



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

C024

NutriCoviD30 : étude nationale sur l'évaluation de l'état de santé et la prise en charge nutritionnelle à 1 mois d'une hospitalisation pour COVID-19

M.-F. Vaillant^{1,*}, L. Agier¹, C. Martineau², M. Philipponneau³, D. Romand⁴, V. Masdoua⁴, M. Behar⁴, C. Nessler⁵, M. Gâté⁶, V. Laubé⁴, K. Lambert⁴, M. Dusquesnoy-Nauli⁴, J.-L. Bosson¹, E. Fontaine¹

¹ CHU Grenoble Alpes, Grenoble

² CHU Toulouse, Toulouse

³ Hospices civils de Lyon, Lyon

⁴ Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris

⁵ CHU Rennes, Rennes

⁶ CHU Rouen, Rouen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : MFVaillant@chu-grenoble.fr (M.-F. Vaillant)

Introduction et but de l'étude NutriCoviD30 est une étude nationale multicentrique apportant les premières données objectives observationnelles sur les symptômes, répercussions et interventions nutritionnelles, 30 j après hospitalisation des patients pour COVID-19.

Matériel et méthodes Après autorisation à démarrer l'étude de type 3 non interventionnelle (loi Jardé-NCT04365816) : détermination, à partir de la liste des sortants d'unités COVID, des patients à appeler 30 j après retour à domicile. Après information et non-opposition du patient, entretien téléphonique (avec aidant si besoin) pour recueil de données. Questionnaire comportant : informations sur séjour, poids et nutrition pendant hospitalisation, antécédents médicaux, symptômes ressentis de la maladie, évaluation de la prise alimentaire par échelle verbale/visuelle analogique SEFI® (Score d'Évaluation Facile des Ingesta), évolution du poids, alimentation et impact à 1 mois.

Résultats et analyse statistique Les patients inclus ont été hospitalisés entre le 2 mars et 19 mai 2020 dans 11 hôpitaux, répartis dans 6 CHU et 5 régions françaises. Les données de 403 patients (sur 945 potentiellement inclusibles) ont pu être analysées. Population : 63 % d'hommes, âge moyen = 62,2 ± 14,2 ans, IMC moyen = 28,8 ± 5,3 kg/m². Vingt pour cent des patients vivaient seuls, 2 % en EHPA/EHPAD, 78 % à plusieurs. Durée médiane [interquartile] de séjour = 13 j [8 ; 20], dont 30 % de passage en réanimation (médiane = 11 j [6 ; 20]) et 26 % en SSR. Assistance ventilatoire : 20 % sans O₂, 34 % avec O₂ < 3 L/min, 27 % avec O₂ > 3 L/min, 19 % intubation. Quatre-vingt pour cent avaient au moins 1 maladie chronique. Les médianes de SEFI® étaient de 2,5/10 [1 ; 5] au plus mal (T1) pendant durée moyenne 10 j ± 8 ; de 7,5 [5 ; 0] à la sortie de l'hôpital (T2) et 10 [8 ; 10] à 1 mois de la sortie (T3). Le SEFI® change significativement avec le temps : +3,5 [2 ; 6] entre T1-T2, +6 [3 ; 8] entre T1-T3. Le poids moyen était 83,4 ± 17,3 kg avant la maladie, 77,0 ± 15,8 kg à l'hôpital et 78,9 ± 15,4 kg à 1 mois de la sortie : soit perte de poids moyenne significative de 8 % du poids d'origine (-6,5 kg poids brut) durant l'hospitalisation et gain de poids significatif de 4 % à 1 mois après la sortie ($p < 0,001$). Cinquante-sept pour cent des patients font habituellement attention à leur poids (dont 40 % pour perdre) et 42 % à leur alimentation (dont 23 % restrictive ou « sans »). Parmi les patients qui n'ont pas récupéré leur poids à 1 mois, 62 % invoquent une raison volontaire. Vingt-neuf pour cent des patients ont été en contact avec un diététicien ou médecin nutritionniste à l'hôpital, 24 % après leur sortie. Quarante-sept pour cent déclarent avoir eu une alimentation orale adaptée, 51 % des compléments nutritionnels oraux à l'hôpital, 8 % à la sortie. On retrouve 14 % de nutrition entérale et 6 % parentérale. À 1 mois de la sortie, 4 % ont altéré leur alimentation, 16 % adaptée, 18 % équilibrée, 63 % retrouvé une prise alimentaire habituelle. Une très grande fatigue reste le signe persistant pour 34 %.



Conclusion Ces résultats vont permettre d'orienter les prises en charge, la prévention de la dénutrition et argumenter en faveur des recommandations des sociétés savantes.

Déclaration de liens d'intérêts M.-F. Vaillant a reçu une subvention/soutien de Nutricia, est consultant chez K'Noë, a un conflit d'intérêt avec Fresenius, Nestlé, Nutricia, L. Agier, C. Martineau, M. Philipponneau, D. Romand, M. Behar, C. Nessler, M. Gâté, V. Laubé, K. Lambert, M. Dusquesnoy-Nauli, J.-L. Bosson déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts, V. Masdoua est employé(e) de Lactalis international (Nutrition médicale) 2017–19, E. Fontaine a reçu une subvention/soutien de Baxter, Nutricia, Fresenius, Aguetant, BBraun, est consultant chez Baxter, Nutricia, a un conflit d'intérêt avec AGIR à dom, AJR médical, Baxter, BBraun, Cyranie, Davigel, Fresenius Kabi, Gel Manche, Homeperf, Lactalis, Nestlé, Nestlé Home Care, Nutricia, Nutrisens.

Remerciements Aux équipes de diététiciens - Nutricia.

<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.01.016>

C025

Croissance précoce en fonction de la teneur en protéines des préparations infantiles : résultats des cohortes EDEN et ELFE

A. Camier*, C. Davisse-Paturet, P. Scherdel, S. Lioret, B. Heude, M.-A. Charles, B. de Lauzon-Guillain

Université de Paris, CRESS, INSERM, INRAE, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aurore.camier@inserm.fr (A. Camier)

Introduction et but de l'étude Une croissance rapide dans les premiers mois de vie est associée à un risque plus élevé d'obésité plus tard dans la vie. Par ailleurs, des essais contrôlés randomisés (ECR) ont montré que les enfants consommant une préparation infantile avec une teneur élevée en protéines (2,90 g de protéines/100 kcal) avaient un poids plus élevé jusqu'à 24 mois que ceux consommant une préparation infantile avec une faible teneur (1,77 g/100 kcal), ces derniers ayant un poids moyen se rapprochant des enfants allaités exclusivement. Dans ce contexte, l'objectif de cette analyse était d'évaluer l'association entre la teneur en protéines de préparations infantiles, parmi l'ensemble de la gamme disponible en France, et la croissance des enfants jusqu'à 18 mois.

Matériel et méthodes Les analyses ont combiné les données de la cohorte mère-enfant EDEN et de la cohorte de naissance Elfe, dont les recrutements se sont déroulés respectivement avant et après la publication de ces essais. Les analyses ont concerné les enfants allaités moins d'un mois, classés en 5 groupes selon la teneur en protéines de la préparation infantile consommée à 4 mois ($n = 2574$). Une seconde analyse incluant les nourrissons allaités exclusivement pendant au moins 3 mois a également été réalisée ($n = 5846$). Les associations entre la teneur en protéines des préparations infantiles et les z-scores du poids-pour-âge et de l'IMC-pour-âge à 6, 12 et 18 mois ont été analysées à l'aide de régressions linéaires ajustées sur les principaux facteurs de confusion incluant les IMC parentaux et le z-score à 1 mois du paramètre étudié et sur des variables liées aux cohortes.

Résultats et analyse statistique La teneur moyenne en protéines dans les préparations infantiles était supérieure dans l'étude EDEN (2,4 g/100 kcal) comparée à l'étude ELFE (2,0 g/100 kcal). L'analyse combinée des données des deux cohortes a permis de montrer que la teneur en protéines dans les préparations infantiles consommées à 4 mois était associée positivement aux z-scores du poids et de l'IMC à 6, 12 et 18 mois (à 6 mois pour 1 g/100 kcal, β [IC95 %] = 0,14 [0,05 ; 0,23] pour le poids et 0,25 [0,16 ; 0,34] pour l'IMC). Ainsi, à 6 mois, par rapport au groupe de teneur intermédiaire (2,1–2,5 g/100 kcal), les nourrissons recevant une préparation infantile à teneur en protéines très élevée (> 2,8 g/100 kcal) avaient un z-score de l'IMC-pour-âge plus élevé (β [IC95 %] = 0,20 [0,01 ; 0,39]) tandis que ceux du groupe à très

