

La dénutrition est fréquente et associée à un mauvais pronostic en Unité COVID-19 aigue

Lucie Allard 1* Elise Ouedraogo2*, Hélène Bihan1 9, Bénédicte Giroux-Leprieur3, Angela Sutton 4 10, Camille Baudry1, Constant Josse 5, Morgane Didier 6, David Deutsch 7, Olivier Bouchaud2, Emmanuel Cosson1 8
1 Department of Endocrinology-Diabetology-Nutrition, 2 Department of Infectious Disease, 3 Department of Internal Medicine, 4Department of Biology Laboratory, 6 Department of Respiratory Disease, 7 Department of Gastroenterology and Digestive Oncology AP-HP Avicenne Hospital, Bobigny France 5 eXYSTAT, Malakoff France: 8 Equipe de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle (EREN) ; UMR U1153 Inserm / U1125 Inrae / Cnam / Université Paris 13 - Sorbonne Paris Nord ; Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques - Université de Paris (CRESS) ; EREN, SMBH PARIS 13, Bobigny France: 9 LEPS (Laboratoire Educations et Pratiques de Santé) EA 3412-Université Paris 13 <http://www.univ-paris13.fr/leps/index.php/en/>, Bobigny, France

Pas de conflit d'intérêt

→ **Objectifs:** *Prévalence de la dénutrition et son pronostic chez des patients hospitalisés pour la COVID-19.*

Méthodes : *Etude monocentrique rétrospective*

Critères d'inclusion

- adultes infection à la COVID-19*
- nécessitant une hospitalisation en service COVID aigu (*hors réanimation*)
- du 9 Avril au 29 Mai 2020.

(*scanner compatible et/ou PCR COVID-19 positive* °)

Dénutrition clinique 1 critère sur 3

- Faible indice de masse corporelle*
 - Une perte de poids $\geq 5\%$ en un mois
 - Une perte de poids $\geq 10\%$ en 6 mois
- * ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ou $< 21,0 \text{ kg/m}^2$ si âge > 70 ans)

Dénutrition clinico-biologique: L'Index de Risque Nutritionnel

(IRN) $(1,519 \times \text{albuminémie (g/l)} + 0,417 \times (\text{poids actuel/poids usuel}) \times 100)$

gradé en 3 classes :

- IRN $\geq 97,5\%$: pas de dénutrition
- IRN entre 83,5% et 97,4% : dénutrition modérée
- IRN $< 83,5\%$: dénutrition sévère.

Le critère de gravité : débit d'oxygène $\geq 6\text{L/minute}$ pendant le séjour, dans la limite de 28 jours.

Résultats (1)

Population

Patients : **108** patients (64 hommes, 62 ± 16 ans, IMC $28,8 \pm 6,2$ kg/m²)

Forme grave : **34 (31,5%)**.

Dénutrition clinique : **42 patients (38,9%)**.

IRN grade modéré ou sévère: **83 patients (84,7%)**.

La **dénutrition clinique**:

Non statistiquement associée aux formes sévères de COVID-19 ($p = 0,35$)

(Figure 1)

Un IMC bas plus fréquent (11,8% vs 1,4%, $p < 0,05$).

Perte de poids plus importante ($6,1 \pm 8,1$ vs $2,6 \pm 5,9$ kg, $p < 0,05$).

chez les patients avec une forme sévère de COVID-19.

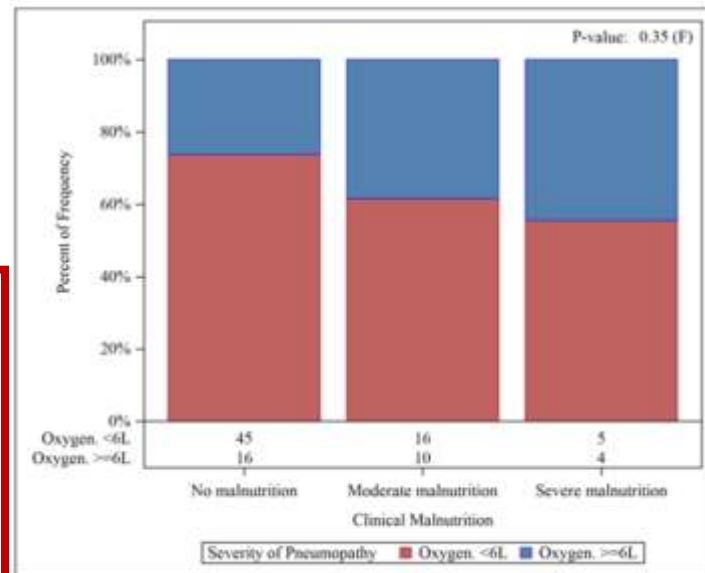


Figure 1: *dénutrition clinique et formes sévères de COVID 19*

Résultats (2)

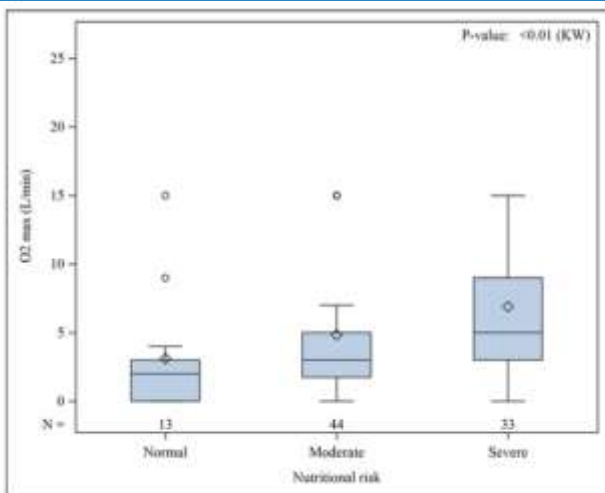


Figure 2: dénutrition clinico biologique et formes sévères de COVID

L'**IRN** était corrélé

- à la **sévérité de la COVID-19** ($p<0,01$)
- au **débit maximal d'oxygène administré** ($p<0,01$). (*Figure 2*)

Des **niveaux bas** de

- Protides
- Albuminémie
- Pré-albuminémie
- Zinc plasmatique

associés à la sévérité de la COVID-19 ($p<0.01$).

La principale cause de la dénutrition était l'inflammation.

Conclusion: haute prévalence de la dénutrition

- correspond prévalence (patients hospitalisés PNP bactériennes ou grippales).
- association risque nutritionnel et pronostic de la COVID-19 : → recommandations internationales pour le
 1. *dépistage systématique et précoce de la dénutrition*
 2. *introduction d'un support nutritionnel dès que nécessaire*