

The logo of the University of Brussels (ULB) is a dark blue square with the letters 'ULB' in white, bold, sans-serif font.

ULB

Le gain pondéral et le périmètre brachial à la guérison prédisent les rechutes de malnutrition aiguë



Y E Somassè, M Dramaix, P Bahwere, P Donnen

The logo for 'esp' is a dark blue square with the lowercase letters 'esp' in white, lowercase, sans-serif font.

esp

CROIX-ROUGE
de Belgique 



Introduction

- Malnutrition aiguë (MA): une des principales causes des 10 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans chaque année dans les pays à revenu faible et intermédiaire
- Prévalence au Burkina-Faso de MA enfants <5 ans: 10,7% (SMART 2010)
- Programme communautaires CR Belgique au Burkina : dépistage et traitement en communauté
 - MA Sévère: PB<115mm, indice PPT<-3 ou œdèmes bilatéraux MI
 - MA Modérée: PB<125mm, indice PPT<-2
 - ATPE pour traiter la MAS et farine CSB pour traiter la MAM
- Résultats à court-terme bons (83% avec PPT>85%) : résultats à long terme?
- **Objectifs**
 - **Déterminer la proportion de rechutes 6 à 12 mois après la guérison**
 - **Déterminer les facteurs associés aux rechutes**



Méthodes

- Cohorte rétrospective des enfants de 6-59 mois guéris de MA depuis 6-12 mois avec un $PPT \geq -2DS$ (courbes OMS 2006)
- 15 villages/210 sélectionnés par choix raisonné en avril 2010
- **Les rechutes: indice $PPT < -2DS$ et/ou œdèmes MI lors de l'enquête.**
- Score de Niveau socioéconomique (0-6): 1 ou 0 selon réponse à:
fréquentation d'école de la mère, autre occupation de la mère que ménagère, possession de radio, de télévision, de moto, de toit en tôle
- Logiciel WHO Anthro (v 3.3.2) pour les indices anthropométriques
- Régression logistique: variables incluses si $p < 0.30$ en univariée



Résultats 1

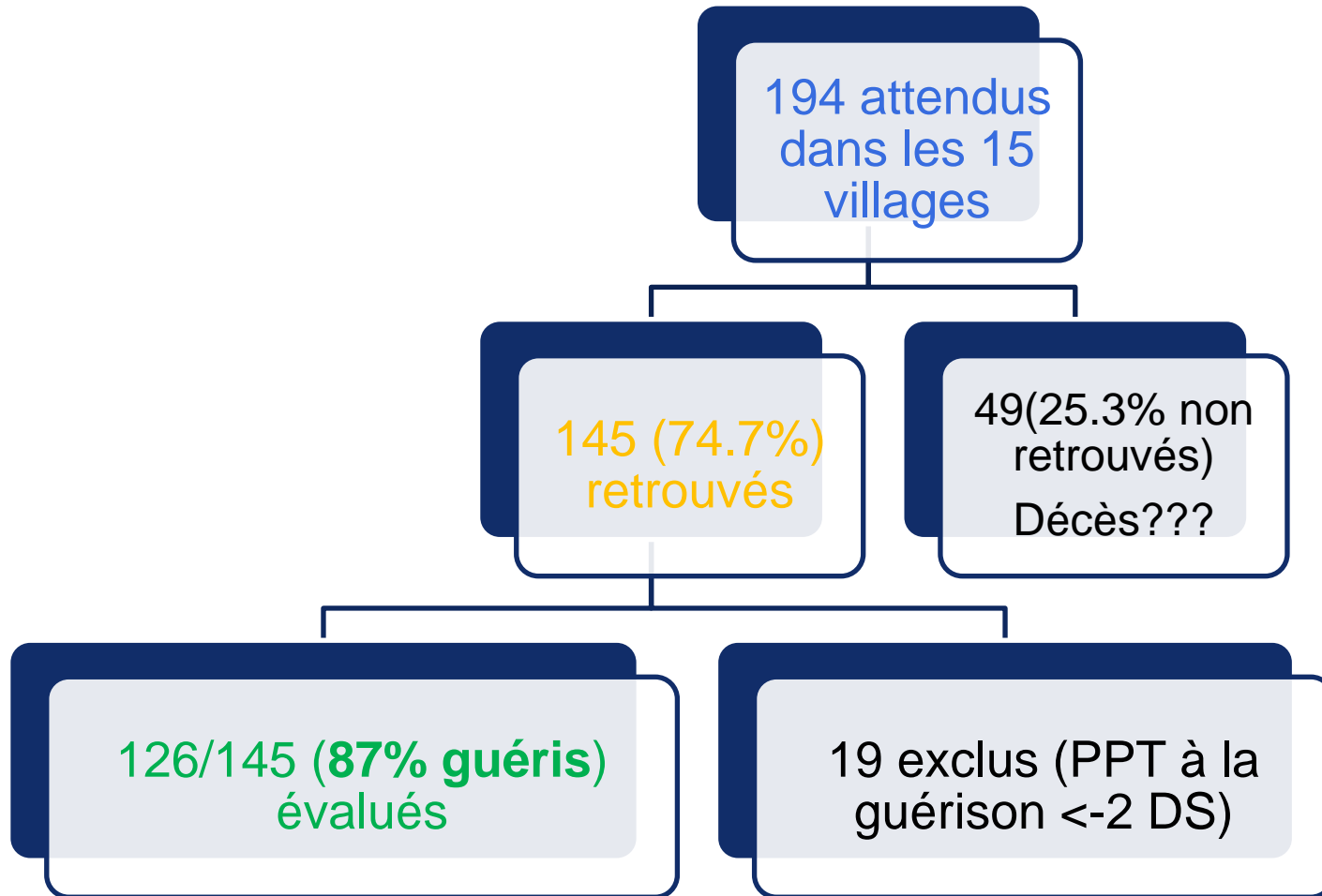
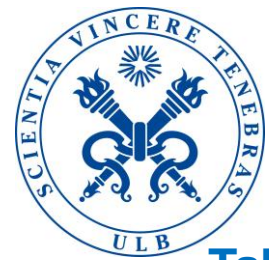


Fig1: Ordinogramme de l'étude



Résultats 2

Tableau2: Caractéristiques sociodémographiques et éléments de PEC

	N	%
Age (mois) moy(DS)	126	29.5(8.2)
Sexe	126	
Féminin		56.4
NSE des parents	126	
faible (score de 0 à 1)		48.4
WHZ à l'admission	119	
<-3		28.6
Entre -3 and -2		43.7
>=-2		27.7
Durée de séjour (jours): moy (DS)	126	67.3(31.6)
Gain pondéral(g/kg/j): moy(DS)	126	3.5(2.9)
Temps après sortie (jours): médiane (p25-p75)	126	302.5(201-355)



Résultats 3

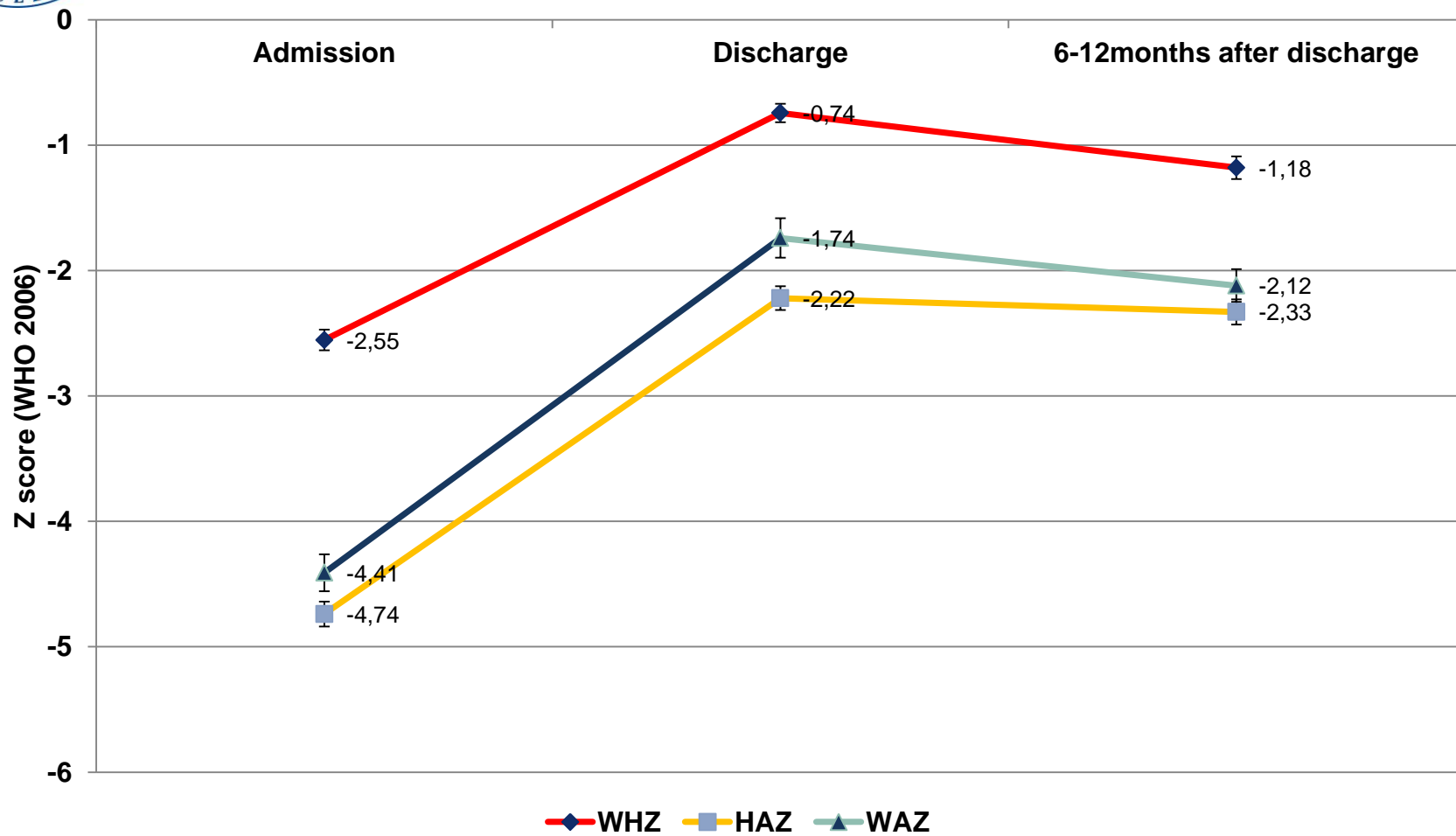


Fig2: Evolution des indices anthropométriques



Résultats 5

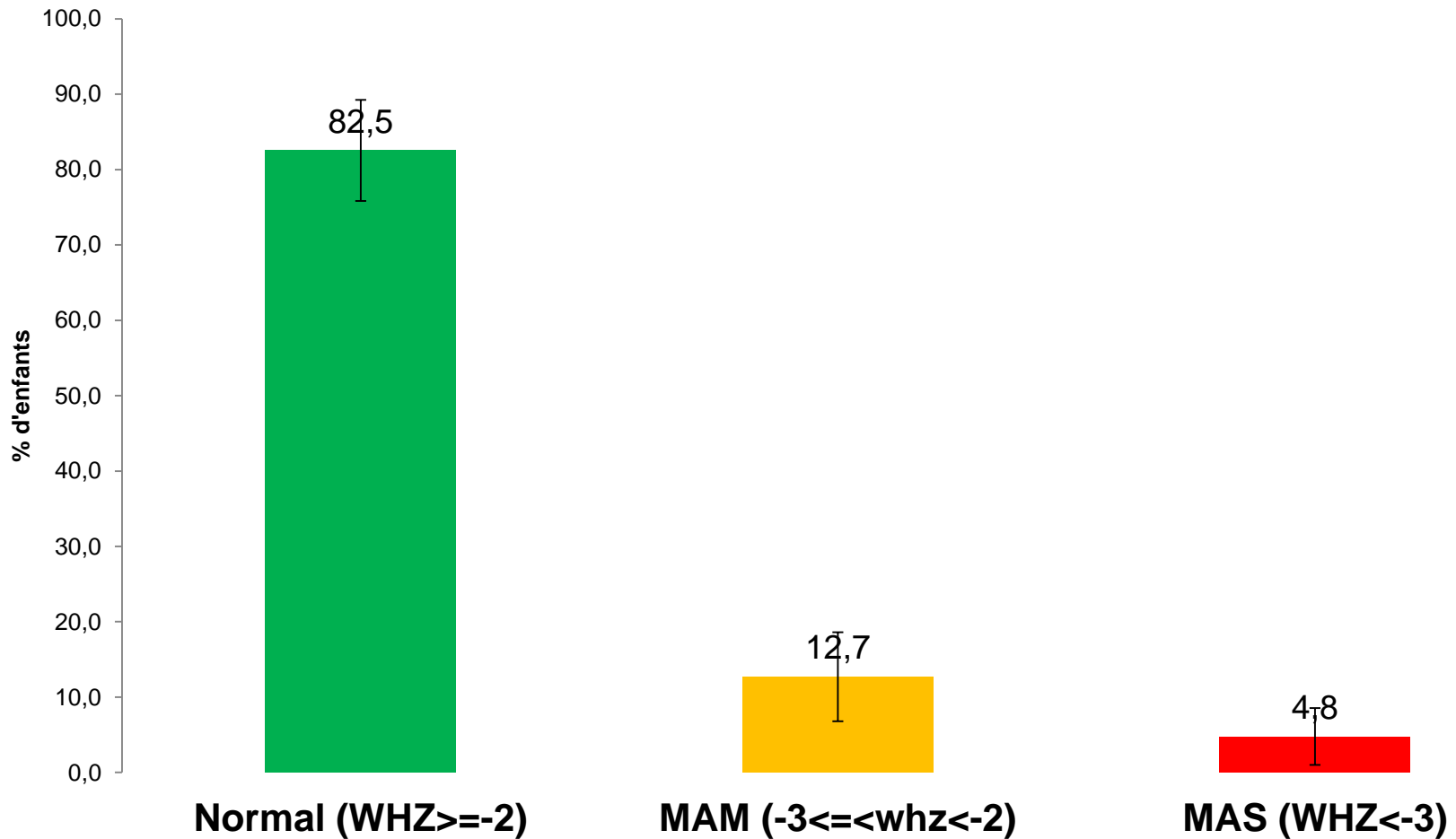


Fig 3: Proportion de rechutes en 6-12 mois



Résultats 4

Tableau3: Facteurs associés aux rechutes

	OR ajusté	IC 95% OR	p
Gain pondéral à la sortie $\geq 15\%$ (Non/oui)	41.2	[8.5-199.1]	<0.001
Périmètre à la sortie $\geq 13\text{cm}$ (Non/oui)	9.0	[2.3-35.2]	0.002
Score de Niveau socio-économique (faible/élevé)	3.9	[1.1-14.2]	0.036

N=123 et pseudoR²=33,3%

Inclus et NS: indice poids pour taille à l'admission, habitude à suivre des séances de préparation de bouillies enrichies

Testé en univariée avec $p > 0.30$: âge, sexe, durée de séjour dans le programme, délai depuis la sortie, âge de la mère, taille de la fratrie, PB à l'admission, nombre de visites à domicile, statut vaccinal, score de connaissance sur l'allaitement maternel



Discussion 1

- Proportion de rechute 6-12 mois après sortie: 17.5% élevé par rapport à 10.1% après 1 an dans une étude sénégalaise (Beau et al 1993) et 9% au Malawi après 6 mois (Sandige et al 2004)
- Enfants ayant rechuté et guéri à nouveau avant l'enquête?
- Résultats non généralisables à tout le programme
- Rechutes: contexte dépendant, saisonnalité, période de soudure alimentaire (mai –sept au Burkina)
- Pas de seuil de performance retenu pour les rechutes dans la littérature



Discussion 2

Discussion 2

- Facteurs prédictifs de rechute: faible gain pondéral (<15%), PB<130mm à la sortie et faible NSE
 - PB de 130mm paraît élevé mais 61% des enfants avaient PB>123mm à l'admission
- Variables sur accès et utilisation d'aliments non collectées
- Démonstrations culinaires sans effet:
 - Éducation seule inefficace (Glatthaar et al 1986)
 - Serait efficace si parents ont accès aux aliments



Conclusion

- Pour limiter les rechutes, il faudrait:
 - reconsidérer les critères de sortie,
 - suivre la croissance des enfants en post-guérison: rester attentifs aux petits gains de poids, aux petits PB
 - améliorer les conditions socioéconomiques: rôle de l'accès et de l'utilisation d'une alimentation de meilleure qualité?
 - Enfant retourne dans un milieu non propice à son développement
- Intégrer les rechutes comme critère d'évaluation des programmes de prise en charge de la MA



Developmental



Merci de me guérir!
Je le resterai
longtemps j'espère?

