



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Profile of patients monitored for chronic non-communicable respiratory diseases at the pulmonology department of Ignace Deen University Hospital

Profil des patients suivis pour maladies respiratoires chroniques non transmissibles au service de pneumo-phtisiologie du CHU Ignace Deen

OH Diallo^{1,2}, TH Diallo^{1,2}, IT Diallo², TS Zachee², AO Barry^{1,2}, A Camara^{1,2}, LM Camara^{1,2}

¹Service de pneumo-phtisiologie du CHU Ignace Deen / Faculté des sciences et techniques de la santé de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry

²Service de pneumo-phtisiologie du CHU Ignace Deen

ABSTRACT

Introduction: Chronic non-communicable respiratory diseases (CNCRDs) pose a public health problem in industrialised and developing countries due to their prevalence and economic impact. The aim of our study was to examine the profile of patients being treated for CNCRDs. **Methodology:** This was a descriptive cohort study with retrospective data collection that included all patients with CNCRDs during the period 2018–2022. CNCRDs includes COPD, sequelae of tuberculosis, asthma, pulmonary fibrosis, bronchopulmonary cancer and bronchiectasis. **Results:** A total of 2,136 patients were hospitalised, including 253 with CNCRDs (11.84%) across all pathologies. The distribution of patients according to CNCRDs groups revealed that lung cancer accounted for the largest proportion of CNCRDs cases (37.54%), closely followed by the sequelae of tuberculosis (31.62%), COPD (20.95%), pulmonary fibrosis (6.32%) asthma (2.77%) and bronchiectasis (0.80%). Smoking was found in (75.5%) of COPD cases and (38.9%) of bronchopulmonary cancer cases. Male gender ($p < 0.005$) for COPD, advanced age ($p < 0.001$), history of tuberculosis ($p < 0.001$) and smoking ($p < 0.001$) were significantly associated with chronic non-communicable respiratory diseases. **Conclusion:** MRCNTs are relatively common in the pulmonology department of Ignace Deen National Hospital. Our study showed that advanced age, a history of tuberculosis, smoking and male gender were factors associated with CNCRDs.

KEYWORDS: Profile; Chronic non communicable respiratory diseases; Pulmonology; Ignace Deen University Hospital.

RÉSUMÉ

Introduction : les maladies respiratoires chroniques non transmissibles (MRCNT) posent un problème de santé publique dans les pays industrialisés et en développement en raison de leur fréquence et de leurs incidences économiques. Notre étude avait pour objectif d'étudier le profil des patients suivis pour MRCNT. **Méthodologie:** Il s'est agi d'une étude de cohorte de type descriptive à collecte rétrospective ayant inclus tous les patients atteints des MRCNT durant la période 2018-2022. Les MRCNT comportent la BPCO, les séquelles de tuberculose, l'asthme, la fibrose pulmonaire, cancer broncho-pulmonaire et la dilatation des bronches. **Résultats:** Au total 2136 patient ont été hospitalisés dont 253 MRCNT soit (11,84 %) toutes pathologies confondues. La répartition des patients selon les groupes MRCNT a révélé que le cancer du poumon constitue la part la plus importante des MRCNT (37,54%), suivis de près par les séquelles de la tuberculose (31,62%), la BPCO (20,95%) la fibrose pulmonaire (6,32%) L'asthme (2,77%) et dilatation des bronches (0,80%). Le tabagisme était retrouvé dans (75,5%) pour BPCO et (38,9%) dans cancer broncho-pulmonaire. Le sexe masculin ($p < 0,005$) BPCO, l'âge avancé ($p < 0,001$), l'antécédent de tuberculose ($p < 0,001$), le tabac ($p < 0,001$) étaient significativement associés aux maladies respiratoires chroniques non transmissibles. **Conclusion:** les MRCNT sont relativement fréquentes au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen. Notre étude a montré que l'âge avancé, l'antécédent tuberculose, le tabac et le sexe masculin étaient des facteurs associés aux MRCNT.

MOTS CLÉS: Profil ; Maladies respiratoires chroniques non transmissibles ; Pneumo-phtisiologie CHU Ignace Deen.

Corresponding author: Oumou Hawa Diallo. Service de pneumo-phtisiologie du CHU Ignace Deen

Mail: drdiallooumou@gmail.com

INTRODUCION

Les maladies respiratoires chroniques non transmissible (MRCNT) posent un problème de santé publique dans les pays industrialisés et en développement en raison de leur fréquence et de leurs incidences économiques [1]. La prévalence croissante des MRCNT à l'échelle mondiale, régionale et locale démontre l'impact considérable de ces maladies, qui représentent désormais 70 % des décès dans le monde et touchent une population diversifiée en dehors des zones aisées [2]. Les MRCNT tuent plus de 36 millions de personnes chaque année, dont 80 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, bien que ce phénomène ait été largement néglige en raison du fardeau écrasant des maladies infectieuses, notamment le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme [3]. En Jordanie, les maladies non transmissibles (MNT) sont la principale cause de morbidité et de mortalité, représentant 76 % du total des décès [2].

Il existe peu d'études fournissant des données sur les MNCNT en Afrique, principalement en Afrique du Sud [3]. L'Afrique est confrontée à un double fardeau de maladies infectieuses et chroniques. Si les maladies infectieuses représentent encore au moins 69 % des décès sur le continent, les taux de mortalité par âge dus aux maladies chroniques sont en réalité plus élevés en Afrique subsaharienne que dans la quasi-totalité des autres régions du monde, tant chez les hommes que chez les femmes [4]. La prévention et la gestion des maladies non transmissibles (MNT) reposent souvent sur des interventions comportementales, notamment la promotion d'une alimentation saine, l'encouragement de niveaux plus élevés d'activité physique et la dissuasion des comportements malsains tels que la consommation de tabac et d'alcool [5]. Ainsi, l'absence d'études spécifiques sur les maladies respiratoires chroniques non transmissibles et l'incidence qui ne fait qu'accroître sont les raisons qui nous ont permis de choisir ce thème dont l'objectif était d'étudier le profil des patients suivis MRCNT au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry.

METHODOLOGIE

Cadre d'étude

Le service de pneumo-phtisiologie du CHU Ignace DEEN de Conakry a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. Il est situé dans la commune de Kaloum. C'est le service de référence pour la prise en charge des affections respiratoires dans le pays.

Type d'étude

Il s'est agi d'une étude de cohorte de type descriptive à collecte rétrospective de données d'une durée 5 ans, allant du 1 er Janvier 2018 au 31 Décembre 2022 portant sur des patients ayant des maladies respiratoires chroniques non transmissibles pris en charge au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national

Ignace DEEN du CHU de Conakry

Population

Cette étude a concerné l'ensemble des dossiers des patients admis en hospitalisation et suivis au service de pneumologie-phtisiologie du CHU Ignace Deen pour maladies respiratoires chroniques non transmissibles durant notre période d'étude.

Collecte et analyse des données

Le recueil des données s'est fait à partir d'une fiche d'enquête standardisée, individuelle, anonyme, comportant des items sur les données:

- Démographiques (Age, Sexe, provenance), Les maladies respiratoires chroniques non transmissible (BPCO, les séquelles de tuberculose, l'asthme, la fibrose pulmonaire, cancer bronchopulmonaire et la dilatation des bronches), Antécédents (tuberculose pulmonaire ; le tabac)
- Cliniques : dyspnée, toux, douleur thoracique, hémoptysie
- Para cliniques : la radiographie du poumon et ou un TDM Thoracique
- Évolution : vivants ou décédés durant l'hospitalisation.

La saisie et l'analyse des données étaient faites par le logiciel R studio. Les variables quantitatives sont exprimées en médiane (minimum-maximum) ou en moyenne \pm écart type (ET). Les variables qualitatives en nombre et pourcentage. La comparaison des variables qualitatives a été faite à l'aide du test de Chi carré et celles quantitatives à l'aide du test T de Student. Une valeur $p \leq 0,05$ est considérée comme significative.

Considérations éthiques

Après validation du protocole d'étude par la chaire de cardio-pneumo-phtisiologie de la faculté des sciences et techniques de la santé de Conakry, Guinée, nous avons procédé à la collecte des données sous anonymat. Afin de respecter les principes éthiques, la confidentialité des données recueillies a été assurée pendant et après l'enquête.

RESULTATS

Au total 2136 patient ont été hospitalisés au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace durant notre période d'étude dont 253 maladies respiratoires chroniques non transmissibles soit (11,84 %) (Figure 1). Les hommes sont largement majoritaires dans toutes les pathologies (98,10%) pour la BPCO, (87,50%) pour la fibrose pulmonaire, (75,00%) pour les séquelles de TB et (78,90%) pour Cancer (Tableau 1). L'âge moyen était élevé chez tous nos patients ($63,11 \pm 11,14$ ans) BPCO, ($61,31 \pm 14,25$ ans) fibrose pulmonaire, ($53,15 \pm 14,26$ ans) séquelles de la tuberculose et ($57,19 \pm 15,53$ ans) cancer du poumon. (Tableau 1). La dyspnée était le symptôme respiratoire le plus fréquent (90,6%) BPCO, (100,0%), fibrose pulmonaire (71,2%) séquelles de TB et (71,2%) et cancer broncho-pulmonaire. L'antécédent était dominé

par la tuberculose (100%) séquelles de TB, (22%) BPCO, (18,8%) fibrose pulmonaire et (7,4%) cancer broncho-pulmonaire. Le tabagisme était retrouvé dans (75,5%) BPCO et (38,9%) de cancer broncho-pulmonaire. La répartition des patients selon les groupes MRCNT a révélé que le cancer du poumon constitue la part la plus importante des maladies respiratoires chroniques non transmissibles (37,54%), suivis de près par les séquelles de la tuberculose (31,62%), la BPCO (20,95%) la fibrose pulmonaire (6,32%) L'asthme (2,77%) et dilatation des bronches (0,80%) (*Figure 2*). La répartition des patients selon l'évolution durant la période d'étude a révélé que la mortalité hospitalière était de : (18,90%) cancer broncho-pulmonaire suivis de (18,80%) de fibrose de (11,20%) de séquelle de TB et de (9,40%) de BPCO. Le sexe masculin ($p < 0,005$) BPCO, l'âge avancé ($p < 0,001$), l'antécédent de tuberculose ($p < 0,001$), le tabac ($p < 0,001$) étaient significativement associés aux maladies respiratoires chroniques non transmissibles. (*Tableau 2*).

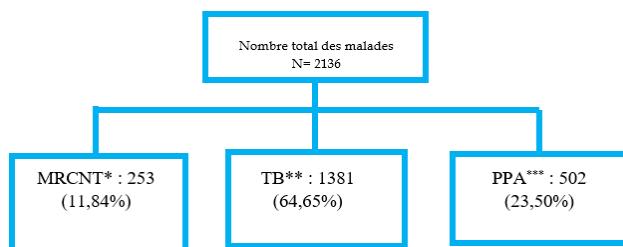


FIGURE 1 : Diagramme de flux des 2136 patients suivis au service de Pneumo-Phtisiologie.

* : Maladies Respiratoires Chroniques Non Transmissibles

** : Tuberculose

*** : Pneumopathies aigues

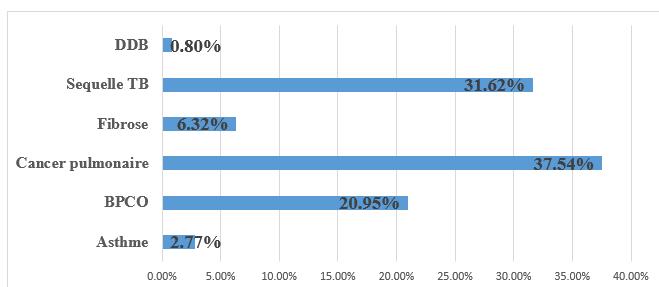


FIGURE 2: Proportion des maladies respiratoires chroniques non transmissibles (n=253), au CHU Ignace Deen de 2018 à 20

Caractéristiques socio-démographiques		
	n=253	P-valeur
BPCO		
Age moyen (an)	63,11 (11,14)	< 0,001
Sexe		< 0,001
Masculin	98,10%	
Fibrose pulmonaire		
Age moyen (an)	61,31 (14,25)	< 0,001
Sexe		0,201
Masculin	87,50%	
Séquelles de la TB		
Age moyen (an)	53,15 (15,53)	< 0,001
Sexe		0,359
Masculin	75,00%	
Cancer		
Age moyen (an)	57,19 (15,53)	< 0,001
Sexe		0,06
Masculin	78,90%	

DISCUSSION

Durant notre étude, 2136 patients ont été admis au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital national Ignace Deen, dont 253 MRCNT soit (11,84 %). Ce résultat est inférieur à ceux de Ben Ayed et al [6] en Tunisie et celui de Omoleke [3] en Gambie qui ont respectivement trouvés une prévalence hospitalière de 43% et 70,3 %. Ces différences pourraient s'expliquer par des variations locales de l'épidémiologie MRCNT dans la population générale. Ainsi, Il est à constater que le cancer du poumon constitue la part la plus importante des MRCNT, avec un taux de

Répartition des patients présentant une maladie respiratoire chronique non transmissible (N=253) selon l'évolution clinique, au service de Pneumo-Phtisiologie du CHU Ignace Deen de 2018 à 2022.								
Evolution	BPCO		Fibrose		Séquelle TB		Cancer	
	n=53	p	n=16	p	n=80	p	n=95	P
Sortie améliorée	84,90%	0,074	56,20%	0,209	72,50%	0,984	62,10%	0,017
Décès	9,40%	0,261	18,80%	1,000	11,20%	0,305	18,90%	0,504

37,54%, suivies de près par les séquelles de la tuberculose (31,62%), la BPCO (20,95%) et la fibrose pulmonaire (6,32%). L'asthme, quant à lui, semble moins représenté dans cette population (2,77%) et dilatation des bronches (0,80%). Les données de Diallo et al. (2019) [7] dans leur étude sur Profil sociodémographique et clinique des patients admis en hospitalisation de pneumologie à Conakry (Guinée) ont rapporté 154 cas de surinfection de Séquelles de Tuberculose, 25 cas de BPCO, et 15 dossiers classés « autres ». Nos résultats sont en accord avec ceux de cette étude, confirmant ainsi la prévalence élevée de la tuberculose en Guinée. Les différences observées dans la répartition des autres MRCNT pourraient être liées à des variations méthodologiques, à des différences dans la population étudiée ou à une évolution de la situation épidémiologique.

Dans notre étude pour toutes les MRCNT ils ont principalement un âge moyen qui est élevé (63,11±11,14 ans) BPCO, (61,31±14,25 ans) fibrose pulmonaire, (53,15±14,26 ans) séquelles de la tuberculose et (57,19±15,53 ans) cancer du poumon ce qui est typique pour ces maladies chroniques. De plus, les hommes sont largement majoritaires dans toutes les pathologies. Les résultats de notre étude sur les maladies respiratoires chroniques confirment les tendances observées dans la littérature, notamment dans l'étude de Diallo et al. (2019) [7] sur Profil sociodémographique et clinique des patients admis en hospitalisation de pneumologie à Conakry (Guinée) qui ont montré que l'âge moyen variait selon le diagnostic : 40 ans pour les surinfections de séquelles, 37 ans pour les pleurésies purulentes, 57 ans pour les cancers bronchiques et 62 ans pour la BPCO. La population étudiée était majoritairement masculine, avec un sex-ratio de 2,74. Ces résultats révèlent l'importance de prendre en compte l'âge et le sexe dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies respiratoires chroniques. Les personnes âgées, et particulièrement les hommes, devraient faire l'objet d'une surveillance accrue pour détecter précocement ces pathologies et mettre en place des stratégies de prévention adaptées. De plus, notre étude a mis en évidence la complexité des profils des patients atteints de BPCO à l'hôpital Ignace Deen. Ainsi, 75,5% des patients ont un passé de fumeurs, avec une consommation moyenne élevée. Les résultats de notre étude révèlent des similitudes avec ceux de Anon JC et al [8] qui ont rapporté une exposition à la fumée de tabac dans 89 % des cas, avec une intoxication tabagique moyenne de 26,3 paquets-années Ainsi, les deux études mettent en évidence le

rôle majeur du tabagisme dans le développement de la BPCO. Parmi les 53 patients atteints de BPCO suivis, un taux encourageant de 84,9% a bénéficié d'une amélioration ou d'une stabilisation de leur état de santé grâce au traitement. Malheureusement, 9,4% des patients n'ont pas survécu à la maladie. Les résultats de notre étude sont en ligne avec ceux de J.C. Anon et al. [8] dans leurs études en 2020 portant sur contribution pour améliorer la prise en charge de la BPCO en Afrique noire que l'issue de l'hospitalisation a été défavorable avec 9 (20 %) décès parmi les malades BPCO hospitalisés Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la BPCO reste une maladie grave, avec un taux de mortalité non négligeable, Bien que les traitements actuels permettent d'améliorer l'état de nombreux patients car l'OMS prévoit que la BPCO deviendra la troisième cause de décès dans le monde en 2030. Cette augmentation de la mortalité est principalement liée à la majoration de la consommation du tabac [9]. Parmi les 80 patients présentant des séquelles de tuberculose

Nos résultats montrent une association significative entre les maladies respiratoires chroniques non transmissibles et le sexe masculin ($p < 0,005$), l'âge avancé ($p < 0,001$), l'antécédent de tuberculose ($p < 0,001$) et le tabac ($p < 0,001$). Comme dans les études de S. Kone et al. [10], H Mrassi et al. [11], Bai cham et al [12], Omoleke SA [3] et Ben Ayed et al [6] qui ont trouvés que l'âge avancé ($p < 0,05$), sexe masculin ($p < 0,001$), Le tabac ($p < 0,001$) avaient une association significative avec les maladies respiratoires chroniques non transmissible dans leurs études respectives. Ce qui converge vers une même conclusion que le tabagisme l'âge avancé, l'antécédent tuberculose et le sexe masculin sont des facteurs de risques majeurs pour les maladies pulmonaires interstitielles, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les séquelles de tuberculose, le cancer bronchopulmonaire l'asthme et la dilatation des bronches.

CONCLUSION

Les maladies respiratoires chroniques non transmissibles (MRCNT) sont relativement fréquentes au service de pneumo-phtisiologie. Notre étude a montré que l'âge avancé, l'antécédent tuberculose, le tabac et le sexe masculin étaient des facteurs associés aux MRCNT. Toutefois, La prise en compte de ces facteurs contribuera à l'amélioration de la santé des patients avec de MRCNT.

CONFLICT OF INTEREST

Non.

REFERENCES

1. Aït-Khaled N, Enarson DA, Bousquet J. Maladies respiratoires chroniques dans les pays en développement: poids de la morbidité et stratégies de prévention et de prise en charge. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé: la revue internationale de santé publique: recueil d'articles 2002; 6: 52-60. 2002;
2. Khamaiseh AM, Habashneh SS. Prevalence and associated factors of non-communicable chronic diseases among university academics in Jordan. PLoS One. 2024; 19(8):e0304829.
3. Omoleke SA. Chronic Non-Communicable Disease as a New Epidemic in Africa: Focus on The Gambia. Pan Afr Med J [Internet]. 2013 [cité 6 juill 2025];14. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/14/87/full/>
4. de-Graft Aikins A, Unwin N, Agyemang C, Allotey P, Campbell C, Arhinful D. Tackling Africa's chronic disease burden: from the local to the global. Global Health. 19 avr 2010;6:5.
5. Airhihenbuwa CO, Tseng TS, Sutton VD, Price L. Global Perspectives on Improving Chronic Disease Prevention and Management in Diverse Settings. Prev Chronic Dis. 8 avr 2021; 18:E33.
6. Ben Ayed H, Ben Hmida M, Ben Jemaa M, Trigui M, Jedidi J, Karray R, et al. Le tabagisme actif : un facteur de risque majeur des maladies non transmissibles humaines dans une enquête hospitalière. Revue des Maladies Respiratoires. 1 févr 2019;36(2):171-8.
7. Diallo BD, Diallo A, Diallo OH, Camara MH, Barry AO, Camara LM. Profil sociodémographique et clinique des patients admis en hospitalisation de pneumologie à Conakry (Guinée). Revue des Maladies Respiratoires. 2019;36: A129-30.
8. Anon JC, Dembele R, Toh-Bi Y, Yeo L, Dje-Bi H, Achi V, et al. Contribution pour améliorer la prise en charge de la BPCO en Afrique noire. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. 2020;12(1):196-7.
9. Peiffer G, Underner M, Perriot J. Les effets respiratoires du tabagisme. Revue de pneumologie clinique. 2018;74(3):133-44.
10. Kone S, Thiam K, Diatta S, Toure N. Prise en charge des séquelles de la tuberculose. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. 2020;12(1):171.
11. Mrassi H, Bachouch I, Belloumi N, Jrad S, Chermiti F, Fenniche S. Particularités cliniques, fonctionnelles et radiologiques du syndrome emphysème des sommets et fibrose pulmonaire des bases combinées. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. 2020;12 (1):232.
12. Cham B, Scholes S, Groce NE, Badjie O, Mindell JS. High level of co-occurrence of risk factors for non-communicable diseases among Gambian adults: A national population-based health examination survey. Preventive Medicine. 1 déc 2020;141:106300.