



Profil clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques reçus à la consultation au service de pneumologie du Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel (CHRHL), Sénégal

Clinical, spirometric and therapeutic profile of asthma patients seen at the respiratory department of the Heinrich Lübke Regional Hospital in Diourbel (CHRHL), Senegal

Victor Olela^{1,2}, Manguma Mbayu³, Maréma Diop⁴, Abdoulaye Sow⁴, Fulgence Abdou Faye⁴, Amadou Kane⁴

Auteur correspondant

Victor Olela Risasi

Courriel : victorolela0214@gmail.com

Service de pneumophysiologie de Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke, Diourbel, Sénégal

Téléphone: +221775128666

Summary

Context and objective. Asthma remains a public health issue. This study aimed to describe the clinical, spirometric and therapeutic profile of asthma patients seen in the Pulmonology Department of the Heinrich Lübke Regional Hospital in Diourbel (CHRHL), Senegal. *Methods.* This was a prospective descriptive case series including all patients seen in the Pulmonology Department of the CHRHL for bronchial asthma over a twelve-month period, from 1 May 2024 to 30 April 2025. *Results.* Seventy-nine out of 282 patients seen in consultation were included, representing a frequency of 28.01%. The most represented age group was 15 to 24 years old (46.84%). A female predominance was observed (68.35%). Atopy was found in 31.65% of patients, while occupational exposure was reported in 15.19% of cases, and associated allergic rhinitis was present in 12.66% of patients. The triad of cough, dyspnoea and chest pain was the most common presentation (44.30%). On pulmonary auscultation, wheezing was noted in 64.56% of patients. Spirometry was performed in only 46.84% of patients. Among these, reversible obstructive ventilatory disorder was observed in 75.23% of cases. All patients were placed on maintenance treatment, based mainly on a combination of budesonide and formoterol administered by Turbuhaler®. However, only 64.56% of patients had a medical prescription for acute treatment, combining a short-acting β_2 -agonist and an oral corticosteroid. *Conclusion.* Asthma affects a predominantly young and female population.

Keywords: Asthma, CHRHL, Profile

Received July 6, 2025

Accepted April 1, 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.12>

Résumé

Contexte et objectif. L'asthme demeure un problème de santé publique. Cette étude visait à décrire le profil clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques. *Méthodes.* Il s'agissait d'une série descriptive des cas reçus en consultation au service de pneumologie du CHRHL pour l'asthme bronchique sur une période de douze mois, allant du 1^{er} mai 2024 au avril 2025. *Résultats.* Des 282 patients reçus en consultation, 79 patients (sexe féminin, 68,3 %), âge 15 à 24 ans, 46,84 %) avaient le diagnostic d'asthme, soit une fréquence hospitalière de 28,01%. Un terrain d'atopie a été retrouvé chez 31,65% des patients, tandis que l'exposition professionnelle était rapportée dans 15,19% des cas. La triade associant toux, dyspnée et douleur thoracique constituait la présentation la plus fréquente (44,30%). À l'auscultation pulmonaire, des râles sibilants étaient notés chez 64,56 % des patients. Une spirométrie n'a été réalisée que chez 46,84% des patients. Parmi eux, un trouble ventilatoire obstructif réversible a été observée dans 75,23 % des cas. Tous les patients ont été mis sous traitement de fond, reposant essentiellement sur une association budésonide-formotérol administrée par Turbuhaler®. Par ailleurs, l'ensemble des patients ont également bénéficié d'une éducation thérapeutique. En revanche, seulement 64,56 % des patients disposaient d'une prescription médicale de traitement de crise, combinant un β_2 -agoniste à courte durée d'action et un corticoïde oral. *Conclusion.* Dans notre série, le profil des patients asthmatiques présente une population jeune avec une prédominance féminine.

Mots-clés : Asthme, CHRHL, Profil clinique

Reçu le 6 juillet 2025

Accepté le 1 avril 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.12>



Introduction

L'asthme est une maladie hétérogène avec de nombreux phénotypes identifiés ces dernières années en fonction des caractéristiques cliniques et biologiques de la maladie (1). La prévalence de l'asthme et de l'allergie a nettement augmenté dans les pays émergents ces dernières années dont bon nombre sont situés dans les zones tropicales (2). Cette prévalence serait de l'ordre de 10% et la plupart d'auteurs s'accordent sur l'augmentation de la prévalence dans les pays africains (3). Cette augmentation est multifactorielle et résulte des interactions entre des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux, parmi lesquels figurent l'atopie et les expositions à des allergènes. A cet égard, l'allergie aux acariens est fortement impliquée dans l'histoire naturelle de l'obésité, de l'asthme et de la rhinite allergique (2,4). Au Sénégal, la prévalence globale n'a pas encore été évaluée. Seules, des études de cas menées au Centre Hospitalier National (CHNU) de Fann en 1998 avaient retrouvé 8,2% et 9,1 % en 2013 des patients asthmatiques parmi les malades reçus en consultation (5). A Ziguinchor, une étude réalisée durant la période du 1er janvier 2020 au 31 juillet 2023 avait rapporté 120 patients hospitalisés, pour crise d'asthme, avec comme facteurs principaux d'exacerbation, les infections respiratoires bactériennes, virales et les expositions aux polluants (32 cas) (5). A Diourbel, aucune étude sur ce sujet n'avait encore été réalisée. Ainsi l'objectif, de la présente étude était de décrire le profil sociodémographique, clinique, fonctionnel et thérapeutique des patients asthmatiques reçus en consultation externe.

Méthodes

Nature et cadre de l'étude

Il s'agissait d'une série consécutive des patients consultés prospectivement, dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel (CHRHL). Ce service, récemment créé, a débuté ses activités le 1^{er} mai 2024 et constitue le seul service de pneumologie de la région.

Période de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois, du 1^{er} mai 2024 au 30 avril 2025.

Population d'étude et critères de sélection

La population d'étude était constituée de patients ayant consulté le service de

pneumologie de CHRHL pour asthme bronchique durant la période de l'étude.

Critères de sélection

• Critères d'inclusion

Ont été inclus, les patients âgés de 15 ans ou plus, reçus en consultation pour asthme bronchique diagnostiqué cliniquement et/ou confirmé par la spirométrie, et ayant donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude.

• Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus, tous les patients âgés de 15 ans ou plus, reçus en consultation pour asthme bronchique dont le diagnostic était douteux.

Sources de données et paramètres d'intérêts

Le recueil des données n'a pu être parfaitement exhaustif. Pour standardiser la collecte, une fiche de recueil a été utilisée.

Paramètres d'intérêt

Les données recueillies comprenaient :

- Données sociodémographiques : âge, sexe, adresse, profession, et situation matrimoniale
- Données cliniques : terrain et antécédents, signes fonctionnels, et résultats de l'auscultation pulmonaire
- Données paracliniques : réalisation ou non de la spirométrie, ainsi que ses résultats
- Données thérapeutiques : traitement administré et mise en place de l'éducation thérapeutique

Saisie et analyse des données

Les données recueillies à partir des fiches de collecte ont été saisies dans le logiciel Epi info version 7. L'analyse des données s'est limitée à la description de l'échantillon d'étude. Les variables ont été décrites en termes de pourcentage.

Aspects éthiques

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques. Les données recueillies ont été traitées et archivées de façon à sauvegarder la confidentialité de chaque patient. De plus, le consentement éclairé a été obtenu auprès des tous patients avant leur inclusion dans l'étude.

Résultats

Au total, 79 patients consultant pour asthme bronchique ont été recensés parmi les 282 patients reçus en consultation au service de pneumologie du Centre Hospitalier Régional



Heinrich Lübke de Diourbel (CHRHL) durant la période du 1^{er} mai 2024 au 30 avril 2025, soit une prévalence hospitalière de 28,01%.

Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques des patients incluant la fréquence, les tranches d'âge, le sexe, l'adresse, l'état civil ainsi que les professions sont renseignées dans le tableau 1. Au total, 282 patients ont été reçus en consultation au service de pneumologie de CHRHL, dont 79 pour asthme bronchique,

soit une fréquence hospitalière de 28,01 %. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 15 à 24 ans (46,84 %). Une prédominance féminine a été observée (68,35 %), avec un sexe ratio de H/F= 0,4. Soixante patients provenaient de la zone urbaine. Concernant le statut matrimonial, les célibataires représentaient 50,63 % des patients (n=40). Sur le plan socioprofessionnel, les élèves et étudiants étaient majoritaires (43,04 %, n = 34), suivis des femmes au foyer (13,9 %).

Tableau 1. Distribution des patients selon les données sociodémographiques

Paramètres	Effectifs (n=79)	Pourcentage (%)
Fréquence	79/282	28,01
Tranches d'âge (ans)		
• [15-24]	37	46,84
• [25-34]	13	16,46
• [35-44]	6	7,59
• [45-54]	5	6,33
• Plus de 54 ans	18	22,78
Sexe		
• Homme	25	31,65
• Femme	54	68,35
Adresse		
• Diourbel centre (zone urbaine)	60	75,95
• Banlieue de Diourbel	10	12,66
• Autre région	9	11,39
Etat civil		
• Marié	35	44,30
• Célibataire	40	50,63
• Veuf (ve)	4	5,06
Profession		
• Infirmiers	3	3,80
• Commerçant	11	13,92
• Élève/étudiant	34	43,04
• Femme au foyer	11	13,92



• Maçon	2	2,53
• Tailleur	3	3,80
• Autres	15	19,05

Données cliniques

Les données cliniques incluant les terrains et antécédents, les signes fonctionnels respiratoires, ainsi que le résultat de l'auscultation pulmonaire, sont consignées dans le tableau 2.

Un terrain d'atopie a été retrouvé chez 31,65% des patients, tandis que l'exposition

professionnelle était rapportée dans 15,19% des cas, et qu'une rhinite allergique associée a été présente chez 12,66% des patients. Sur le plan clinique, la triade associant toux, dyspnée et douleur thoracique constituait la présentation la plus fréquente (44,30%). À l'auscultation pulmonaire, des râles sibilants étaient notés chez 64,56 % des patients.

Tableau 2. Répartition des patients selon les données cliniques

Paramètres	Effectifs (n=79)	Pourcentage (%)
Terrain /antécédent		
• Atopie	25	31,65
• Rhinite allergique	10	12,66
• Hypertension artérielle	7	8,86
• Exposition professionnelle	12	15,19
• Reflux gastro œsophagien	1	1,27
• Tabagisme	4	5,06
• Pas de terrain ni d'antécédent	37	46,84
• Tuberculose	1	1,27
• Diabète	4	5,06
• Sinusite	1	1,27
Signes fonctionnels respiratoires		
• Dyspnée, toux et oppression thoracique	35	44,30
• Dyspnée et toux	8	10,13
• Dyspnée et oppression thoracique	4	5,06
• Toux et oppression thoracique	4	5,06
• Dyspnée	7	8,86
• Toux	8	10,13
• Oppression thoracique	2	2,53
• Pas de signe fonctionnel	11	13,92

Auscultation pulmonaire



• Râles Sibilants	51	64,56
• Normale	28	35,44

Données fonctionnelles

La réalisation ou non de la spirométrie, ainsi que les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Sur le plan fonctionnel, la spirométrie n'a été réalisée que chez 46,84 % des patients. Parmi

ceux-ci, un trouble ventilatoire obstructif réversible a été observé dans 75,23 % des cas, une spirométrie normale dans 13,51 % des cas et une obstruction isolée des bronches distales dans 10,81 % des cas.

Tableau 3. Distribution des patients selon les données fonctionnelles

Paramètres	Effectifs (n=79)	Pourcentage (%)
Spirométrie réalisée		
• Oui	37	46,84
• Non	42	53,16
Résultats		
• Trouble ventilatoire obstructif réversible	28	75,23
• Obstruction isolée des bronches distales	4	10,81
• Normale	5	13,51

Données thérapeutiques

Le tableau 4 présente le type de traitement de fond, le traitement de crise, ainsi que l'instauration de l'éducation thérapeutique chez les patients asthmatiques.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont été mis sous traitement de fond, reposant essentiellement sur une association

budésonide-formotérol administrée par Turbuhaler®. Par ailleurs, l'ensemble des patients a également bénéficié d'une éducation thérapeutique. En revanche, seuls 64,56 % des patients disposaient d'une prescription de traitement de crise, associant un β_2 -agoniste à courte durée d'action et un corticoïde oral, conformément aux recommandations.

Tableau 4. Distribution des patients selon les données thérapeutiques

Paramètres	Effectifs (n=79)	Pourcentage (%)
Traitement de fond		
• Oui	79	100
• Non	0	0
Molécules utilisées pour le traitement de fond.		
• Budénoside-formotérol	78	98,73
• Fluticasone- formotérol	0	0
• Fluticasone – salmétérol	1	1,27
Traitements de crise et associé		
• Corticoïde	51	64,56
• Anti histaminique	8	10,13
• Salbutamol	51	64,56



• Inhibiteur de la pompe à proton	51	64,56
• Anticholinergique	4	5,06
• Anti leucotriène	1	1,27

Education thérapeutique

• Oui	79	100
• Non	0	0

Discussion

La présente étude avait pour objectif était de décrire le profil sociodémographique, clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques reçus à la consultation au service de pneumologie du CHRHL. Pendant la période d'étude de douze mois, du 1^{er} mai 2024 au 30 avril 2025, 282 patients ont été reçus en consultation au service de pneumologie de CHRHL dont 79 pour asthme bronchique, soit une fréquence hospitalière de 28,01%. Cette fréquence est supérieure à celle de Niang *et al.* (6) en 2020 à Saint-Louis au Sénégal qui était de 9,43%. Cette fréquence relativement élevée dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que service de pneumologie est un nouveau et unique dans la région. Ainsi, il est probable que la majorité des patients asthmatiques de la région soient orientés vers ce service, ce qui pourrait surestimer la proportion observée par rapport à la population générale. Aussi étant nouveau service dans la région, les patients de la région qui étaient suivis à Dakar et ailleurs comme dans la région de Thiès et ceux qui étaient soignés par les marabouts (Diourbel étant une région religieuse où les marabouts qui sont des guides religieux exercent une grande influence dans la population) ont consulté le service. Toutefois, elle ne reflète pas l'ampleur réelle de la maladie dans le pays par le fait qu'il s'agit des données hospitalières biaisées et non en population. Ces résultats soulignent également le rôle central de ce service dans la prise en charge spécialisée de l'asthme dans la région. Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 15 à 24 ans (46,84 %), ce qui est différent des résultats rapportés par Bennani MA *et al.* (7) et Badji A *et al.* (8). Cette différence pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : la répartition par âge des populations étudiées peut varier selon les régions ; les jeunes adultes (15–24 ans) pourraient être plus enclins à consulter rapidement pour des symptômes

respiratoires dans notre contexte. La présence d'un nouveau service de pneumologie dans notre centre hospitalier pourrait également attirer davantage les adolescents et jeunes adultes ; enfin, l'exposition aux allergènes, habitudes de vie ou les conditions de travail différentes peuvent influencer la distribution de l'asthme selon l'âge. La présence d'un nouveau service dans notre centre hospitalier pourrait également attirer davantage les adolescents et jeunes adultes. Enfin, l'exposition aux allergènes, les habitudes de vie ou les conditions de travail propres à cette tranche d'âge peuvent influencer la distribution de l'asthme selon l'âge. La répartition des patients selon le sexe montre une prédominance féminine ; ce résultat est similaire à celui rapporté par plusieurs auteurs (1, 6-9). Ce consultat pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : chez les filles, l'œstradiol pourrait entraîner un rétrécissement des voies aériennes, favorisant l'hypersensibilité bronchique ; de plus, les filles pourraient être davantage exposées aux gaz de cuisson domestique que les garçons, ce qui constitue un facteur environnemental supplémentaire de risque d'asthme. Soixante patients (75,95%) provenaient de la zone urbaine, un résultat comparable à celui rapporté par Niang *et al.* à saint Louis (78 %) (6), mais légèrement supérieur à celui de Dakir *et al.* 60% (10). Cette prédominance urbaine pourrait s'expliquer par le fait que le site de CHRHL est en zone urbaine, facilitant l'accès aux consultations pour les habitants urbains que ceux des zones rurales. Selon le statut matrimonial, la moitié de nos patients étaient des célibataires (50,63 %). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients étaient jeunes adultes, souvent encore en cours d'études ou débutant leur vie professionnelle, ce qui influence leur situation matrimoniale. Les professions les plus représentées dans notre étude étaient celles des élèves et étudiants (43,04%), suivies des



femmes au foyer (13,92%). Ces résultats sont différents de ceux de Badji *et al.* (8) réalisée à Ziguinchor au Sénégal, où la profession la plus fréquente était celle des ménagères (32,64 %). Cette différence reflète probablement le profil démographique de notre population, majoritairement jeune et en cours d'études, contrairement à la population étudiée par Badji *et al.* (8). Un terrain d'atopie a été retrouvé dans 31,65 % de nos patients, et une rhinite allergique associée chez 12,66%. Ces résultats sont inférieurs à ceux rapportés par Badji *et al.* (8) à Ziguinchor, Kechnaoui *et al.* à Marrakech (9) et Bopaka RG, *et al.* (11) au Congo, qui ont retrouvé respectivement un terrain d'atopie chez 86,11 %, 47 % et 37,5 % des patients, et une rhinite allergique chez 85,42 %, 80 % et 77,7 %. Cette différence pourrait refléter des variations géographiques et environnementales, ainsi que par le profil spécifique de la population étudiée dans notre série. L'exposition professionnelle était présente chez 15,19% de nos patients, un résultat comparable à celui de Badji *et al.* (15,19%) (8) et légèrement inférieur à celui de Bennani MA *et al.* (18,75 %) (7). En revanche, Vandenplas *et al.* (12) en Belgique ont rapporté une exposition professionnelle beaucoup plus élevée (92 %), probablement en raison du recrutement de populations travaillant dans des secteurs à haut risque professionnel. Ces différences reflètent les variations contextuelles, professionnelles et méthodologiques entre les études. Dans notre série, la triade toux, dyspnée et douleur thoracique a constitué la symptomatologie clinique la plus fréquente (44,30%), suivie de l'association dyspnée et toux (10,13%). Ces résultats sont comparables à ceux de Kechnaoui S *et al.* (9), mais différent de ceux de Badji *et al.* (8), où la dyspnée associée à la toux constituait le signe fonctionnel le plus représenté (54,2 %), suivie de la triade incluant l'oppression thoracique. Ces différences peuvent s'expliquer par la méthode de recueil des données, le profil des patients et les facteurs environnementaux. Soixante-quatre pour cent des patients présentaient des râles sibilants à l'auscultation, un résultat comparable à ceux rapportés par plusieurs auteurs (6,8,12). Cette fréquence reflète la bronchoconstriction et l'inflammation caractéristiques de l'asthme et peut varier légèrement selon la sévérité de la maladie, le moment de l'examen et les facteurs

environnementaux. Une spirométrie a été réalisée chez 46,84 % de nos patients (n = 37). Ce taux est nettement inférieur à celui rapporté par Niang *et al.* (6) en 2020 à Saint-Louis (Sénégal), où 98 % des patients avaient bénéficié d'une spirométrie, ainsi qu'à celui de Badji *et al.* (8), chez qui cet examen était réalisé chez 79,17 % des patients. Cette différence pourrait s'expliquer, dans notre série, par l'absence de spiromètre au CHRHL, obligeant les patients à recourir à des structures privées, souvent à un coût parfois élevé, limitant ainsi l'accès à cet examen essentiel. Les résultats de la spirométrie ont montré que 75,23 % des patients présentaient un trouble ventilatoire obstructif réversible, 13,51 % avaient une spirométrie normale et 10,81 % une obstruction isolée des bronches distales. Ces résultats sont comparables à ceux de Niang *et al.* en 2020 (6) à Saint-Louis (Sénégal), qui avaient retrouvé un trouble ventilatoire obstructif réversible chez 80% des patients et une spirométrie normale chez 17 %. En revanche, ils diffèrent de ceux rapportés par Bopaka *et al.* (13) en 2023 au Congo, où seulement 30 % des patients présentaient un trouble ventilatoire obstructif réversible après bronchodilatateur, ainsi que de ceux de Badji *et al.* (8), chez qui 35,09 % des patients avaient un trouble ventilatoire obstructif réversible après bronchodilatateur. Par ailleurs, le bilan fonctionnel respiratoire de Oussedik F, *et al.* (1) montrait une spirométrie de base normale chez majorité leurs patients (84,4 %) et un trouble ventilatoire obstructif modéré à sévère chez 15,6 % des cas. Ces différences entre études peuvent être dues à plusieurs facteurs : la sévérité de l'asthme des patients inclus, la proportion d'un traitement antiasthmatique préalable, ainsi que des variations géographiques et environnementales influençant l'expression clinique et fonctionnelle de la maladie. Tous nos patients ont été mis sous traitement de fond, essentiellement fait d'une association de Budésonide et Formotérol administrée par Turbuhaler®. Dans l'étude de Badji *et al.* (8), la majorité des patients bénéficiaient également d'un traitement de fond (58,33 %), et la quasi-totalité d'entre eux (86,59%, n=144) était traité par l'association Budésonide-formotérol. Ces résultats suggèrent une concordance entre nos pratiques et celles rapportées dans d'autres contextes, confirmant



l'utilisation majoritairement de l'association Budésonide-formotérol comme traitement de fond chez les patients asthmatiques suivis en consultation de pneumologie. La prescription systématique de Budésonide-formotérol comme traitement de fond chez nos patients est conforme aux recommandations internationales et locales, la disponibilité du médicament, et la sévérité clinique des patients. Les différences observées par rapport à Badji *et al.* (8) peuvent s'expliquer par l'accès au traitement, la prise en charge hospitalière, et le niveau de suivi clinique. L'éducation thérapeutique a été instaurée chez tous nos patients, un taux nettement supérieur à ceux rapportés de Niang *et al.* (6) et de Badji *et al.* (8), qui avaient trouvé, respectivement, 35 % et 61,8 % (6,8). Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure prise de conscience dans notre contexte du rôle central de l'éducation thérapeutique dans le suivi et contrôle de l'asthme, ainsi que par la volonté de se conformer aux recommandations en vigueur. L'instauration systématique de l'éducation thérapeutique contribue à améliorer l'adhérence au traitement, la reconnaissance des signes d'exacerbation et le contrôle globale de la maladie.

Forces et limites de l'étude

Il s'agit de la première étude dans notre milieu qui a permis de donner une idée sur le profil sociodémographique, clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques reçus à la consultation au service de pneumologie du CHRHL. Son caractère prospectif a permis un recueil des données au fur et à mesure de l'inclusion des patients, réduisant ainsi le biais de mémoire et les erreurs de reconstitution rétrospective. Par ailleurs, les résultats de ce travail permettront de contribuer également à enrichir les données de la littérature. La principale limite de cette étude réside dans la taille relativement réduite de l'échantillon, ne conférant pas une puissance statistique suffisante pour généraliser les résultats ou établir des associations statistiques robustes. Moins de la moitié de nos patients n'a pas bénéficié d'EFR (diagnostic purement clinique pour certains).

Conclusion

Le profil type du patient asthmatique dans cette série est très classique, une prépondérance féminine jeune avec une atopie et l'exposition professionnelle, ainsi qu'un trouble ventilatoire obstructif réversible à

l'exploration fonctionnelle respiratoire. La prise en charge thérapeutique des asthmatiques montre une bonne adhésion aux recommandations internationales, avec une utilisation systématique, de l'association Budesonide /formoterol administrée par Turbuhaler®. L'éducation thérapeutique a été instaurée chez tous nos patients. En revanche, seule plus de la moitié des patients disposaient d'une prescription médicale de traitement de crise, associant un β 2-mimétique de courte durée d'action et un corticoïde. L'absence de prescription de Salbutamol, chez un peu plus du tiers des patients, pourrait traduire l'adoption de la stratégie MART, où l'association fixe sert à la fois de traitement de fond et de secours.

Conflit d'intérêt

Aucun

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la réalisation et la rédaction du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Oussedik F, Khakha S, Khelafi R. Profils cliniques et spirométriques des asthmatiques avec exacerbations fréquentes. *Rev Mal Respir Actual.* 2022;**14** (1):79.
2. Guillemineault L, Viala-Gastan C. Blomia tropicalis : un acarien sous les tropiques. *Rev Mal Respir.* 2017;**34** (8):791-801.
3. Agodokpessi G, Ade G, Dovoedo N, Ade S, Wachinou AP, Fayomi B, *et al.* Profil de sensibilisation aux pneumallergènes des patients suivis pour asthme à Cotonou, Bénin: étude transversale par prick-tests. *Rev Mal Respir.* 2015;**32**(6):930-935.
4. Delmas MC, Bénézet L, Ribet C, Roche N. Prévalence de l'asthme chez l'adulte en France : données de la cohorte Constances. *Rev Mal Respir.* 2021 ;**38**(8):797-806.
5. Diatta A, Badji LA, Diallo K, Doucouré T, Manga NM. Profil des patients suivis pour exacerbation d'asthme à l'hôpital de la Paix de Ziguinchor. *Rev Mal Respir Actual.* 2024;**16**(1):87.



6. Niang S, Dieye A, Dia AD, Dia Y, Diatta A, Touré NO. Profil épidémiologique, clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques reçus à la consultation au service de pneumologie du CHRU de Saint-Louis. *Rev Mal Respir Actual*. 2020;**12**(1):86.
7. Bennani MA, Drissi F, Kebbaty S, Machou K, Boukhari S, Guermaz M. Évaluation du contrôle et des facteurs associés au mauvais contrôle de l'asthme. *Rev Mal Respir*. 2016;**33** (5): PA 78. Doi : 10.1016/j.rmr.2015.10.084
8. Badji A, Diatta A, Diallo K, Kibulungu C. Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des patients asthmatiques reçus en consultation au service de pneumologie de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor. *Rev Mal Respir Actual*. 2025;**17** (1):86.
9. Kechnaoui S, Moussounda GS, Amro L. Profil épidémiologique, clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques. *Rev Mal Respir Actual*. 2023;**15** (1):185.
10. Dakir S, Mouatassim K, Keddabi S, Ijim M, Fikri O, Amro L. Profil épidémiologique, clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques suivis en consultation d'allergologie. *Rev Mal Respir Actual*. 2025;**17** (1):90-91.
11. Bopaka RG, Bemba ELP, Okemba-Okombi FH, Ossale Abacka KB, Illoye-Ayet M, Koumeka PP. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'asthme chez les femmes en consultation de pneumologie du CHU de Brazzaville. *Rev Mal Respir Actual*. 2024;**16** (1):199.
12. Vandenplas O, Larbanois A, Bugli C, Kempeneers E, Nemery B. Épidémiologie de l'asthme professionnel en Belgique. *Rev Mal Respir*. 2005;**22** (3):421-430. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85570-6](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85570-6)
13. Bopaka RG, Bemba ELP, Okemba-Okombi FH, Abacka KBO, Koumeba PP, Ayet MI, *et al*. La pratique de la spirométrie dans le suivi des patients asthmatiques en consultation externe de pneumologie du CHU de Brazzaville. *Rev Mal Respir Actual*. 2023;**15** (1):183. Doi : 10.1016/j.rmra.2022.11.304.

Voici comment citer cet article. Olela V, Mbavu M, Diop M, Sow A, Faye FA, Kane A. Profil clinique, spirométrique et thérapeutique des patients asthmatiques reçus à la consultation au service de pneumologie du Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel (CHRHLD). *Ann Afr Med* 2026; **19** (3): e7142-e7150. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.12>