Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Connaissance, attitude et pratique des médecins généralistes sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive à Conakry

Knowledge, attitude and practice of general practitioners on chronic obstructive broncho-pneumopathy in Conakry

D Touré*[1,2], TH Diallo[2], A Camara[2], MH Camara[1,2], AO Barry[2], A Nabe[2], D Delamou[2], F Bilivogui[2], MLF Camara[2], A Kante[2], M Tall[2], BD Diallo[1,2], LM Camara[1,2]

Résumé

Introduction : Dans les pays en voie de développement, les maladies respiratoires chroniques posent un grave problème de santé publique. Au nombre de ces maladies chroniques, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) occupe une place importante.

Les perceptions et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patients et de la BPCO représenteraient un ensemble de facteurs contribuant au sous diagnostic. Les compétences et les connaissances du personnel sembleraient aussi en être les causes dans le sous diagnostic de la BPCO. Ainsi, l'insuffisance de données sur la connaissance des BPCO des médecins généralistes en Guinée nous a amené à faire cette étude. Cette étude avait pour objectif de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes sur la BPCO à Conakry.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive qui s'est déroulé à Conakry pour une durée de (6) six mois. L'étude a porté sur la période allant du 01 Mai 2021 au 30 Octobre 2021. Nous avions inclus tous les médecins généralistes sans distinction de sexe, exerçant dans les services de médecine interne des CHU, des centres médico-communal et des cliniques privées de la ville de Conakry, présents au cours de l'enquête et qui ont accepté de participer à l'étude.

Résultats : Dans l'étude, seulement 28% des médecins généralistes enquêtés connaissaient la définition de la BPCO. Le tabagisme, les polluants atmosphériques et les ATCD de tuberculose étaient cités comme principaux facteurs de risque de la BPCO par nos enquêtés, respectivement 99%, 84% et 59%. Parlant de la pratique des participants face à la BPCO, l'oxygénothérapie (70%), les corticoïdes inhalés (57%) et les broncho-dilatateurs combinés (bèta-2 agonistes associés aux anticholinergiques) : (57%), étaient les plus prescrits par les enquêtés.

Conclusion : Les médecins généralistes de santé ayant participé à cette étude connaissait peu la bronchopneumopathie chronique obstructive, Leurs attitudes et pratiques étaient aussi peu satisfaisantes ce qui met en exergue la nécessité de formation continue en faveur de ces prestataires de première

ligne qui jouent un rôle important dans la prise en charge précoce des patients.
Mots-clés : connaissance, attitude, pratique, médecins généralistes, broncho-pneumopathie chronique obstructive, Conakry.

Abstract

Introduction: In developing countries, chronic respiratory diseases pose a serious public health problem. Among these chronic diseases, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) occupies an important place.

GPs' perceptions and attitudes towards their patients and COPD are thought to represent a set of factors contributing to under-diagnosis. Staff skills and knowledge would also appear to be a factor in the under-diagnosis of COPD. The lack of data on general practitioners' knowledge of COPD in Guinea led us to conduct this study. The aim of this study was to determine the knowledge, attitudes and practices of general practitioners regarding COPD in Conakry.

Methodology: This was a prospective descriptive study conducted in Conakry for a period of six months. The study covered the period from 01 May 2021 to 30 October 2021. We included all general practitioners, regardless of sex, practising in the internal medicine departments of the university hospitals, medical community centres and private clinics in Conakry, who were present during the survey and who agreed to take part in the study.

Results: In the study, only 28% of GPs surveyed knew the definition of COPD. Smoking, air pollutants and history of tuberculosis were cited as the main risk factors for COPD by our respondents (99%, 84% and 59% respectively). In terms of COPD treatment practices, oxygen therapy was the most common (70%), inhaled corticosteroids (57%) and combined bronchodilators (beta-2 agonists combined with anticholinergics) (57%) were the most prescribed by respondents.

Conclusion: The general practitioners who took part in this study knew little about chronic obstructive pulmonary disease, and their attitudes and practices were also unsatisfactory, which highlights the need for continuing education for these front-line providers, who play an important role in the early management of patients.

Keywords: knowledge, attitude, practice, general practitioners, chronic obstructive pulmonary disease, conakry.

Introduction

Dans les pays en voie de développement, les maladies respiratoires chroniques posent un grave problème de santé publique en raison de leur fréquence, de leur gravité, de leurs incidences économiques ainsi que de leurs tendances évolutives [1]. Au nombre de ces maladies chroniques, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) occupe une place importante [2]. Elle est une maladie fréquente, évitable et traitable, caractérisée par un trouble ventilatoire obstructif non complètement réversible, liée à une inflammation chronique des voies respiratoires secondaire à l'inhalation des toxiques [2,3].

Le principal facteur de risque reste le tabagisme dont l'importance ne cesse d'augmenter dans les pays en voie de développement où les données épidémiologiques sont rares et les mesures préventives sont quasi inexistantes [4]. Le diagnostic de la BPCO doit être évoqué devant les symptômes suivants : une toux chronique, des expectorations et une dyspnée traînante chez un patient exposé à un facteur de risque (fumeur âgé de plus de 40 ans, contexte d'exposition professionnelle) [5]. La spirométrie reste l'outil de référence pour confirmer le diagnostic et permet de classifier la maladie selon la sévérité [6]. Malgré son ampleur et sa gravité, la BPCO est une maladie sous-estimée, sous diagnostiquée et sous traitée [7].

Les perceptions et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patients et de la BPCO représenteraient un ensemble de facteurs contribuant au sous diagnostic. Les compétences et les connaissances du personnel sembleraient aussi en être les causes dans le sous diagnostic de la BPCO [8].

D'autre part, cette maladie est méconnue du grand public et les symptômes respiratoires ont tendance à être banalisés et sous déclarés par les patients [9].

En effet, seulement 25 à 50 % des patients BPCO seraient connus de leur médecins généralistes [10,11]. En France, une étude menée par Piperno et al, a souligné que seulement 12% des MG interrogés envisageaient des EFR chez les patients à risque de BPCO [12]. Au Niger, une étude transversale menée en 2017 par Nouhou Boubacar R et al. a montré que sur 144 MG interrogés seulement 37 soit 25,7% connaissaient la définition de la BPCO [13]. Actuellement, selon l'OMS, d'ici 2030, la BPCO serait la 3ème grande cause de mortalité dans le monde [14] et plus de 3,23 millions de personnes sont mortes de BPCO en 2019, soit 6% de l'ensemble des décès mondiaux [15,16].

Ainsi, le manque de données sur la connaissance des médecins généralistes et l'absence de guide national sur la prise en charge de la BPCO en Guinée, ont motivé le choix de ce thème intitulé : Connaissance, attitude et pratique des Médecins généralistes sur la Broncho-pneumopathie chronique obstructive à Conakry.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive qui s'est déroulé à Conakry pour une durée de (6) six mois. L'étude a porté sur la période allant du 01 Mai 2021 au 30 Octobre 2021. Cette étude a été réalisée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres médicaux communaux (CMC) et quelques cliniques privées de la ville de Conakry. Nous avions inclus dans notre étude tous les médecins généralistes sans distinction de sexe, exerçant dans les services de médecine interne des CHU, des CMC et des cliniques privées de la ville de Conakry, présents au cours de l'enquête et qui ont accepté de participer à notre étude. L'échantillonnage a été exhaustif de tous les médecins généralistes présents au cours de l'enquête.

Une fiche d'enquête comportant les caractéristiques socioodémographiques, connaissances sur la BPCO, attitudes et pratiques sur la BPCO. Nos données ont été collectées à l'aide de l'application Kobocollect v1.14.0 envoyées sur le serveur KoBoToolbox où elles ont été enregistrées en base de données puis téléchargée en fichier Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS 21. Des proportions ont été calculées pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de médiane ou de moyenne plus moins écart type. La saisie et présentation ont été effectuées à l'aide des logiciel Word ; Excel et PowerPoint du Pack Office 2016.

Le respect de l'éthique, la confidentialité des informations recueillies et l'anonymat était de rigueur. Le refus de certains médecins de participer à l'étude, la pandémie de la covid 19 ont constitué les principales difficultés.

Résultats

La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée dans notre étude soit 75% (n=109) suivie de 35 à 44 ans soit 15% (n=22), la tranche de 45 à 54 ne représentait que 10% (n=14). L'âge moyen de nos enquêtés était 30,41±4 ,913 avec les extrêmes de 25 ans et 50 ans. Dans notre population, 72% (n=105) des participants étaient de sexe masculin avec sex-ratio h/f= 2,6.

Dans notre étude, seulement 28% des médecins généralistes enquêtés connaissaient la définition de la BPCO (figure 1). Le tabagisme, les polluants atmosphériques et les ATCD de tuberculose étaient cités comme principaux facteurs de risque de la BPCO par nos enquêtés, respectivement 99%, 84% et 59% (tableau 1). Quant au bilan de confirmation du diagnostic de la BPCO, 30% de nos participants ont cité les EFR comme examen de confirmation contre 17% qui ont cité la spirométrie. Tandis que 63% et 48% ont cité respectivement la radiographie thoracique et le scanner thoracique (tableau 2). La signification de l'exacerbation de la BPCO était connue par 87% des médecins généralistes de notre étude.

Les principales maladies qui composent la BPCO citées par nos participants étaient principalement la bronchite chronique obstructive/emphysème

pulmonaire (92%), contre l'asthme et la mucoviscidose respectivement 75% et 37%. Les symptômes orientant vers la BPCO cités par nos participants étaient la dyspnée (94%), la toux chronique (92%) et l'expectoration (77%). Les médecins généralistes de cette étude connaissaient les râles ronflants et sibilants (93%), la distension thoracique (54%), et les signes d'hypertension pulmonaire (23%) comme principaux signes physiques évocateurs de la BPCO. Le bilan de confirmation du diagnostic de la BPCO, 30% de nos participants ont cité les EFR comme examen de confirmation contre 17% qui ont cité la spirométrie. Tandis que 63% et 48% ont cité respectivement la radiographie thoracique et le scanner thoracique. 13% (n=19) des participants dans ce travail connaissaient les recommandations internationales de prise en charge de la BPCO. Parmi eux 89% (17) par le biais de la lecture contre et 11% (n=2) par le biais des séminaires. Le conseil à prodiguer à un patient souffrant de BPCO, énumérés par nos participants sont l'arrêt du stress 61%), la réduction à l'exposition (45%), sevrage tabagique (40%).

Les critères d'aggravation d'une exacerbation de la BPCO les plus cités par nos participants étaient l'hypoxémie (72%), la fréquence respiratoire > 25cycles/min (66%), les troubles neurologiques (37%) et le DEP<100/min. 15% ne connaissaient pas les critères d'aggravation de l'exacerbation de la BPCO. Parlant de la pratique de nos participants face à la BPCO, l'oxygénothérapie (70%), les corticoïdes inhalés (57%) et les broncho-dilatateurs combinés (bèta-2 agonistes associés aux anticholinergiques) : (57%), étaient les plus prescrit par nos participants (tableau 3). La durée du traitement de la BPCO, (32%) des médecins généralistes dans cette étude ne savaient pas la durée du traitement de la BPCO, ont notifié une durée supérieure à 6 mois, 16% entre 3 à 6 mois et 13%, 15 jours à 1 mois.

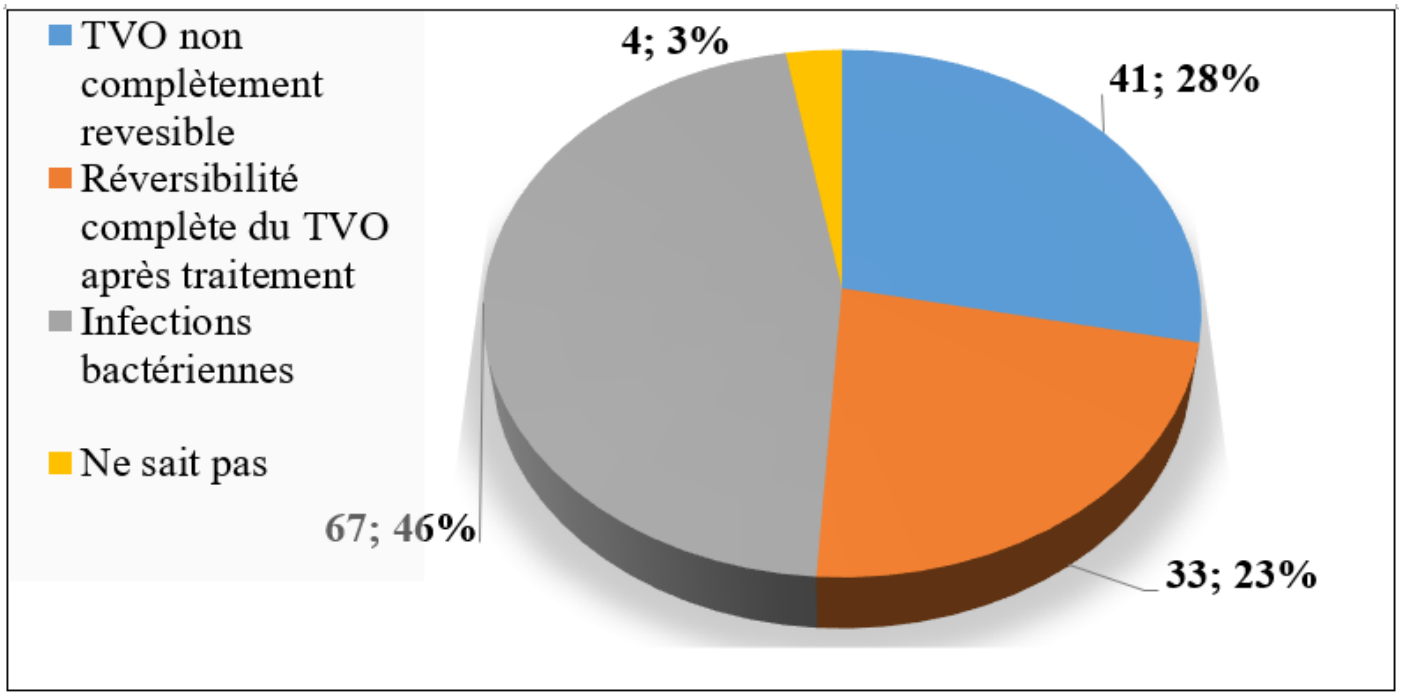


Figure 1 : Répartition des médecins généralistes selon leur niveau de connaissances sur la définition de la BPCO.

Tableau I : Répartition des médecins généralistes selon leur connaissance sur les facteurs de risques de la BPCO.

Connaissances des facteurs de risque	Effectif	Pourcentage (%)
Tabagisme	144	99
Pollutions athmosphériques	122	84
ATCD de TB	86	59
Infections respiratoires infantiles	77	53
Age plus de 40 ans	70	48
Conditions sociodémographiques basses	46	32
Polluants domestiques	46	32
Ne sait pas	1	1
Total	N= 153	100

Tableau II : Répartition des médecins généralistes selon leur niveau de connaissances sur le bilan de confirmation de la BPCO

Connaissances du bilan de confirmation	Effectif	Pourcentage (%)
Radiographie thoracique	91	63
Scanner thoracique	70	48
EFR	44	30
ECBU	28	19
Spiromètre	25	17
DEP	13	9
Gaz du sang	9	6
Fibroscopie	9	6
Ne sait pas	4	3
Total	N= 153	100

Tableau III : Répartition des médecins généralistes selon leur niveau de connaissance sur le traitement de fond de la BPCO.

Connaissances sur le traitement de fond	Effectifs	Pourcentage(%)
Oxygénothérapie	101	70
Corticoides inhalés	83	57
Bêta-mimétique à LDA+anticholinergiques	66	46
Corticoides systémiques	37	26
Bêta-mimétiques à action rapide	35	24
Ne sait pas	4	3
Total	N= 153	

Discussion

Le but de notre étude était de déterminer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes sur la BPCO à Conakry. La tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée dans notre étude soit 75% (n=109) suivie de 35 à 44 ans soit 15% (n=22), la tranche de 45 à 54 ne représentait que 10% (n=14). L'âge moyen de nos enquêtés était 30,41±4 ,913 avec les extrêmes de 25 ans et 50 ans. Dans l'étude de Nouhou Boubacar R et coll. [9], au Niger en 2017 ; l'âge moyen des médecins généralistes était de 32,3 ans avec des extrêmes de 28 ans à 56 ans. Au Maroc, le ministère de la santé [10] en 2015, avait rapporté que l'âge moyen des médecins généralistes dans tous les secteurs était de 40,7 ans.

Dans notre population, 72% (n=105) des participants étaient de sexe masculin avec sex-ratio h/f= 2,6. ce résultat est supérieur à celui de nouhou boubacar et coll. [9] en 2017 au niger ; qui avait rapporté une prédominance du sexe masculin de 62,5%. Dans notre étude, 98 % des médecins généralistes connaissaient la signification de l'acronyme BPCO contre 2% qui l'ont signifié comme Pneumonie aigue. Cette connaissance de l'acronyme BPCO par la majorité des médecins généraliste de notre série pourrait s'expliquer par l'assimilation des cours théoriques de pneumologie pendant le cursus universitaire d'une part, et la majorité des participants venait de finir fraichement le cursus universitaire d'autre part.

Dans ce travail, seulement 28% des médecins généralistes enquêtés connaissaient la définition de la BPCO. Notre résultat est supérieur à celui de Gagara et al [9]. En 2017 au Niger, qui avait rapporté 25,7% seulement des médecins généralistes qui connaissaient la définition de la BPCO. Le tabagisme, les polluants atmosphériques et les ATCD de tuberculose étaient cités comme principaux facteurs de risque de la BPCO par nos enquêtés, respectivement 99%, 84% et 59%. Nos résultats sont semblables à ceux trouvés par Ben A et coll. [11] ; 2012, qui rapportaient respectivement 93,5% et 90,6% des médecins généralistes reconnaissaient la cigarette comme facteur de risque de la BPCO. Dans l'étude E.M. Ndiaye et coll. [12]; au Sénégal en 2013, le principal facteur de risque : le tabac était connu par 90,6 % des médecins généralistes. Les autres facteurs étaient ignorés par plus de la moitié des enquêtés. Cette connaissance du tabagisme comme principal facteur de risque de la BPCO par les médecins généralistes de cette étude pourrait s'expliquer par le fait que le tabac a longtemps été considéré comme principal facteur de risque des maladies respiratoires.

Les principales maladies qui composent la BPCO citées par nos participants étaient principalement la bronchite chronique obstructive/emphysème pulmonaire (92%), contre l'asthme et la mucoviscidose respectivement 75% et 37%. Les principaux symptômes orientant vers la BPCO cités par nos participants étaient la dyspnée (94%), la toux chronique (92%) et l'expectoration (77%). Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés par l'étude de Kombila UD et coll. [13] ; au Gabon, en 2018, qui avait rapporté que les symptômes cliniques les plus cités par les médecins généralistes étaient la toux chronique (68,4%) et la dyspnée (52,6%).

Cette connaissance des symptômes de la BPCO par les participants de notre série pourrait s'expliquer par le fait que ces symptômes sont communément fréquents dans les affections respiratoires. Les médecins généralistes dans ce travail connaissaient les râles ronflants et sibilants (93%), la distension thoracique (54%), et les signes d'hypertension pulmonaire (23%) comme principaux signes physiques évocateurs de la BPCO. Notre résultat corrobore avec celui trouvé dans la série de N. Benouhoud et coll. [14]; 2007, les signes physiques orientant vers le diagnostic de BPCO cités par les enquêtés étaient les râles ronflants et sibilants recherchés par 92,8% des médecins généralistes libéral (MGL), les signes de décompensation cardiaque droite recherchés par 3 MGL sur 4.

Cette différence de connaissances pourrait s'explique certainement par le fait que ces différents signes sont fréquemment retrouvés chez les patients souffrant de

maladies respiratoires. Quant au bilan de confirmation du diagnostic de la BPCO, 30% de nos participants ont cité les EFR comme examen de confirmation contre 17% qui ont cité la spirométrie. Tandis que 63% et 48% ont cité respectivement la radiographie thoracique et le scanner thoracique. Notre résultat est semblable à celui trouvé par Benouhoud, N et coll.[14]; 2007, au Maroc, qui a rapporté que tous les omnipraticiens, après un examen clinique, la radiographie thoracique était réalisée par 85,7% des MGL ; le débit expiratoire de pointe (DEP) n'était mesuré (par le débitmètre de pointe) que par 27,8 % des MGL ; mais seulement 10,8 % de ces MGL proposaient une spirométrie. Notre résultat est diffèrent à celui trouvé par Kombila UD et coll. [13]; en 2018, au Gabon où seulement 21,1% des médecins généralistes avaient cités l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) comme examen de confirmation de la BPCO. Ce constat a également été fait par Ndiaye EM et coll. [13] dans une précédente étude dédiée à l'évaluation des connaissances de la BPCO chez les Médecins à Dakar où 75,5% des médecins interrogés pensaient que l'EFR était l'examen de référence. Pour Ben Abdallah F et coll. [11]; en 2012, la spirométrie était considérée dans 83% des cas comme l'examen de référence.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette confusion. Ainsi, la première raison évoquée est le manque des moyens pratiques de diagnostic dans les structures sanitaires en Guinée, la seconde raison est que les médecins généralistes de notre étude ne sont pas souvent familiarisés avec les moyens diagnostiques de la BPCO, comme le spiromètre. Les critères d'aggravation d'une exacerbation de la BPCO les plus cités par nos participants étaient l'hypoxémie (72%), la fréquence respiratoire > 25cycles/min (66%), les troubles neurologiques (37%) et le DEP<100/min. 15% ne connaissaient pas les critères d'aggravation de l'exacerbation de la BPCO. Ces résultats sont semblables aux résultats trouvés : Dans l'étude Kombila UD et coll.[13] ; les critères d'aggravation de l'exacerbations de la BPCO les plus connues par les enquêtés étaient les infections pulmonaires à répétition, le cœur pulmonaire chronique. Par Wedzicha JA et coll.[15]; 2013, la dyspnée invalidante, la BPCO sous-jacente sévère, les signes cliniques nouveaux (œdèmes, cyanose), la non-réponse à un traitement médicamenteux initial, les comorbidités graves associées, l'âge avancé ont été les principaux critères d'admission en urgence. Parmi les critères de gravité d'une exacerbation de BPCO dans l'étude de N. Benouhoud, N et coll. [14], la majorité (soit près de 70 %) des MGL citaient une fréquence respiratoire supérieure à 25 cycles/ min, alors qu'une comorbidité, par exemple, ou une hypercapnie n'ont été considérées comme des signes de gravité que par près de 50 % d'entre eux. Les MG de cette étude connaissaient que l'aggravation des symptômes, la dyspnée au repos et l'âge avancé comme principaux critères d'hospitalisation d'un patient atteint de BPCO. Cette connaissance des critères d'aggravation et d'hospitalisation par nos participants pourrait s'expliquer par du fait que ces signes sont aussi souvent facteurs d'aggravation des pathologies respiratoires.

Seulement 13% (n=19) des participants dans ce travail connaissaient les recommandations internationales de prise en charge de la BPCO. Parmi eux 89% (17) par le biais de la lecture contre et 11% (n=2) par le biais des séminaires. Notre constat est contraire aux constats des autres auteurs [11, 6, 14]. Cette méconnaissance des recommandations internationales de la prise en charge de la BPCO par les médecins généralistes dans notre série pourrait s'expliquer par l'absence d'organisation des séminaires et des congrès sur la BPCO par la chaire de Cardiologie et Pneumo-phtisiologie d'une part, d'autre part, par le manque de formation médicale continue ainsi de la recherche scientifique par les MG.

L'arrêt du stress 61%), la réduction à l'exposition (45%), sevrage tabagique (40%) ont été les principaux conseils à prodiguer à un patient souffrant de BPCO, énumérés par nos participants.

Les mêmes constats ont été rapportés dans l'étude Bridevaux PO et coll.[16] ; 2010, où l'arrêt du tabac a été notifié comme la mesure la plus efficace avec

le meilleur rapport coût- efficacité, avec une relation dose-dépendante des conseils d'arrêt. Notre résultat est largement inférieur à celui trouvé dans la série de Benouhoud et al. [14] ; où les participants affirmaient que le premier geste de la prise en charge est l'arrêt du tabac, suivi de la réduction de l'exposition aux aéro-contaminants dans 95,1 % des cas. Cette méconnaissance des conseils essentiels par nos participants pourrait s'expliquer encore une fois par le manque de formation médicale continue.

Parlant de la pratique de nos participants face à la BPCO, l'oxygénothérapie (70%), les corticoïdes inhalés (57%) et les broncho-dilatateurs combinés (bèta-2 agonistes associés aux anticholinergiques) : (57%), étaient les plus prescrit par nos participants.

Notre résultat se rapproche de celui trouvé par N. Benouhoud et coll. [14] qui a rapporté que les médicaments essentiellement utilisés dans la BPCO en état stable par ses participants étaient, surtout, les bêta-2-mimétiques à action rapide, les xanthiques à libération prolongée et les corticoïdes inhalés dans respectivement 64,1%, 53,8 % et 67,7 % des cas. Les corticoïdes systémiques étaient prescrits, par 32 % des MGL, comme traitement de fond en état stable. Notre résultat est supérieur à celui trouvé par Waker P.P et al. [17]; 2006, en Angleterre en soins primaires les médecins généralistes administraient les anticholinergiques (37% contre 28%), des bronchodilatateurs de longue durée d'action (25% contre 8%) et de corticostéroïdes inhalés (71% contre 52%). Concernant la durée du traitement de la BPCO, la majorité (32%) des médecins généralistes dans cette étude ne savaient pas la durée du traitement de la BPCO, ont notifié une durée supérieure à 6 mois, 16% entre 3 à 6 mois et 13%, 15 jours à 1 mois. Notre résultat est contraire à celui trouvé par Benouhoud et al. [14] ; où les participants affirmaient que la durée du traitement de fond est de 15 jours à 1mois pour 27,6 % des enquêtés, de 1 à 3 mois pour 25,8 %, et de 3 mois à 6 mois et plus pour 46,6 %. Ces discordances sur la prescription médicamenteuse et la méconnaissance de la durée de traitement par nos participants pourrait s'expliquer par l'absence de guide national sur la prise en charge de la BPCO d'une part, et par, la négligence de la recherche scientifique.

Conclusion

Les résultats de ce travail montrent clairement les insuffisances de prise en charge d'une telle pathologie par les médecins généralistes qui, constituent un acteur clé dans la politique de dépistage. L'attitude erronée et les pratiques inadéquates des médecins généralistes de cette étude sur la BPCO, doivent constituer un signal fort d'alarme pour interpeler les autorités du secteur sanitaire à s'impliquer activement dans le programme de formation médicale continue du personnel de santé du pays.

***Correspondance**

Demba TOURE

touredemba11@gmail.com

Disponible en ligne: 30 Novembre 2023

1 : Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Faculté des sciences et techniques de la santé

2 : Hôpital national Ignace Deen, Service de Pneumologie

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] N. Aït-Khaled, D. A. Enarson, et J. Bousquet, « Maladies respiratoires chroniques dans les pays en développement : poids de la morbidité et stratégies de prévention et de prise en charge », Bull. Organ. Mond. Santé Rev. Int. Santé Publique Recl. Artic. 2002 6 52-60, 2002, Consulté le: oct. 24, 2020. [En ligne].

Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/71443. Référentiel

[2] National de Pneumologie – CEP [Internet]. [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: http://cep.splf.fr/enseignement-du-deuxieme-cycle-dcem/referentiel-national-depneumologie/

[3] Margelidon-Cozzolino V, Chbni K, Freymond N, Devouassoux G, Belaaouaj A, Pacheco Y. La BPCO: une maladie qui commence précocement. Rev Pneumol Clin. 2016 : 72 ; 49 – 60.

[4] Duong-Quy S, Hua-Huy T, Mai-Huu-Thanh B, Doan-Thi-Quynh N, Le-Quang K, Nguyen-Van H, et al. Détection précoce de la bronchopneumopathie chronique obstructive post-tabagique au Viet Nam. Rev Mal Respir. 2009;26(3):267–274.

[5] Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. [cité 30 avr 2017].Disponible sur: http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolismenutrition/dossiers-d-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco

[6] Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med. 15 févr 2013;187(4):347-65

[7] Atsou K, Annesi-Maesano I, Chouaid C. BPCO:definition, prevalence,etiologie et evaluation. 08):1-65 2012.

[8] N. Roche et al., « Sujets à risque de BPCO en population générale : disproportion entre la fréquence des symptômes, leur perception et la connaissance de la maladie », Rev. Mal. Respir. - REV MAL RESPIR, vol. 26, p. 521-529, mai 2009, doi: 10.1016/S0761-8425(09)74671-6.

[9] Gagara Issoufou Madougou A, Nouhou Boubacar R, Bako M, Maizoumbou DA et coll. connaissances et attitudes des médecins généralistes sur la BPCO à Niamey. Revue des maladies respiratoires ; 2017;35:450.

[10] . Haut-commissariat au plan, les indicateurs sociaux du Maroc 2015.

[11] . Ben A et coll. F, Ben Kheder A. Traitement de la BPCO à l'état stable. J Fran Veit Pneu 2012 ; 03 : 12 -19.

[12] E.M. Ndiaye et col. M.F. Cissé, N.O. Touré et K. Thiamb. Évaluation des connaissances générales des médecins sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), Sénégal. Jrmr, 2013;10:184.

[13] UD Kombila, D Mounguengui IA Camara, JF Ngomas, JR Mackanga, R Boukou Moussavou, F N'gomanda, J Iba Ba, JB Moussavou Kombila, JB Boguikouma. Evaluation des connaissances des étudiants en fin de cycle médical et des médecins généralistes du centre hospitalier universitaire deLibreville sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).Rev Pneumol Trop 2018 ; 30 : 8-14

[14] Benouhoud N, Trombati N, Afif H, Aichane A, Bouayad Z. Evaluation de la prise en charge des broncho-pneumopathies chroniques obstructives auprès des médecins généralistes marocains du secteur libéral. Rev Pneumol Clin. 2007;63(1):40–44.

[15] Wedzicha JA, Decramer M, Ficker JH, et al. Analysis of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations with the dual bronchodilator QVA149 compared with glycopyrronium and tiotropium (SPARK): a randomised, double-blind, parallel-group study. The Lancet. Respiratory medicine. May 2013;1(3):199-209

[16] Bridevaux PO, Probst-Hensch NM, Schindler C, et al. Prevalence of airflowobstruction in smokers and never-smokers in Switzerland. The European respiratory journal. Dec 2010; 36(6):1259 -1269

[17] Waker PP, Mitchell P, Diamantea F, Warburton CJ, Davies L. Effect of primary-care spirometry on the diagnosis and management of COPD. Eur Respir Journal 2006.

Pour citer cet article :

D Touré, TH Diallo, A Camara, MH Camara, AO Barry, A Nabe et al. Connaissance, attitude et pratique des médecins généralistes sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive à Conakry. Jaccr Africa 2023; 7(4): 175-184