

Dénutrition en médecine interne au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou.

Undernutrition in internal medicine at National Hospital and University Center Koutoucou Hubert MAGA (NHUC-HKM) of Cotonou.

Alassani A, Dovonou CA, Gninkoun J, Wanvoegbe A, Attinsounon CA, Codjo L, Zannou DM, Djrolo F, Houngbe F.
Correspondance : ALASSANI Adébayo, médecin interniste au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou, Tél : 0022995848436, Mail : alsaco2007@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : L'étude a été initiée afin de déterminer la prévalence de la dénutrition et les facteurs associés chez les patients hospitalisés en médecine interne.

Méthodologie : L'étude a été transversale, descriptive et analytique. La population d'étude est constituée des patients hospitalisés dans le service de médecine interne du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou MAGA de Cotonou. La dénutrition a été définie comme un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 kg/m².

Résultats : Parmi les 80 patients inclus dans l'étude, on note la prédominance des femmes (56,2%). La moyenne d'âge est de 46 ± 6,3 ans. La prévalence de la dénutrition est 63,8%. Les facteurs associés à la dénutrition sont entre autres : l'âge d'au moins 50 ans, une durée d'hospitalisation de 7 jours ou plus, moins de 3 repas par jour, plus de 3 médicaments par jour, la difficulté à la mastication, l'anorexie, la diarrhée, l'infection au VIH.

Conclusion : La dénutrition est fréquente en médecine interne nécessitant un dépistage systématique.
Mots clés : dénutrition, médecine interne, Cotonou.

INTRODUCTION

La dénutrition constitue un problème de santé publique dans les pays en voie de développement [1, 2]. Elle constitue une préoccupation majeure en milieu hospitalier où sa prévalence varie entre 10 et 85% selon les études [3, 4, 5]. Les causes de la dénutrition en milieu hospitalier sont multiples. Elles regroupent une diminution des apports énergétiques, une augmentation des besoins en nutriments ou une augmentation des pertes en nutriments. En dehors de ces causes liées à la pathologie en cours, la dénutrition est aussi liée au traitement, à l'insuffisance de connaissance sur la nutrition et à l'absence hospitalière de protocole de dépistage et de prise en charge des patients dénutris [3]. Les conséquences de la dénutrition en milieu hospitalier sont nombreuses. La dénutrition est associée à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité. Elle augmente la durée de séjour, est responsable des réadmissions fréquentes et la dépression de l'immunité [6]. La prise en charge adéquate de la dénutrition favorise une diminution de la mortalité et de la durée d'hospitalisation des patients et par conséquent un impact positif sur le plan économique [7, 8]. Dans les pays en voie de développement notamment au Bénin, on attache peu d'importance à l'état nutritionnel des patients. La présente étude a pour but de déterminer

ABSTRACT

Objectives : The study was initiated to determine the prevalence of undernutrition and associated factors among patients hospitalized in internal medicine.

Methodology : The study was cross-sectional, descriptive and analytical. The study population consists of patients hospitalized in the internal medicine department of the National Hospital and University Center Hubert Koutoucou MAGA of Cotonou. Undernutrition was defined as a body mass index lower than 18.5 kg / m².

Results : Among the 80 patients included in the study, there is the predominance of women (56.2%). The average age was 46 ± 6.3 years. The prevalence of undernutrition is 63.8%. Factors associated with undernutrition include: age of 50 years, a hospital stay of 7 days or more, less than 3 meals a day, more than 3 medications daily, difficulty chewing, anorexia, diarrhea, HIV infection.

Conclusion : Undernutrition is common in internal medicine requiring routine screening.

Key worlds : Undernutrition, internal medicine, Cotonou.

l'ampleur de la dénutrition dans le service de médecine interne ainsi que les facteurs associés.

PATIENTS ET METHODE

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique. La population d'étude est constituée des patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CNHU-HKM. Les patients sont considérés comme dénutris lorsque l'indice de masse corporelle qui est le rapport du poids en kg par la taille au carré en m² est inférieur à 18,5 kg/m². L'évaluation des apports en nutriments a été faite par le journal alimentaire chez les patients hospitalisés depuis 7 jours et le rappel des 24 h chez ceux qui ont une durée de séjour inférieur à 7 jours. Les besoins énergétiques ont été calculés en multipliant le métabolisme de base par le facteur de stress. Le calcul du métabolisme de base est fait par la formule de Harris et Bénédicte. Le facteur de stress considéré est 1,5. Les patients inclus dans l'étude sont ceux âgés d'au moins 18 ans, capables de répondre aux questions, n'ayant pas d'œdèmes périphériques ou profonds. Le consentement des patients est obtenu.

RESULTATS

Au total 80 patients ont été inclus dans l'étude. On a noté une prédominance des femmes (56,2%). La moyenne d'âge est de $46 \pm 6,3$ ans. La prévalence de la dénutrition est 63,8% (51 patients). Les facteurs socio-démographiques associés à la dénutrition sont l'âge d'au moins 50 ans, le niveau socio-économique faible, une durée d'hospitalisation de 7 jours ou plus, moins

de 3 repas par jour, plus de 3 médicaments par jour, un apport énergétique faible (Tableau I). Les troubles digestifs tels que : le manque d'autonomie à la prise des repas, la difficulté à la mastication, l'anorexie, la diarrhée et l'altération de la cavité buccale sont associés à la dénutrition (Tableau II). L'infection au VIH, la candidose buccale et la toxoplasmose sont les pathologies associées à la dénutrition (Tableau III).

Tableau I : Relation entre la dénutrition et les facteurs socio-démographiques

	Dénutrition	Pas de dénutrition	p
Masculin	23	9	0,45
Féminin	28	16	
Moins de 50 ans	25	22	0,019
50 ans et plus	26	7	
Bas niveau socio-économique	31	11	0,049
Bon niveau socio-économique	20	18	
Moins de 7 jours d'hospitalisation	10	15	0,003
7 jours et plus d'hospitalisation	41	14	
Moins de 3 repas par jour	42	5	0,000
Au moins 3 repas par jour	9	24	
Moins de 4 médicaments par jour	33	25	0,038
4 médicaments et plus par jour	18	4	
Apport énergétique faible	50	9	0,000
Apport énergétique normal	1	20	

Tableau II : Relation entre la dénutrition et les troubles digestifs

	Dénutrition	Pas de dénutrition	p
Autonomie à la prise des repas	39	12	0,028
Absence d'autonomie à la prise des repas	16	13	
Difficulté à la mastication	20	1	0,000
Mastication normale	31	28	
Anorexie	32	11	0,018
Absence d'anorexie	19	18	
Diarrhée	37	8	0,000
Absence de diarrhée	14	21	
Altération de la cavité buccale	14	1	0,008
Cavité buccale normale	37	28	

Tableau III : Relation entre la dénutrition et les pathologies rencontrées

	Dénutrition	Pas de dénutrition	p
Infection HIV	32	3	0,000
Pas d'infection HIV	19	26	
Candidose buccale	10	1	0,022
Pas de candidose buccale	41	28	
Tuberculose	13	3	0,104
Absence de tuberculose	38	26	
Toxoplasmose	10	1	0,038
Absence de toxoplasmose	44	25	
Hypertension artérielle	6	7	0,086
Absence d'hypertension artérielle	45	22	
Cirrhose	7	5	0,33
Absence de cirrhose	44	29	

DISCUSSION

La présente étude s'est intéressée à l'appréciation de l'état nutritionnel des patients. Cette étude est transversale ce qui n'a pas permis de préciser le poids antérieur des patients afin d'évaluer la variation pondérale. La prédisposition génétique à la maigreur est observée au Bénin chez les peulhs. Aucun peulh n'a été inclu dans la présente étude. Au terme de cette étude, on a noté une prévalence élevée de la dénutrition. Elle a touché plus de 6 patients sur 10 (63,8%). La prévalence élevée de la dénutrition s'explique par le peu d'importance taillée à l'état nutritionnel des patients. Dans les pays plus développés, une attention particulière est faite à l'état nutritionnel des patients. Il s'en suit un dépistage précoce et une prise adéquate. Ceci a limité le nombre de patients dénutris constaté dans ces pays. Porben et al. au Cuba [9]. Schilp et al. aux Pays Bas [10] et Veramendi-Espinoza et al. au Pérou [11] soulignent une prévalence plus faible de la dénutrition respectivement 41,2%, 35% et 46,9 %. Dans l'étude de Correia et al. qui s'est déroulée dans les pays de l'Amérique Latine, la prévalence de la dénutrition est proche de 50% [12]. Les facteurs associés à la dénutrition observés dans la présente étude ont été retrouvés par plusieurs auteurs. L'association entre l'âge élevé et la dénutrition est observée par Calon et al. [13], Fernández et al. [14] et Paris et al [15]. La polymédication comme facteur de risque de la dénutrition est soulignée aussi par Álvarez-Hernández et

al [3]. Les facteurs étiopathogéniques impliqués dans la dénutrition sont la diminution des apports énergétiques, la perte des nutriments et l'augmentation des besoins en énergie [3]. La diminution de l'apport énergétique est favorisée par l'anorexie, la diminution du nombre de repas journalier, l'altération de la cavité buccale, les difficultés à la mastication, la perte de l'autonomie. Les troubles digestifs tels que les vomissements et la diarrhée favorise la perte de nutriments et conduit à la dénutrition. Ceci explique l'association observée entre ces différents facteurs et la dénutrition. Dans l'étude de Calon et al. [13], la diarrhée est associée à la dénutrition. L'anorexie et la perte d'autonomie ont été rapportées par Lonterman-Monasch et al. [15] comme facteurs associés à la dénutrition. La difficulté à la mastication et l'altération du goût ont été citées respectivement par Pols-Vijlbrief et al. [16] et Wanderwee et al [17]. Les infections favorisent non seulement la diminution des apports énergétiques mais aussi la perte en nutriments et l'augmentation du métabolisme de base. Ces différents mécanismes favorisent la dénutrition en cas d'infection. L'infection au VIH a été associée à la dénutrition dans l'étude de Calon et al [13].

CONCLUSION

La dénutrition est fréquente en médecine interne. Son dépistage et sa prise en charge doivent être systématiques surtout chez les patients à risque.

REFERENCES

1. Bahawaluddin J , Arbab AJ, Shankar L, Ghulam RB, Saifullah J. Risk Factors for Severe Acute Malnutrition in Children under the Age of Five Year in Sukkur. *Pak J Med Res* 2012 ; 51(14) : 111-3
2. Ubesie AC, Ibeziakor NS. High Burden of Protein–Energy Malnutrition in Nigeria: Beyond the Health Care Setting. *Ann Med Health Sci Res* 2012 ; 2(1) : 66-9
3. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M., León-Sanz M., García de Lorenzo A., Celaya-Pérez S, García-Lorda P. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES® Study. *Nutr Hosp* 2012 ; 27(4) : 1049-59
4. Olivares J, Ayala L, Salas-Salvadó J, Muñiz JM, Gamundí A, Martínez-Indart L and al. Assessment of risk factors and test performance on malnutrition prevalence at admission using four different screening tools. *Nutr Hosp* 2014 ; 29(3): 674-80
5. París AS, García JM, Gómez-Candela C, Burgos R, Martín A, Matía P. Malnutrition prevalence in hospitalized elderly diabetic patients *Nutr Hosp*. 2013 ; 28(3) : 592-9
6. Fuchs C, Sultana T, Ahmed T, Hossain MI. Factors Associated with Acute Malnutrition among Children Admitted to a Diarrhoea Treatment Facility in Bangladesh. *Int J Pediatr* 2014 ; ID 267806 : 5 pages
7. Dalziel K, Segal L. Time to give nutrition interventions a higher profile: cost-effectiveness of 10 nutrition interventions. *Health Promot Int* 2007 ; 22 : 271-83
8. Bottoni A, Bottoni A, Cassulino AP, Biet F, Sigulem DM, Oliveira GPC et al. Impact of nutrition support teams on hospital nutritional support in the largest South American city and its metropolitan area. *Nutrition* 2008; 24 : 224-32.
9. Porben SS. State of malnutrition in Cuban hospitals; a needed update. *Nutr Hosp* 2015 ; 31(5) : 1900-9
10. Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HAH. Effects of a dietetic treatment in older, undernourished, community-dwelling individuals in primary care: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr* 2013 ; 52(8) : 1939-48
11. Veramendi-Espinoza LE., Zafra-Tanaka JH., Salazar-Saavedra O., Basilio-Flores JE., Millones-Sánchez E., Pérez-Casquino GA. Prevalence and associated factors of hospital malnutrition in a general hospital, Peru. *Nutr Hosp* 2012 ; 28(4) : 1236-43.
12. Correia M, Hegazi RA, Graf J, Gomez-Morales G, Gutiérrez CF. Addressing Disease-Related Malnutrition in Healthcare: A Latin American Perspective. *J Parenter Enteral Nutr* 2015 ; 20(10) : 1-7
13. Calon B., Ludes PO. Indications et modalités de la nutrition préopératoire chez le patient dénutri et non dénutri. *Prat Anesth Reanim* 2014 ; 18 : 17-25
14. Fernández López MT, Baamil OF, Doldán CL, et al. Prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados no críticos. *Nutr Hosp* 2014 ; 30(6) : 1375-83
15. Lonterman-Monasch S, de Vries OJ, Danner SA, Kramer MH, Muller M. Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. *Clin Nutr* 2013 ; 32(6) : 1007-11
16. Pols-Vijlbrief R, Wijnhovena HAH, Schaapb LA, Terweeb CB, Vissera M. Determinants of protein–energy malnutrition in community-dwelling older adults: A systematic review of observational studies. *Ageing Res Rev* 2014 ; 18 : 112-31
17. Vanderwee K, Clays E, Bocquaert I, Gobert M, Folens B, Defloor T. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: a Belgian cross-sectional, multi-centre study. *Clin Nutr* 2010 ; 29(4) : 469-76.