropométrie/ œdèmes	Enfants de 6 à 59 mois	PB < 11,5 cm
		et/ou Z score P/T < -3
		et/ou Œdèmes bilatéraux + ou ++
	Enfants et Adolescents de 5 à 18 ans	Z score IMC/âge < -3
		et/ou Œdèmes bilatéraux + ou ++
	FEFA	PB < 21 cm
		et/ou Œdèmes nutritionnels
	Adultes de plus 18 ans	IMC < 16 avec perte récente de poids
		et/ou PB < 18,5 cm avec perte récente de poids
		et/ou Œdèmes nutritionnels

Note : Il est important d'insister sur le fait qu'un patient est admis à partir du moment où il remplit au moins un de ces critères – même si les autres critères ne sont pas remplis.

TYPES D'ADMISSION

Il y a deux types d'admission à l'UNTA :

Nouvelles admissions :

- **Nouvelles admissions** venant des dépistages passif et actif ou auto-référées. Elles représentent la majorité des admissions.
- **Rechute** (après plus de deux mois d'absence ou après avoir été déchargé guéri) : ceci est un nouvel épisode de malnutrition.

Admissions de patients déjà sous traitement de MAS :

- **Transfert interne d'une autre UNTA** (traitement déjà commencé avec un numéro-MAS).
- **Transfert interne d'une UNT** (fiche de transfert avec numéro-MAS et traitement déjà administré).

- **Retour d'une UNT vers l'UNTA** (fiche de transfert avec numéro-MAS, tableau et enregistrement préalable).
- **Réadmission** après abandon avec une absence de moins de 2 mois.

Résumé des critères d'admission pour un 2^{ème} tri : décision UNT ou UNTA

Si l'un des critères suivants est présent, le patient doit être référé/transféré vers une UNT ou une UNTA en tenant compte du choix de l'accompagnant.

FACTEUR	PRISE EN CHARGE UNT	PRISE EN CHARGE UNTA
<u>Choix de l'accompagnant</u> (à tout moment de la prise en charge)	L'accompagnant choisit de commencer, continuer ou d'être transféré vers une UNT. Le souhait de l'accompagnant doit être respecté.	L'accompagnant choisit de commencer, continuer ou d'être transféré vers une UNTA. Le souhait de l'accompagnant doit être respecté.
Appétit	Echec ou test de l'appétit ambigu	Test de l'appétit réussit
Œdèmes bilatéraux	Œdèmes bilatéraux +++ kwashiorkor-marasmes (P/T < -3 z-score et œdèmes bilatéraux)	Dans la majorité des pays : kwashiorkor avec des œdèmes bilatéraux + et ++
Peau	Lésions cutanées ouvertes	Pas de lésions cutanées ouvertes
Complications médicales	Toutes maladies graves, selon les critères PCIME – infection respiratoire aiguë, anémie sévère, carence clinique en vitamine A, déshydratation, fièvre, léthargie, etc. – rougeole	Eveillé et sans complication médicale
Candidose	Présence de candidose sévère ou autres signes d'immunodéficience sévère	Absence de candidose
Accompagnant	Accompagnant incapable ou refusant une prise en charge à l'UNTA	Environnement à domicile correct et accompagnant prêt à une prise en charge en ambulatoire

Remarque : si le test de l'appétit est correctement fait, on doit pouvoir différencier les patients œdémateux qui peuvent être traités en ambulatoire et ceux qui ne peuvent pas l'être.

FICHE 4.1.3 AVANTAGES DES ATPE

Principales caractéristiques de l'ATPE :

- Composition analogue au lait F100 (seulement que l'ATPE contient du fer et il est cinq fois plus dense en énergie-nutriments) ;
- Pâte molle à base de lipides (comme **Plumpy'Nut**[®]) ou barre de nutriments à écraser (comme BP100) ;
- Idéal pour la PEC de la MAS ambulatoire car il ne nécessite ni cuisson ni hydratation, ce qui évite la contamination et la croissance de bactéries ;
- Facile à distribuer et à emporter ;
- Facile à stocker (dans un endroit propre et sec) et peut être gardé pendant un certain temps même s'il est ouvert ;
- Disponible localement, soit par le biais d'importation ou de production locale.

L'ATPE à base de lipides (**Plumpy'Nut**[®]) est le produit le plus couramment utilisé dans la PEC de la MAS sans complication en ambulatoire. La ration donnée est de plus ou moins 200 kcal par kg du poids corporel par jour en moyenne.

- Valeur calorique par sachet :
 - 1 sachet de Plumpy'Nut[®] = 92 g = 500 kcal
- Composition par sachet de Plumpy'Nut[®] :
 - 25% de beurre d'arachides
 - 26% de lait en poudre
 - 27% de sucre
 - 20% d'huile
 - 2% de mélange de vitamines et de minéraux

FICHE 4.1.4 TEST DE L'APPÉTIT

COMMENT FAIRE LE TEST DE L'APPÉTIT ?

- Le test doit être fait dans un endroit calme.
- Expliquer à l'accompagnant/patient le but du test et comment cela va se faire.
- Laver avec du savon les mains et la bouche du patient avant et après la prise de l'ATPE ainsi que les mains de l'accompagnant ; si besoin, laver le sachet d'ATPE également.
- Pour un enfant, l'accompagnant doit s'asseoir confortablement, le mettre sur ces genoux et lui offrir l'ATPE.
- Encourager le patient à consommer l'ATPE, ne pas le forcer.
- Le test ne doit pas durer plus d'1 heure.
- Offrir au patient assez d'eau dans une tasse pendant qu'il prend le produit.
- Quand le patient a fini, estimer ou mesurer la quantité consommée.

Pour passer le test de l'appétit, le patient doit prendre au moins le volume qui se trouve dans le tableau 1 selon son poids.

Tableau 1 : Quantité d'ATPE à consommer pour le test de l'appétit en l'absence de balance de précision

TEST DE L'APPÉTIT						
"Moyen" est la quantité minimum qu'un patient malnutri doit prendre pour réussir le test de l'appétit						
Poids Corporel	ATPE – Pâte en sachet (Proportion d'un sachet entier 92g)			ATPE – Pâte en pot (ml ou grammes)		
	Faible	Moyen	Bon	Faible	Moyen	Bon
Moins de 4 kg	<1/8	1/8 – 1/4	>1/4	<15	15 – 25	>25
4 – 6.9	<1/4	1/4 – 1/3	>1/3	<25	25 – 30	>35
7 – 9.9	<1/3	1/3 – 1/2	>1/2	<35	35 – 50	>50
10 – 14.9	<1/2	1/2 – 3/4	>3/4	<50	50 – 75	>75
15 - 29	<3/4	3/4 – 1	>1	<100	100 – 150	>150
Plus de 30 kg	<1	>1		<150	>150	

Source : Protocole PNN

RÉSULTATS

- Si le patient ne prend pas le volume minimum d'ATPE indiqué, cela indique un mauvais appétit, lequel peut être provoqué par des désordres métaboliques importants tels une

intoxication, une infection, une affection hépatique. Etant donné ces possibilités de complications sérieuses le patient démontrant un mauvais appétit doit être interné (UNT).

- Si le patient prend au moins le volume d'ATPE indiqué cela indique un bon appétit ou un appétit moyen, et que les complications ne sont pas présentes ou ne sont pas trop sévères. Dans ce cas, le patient doit être pris en charge en ambulatoire (UNTA).

FICHE 4.1.5 CRITERES DE SURVEILLANCE ET DE NON REPONSE EN UNTA

Activités	Périodicité
Evaluation des œdèmes	Chaque semaine
Prise du poids	Chaque semaine
Mesure de la taille	La semaine qui suit l'admission puis une fois par mois (chez les enfants)
Mesure du PB	Chaque semaine
Calcul du P/T, IMC pour âge, IMC	Chaque semaine
Prise de la température	Chaque semaine
Examen clinique signes cliniques PCIME (selles, vomissement, fréquence respiratoire, etc.)	Chaque semaine
Test de l'appétit	Chaque semaine

NON RÉPONSE AU TRAITEMENT EN UNTA

Il existe deux types de non réponse au traitement :

- La non réponse primaire est une absence d'amélioration attendue de l'état nutritionnel malgré une prise en charge adéquate de la malnutrition pendant une durée donnée.
- La non réponse secondaire est une détérioration ou une régression de l'état nutritionnel du patient sous traitement après une réponse initiale satisfaisante.

La non réponse au traitement est un diagnostic à part entière qui doit être noté sur la fiche de suivi UNTA pour que ce patient soit vu et examiné par une équipe expérimentée.

Ce diagnostic de non réponse au traitement peut nécessiter un transfert en UNT pour qu'une évaluation complète de son état soit faite ; si des circonstances sociales inadéquates sont suspectées comme cause principale pour ces patients, une visite à domicile (VAD) doit être faite avant le transfert en UNT.

CRITÈRES DE TRANSFERT DE L'UNTA À L'UNT

Les patients pris en charge à l'UNTA qui développent des signes de complications médicales sérieux (pneumonie, déshydratation, etc. – voir tableau 2 dans la section Triage) doivent immédiatement être transférés vers une UNT ; Ils doivent rester à l'UNT jusqu'à ce qu'ils soient en état de revenir à l'UNTA.

De plus, il faut transférer à l'UNTA tout patient traité à l'UNTA qui développe l'un des critères suivants :

- Echec au test de l'appétit (voir procédure d'échec au traitement) ;

- Augmentation/développement d'œdèmes nutritionnels ;
- Apparition de diarrhée de renutrition entraînant une perte de poids ;
- Présence d'un des critères « d'échec au traitement » :
 - Perte de poids pendant 2 pesées consécutives
 - Perte de poids de plus de 5% du poids corporel à n'importe quelle visite.
 - Poids stagnant pendant 3 pesées consécutives
- Maladie majeure ou décès de l'accompagnant de sorte que sa remplaçante demande que le patient soit suivi en milieu hospitalier, ou elle ne souhaite pas prendre soin de l'enfant malnutri ou elle en est incapable.

PROCÉDURE DE TRANSFERT

Après son transfert de l'UNTA, le traitement standard de l'UNT doit être appliqué ; cependant, les médicaments systématiques doivent être revus individuellement selon que le patient ait été transféré directement ou ait déjà reçu un traitement de routine à l'UNTA, et selon la cause du transfert et la nature de la complication.

A l'UNTA, avant le transfert vers l'UNT :

- Inscrire sur la fiche individuelle du patient et dans le registre la raison du transfert ;
- Remplir la fiche de transfert qui résume le traitement administré et inscrire le numéro - MAS (voir la section Suivi et Evaluation) ;
- Donner au patient une fiche de transfert avec une fiche de retour, en envoyer une au UNT et garder l'autre à l'UNTA avec la fiche de suivi individuelle du patient ;
- Si possible, téléphoner au superviseur de l'UNT afin d'informer le l'UNT du transfert et noter cette information sur la fiche individuelle du patient. Le superviseur UNT doit faire en sorte que le patient soit admis directement dans le service sans passer par le service d'urgence. Ce type d'admission directe doit être comprise et appliquée par le service d'urgence lorsqu'un patient arrive avec une fiche de transfert d'une UNTA.

Note : quand le patient retourne à l'UNTA, un contact similaire doit être établi afin de ne pas perdre le patient durant le transfert.

Tableau 2 : Echec de réponse au traitement des patients à l'UNTA

Critères d'échec au traitement	Temps après l'admission
Poids stable (enfants non-œdémateux)	21 jours
Perte de poids depuis l'admission dans le programme (enfants non-œdémateux)	14 jours
Pas d'amorce de la fonte des œdèmes	14 jours
Œdèmes encore présents	21 jours
Echec au test de l'appétit	Toute visite
Perte de poids de 5% du poids corporel (enfants non-œdémateux) ¹	Toute visite
Perte de poids pendant deux visites consécutives	Toute visite
Echec à commencer à prendre du poids de manière satisfaisante après la fonte totale des œdèmes (kwashiorkor) ou à partir du 14 ^{ième} jour (marasme)	Toute visite

CAUSES DE NON RÉPONSE AU TRAITEMENT

Non réponse primaire

Lorsqu'un patient ne répond pas au traitement, il faut d'abord rechercher les causes **non médicales** apparentes (liées au fonctionnement du centre ou autres) et y remédier. En l'absence de ces causes non médicales, il faut pouvoir rechercher les causes médicales et les traiter de façon appropriée.

Exemples de causes non médicales de non réponse au traitement en UNTA :

Causes liées au fonctionnement du centre :

- Mauvaise sélection des patients admis en UNTA
- Test de l'appétit mal fait
- Instructions données à l'accompagnant incorrectes
- Quantité d'ATPE donnée insuffisante
- Intervalle entre les distributions en UNTA trop important (ex. 2 semaines d'intervalle donnent des résultats moins bons que des visites hebdomadaires)

Autres causes possibles :

- Partage de la ration avec la famille
- Croyance traditionnelle (interdits alimentaires)
- Tout le monde prend son repas à partir d'un plat unique
- Disponibilité insuffisante de l'accompagnant qui ne s'occupe pas assez de l'enfant

¹ Voir annexe 1: Tableau de perte de poids de 5%

Chaque enfant avec une non réponse primaire au traitement doit aussi bénéficier d'un examen médical approfondi :

1. Anamnèse approfondie
2. Examen clinique complet
3. Bilan para clinique :

Faire si possible

- goutte épaisse/ test de diagnostic rapide ;
- examen cytobactériologique des urines ;
- hémoculture ;
- examen et cultures des selles ;
- examen de crachat ou tubage gastrique² pour les patients suspects de tuberculose (TB) avec culture, radiographies du thorax, examen de la rétine ;
- examen et culture du LCR ;
- sérologie VIH et tests hépatiques.

Au besoin, on devra transférer le patient vers une UNT ou une formation sanitaire appropriée.

Non réponse secondaire

Elle peut être due à :

- une pneumonie d'inhalation consécutive à une fausse route
- une autre infection aiguë
- une réactivation d'une infection lors de la réhabilitation
- l'introduction du plat familial
- d'autres traitements médicaux y compris la médecine traditionnelle.

Explorer la cause de non réponse et au besoin, transférer le patient vers une UNT ou une formation sanitaire appropriée.

² Les tubages gastriques sont très rarement positifs chez les enfants malnutris même avec une TB évolutive – particulièrement si des repas sont donnés la nuit ; on ne doit pas se baser sur ce seul test, car il est difficile à réaliser et est souvent traumatisant pour l'enfant. S'il doit être fait, ne pas donner le repas de nuit.

CAUSES HABITUELLES D'ÉCHEC AU TRAITEMENT

Problèmes avec l'UNTA :

- Sélection inappropriée de patients transférés directement à l'UNTA
- Test de l'appétit réalisé de façon inadéquate ou appétit « jugé » par un personnel inexpérimenté et non mesuré.
- Instructions insuffisantes et/ou incorrectes prodiguées aux accompagnants (particulièrement au sujet du partage avec la famille)
- Quantité insuffisante d'ATPE distribuée aux patients
- Délai excessif entre les distributions d'ATPE à l'UNTA (les visites bimensuelles donnent de moins bons résultats que les visites hebdomadaires)
- Mauvais accueil

Problèmes individuels lors du suivi des patients – d'origine plutôt sociale :

- La mère refuse de se rendre à l'UNT quand l'enfant nécessite un examen et un traitement à l'UNT.
- Quantité insuffisante d'ATPE donnée par l'accompagnant
- ATPE consommés par la famille ou l'accompagnant
- Rivalité entre membres de la famille (nourriture et ATPE consommés par les enfants plus âgés)
- Tous les membres de la famille mangent dans le même plat (l'enfant malnutri doit toujours avoir sa propre portion de nourriture)
- Consommation excessive d'autres aliments de mauvaise qualité offerts par la famille ou aliments de sevrage traditionnels / bouillies
- Accompagnant de mauvaise volonté
- Accompagnant ou chef de famille souffrant de dépression ou d'une autre maladie psychiatrique ou d'une autre maladie
- Accompagnant surchargé de travail, responsabilités ou priorités établies par, ou accompagnant opprimé par le chef de famille (époux, belle-mère, etc.)
- Décès de l'accompagnant ou changement majeur au sein de la famille
- Discrimination dirigée envers l'enfant
- Utilisation de la maladie de l'enfant afin d'obtenir l'aide humanitaire ou autres services pour la famille ou de s'assurer que l'enfant reste dans le programme.
- Croyances traditionnelles

Problèmes individuels lors du suivi des patients – d’origine plutôt psychologique :

- Traumatisme psychologique (être témoin de violence ou de mort, particulièrement dans les situations de réfugiés ou de familles vivant avec le VIH/SIDA)
- Privation psycho-sociale, négligence
- Ruminantion

Problèmes individuels lors du suivi des patients – plutôt d’origine médicale :

- Refus initial de se rendre à l’UNT malgré les complications médicales ou un appétit inadéquat
- Carence en vitamine ou minéraux non diagnostiquée (particulièrement si les ATPE sont partagés de manière excessive à la maison)
- Prescription médicale inappropriée
- Résistance aux antibiotiques de routine
- Malabsorption, prolifération bactérienne de l’intestin grêle
- Médecines traditionnelles/administration d’herbes médicinales toxiques ou qui affectent l’appétit
- Infections, spécialement : diarrhée, dysenterie, pneumonie, tuberculose, infection urinaire, otite, paludisme, VIH/SIDA, schistosomiase, leishmaniose et hépatite/cirrhose)

D’autres maladies sous-jacentes graves : anomalies congénitales (ex. : le syndrome de Down, anomalie cardiaque congénitale, etc.), problèmes neurologiques (c’est à dire hémiparésie, etc.), problèmes chirurgicaux (sténose du pylore, maladie de Hirschsprung, etc.).

CONDUITE À TENIR EN CAS D'ÉCHEC DE RÉPONSE AU TRAITEMENT

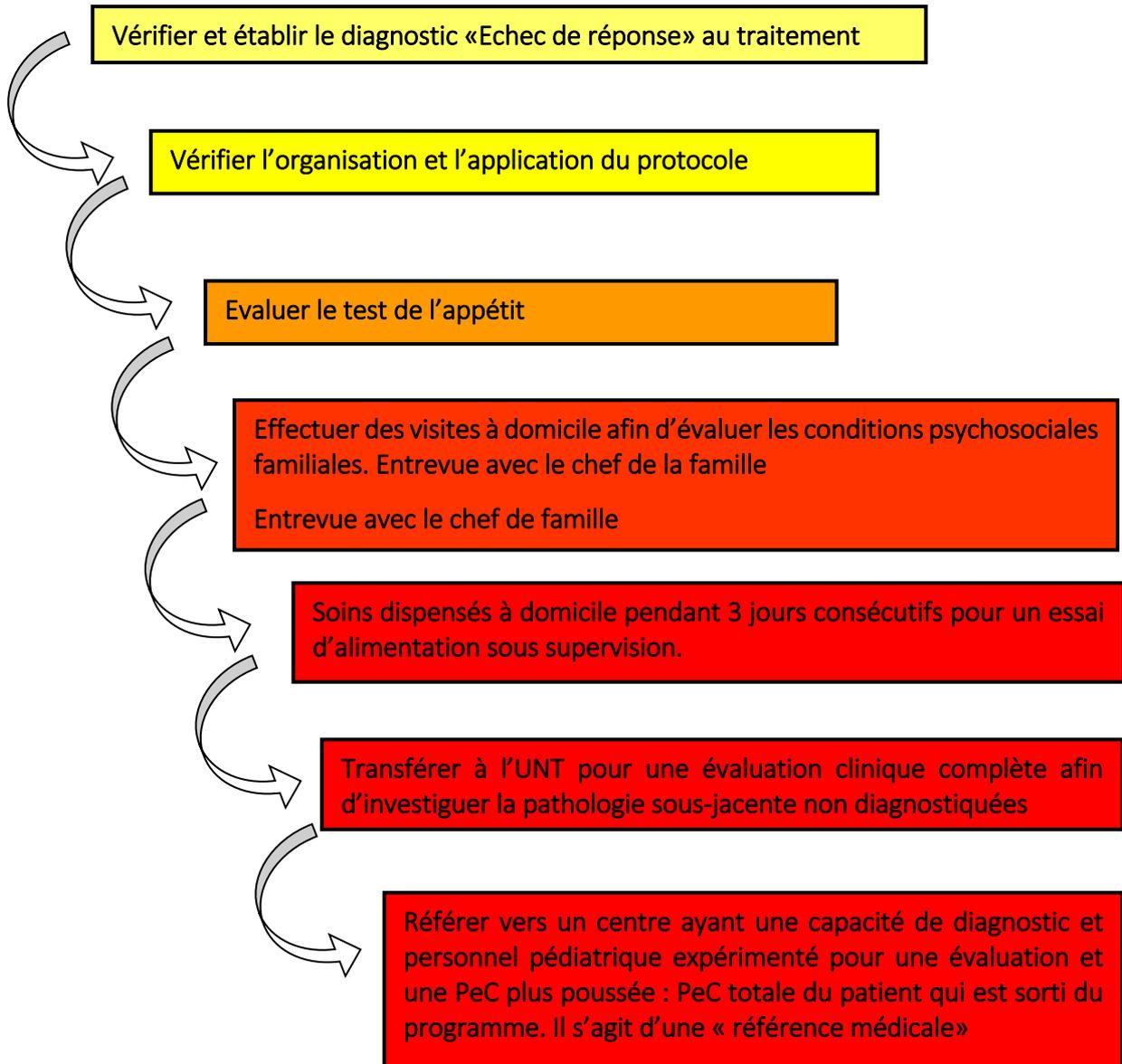


Figure 1 : Etapes successives à suivre pour les patients ne répondant pas au traitement

FICHE 4.1.6 CRITERES DE SORTIE DE L'UNTA

CRITÈRE DE DÉCHARGE

La décharge des patients peut être effectuée quand ils atteignent les critères notés dans le tableau ci-dessous :

AGE	CRITERE DE DECHARGE
6 a 5 mois	P/T \geq - 1,5 z-score à 2 visites consécutives Ou PB > 12,5 cm pour les enfants Et Absence d'œdèmes nutritionnels pendant 14 jours
5 à 18 ans	IMC/Age \geq -2 z-score Et Absence d'œdèmes nutritionnels pendant 14 jours
Adultes	PB \geq 18,5 cm Ou IMC \geq 17,5 Et Absence d'œdèmes nutritionnels pendant 14 jours

SESSION 4.2 TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE SANS COMPLICATION

Objectifs spécifiques

1. Conduire le traitement nutritionnel de la malnutrition aiguë sévère sans complication
2. Conduire le traitement médical de la malnutrition aiguë sévère sans complication

Contenu

- Fiche 4.2.1 Traitement nutritionnel de la MAS sans complication
- Fiche 4.2.2 Messages clés pour les mères ou accompagnant(e)s de patients en UNTA
- Fiche 4.2.3 Traitement médical de la MAS sans complication
- Etudes de cas

FICHE 4.2.1 TRAITEMENT NUTRITIONNEL DE LA MAS SANS COMPLICATION

PRODUIT UTILISÉ

L'ATPE le plus couramment utilisé est le Plumpy'Nut®. Un sachet de 92 grammes produit 500 kcal.

Pour la quantité de Plumpy'Nut® à donner voir le tableau 3.

Aucun autre nutriment ne doit être donné

La quantité journalière d'ATPE doit être répartie en 5 prises.

Tableau 3 : Quantité d'ATPE à donner par jour et par semaine aux patients soignés à l'UNTA

Classe de Poids (kg)	ATPE – Pâte		ATPE – sachets (92g)	
	Grammes par jour	Grammes par semaine	Sachet par jour	Sachet par semaine
3.0 – 3.4	105	750	1 ¼	8
3.5 – 4.9	130	900	1 ½	10
5.0 – 6.9	200	1400	2	15
7.0 – 9.9	260	1800	3	20
10.0 – 14.9	400	2800	4	30
15.0 – 19.9	450	3200	5	35
20.0 – 29.9	500	3500	6	40
30.0 – 39.9	650	4500	7	50
40 – 60	700	5000	8	55

FICHE 4.2.2 MESSAGES CLES POUR LES MERES OU ACCOMPAGNANT(E)S DE PATIENTS EN UNTA

- L'ATPE est un aliment et un médicament destiné seulement aux malnutris. Il ne doit pas être partagé.
 - Pour les enfants allaités :
 - L'allaitement maternel doit être poursuivi et encouragé jusqu'à l'âge de deux ans au moins*.
 - Le Sein doit être systématiquement proposé à l'enfant avant de lui donner l'ATPE.
 - Donner de l'eau potable à boire lors de la prise de l'ATPE.
 - Les enfants malnutris ont peu d'appétit et doivent être encouragés à prendre l'ATPE sans y être forcés.
 - Donner de petites quantités d'ATPE, si possible 5 fois par jour.
 - L'enfant doit recevoir le nombre de sachets prévus par jour.
 - Laver les mains de l'enfant à l'eau et au savon avant et après la consommation de l'ATPE et après chaque selle.
 - Garder le sachet déjà ouvert dans de bonnes conditions hygiéniques et dans des récipients couverts.
 - Protéger l'enfant en le couvrant avec des vêtements et couvertures. S'il présente d'autres symptômes, consulter un personnel de santé.
 - Ne pas arrêter l'ATPE en cas de diarrhée. Référer le patient si la diarrhée persiste
- * *Pour les enfants nés de mères séropositives, se référer aux recommandations nationales. (Cf. module 6 et 7)*

FICHE 4.2.2 TRAITEMENT MEDICAL DE LA MAS SANS COMPLICATION

Pour les patients référés de l'UNT : ne pas redonner le traitement systématique déjà entrepris, le continuer seulement.

Tableau 4 : Résumé du traitement systématique à l'UNTA

Médicaments	Médicaments de routine
Amoxicilline	1 dose à l'admission + traitement pendant 7 jours à domicile pour les nouvelles admissions uniquement
Albendazole/Mébéndazole	1 dose au cours de la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – tous les patients
Vaccin contre la rougeole (à partir de 9 mois)	1 vaccin au cours de la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – tous les patients sauf ceux qui ont déjà été vaccinés auparavant
Vitamine A	1 dose durant la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – tous les patients sauf ceux ayant déjà reçu une dose dans les 4 derniers mois

VITAMINE A

- S'il n'existe pas de carnet/carte attestant une prise antérieure inférieure à 6 mois : donner une dose à la 4^{ème} semaine (même pour ceux ayant reçu une dose en phase de stabilisation à l'UNT)

Attention : Si enfant avec œdèmes : donner une dose unique après fonte totale des œdèmes.

Tableau 5 : Dosage de Vitamine A (Selon les directives nationales)

Age	Vitamine A – à la 4 ^{ème} semaine
6 - 11 mois	100 000 UI (capsule bleu)
≥ 12 mois	200 000 UI (capsule rouge)

VACCINATION ROUGEOLE

Pour les patients de 9 mois et qui n'ont pas de preuve écrite de vaccination contre la rougeole (à partir de 6 mois si épidémie de rougeole).

Une Dose : à la 4^{ème} semaine de l'UNTA (même pour ceux ayant déjà reçu une dose à l'UNT)

- Administrer le vaccin contre la rougeole au cours de la 4^{ème} visite pour tous les enfants âgés de plus de 9 mois selon la stratégie actuelle du pays et n'ayant pas de carte de vaccination ; donner une 2^{ème} injection aux patients transférés de l'UNT ayant déjà reçu une 1^{ère} injection à l'UNT.

- Ne pas vacciner les patients admis directement à l'UNTA, il est fort peu probable qu'ils aient la rougeole³ et ne seront pas exposés aux infections nosocomiales.

Note : le vaccin contre la rougeole administré à l'admission à l'UNTA est donc omis, sauf en présence d'une épidémie de rougeole, parce que la réponse des anticorps est diminuée ou est absente en cas de MAS. Le vaccin contre la rougeole est administré au moment où le patient est suffisamment rétabli pour que le vaccin produise des anticorps protecteurs.

ANTIBIOTIQUES

Les enfants venant de l'UNT doivent terminer leur traitement de 7j.

Traitement de première intention : AMOXICILLINE

Tableau 5 : Dosage de l'amoxicilline à l'UNTA

AMOXICILLINE Posologie : 50 - 100 mg/Kg/j en 2 prises			
Administer 2 fois par jour pendant 7 jours			
SUSPENSION – 125 mg / 5 ml		COMPRIMES/sirop - 250 mg	
POIDS	DOSE	POIDS	DOSE
< 5 kg	125 mg (5 ml) 2/j	< 5 kg	125 mg (1/2cp ou CM) 2/j
5 -10 kg	250 mg (10 ml) 2/j	5 -10 kg	250 mg (1cp ou CM) 2/j
10 - 20 kg	500 mg (20 ml) 2/j	10 - 20 kg	500 mg (2cp ou CM) 2/j
		20- 35 kg	750 mg (3cp ou CM) 2/j
		> 35 kg	1000 mg (4cp ou CM) 2/j

Note : Toujours vérifier le dosage ou la dilution sur l'étiquette des médicaments, car selon le fabricant ils peuvent changer.

³ Si le virus de la rougeole est en phase d'incubation, il y a de fortes chances pour que ces patients ne réussissent pas le test de l'appétit et soient envoyés à l'UNTA.

TRAITEMENT DE DEUXIÈME LIGNE

En cas d'infections grave, référer à l'UNT.

- Ne jamais administrer du chloramphénicol aux nourrissons de moins de deux mois et l'administrer avec prudence à ceux pesant moins de 4 kg ou âgés de moins de 6 mois⁴. Du fait du danger de l'administration de chloramphénicol à ces catégories de patients, celui-ci **ne doit pas être utilisé comme antibiotique de routine au niveau des UNTA**.
- Ne pas administrer d'antibiotiques systématiquement aux enfants référés à l'UNTA par l'UNT ou qui ont fait l'objet d'un transfert par une autre UNTA après avoir reçu auparavant une série d'antibiotiques.
- Ne pas donner les antibiotiques de seconde ligne à l'UNTA : tout patient qui nécessite un tel traitement ou qui souffrent d'infections significatives doit être traité à l'UNT. C'est pourquoi, il n'y a aucune recommandation pour des antibiotiques de seconde ligne dans la section : « UNTA ».
- Administrer la première dose sous supervision et informer la mère que le traitement doit continuer pour un total de 7 jours. Pour l'UNTA, il est préférable d'administrer des antibiotiques sous forme de sirop ; si celui-ci n'est pas disponible, les comprimés doivent être utilisés et coupés en deux avant d'être donnés aux accompagnants (pour les enfants de moins de 5 kg).

TRAITEMENT CURATIF POUR LE PALUDISME SELON LE PROTOCOLE NATIONAL

Traitement du paludisme simple :

1^{ère} intention : il s'agit de l'association d'Artesunate (4 mg/kg/jour) + Amodiaquine (10 mg/kg/jour) à raison d'une prise quotidienne pendant 3 jours successifs.

2^{ème} intention : il s'agit de l'association d'Artemether (4 mg/Kg/Jour) + Lumefantrine. (24 mg/Kg/Jour) à raison de deux prises quotidienne pendant 3 jours successifs.

En cas de paludisme grave, référer à l'UNT.

⁴ Chez ces enfants le chloramphénicol cause le syndrome du "bébé gris" qui est une toxicité dose-dépendante. On pense qu'il se produit dans ce groupe d'âge à cause de l'immaturation du système enzymatique du foie. Il n'y a pas suffisamment de données sur le jeune enfant malnutri pour déterminer si leurs anomalies hépatiques représentent un danger en ce qui concerne la toxicité dose-dépendante du chloramphénicol.

DÉPARASITAGE: ALBENDAZOLE / MEBENDAZOLE

Administré à la 2^{ème} visite en UNTA (pour le suivi de l'UNT : donner à l'admission à l'UNTA).
Pour les femmes enceintes, ne l'administrer qu'à partir du 2^{ème} trimestre.

L'albendazole est recommandé en priorité.

Tableau 6 : Dosage d'Albendazole ou Mébendazole à l'UNTA

Age	Dose Albendazole (1 cp = 400 mg)	Dose Mébendazole (1 cp = 500 mg)
< 1 an	Ne rien donner	Ne rien donner
1-2 ans	200 mg en dose unique (1/2cp)	250 mg en dose unique (1/2cp)
≥ 2 ans	400 mg en dose unique (1cp)	500 mg en dose unique (1cp)

MÉDICAMENTS POUR DES GROUPES SPÉCIFIQUES DE PATIENTS SOUFFRANT DE MAS ET ADMIS EN UNTA

Une dose d'acide folique (5mg) peut être administrée aux patients souffrant d'anémie clinique. Les ATPE renferment suffisamment d'acide folique pour traiter une carence mineure en acide folique⁵. Des doses élevées d'acide folique ne doivent pas être administrées dès lors que le Fansidar (SP) est utilisé comme traitement antipaludéen.

⁵ Ceci sous-entend que les patients reçoivent l'ATPE à domicile selon le protocole et que le partage au sein de la famille est très minime. S'il subsiste un doute, il faut alors administrer une dose d'acide folique.

ETUDE DE CAS

CAS CLINIQUE 1

Akissi accompagne son fils Yao malade au centre de santé. A l'admission, le PB est de 11 cm. Vous demandez à la mère de se mettre dans un endroit tranquille avec l'enfant et vous réalisez le test de l'appétit. Après une 1 heure, vous constatez que le test de l'appétit est négatif. Quelle est la conduite à tenir ?

CAS CLINIQUE 2

L'enfant Aly, 10 mois, pesant 7,3 kg, avec une taille 69 cm est présenté au CSU de Pakouabo pour œdèmes (+), sans fièvre, Les investigations cliniques mettent en évidence une MAS sans complication. La mère a deux autres enfants de moins de 5 ans à la maison.

1. Quel est le PAS utilisé pour la PECN ?
2. Quelles sont les quantités de produit que vous allez donner à Aly : préciser la répartition hebdomadaire et journalière ?
3. Préciser comment administrer ce produit.
4. Donner le traitement systématique en précisant la dose et la durée.
5. Comment allez-vous assurer son suivi ?

Après 21 jours le poids de l'enfant reste stationnaire. Quelles sont les causes que vous pouvez évoquer ?

CAS CLINIQUE 3

La patiente Akissi, âgée de 30 mois, avec un poids de 10 kg et une taille de 90 cm, est admise à la PEC de la MAS ambulatoire. Le test de l'appétit réalisé est positif et il n'y a pas de signes de complications.

Malgré la prise en charge, on constate une perte de poids durant deux visites successives. Elle pèse 9,5 kg actuellement.

1. Quelles pourraient-être les raisons de cette perte de poids ?
2. Quelle est l'action qu'il faut entreprendre ?

ANNEXE 1 : GAIN DE POIDS 5% - PERTE DE POIDS 5%

Perte de Poids de 5% (pour les non-répondants des UNTA)						Gain de poids 5% (pour traitement de la déshydratation)					
1ere semaine	Perte	2eme semaine	1ere semaine	Perte	2eme semaine	initial	gain	final	initial	gain	final
4,0	0,2	3,8	8,0	0,4	7,6	4,0	0,2	4,2	8,0	0,4	8,4
4,1	0,2	3,9	8,1	0,4	7,7	4,1	0,2	4,3	8,1	0,4	8,5
4,2	0,2	4,0	8,2	0,4	7,8	4,2	0,2	4,4	8,2	0,4	8,6
4,3	0,2	4,1	8,3	0,4	7,9	4,3	0,2	4,5	8,3	0,4	8,7
4,4	0,2	4,2	8,4	0,4	8,0	4,4	0,2	4,6	8,4	0,4	8,8
4,5	0,2	4,3	8,5	0,4	8,1	4,5	0,2	4,7	8,5	0,4	8,9
4,6	0,2	4,4	8,6	0,4	8,2	4,6	0,2	4,8	8,6	0,4	9,0
4,7	0,2	4,5	8,7	0,4	8,3	4,7	0,2	4,9	8,7	0,4	9,1
4,8	0,2	4,6	8,8	0,4	8,4	4,8	0,2	5,0	8,8	0,4	9,2
4,9	0,2	4,7	8,9	0,4	8,5	4,9	0,2	5,1	8,9	0,4	9,3
5,0	0,3	4,8	9,0	0,5	8,6	5,0	0,3	5,3	9,0	0,5	9,5
5,1	0,3	4,8	9,1	0,5	8,6	5,1	0,3	5,4	9,1	0,5	9,6
5,2	0,3	4,9	9,2	0,5	8,7	5,2	0,3	5,5	9,2	0,5	9,7
5,3	0,3	5,0	9,3	0,5	8,8	5,3	0,3	5,6	9,3	0,5	9,8
5,4	0,3	5,1	9,4	0,5	8,9	5,4	0,3	5,7	9,4	0,5	9,9
5,5	0,3	5,2	9,5	0,5	9,0	5,5	0,3	5,8	9,5	0,5	10,0
5,6	0,3	5,3	9,6	0,5	9,1	5,6	0,3	5,9	9,6	0,5	10,1
5,7	0,3	5,4	9,7	0,5	9,2	5,7	0,3	6,0	9,7	0,5	10,2
5,8	0,3	5,5	9,8	0,5	9,3	5,8	0,3	6,1	9,8	0,5	10,3
5,9	0,3	5,6	9,9	0,5	9,4	5,9	0,3	6,2	9,9	0,5	10,4
6,0	0,3	5,7	10,0	0,5	9,5	6,0	0,3	6,3	10,0	0,5	10,5
6,1	0,3	5,8	10,1	0,5	9,6	6,1	0,3	6,4	10,1	0,5	10,6
6,2	0,3	5,9	10,2	0,5	9,7	6,2	0,3	6,5	10,2	0,5	10,7
6,3	0,3	6,0	10,3	0,5	9,8	6,3	0,3	6,6	10,3	0,5	10,8
6,4	0,3	6,1	10,4	0,5	9,9	6,4	0,3	6,7	10,4	0,5	10,9
6,5	0,3	6,2	10,5	0,5	10,0	6,5	0,3	6,8	10,5	0,5	11,0
6,6	0,3	6,3	10,6	0,5	10,1	6,6	0,3	6,9	10,6	0,5	11,1
6,7	0,3	6,4	10,7	0,5	10,2	6,7	0,3	7,0	10,7	0,5	11,2
6,8	0,3	6,5	10,8	0,5	10,3	6,8	0,3	7,1	10,8	0,5	11,3
6,9	0,3	6,6	10,9	0,5	10,4	6,9	0,3	7,2	10,9	0,5	11,4
7,0	0,3	6,6	11,0	0,5	10,5	7,0	0,3	7,3	11,0	0,5	11,6
7,1	0,4	6,7	11,1	0,6	10,5	7,1	0,4	7,5	11,1	0,6	11,7
7,2	0,4	6,8	11,2	0,6	10,6	7,2	0,4	7,6	11,2	0,6	11,8
7,3	0,4	6,9	11,3	0,6	10,7	7,3	0,4	7,7	11,3	0,6	11,9
7,4	0,4	7,0	11,4	0,6	10,8	7,4	0,4	7,8	11,4	0,6	12,0
7,5	0,4	7,1	11,5	0,6	10,9	7,5	0,4	7,9	11,5	0,6	12,1
7,6	0,4	7,2	11,6	0,6	11,0	7,6	0,4	8,0	11,6	0,6	12,2
7,7	0,4	7,3	11,7	0,6	11,1	7,7	0,4	8,1	11,7	0,6	12,3
7,8	0,4	7,4	11,8	0,6	11,2	7,8	0,4	8,2	11,8	0,6	12,4
7,9	0,4	7,5	11,9	0,6	11,3	7,9	0,4	8,3	11,9	0,6	12,5
8,0	0,4	7,6	12,0	0,6	11,4	8,0	0,4	8,4	12,0	0,6	12,6

