

Année: 2021

Thèse N°: 246

AUDIT DE LA PRISE EN CHARGE PERIOPERATOIRE DES CANCERS DE LA VESICULE BILIAIRE AU NIVEAU DE L'INSTITUT NATIONAL D'ONCOLOGIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Monsieur Zakaria EL HERNOUSSI

Né le 19 Juin 1993 à Essaouira

Médecin Interne du CHU Ibn Sina de Rabat

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Audit; Mesure de la qualité; Cancer de la vésicule biliaire

Membres du Jury :

Monsieur Raouf MOHSINE

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Amine BENKABBOU

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Mohammed Anass MAJBAR

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Saber BOUTAYEB

Professeur d'Oncologie Médicale

Président

Rapporteur

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen :

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

*Enseignant militaire

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne - [Clinique Royale](#)
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed Médecine Interne –[Doyen de la EMPR](#)
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha Gynécologie -Obstétrique
Pr. TAZI Saoud Anas Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim Anesthésie Réanimation
Pr. BAYAHIA Rabéa Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader Chirurgie Générale
Pr. BENSOU DA Yahia Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina Ophtalmologie
Pr. BEZAD Rachid Gynécologie Obstétrique [Méd. Chef Maternité des Orangers](#)
Pr. CHERRAH Yahia Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)
Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed Chirurgie Générale [Doyen de EMPT](#)
Pr. BENSOU DA Adil Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya Cardiologie
Pr. JIDDANE Mohamed Anatomie
Pr. ZOUHDI Mimoun Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAARFAR Noureddine Radiothérapie
Pr. BEN RAIS Nozha Biophysique
Pr. CAOUI Malika Biophysique
Pr. CHRAIBI Abdelmjid Endocrinologie et Maladies Métaboliques [Doyen de la EMPA](#)
Pr. EL AMRANI Sabah Gynécologie Obstétrique
Pr. ERROUGANI Abdelkader Chirurgie Générale - [Directeur du CHUIS](#)
Pr. ESSAKALI Malika Immunologie

*Enseignant militaire

Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie [Inspecteur du SSM](#)
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie

Pr. ZBIR EL Mehdi*

Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie [Directeur Hôp.Ar-razi Salé](#)
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan

Neurologie [Doyen de la FM Abulcassis](#)
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale

*Enseignant militaire

Pr. BENKIRANE Majid*

Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Cheikh Zaid](#)
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique [Directeur Hôp. Des Enfants Rabat](#)
Chirurgie Générale
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Univ. International \(Cheikh Khalifa\)](#)
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale [Directeur Hôpital Ibn Sina](#)
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique **V-D chargé Aff Acad. Est.**
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique

*Enseignant militaire

Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef*
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim*
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir*
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

*Enseignant militaire

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie [Directeur Hôp. Al Ayachi Salé](#)
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie

*Enseignant militaire

Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHERKAOUI Naoual*
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL ABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie cardio-vasculaire
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Biochimie-chimie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGADR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna*
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie [Directeur Hôp.des Spécialités](#)
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie

*Enseignant militaire

Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha*
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
Médecine Interne **Directeur ERSSM**
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale

*Enseignant militaire

Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENCHEKROUN Laila	Biochimie-Chimie
Pr. BENKIRANE Souad	Hématologie
Pr. BENSGHIR Mustapha*	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA Mohammed*	Néphrologie
Pr. BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique et Bromatologie
Pr. BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERREGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique Vice-Doyen à la Pharmacie
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophthalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie

*Enseignant militaire

Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr. BENCHAKROUN Mohammed*
Pr. BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss*
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale*
Pr. HERRAK Laila
Pr. JEAIDI Anass*
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. MAKRAM Sanaa*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Hématologie Biologique
Génycologie-Obstétrique
Pharmacologie
CCV
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham*
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

*Enseignant militaire

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine	Chirurgie Générale
Pr. EL ASRI Fouad*	Ophtalmologie
Pr. ERRAMI Nouredine*	O.R.L
Pr. NITASSI Sophia	O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*	Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse*	Cardiologie
Pr. BOUAITI El Arbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI Jawad	Anatomie
Pr. MAJBAR Mohammed Anas	Chirurgie Générale
Pr. OURAINI Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. SOUADKA Amine	Chirurgie Générale
Pr. ZRARA Abdelhamid*	Immunologie

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa	Médecine interne
Pr. BENTALHA Aziza	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL AHMADI Brahim	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HARRECH Youness*	Urologie
Pr. EL KACEMI Hanan	Radiothérapie
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa	Radiothérapie
Pr. FATIHI Jamal*	Médecine Interne
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah	Anesthésie-Réanimation
Pr. JROUNDI Imane	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil	Radiologie
Pr. TADILI Sidi Jawad	Anesthésie-Réanimation
Pr. TANZ Rachid*	Oncologie Médicale

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina	Anatomie
Pr. SOULY Karim	Microbiologie
Pr. TAHRI Rajae	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*	Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*	Chirurgie réparatrice et plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid	Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*	Chirurgie-Générale

*Enseignant militaire

Pr. BOUZELMAT HICHAM*	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS JALAL*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAHDI HAFSA*	Anatomie pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*	Neuro-chirurgie
Pr. DAMIRI AMAL*	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI NAWFAL*	Anesthésie-Réanimation
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR	Pharmacie-Galénique
Pr. EL ANNAZ HICHAM*	Virologie
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI HAKIM*	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EN-NAFAA ISSAM*	Radiologie
Pr. HAMAMA JALAL*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*	O.R.L
Pr. HJIRA NAOUFAL*	Dermatologie
Pr. JIRA MOHAMED*	Médecine interne
Pr. JNIENE ASMAA	Physiologie
Pr. LARAQUI HICHAM*	Chirurgie-Générale
Pr. MAHFOUD TARIK*	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE MOHAMMED*	Anesthésie-Réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. MOUZARI YASSINE*	Ophtalmologie
Pr. NAOUI HAFIDA*	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL MAJDOULINE	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*	Pédiatrie
Pr. SAOUAB RACHIDA*	Radiologie
Pr. SBITTI YASSIR*	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG OMAR*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. ZIDOUH SAAD*	Anesthésie-Réanimation

*Enseignant militaire

2- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Mohammed	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 05/03/2021

KHALED Abdellah

***Chef du Service des Ressources Humaines
FMPR***

*Enseignant militaire



Dédicaces



A ALLAH,

Le tout puissant, le Miséricordieux,

Qui m'a dirigé et m'a ouvert les portes du droit chemin,

Qui m'a aidé dans mes choix et dans mes décisions.

Je dois à ALLAH ce que je suis devenu, mon avenir et mon passé.

Je te remercie, Dieu tout puissant, pour ton indulgence et ta bienveillance.

AL HAMDOULILLAH

A MES TRÈS CHERS PARENTS

Je ne saurais vous remercier suffisamment, pour toutes les valeurs que vous m'avez inculquées, pour votre bienveillance et pour votre éducation.

Votre soutien continu et votre amour pour moi m'ont été d'une grande aide dans ma vie personnelle et professionnelle.

*Vous m'avez appris à être bon, juste et sincère,
à apprendre de mes erreurs et de respecter les valeurs de la vie.*

Vous êtes des parents merveilleux, plein d'amour et de bonté.

Merci de m'avoir ouvert les yeux sur le monde, et de m'avoir montré les clés du succès.

Merci d'avoir sacrifié votre temps et votre santé pour moi.

Vous m'avez tout offert, et j'espère avoir été à la hauteur.

Ces mots ne sauront vous prouver combien je vous aime. Puisse Dieu, vous gratifier d'une longue vie, d'une bonne santé et de beaucoup de bonheur.

A MA TRÈS CHÈRE SOEUR

*Nous avons partagé de très bons moments inoubliables,
Je te souhaite une très belle carrière, et une vie pleine de bonheur.*

Merci pour tout.

*A TOUS LES MEMBRES DE MA FAMILLE
PATERNELLE ET MATERNELLE*

*Je n'ai vu et appris que du bon à vos côtés, tous les moments agréables que nous
avons passés seront gravés à jamais dans ma mémoire, vous êtes un exemple de
solidarité et de bonté.*

Merci beaucoup.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

Que Dieu vous accueille dans son éternel paradis.

A MES TRÈS CHÈRES AMIS

A Lina, merci pour ton soutien, ta rigueur et ton aide, tu es une personne incroyable, je te souhaite tout le bonheur du monde.

A Sabrillah, notre amitié a duré presque 15 ans, et elle se prolongera encore.

Tu es pour moi un confident sur qui je peux compter à tout moment.

Merci pour ton aide et pour ta confiance mon frère.

A mes amis en France et au Canada, Mehdi Lakbir et Aimane Barhoumi, nous nous connaissons depuis longtemps, même la distance n'a pas pu nous éloigner, merci pour votre amitié, vous êtes précieux,

A mes amis à l'étranger Mehdi Handaoui et Houssam Ammari, je vous souhaite très bon courage, en espérant vous revoir très vite, épanoui et fier.

A Mehdi Amrharhe et Basma Beqqali, votre rencontre est l'une des plus importantes dans ma vie, merci pour tous les bons moments qu'on a passés.

A Marouane Ouzzahra, Adib Lemsieh, Badr Ettouhami, Nawfal Caidi, Walid Chari, et Nabil El Achhab un lien plus fort que celui de l'amitié nous unis, merci pour tout ce que vous m'avez appris, votre sens de partage est sans pareil.

A Mostaine El Mamoune, Yassine El Harfaoui, et Amine Krimech, merci d'avoir été là pour moi, merci pour votre amitié.

A Stibraq Benazzouz, Mohammed Rochdi, Zaynab El Aoufi, Sabrillah Echiguer, Asmae El Hajjaji, Lina Marraçchi, Sarra Benwadih, Amine Ayouch, Otman Elammari et Ismail Naïmi, je vous considère comme une famille, en témoignage de l'amitié qui nous unit, je vous dédie ce travail.

A Jihane Bennas, Oumeïma Cherkaoui El Malki et Khaoula Boumeriem, mes camarades lors de mon premier stage d'internat, je n'oublierai jamais ce passage à vos côtés.

A mes collègues anciens internes et promotionnaires en Anesthésie-Réanimation (Mohammed Lahlou, Yassine Regragui, Kenza Chlieh et Souleimane Guennoune), vous êtes les meilleurs, des frères et sœur pour moi.

*Merci à tous mes enseignants et professeurs qui m'ont appris à aimer ce métier,
qui m'ont encadré et ont participé à ma formation.*

*Au personnel du service de chirurgie oncologique digestive à l'INO : Aamoun,
Souad, Hanane et Bouchra, merci pour toute votre sympathie et votre aide, vous
participez activement à l'excellente démarche de ce service.*

A toute personne m'ayant aidé et offerte des opportunités.

*A la promotion d'internat 2018, avec vous j'ai appris pleins de bonnes choses,
travailler à vos côtés fut un honneur, toutes les gardes et les bons moments passés
au foyer sont inoubliables.*

*A la promotion 2011 de médecine et à mes camarades de stages surtout je vous
dédie ce travail.*

*A tous ceux qui comptent pour moi, qui ne figurent pas dans cette liste par oubli
mais qui se reconnaîtront.*



Remerciements



A Notre Maître et Président du Jury

Monsieur le professeur Mohsine RAOUF

Professeur de Chirurgie Générale

et chef de service de Chirurgie Oncologique digestive

à l'Institut National d'Oncologie

Nous sommes infiniment redevables à l'insigne honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être le président de notre thèse, votre dévouement professionnel sans limite et votre implication importante dans la réussite de ce travail, ne peuvent que susciter notre admiration.

Veillez accepter, cher Professeur, l'assurance de notre profonde estime et de notre respect.

A Notre Maître et Rapporteur de thèse

Monsieur le professeur Amine BENKABBOU

Professeur de Chirurgie générale

*Merci pour la qualité de votre encadrement et votre soutien, je ne cesserai
d'admirer votre rigueur, votre professionnalisme et votre patience.*

*J'ai appris à aimer mon travail en m'inspirant de vous, votre sérieux et votre
dévouement nous servent d'exemple.*

J'ai eu la chance et l'immense honneur de travailler sous votre direction.

Merci infiniment.

*Veillez croire cher professeur à notre très haute déférence et notre
respect.*

A Notre Maître et Juge de thèse

Monsieur le professeur Mohammed Anas MAJBAR

Professeur de Chirurgie Générale

*C'est pour nous un immense honneur et un grand privilège de vous voir accepter
de juger ce travail.*

*Vos compétences professionnelles, vos qualités humaines et votre disponibilité
suscitent respect et admiration.*

Veillez adhérer, cher professeur à notre profonde estime.

A Notre Maître et Juge de thèse

Monsieur le professeur Saber BOUTAYEB

Professeur en Oncologie Médicale

*C'est pour nous un très grand honneur et privilège immense de vous voir accepter
de juger ce travail.*

*Vos compétences professionnelles, votre disponibilité et votre gentillesse
suscitent respect et admiration.*

*Veillez croire cher professeur à notre très haute considération et notre
profond respect.*



Liste des abréviations



ACE	: Antigène carcino-embryonnaire
AJCC	: American Joint Committee on Cancer
ASA	: American society of anesthesiologists
AVC	: Accident vasculaire cérébral
CA 19-9	: Carbohydate antigène 19-9
CA 125	: Carbohydate antigène 125
CA 72-4	: Carbohydate antigène 72-4
CA 242	: Carbohydate antigène 242
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CK	: Cholangiocarcinome
CR	: Compte rendu
CVB	: Cancer de la vésicule biliaire
HQIP	: Healthcare Quality Improvement Partnership
IMC	: Indice de masse corporelle
INO	: Institut national d'oncologie
INR	: International Normalized Ratio
IQ	: Indicateur de qualité
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
MSKCC	: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
OMS	: Organisation mondiale de la santé

RCP	: Réunion de concertation pluridisciplinaire
TDM	: Tomodensitométrie
TNCD	: Thésaurus National de Cancérologie Digestive
TP	: Taux de prothrombine
VB	: Vésicule biliaire



Liste des illustrations



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Définition des indicateurs de qualité à partir du TCND pour la prise en charge péri opératoire des cancers de la VB, a population et la source de données (ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie; TP = taux de prothrombine)	13
Tableau 2 : Questionnaire de collecte de données portant sur les indicateurs de qualité du tableau (ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).....	14
Tableau 3 : Description de la population incluse dans l'étude(CVB = cancer de la vésicule biliaire ; IMC = indice de masse corporelle ; OMS = organisation mondiale de la santé ; ASA = American society of anesthesia)	17
Tableau 4 : Evaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge pré opératoire du cancer de la vésicule biliaire (ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine)	26
Tableau 5 : Evaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge chirurgicale du cancer de la vésicule biliaire (CR = compte rendu ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie).....	31
Tableau 6 : Evaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge postopératoire du cancer de la vésicule biliaire (CR = compte rendu ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire).....	34

Tableau 7 : Synthèse de l'évaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge péri opératoire du cancer de la vésicule biliaire (ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).....	35
Tableau 8 : Tableau comparatif de l'âge moyen des cancers de la VB selon les différentes séries.	39
Tableau 9 : Tableau comparant le sexe ratio dans notre étude avec les données de la littérature.	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma montrant bisegmentectomie IV-V.....	48
--------------------------------------------------------------	----



Sommaire



Introduction	1
Matériels et méthodes	5
1. Type d'étude:.....	6
2. Lieu de l'étude :.....	6
3. Objectifs :.....	6
4. Critères d'inclusion et d'exclusion :.....	6
4.1. Critères d'inclusion:.....	6
4.2. Critères d'exclusion:.....	6
5. Méthodologie d'audit clinique	7
Résultats	15
A. Description de la population et caractéristiques épidémiologiques:.....	16
B. Prise en charge péri opératoire :.....	18
1. Evaluation préopératoire :.....	18
1.1. Evaluation clinique :.....	18
1.2. Imagerie :.....	20
1.3. Bilan biologique :.....	23
1.4. Classification :.....	24
1.5. RCP pré-thérapeutique :.....	24
2. Prise en charge chirurgicale :.....	27
2.1. Coelioscopie exploratrice :.....	27
2.2. Chirurgie à visée curative :.....	28
3. Prise en charge postopératoire :.....	32
3.1. Traitement Adjuvant :.....	32
Discussion	36
A. Caractéristiques épidémiologiques :.....	37
1. Mode de découverte :.....	37
2. Age et sexe :.....	38
B. Qualité de l'évaluation pré opératoire :.....	40
1. Evaluation clinique :.....	40

2. Compte rendu opératoire et anatomopathologique :.....	40
3. Imagerie :.....	41
4. Bilan biologique :.....	42
5. Classification :.....	43
6. RCP pré-thérapeutique :.....	44
C. Qualité de la prise en charge chirurgicale :.....	45
1. Coelioscopie exploratrice :.....	45
2. Chirurgie à visée curative :.....	46
D. Qualité de la prise en charge post opératoire :.....	48
E. Points fort et limites de l'étude :.....	49
F. Propositions d'améliorations :.....	51
Conclusion	54
Appendice	56
Résumés	72
Bibliographie	76



Introduction



Le cancer de la vésicule biliaire est le plus fréquent des cancers des voies biliaires, avec lesquels il partage un diagnostic tardif et un pronostic très pauvre.

Au plan épidémiologique, son taux d'incidence est extrêmement variable selon les régions du monde. En effet, l'incidence dans les pays de l'Europe de l'Ouest et aux Etats-Unis est faible (1), dans certaines régions du monde cependant, le CVB est beaucoup plus fréquent, c'est le cas dans l'Amérique latine (Chili, Pérou, Equateur et Colombie), l'Asie (Inde, Japon, Corée) et l'Est de l'Europe (République Tchèque, Slovaquie et Pologne) (1).

En termes d'ethnicité, il a été noté que toutes les populations indiennes d'Amérique ont un taux d'incidence élevé de CVB et que les pays où le CVB a la plus forte incidence sont aussi ceux où la population indienne native est la plus nombreuse (2)(3).

Au Maroc, c'est le 5ème cancer digestif le plus fréquent avec une incidence de l'ordre de 1/100 000 habitants (4).

La prédominance féminine est présente dans toutes les régions du monde sauf en Corée et au Japon où le sexe ratio du CVB se rapproche de l'unité (2)(5).

Les différents facteurs de risques précancéreux sont dominés par l'inflammation chronique (6), des lésions de cholécystite chronique sont rencontrés dans plus de 75% des CVB, le portage chronique d'une infection de la voie biliaire est également un facteur de risque, l'infection par *Helicobacter pylori* ou *Salmonella Typhi* par exemple serait également associé à un sur risque de survenue du CVB (7). Par ailleurs, entre 1 et 4 % des patients atteints de cholangite sclérosante vont développer un CVB (8).

L'existence d'un polype intra vésiculaire est également un facteur du risque du CVB (9).

Le CVB survient sur des anomalies de la jonction bilio-pancréatique chez 15% des patients (6).

Le cancer de la vésicule biliaire à un stade précoce est le plus souvent découvert de manière fortuite sur pièce de cholécystectomie. Il peut être aussi suspecté sur les données de l'imagerie. Les stades avancés avec envahissement biliaire se manifestent par un ictère cholestatique, d'autres symptômes peu spécifiques et signes fonctionnels peuvent être retrouvés, citons : douleurs type colique hépatique ou abdominale, fièvre, vomissements et amaigrissement (10).

Le CVB est découvert sur pièce de cholécystectomie dans 0.2 à 2.9% des cas (11).

Le diagnostic de certitude est histologique. L'adénocarcinome (cholangiocarcinome) est le type histologique le plus fréquemment retrouvé, d'autres types histologiques peuvent être retrouvés (carcinome épidermoïde et sarcome entre autres).

Le CVB est particulier par ses différents modes de dissémination qui participent tous aux principes de la résection à visée curative : infiltration pariétale par contiguïté, dissémination hématogène ou lymphatique.

Au plan thérapeutique, la résection à visée curative avec des marges de sécurité indemnes (R0) est l'objectif principal, une chimiothérapie adjuvante peut être éventuellement suggérée en complément de la prise en charge chirurgicale, nous comprenons ainsi que le traitement est multimodal.

Avec des taux de survie de 25%, 10% et 7% (respectivement à 1, 3 et 5 ans) le pronostic des cancers biliaires reste sombre (12).

Au stade précoce de la maladie, un taux de survie à 5 ans pouvant atteindre 75% peut être atteint si un traitement adapté au stade est effectué (13).

Ainsi, le mauvais pronostic de cette pathologie et l'avantage que procure un traitement précoce, explique notre intérêt d'établir une enquête sur la qualité de prise en charge des patients atteints de cancer de la vésicule biliaire.

Notre travail est une étude descriptive de type audit clinique. Elle a pour objectif d'évaluer la qualité de la prise en charge des cancers de la vésicule biliaire au niveau du service de chirurgie oncologique digestive à l'Institut National d'Oncologie de Rabat.

On procédera dans un premier temps à l'établissement d'une méthodologie basée sur des critères référencées, et ensuite une partie clinique suivra traitant ainsi la question.

L'évaluation se fera en comparant la qualité de prise en charge avec les normes établies par le TNCD (Thésaurus national de cancérologie digestive) dans sa version de 2019 (14).



Matériels et méthodes



1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective de type audit clinique utilisant la méthodologie établie par le Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP, Grande Bretagne)(15).

2. Lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée au niveau du service de chirurgie oncologique digestive de l'institut national d'oncologie (INO) de Rabat.

3. Objectifs :

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité de la prise en charge péri opératoire des cancers de la vésicule biliaire au niveau du lieu d'étude par rapport aux normes internationales.

L'objectif secondaire était d'identifier les mesures d'amélioration potentielles ciblant les écarts entre la prise en charge péri opératoire locale et les normes internationales.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion :

4.1. Critères d'inclusion :

L'étude a inclus les patients ayant eu une hépatectomie pour cancer de la vésicule biliaire suspecté (suspicion à l'imagerie) ou confirmé (découverte sur pièce de cholécystectomie ou confirmation par biopsie préopératoire) au moment de la chirurgie.

4.2. Critères d'exclusion :

L'étude a exclu les patients avec cancer de la vésicule biliaire suspecté ou confirmé traités par cholécystectomie seule (sans hépatectomie) ou ayant eu une simple chirurgie exploratrice (cancer localement avancé non résécable et/ou cancer métastatique).

5. Méthodologie d'audit clinique

La méthodologie utilisée pour ce travail a été déduite des guides pratiques pour l'audit clinique établie par le Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP, Grande Bretagne).

L'audit clinique est défini par le HQIP comme un cycle qui a pour but d'améliorer la qualité par la mesure de l'efficacité des soins dans une structure en comparaison avec des recommandations certifiées, et d'établir l'action nécessaire pour améliorer la qualité de ces soins (15).

Ce cycle est constitué de 3 étapes : 1) Préparer et planifier, 2) Mesurer la performance et 3) Instaurer le changement.

Le périmètre de notre étude couvre les étapes 1 et 2 et prépare l'exécution de l'étape 3.

Étape 1 : Préparer et planifier.

1) Afin de s'assurer de la faisabilité de l'étude et de déterminer la meilleure méthode à utiliser, tout projet visant à améliorer la qualité nécessite d'être révisé par un senior. L'audit clinique ne doit être entrepris que s'il est considéré comme la méthodologie la plus appropriée (15) :

Dans notre étude la méthodologie d'audit clinique est justifiée par la démarche qualité globalement adoptée dans le service en vue d'améliorer les processus et les résultats cliniques. Elle vise à compléter et à approfondir l'analyse des pratiques péri opératoires des hépatectomies dans le sous-groupe particulier des cancers de la vésicule biliaire (16,17).

2) Tout audit clinique doit avoir des objectifs clairement énoncés (15):

Dans notre étude, l'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité de la prise en charge péri opératoire des cancers de la vésicule biliaire au niveau du lieu d'étude par rapport aux normes internationales. L'objectif secondaire était d'identifier les mesures d'amélioration potentielles ciblant les écarts entre la prise en charge péri opératoire locale et les normes internationales.

3) L'audit doit mesurer la performance par rapport aux normes de processus et les résultats fondés sur les meilleures données probantes disponibles et clairement référencés (15) :

Dans notre étude, des indicateurs de qualité ont été extraits du thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD) dans sa version de 2019 (14). Un indicateur concernant le délai optimal entre la dernière imagerie réalisé et la chirurgie a été extrait de l'étude de Khaoudy et al. (18).

4) Chaque audit clinique doit être réalisé sous la direction d'un sénior (15) :

Notre audit a été supervisé par un professeur de chirurgie oncologique digestive, responsable du programme de chirurgie hépatobiliaire au niveau du lieu de l'étude.

5) Toutes les études d'audit clinique doivent être réalisées conformément aux arrangements de gouvernance locale (15) :

Notre audit a été autorisé par le chef de service du lieu d'étude.

6) Tous les aspects de l'audit clinique doivent être réalisés en totale conformité avec les lois et bonnes pratiques en matière de gouvernance de l'information et de sécurité des données, les données concernent la population sélectionnée, la collecte de données, et leur analyse (15) :

L'anonymat des patients et la confidentialité des données ont été respectés dans notre étude, assurant ainsi une conformité avec les lois de gouvernance de l'information et de sécurité des données.

7) Tous les membres de l'équipe clinique engagés dans la prestation du service à auditer doivent être informés du projet dès le départ (15) :

Le chef de service, les enseignants ainsi que tout le personnel soignant ont été informé du projet dès son élaboration.

8) Tout problème d'éthique ou de gouvernance de l'information doit être transmis au responsable de l'audit et traité conformément aux meilleures pratiques (15) :

Nous avons veillé en concertation avec notre chef de projet à respecter les règles d'éthique et de déontologie médicale vis-à-vis de nos patients.

9) Le groupe de parties prenantes doit approuver l'objectif de l'audit, la norme et la méthode d'audit avant le début de la collecte des données (15).

Étape 2 : Mesurer la performance

1) L'ensemble de données à collecter doit être défini en référence aux normes d'audit, qui doivent ensuite être traduites en indicateurs de qualité. Les données qui ne sont pas nécessaire pour mesurer la conformité aux normes d'audit ne devraient pas être collectés (15) :

Dans notre étude, un atelier préparatoire a permis d'extraire 24 indicateurs de qualité à partir des recommandations du TNCD pour la prise en charge péri opératoire des cancers de la vésicule biliaires. Les sources de données de référence étaient définies pour chaque indicateur (tableau 1).

Les indicateurs ont été catégorisés selon les phases de prise en charge : préopératoire, peropératoire et postopératoire. Pour faciliter la collecte des données pour chaque cas et faciliter leur agrégation, un formulaire à questions fermées (Google form) a été développé (Annexe 1) : Oui = conforme à la recommandation ; Non = non conforme à la recommandation ; NA = non applicable ; DM = donnée manquante. Les données manquantes étaient assimilées à une non-conformité à la recommandation.

2) La population des patients inclus dans l’audit doit être définie en référence aux normes d’audit (15).

Notre étude a inclus les patients ayant eu une hépatectomie pour cancer de la vésicule biliaire suspecté ou prouvé. Deux sous-groupes ont été établis sur la base de données épidémiologiques : “Patients avec cancer de la vésicule biliaire découvert sur pièce de cholécystectomie” et “Patients avec cancer de la vésicule biliaire suspecté sur données de l’imagerie”.

3) Si les données ont été extraites d’un registre médical électronique, il faut s’assurer que les données ont été correctement introduites, le processus d’extraction des données doit être testé pour s’assurer que la bonne source de données est utilisée (15) :

Dans notre étude, les données ont été recueillies à partir d’une base de données électronique prospective dédiée aux hépatectomies. Les données étaient complétées et/ou vérifiées si nécessaire à partir des données sources au niveau du dossier papier et/ou électronique.

4) Les données d'audit clinique doivent être analysées pour mesurer la conformité aux normes. Les statistiques utilisées devraient donner une image plus claire des performances (15).

L'analyse statistique a été réalisée en utilisant la fonctionnalité incluse dans "Google Form".

La description de la population d'étude a été faite en utilisant des variables qualitatives sous formes de pourcentage, ainsi que des variables quantitatives exprimées par la moyenne et l'écart type.

Les résultats ont été rapportés sous forme de pourcentage de conformité de l'indicateur de qualité par rapport aux normes définies et visualisées sous forme de diagrammes.

5) Les détails de la méthode de l'audit clinique doivent être fournis, afin de pouvoir reproduire la même étude de la même manière (15).

La méthode d'audit employées était déduite des directives de bonnes pratiques pour un audit clinique établies par la Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP, Grande Bretagne) et détaillée dans ce chapitre (matériels et méthodes) afin de rendre notre étude reproductible de la même manière.

Etape 3 : Instauration du changement

1) Les résultats doivent être partagés avec les membres d'audit. Si les résultats montrent une non-conformité aux normes, il faudra rechercher les causes de la non-conformité à l'aide de diverses méthodes pour améliorer la compréhension des résultats (15).

Dans notre étude, les causes de non-conformité aux normes seront discutées et soumises au jugement d'un jury multidisciplinaire de soutenance de thèse de

Doctorat en médecine. Les résultats de l'audit et les commentaires du jury seront discutés avec les membres de l'équipe clinique du lieu d'étude, permettant ainsi d'initier la recherche des causes de non-conformité.

2) Une fois les causes de la non-conformité établies, un plan d'action doit être mis en place (15).

Ce point est préparé par l'audit actuel mais sort de son périmètre strict.

Tableau 1 : Définition des indicateurs de qualité à partir du TCND pour la prise en charge péri opératoire des cancers de la VB, a population et la source de données.

Indicateurs de qualité		Population	Source de donnée	Nombre de patients éligibles	Patients qui adhèrent à la recommandation		Patients avec données manquantes	
					N	%	N	%
Evaluation préopératoire :								
Evaluation clinique :	IQ 1	Proportion de patients chez qui un examen physique en consultation de chirurgie a été réalisé.	Tous les patients	Dossier médical				
	IQ 2	Proportion de patients ayant un compte rendu opératoire et anatomopathologique dans le dossier médical en cas de découverte sur pièce de cholécystectomie.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	Dossier médical				
	IQ 3	Proportion de patients dont le compte rendu anatomopathologique précisait le stade TNM.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR Anapath.				
Imagerie :	IQ 4	Proportion de patients ayant eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM				
	IQ 5	Proportion de patients ayant eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique datant de moins de deux mois* avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM				
	IQ 6	Proportion de patients ayant eu une TDM thoracique avec ou sans contraste avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM				
	IQ 7	Proportion de patients ayant eu une TDM thoracique avec ou sans contraste datant de moins de deux mois* avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM				
	IQ 8	Proportion de patients ayant eu une TDM de volumétrie hépatique avant hépatectomie majeure (résection d'au moins 3 segments hépatiques contigus).	Patient(s) candidats à une hépatectomie majeure	CR TDM				
	IQ 9	Proportion de patients ayant eu une cholangiogramme IRM.	Patient(s) avec suspicion d'envahissement des voies biliaires (ictère, cholestase biologique)	CR IRM				
Bilan Biologique:	IQ 10	Proportion de patients ayant eu un dosage des marqueurs tumoraux (ACE et/ou CA19-9).	Tous les patients	Dossier médical				
	IQ 11	Proportion de patients ayant eu une évaluation de la fonction hépatique par dosage du TP et/ou INR et bilirubine totale.	Tous les patients	Dossier médical				
Classification :	IQ 12	Proportion de patients chez qui une stadification par la classification TNM des cancers de la vésicule biliaire (canal cystique inclus) a été faite.	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie	CR TDM				
RCP pré thérapeutique :	IQ 13	Proportion de patients dont le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire avant toute décision thérapeutique.	Tous les patients	CR RCP				
	IQ 14	Proportion de patients chez qui la décision thérapeutique en RCP a été respectée.	Patient(s) dont le dossier médical a été discuté en RCP	Dossier médical				
Prise en charge chirurgicale :								
Coelioscopie exploratrice :	IQ 15	Proportion de patients chez qui une laparoscopie exploratrice a été réalisée.	Patient(s) avec critère TDM de métastases péritonéale ou hépatique	CR Coelioscopie/CR TDM				
Chirurgie :	IQ 16	Proportion de patients chez qui une hépatectomie a été indiquée pour tumeur >T1a et/ou N+.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR RCP				
	IQ 17	Proportion de patients chez qui une cholécystectomie avec examen anatomopathologique extemporané avant résection hépatique ont été réalisés.	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie	CR opératoire/CR anapath				
	IQ 18	Proportion de patients chez qui un curage ganglionnaire a été réalisé.	Tous les patients	CR opératoire				
	IQ 19	Proportion de patients chez qui un examen histologique extemporané des tranches de section biliaire a été réalisé.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR opératoire				
	IQ 20	Proportion de patients chez qui une résection de la voie biliaire a été réalisée en cas d'atteinte du canal cystique.	Patient(s) avec atteinte du canal cystique	CR opératoire				
	IQ 21	Proportion de patients avec une confirmation histologique définitive.	Tous les patients	CR anapath				
Prise en charge postopératoire :								
Traitement Adjuvant :	IQ 22	Proportion de patients dont le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire postopératoire.	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive	Dossier médical				
	IQ 23	Proportion de patients chez qui une chimiothérapie adjuvante a été indiquée.	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive	CR RCP				
	IQ 24	Proportion de patients chez qui une chimiothérapie adjuvante a été faite.	Patient(s) chez qui une chimiothérapie adjuvante a été indiquée.	Dossier médical				

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Tableau 2 : Questionnaire de collecte de données portant sur les indicateurs de qualité du tableau

Questions		Population cible	Collecte
Evaluation pré-opératoire	Q 1	Le patient a-t-il été examiné en consultation de chirurgie ?	Tous les patients
	Q 2	Le patient avait-il un compte rendu opératoire et anatomopathologique dans le dossier médical ?	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie
	Q 3	Est-ce que le compte rendu anatomopathologique a précisé le stade TNM ?	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie
	Q 4	Le patient a-t-il eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avant la chirurgie ?	Tous les patients
	Q 5	Le patient a-t-il eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique datant de moins de deux mois* avant la chirurgie ?	Tous les patients
	Q 6	Le patient a-t-il eu une TDM thoracique avec ou sans contraste avant la chirurgie ?	Tous les patients
	Q 7	Le patient a-t-il eu une TDM thoracique avec ou sans contraste datant de moins de deux mois* avant la chirurgie ?	Tous les patients
	Q 8	Le patient a-t-il eu une TDM de volumétrie hépatique ?	Patient(s) candidats à une hépatectomie majeure
	Q 9	Le patient a-t-il eu une cholangio IRM ?	Patient(s) avec suspicion d'envahissement des voies biliaires (ictère, cholestase biologique)
	Q 10	Est ce qu'un dosage des marqueurs tumoraux (ACE et/ou CA19-9) a été fait chez ce patient ?	Tous les patients
	Q 11	Est ce qu'une évaluation de la fonction hépatique par dosage du TP et/ou INR et bilirubine totale a été faite ?	Tous les patients
	Q 12	Est ce qu'une stadification par la classification TNM des cancers de la vésicule biliaire (canal cystique inclus) a été faite ?	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie
	Q 13	Est ce que le dossier médical de ce patient a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire pré-thérapeutique ?	Tous les patients
	Q 14	Est ce que la décision thérapeutique en RCP a été respectée ?	Patient(s) dont le dossier médical a été discuté en RCP
Prise en charge Chirurgicale	Q 15	Le patient a-t-il eu une laparoscopie exploratrice ?	Patient(s) avec critère TDM de métastases péritonéale ou hépatique
	Q 16	Est ce qu'une hépatectomie a été indiquée pour tumeur >T1a et/ou N+ ?	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie
	Q 17	Est ce qu'une cholécystectomie avec un examen anatomopathologique extemporané avant la résection hépatique ont été réalisés ?	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie
	Q 18	Est ce qu'un curage ganglionnaire a été réalisé ?	Tout les patients
	Q 19	Est ce qu'un examen histologique extemporané des tranches de section biliaire a été réalisé ?	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie
	Q 20	Est ce qu'une résection de la voie biliaire a été réalisée en cas d'atteinte du canal cystique ?	Patient(s) avec atteinte du canal cystique
	Q 21	Le patient a-t-il eu une confirmation histologique définitive ?	Tout les patients
Prise en charge post-opératoire	Q 22	Est ce que le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire postopératoire ?	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive
	Q 23	Est ce qu'une chimiothérapie adjuvante a été indiquée ?	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive
	Q 24	Est ce qu'une chimiothérapie adjuvante a été faite ?	Patient(s) chez qui une chimiothérapie adjuvante a été indiquée.

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydre antigène ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).



Résultats



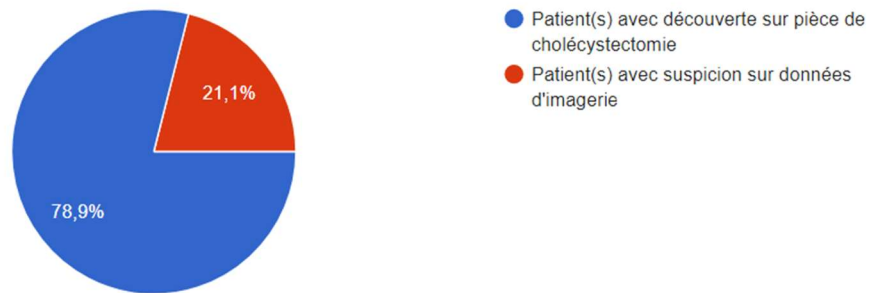
A. Description de la population et caractéristiques épidémiologiques :

Dans notre étude, 19 patients ont eu une hépatectomie pour cancer de la vésicule biliaire, à visée curative, de janvier 2018 à décembre 2020, au service de chirurgie oncologique digestive de l'institut national d'oncologie (INO) de Rabat.

Le cancer de la VB a été diagnostiqué sur pièce de cholécystectomie chez 15 patients (78.9%), et a été suspecté sur données d'imagerie chez 4 patients (21.1%), constituant ainsi deux sous-groupes.

Sous Groupe :

19 réponses



Les principales caractéristiques épidémiologiques sont résumées dans le tableau 3 :

Tableau 3 : Description de la population incluse dans l'étude.

(CVB = cancer de la vésicule biliaire ; IMC = indice de masse corporelle ; OMS = organisation mondiale de la santé ; ASA = American society of anesthesia)

Caractéristique épidémiologique	Total	CVB découvert sur pièce de cholécystectomie	CVB suspecté sur données d'imagerie
N patients (%)	19 (100%)	15 (78.94%)	4 (21.06%)
Age moyen (ans)	61.15 ±8.75	59.66 ±9.27	66.75 ±2.21
Sexe féminin (%)	17 (89.4%)	14 (93.3%)	3 (75%)
IMC (Kg/m ²)	27.04 ±3.05	27.53 ±3.19	25.21 ±1.67
OMS 0 OMS 1 OMS 2	3 (15.78%) 15 (78.94%) 1 (5.26%)	3 (20%) 11 (73.33%) 1 (6.66%)	4 (100%)
ASA 1 ASA 2	63.15% 36.85%	60% 40%	75% 25%
Diabète	4 (21.05%)	3 (20%)	1 (25%)

B. Prise en charge péri opératoire :

1. Evaluation préopératoire :

1.1. Evaluation clinique :

- [IQ 1] : Tous les patients ont été examinés en consultation de chirurgie (100%)

Q1 : Le patient a-t-il été examiné en consultation de chirurgie ?

19 réponses

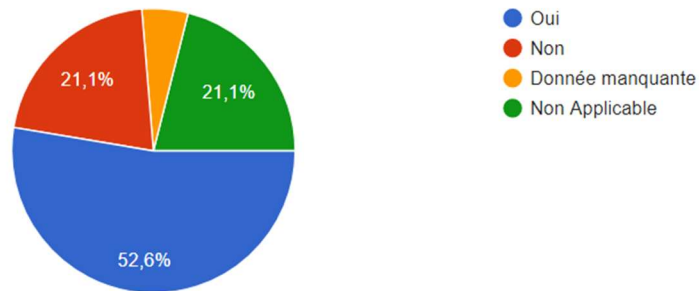


- [IQ 2] : Sur les 15 patients cholécystectomisés, 10 (66.6%) avaient un compte rendu anatomopathologique et opératoire dans le dossier médical décrivant la cholécystectomie.

- Cet indicateur de qualité n'était pas applicable aux patients avec un cancer de la vésicule biliaire suspecté sur données d'imagerie (4 patients).

Q2 : Le patient avait-t-il un compte rendu opératoire et anatomopathologique dans le dossier médical ?

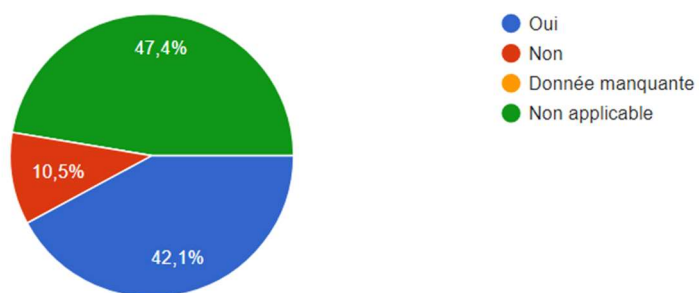
19 réponses



- [IQ3] : Sur les 10 patients ayant un compte rendu anatomopathologique (Q2), 8 (80%) avaient une précision du stade TNM.

Q3 : Est-ce que le compte rendu anatomopathologique a précisé le stade TNM ?(Si la réponse à Q2 est non, cocher non applicable)

19 réponses

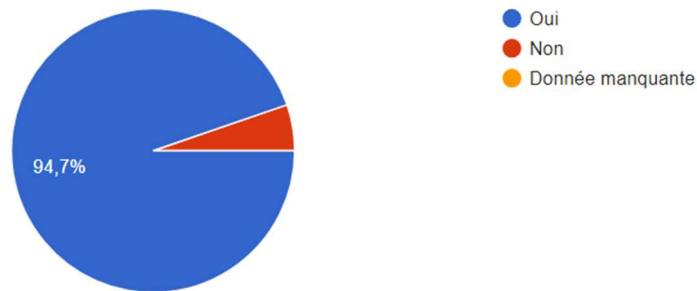


1.2. Imagerie :

- [IQ 4 et 5] : 18 patients (94.7%) ont eu une TDM abdomino pelvienne multiphasique avant la chirurgie. Pour 7 patients (38.8%), la TDM datait de moins de deux mois avant la chirurgie.

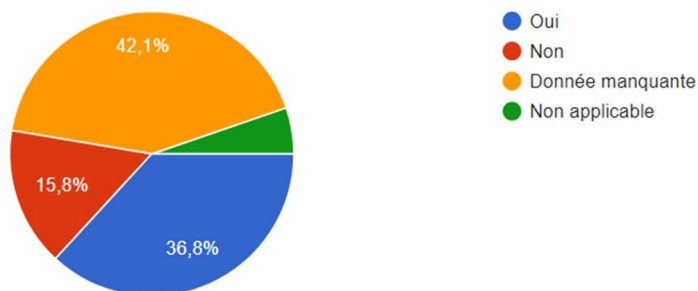
Q4 : Le patient a-t-il eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avant la chirurgie ?

19 réponses



Q5 : Le patient a-t-il eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique datant de moins de deux mois avant la chirurgie ? (Si la réponse à Q4 est non, cocher non applicable)

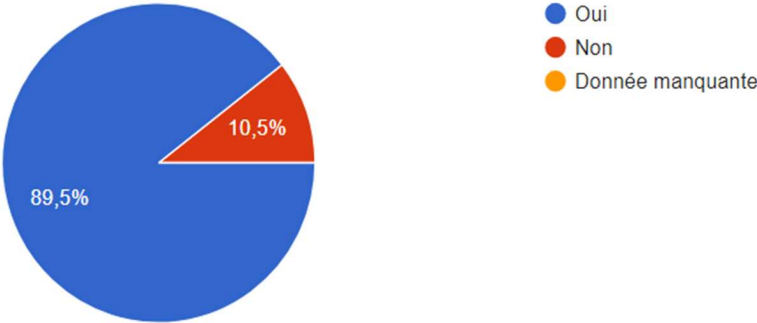
19 réponses



- [IQ 6 et 7] : 17 patients (89.5%) ont eu une TDM thoracique avec ou sans contraste avant la chirurgie. Pour 7 patients (41.1%), la TDM datait de moins de deux mois avant la chirurgie.

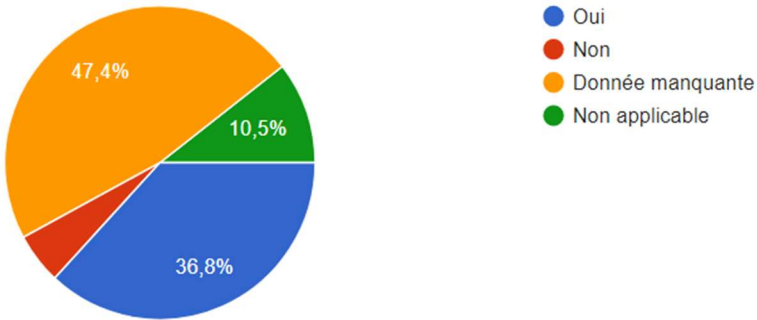
Q6 : Le patient a-t-il eu une TDM thoracique avec ou sans contraste avant la chirurgie ?

19 réponses



Q7 : Le patient a-t-il eu une TDM thoracique avec ou sans contraste datant de moins de deux mois avant la chirurgie ? (Si la réponse à Q6 est non, cocher non applicable).

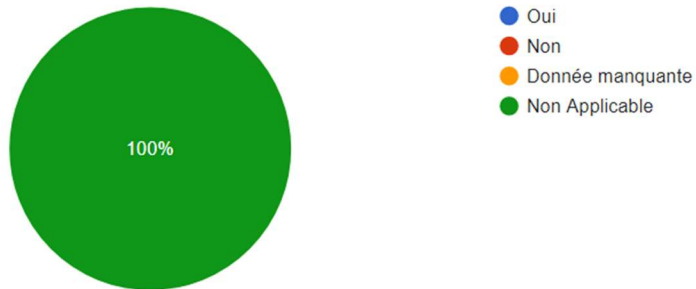
19 réponses



- [IQ 8] : Aucun patient n'a eu une TDM de volumétrie hépatique car aucune indication d'hépatectomie majeure n'a été posée.

Q8 : Le patient a-t-il eu une TDM de volumétrie hépatique ?

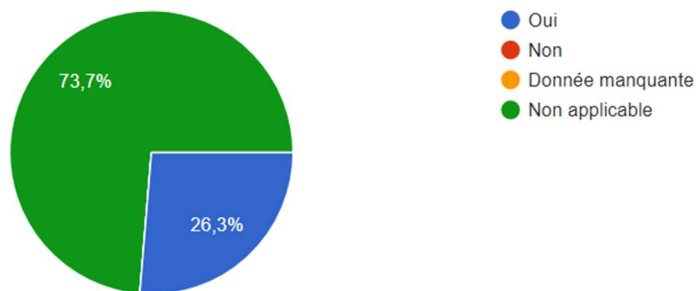
19 réponses



- [IQ 9] : L'envahissement des voies biliaires (ictère ou cholestase biologique) a été suspecté chez 5 patients, tous ont eu une cholangio IRM.

Q9 : Le patient a-t-il eu une cholangio IRM ?

19 réponses

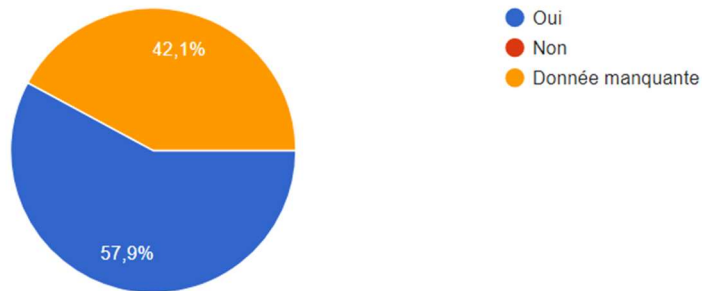


1.3. Bilan biologique :

- [IQ 10] : Dans notre série de 19 patients inclus dans notre étude, 11 (57.9%) ont eu un dosage des marqueurs tumoraux (ACE et/ou CA19-9).

Q10 : Est ce qu' un dosage des marqueurs tumoraux (ACE et/ou CA19-9) a été fait chez ce patient ?

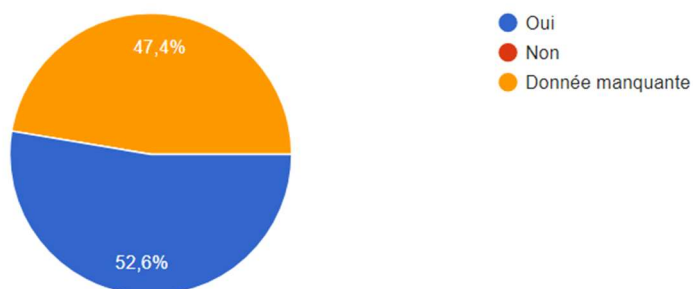
19 réponses



- [IQ 11] : Concernant le bilan biologique, 10 patients sur 19 (52.6%) ont eu une évaluation de la fonction hépatique par dosage du TP et/ou INR et bilirubine totale.

Q11 : Est ce qu'une évaluation de la fonction hépatique par dosage du TP et/ou INR et bilirubine totale a été faite ?

19 réponses

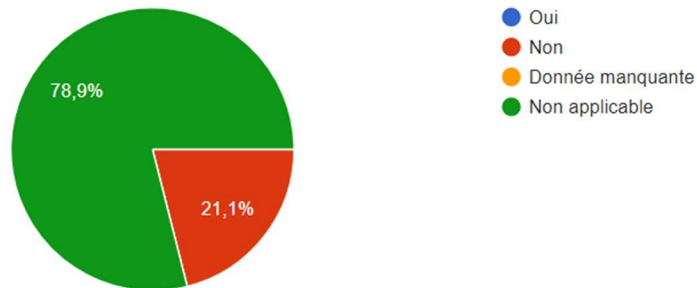


1.4. Classification :

- [IQ 12] : Pour les patients chez qui un cancer de la vésicule biliaire était suspecté sur les données d'imagerie, la classification TNM préopératoire n'a pas été faite pour les 4 patients appartenant à ce sous-groupe.

Q12 : Est ce qu'une stadification par la classification TNM des cancers de la vésicule biliaire (canal cystique inclus) a été faite ? (Au minimum le stade T)

19 réponses

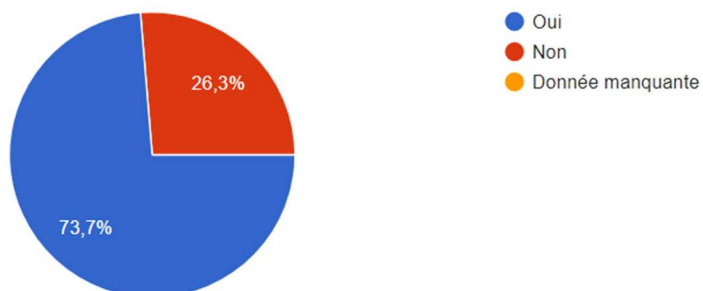


1.5. RCP pré-thérapeutique :

- [IQ 13 et 14] : Le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire pré thérapeutique chez 14 patients (73.7%), sur les 19 patients inclus dans notre étude.

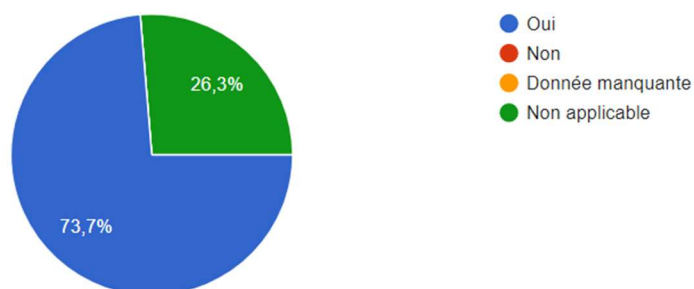
Q13 : Est ce que le dossier médical de ce patient a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire pré-thérapeutique ?

19 réponses



Q14 : Est ce que la décision thérapeutique en RCP a été respectée ? (Si la réponse à la question 13 est non, cocher non applicable)

19 réponses



- La décision prise en réunion de concertation pluridisciplinaire pré-thérapeutique, a été respectée pour tous les patients (14 patients).

Tableau 4 : Evaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge pré opératoire du cancer de la vésicule biliaire. (ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine)

Indicateurs de qualité		Population	Source de donnée	Nombre de patients éligibles	Patients qui adhèrent à la recommandation		Patients avec données manquantes		
					N	%	N	%	
Evaluation préopératoire :									
Evaluation clinique :	IQ 1	Proportion de patients chez qui un examen physique en consultation de chirurgie a été réalisé.	Tous les patients	Dossier médical	19	19	100%	0	0%
	IQ 2	Proportion de patients ayant un compte rendu opératoire et anatomopathologique dans le dossier médical en cas de découverte sur pièce de cholécystectomie.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	Dossier médical	15	10	66.6%	1	6.66%
	IQ 3	Proportion de patients dont le compte rendu anatomopathologique précisait le stade TNM.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR Anapath.	10	8	80%	0	0%
Imagerie :	IQ 4	Proportion de patients ayant eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	19	18	94.7%	0	0%
	IQ 5	Proportion de patients ayant eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique datant de moins de deux mois avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	18	7	38.8%	8	42.1%
	IQ 6	Proportion de patients ayant eu une TDM thoracique avec ou sans contraste avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	19	17	89.5%	0	0%
	IQ 7	Proportion de patients ayant eu une TDM thoracique avec ou sans contraste datant de moins de deux mois avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	17	7	41.1%	9	47.4%
	IQ 8	Proportion de patients ayant eu une TDM de volumétrie hépatique avant hépatectomie majeure (résection d'au moins 3 segments hépatiques contigus).	Patient(s) candidats à une hépatectomie majeure	CR TDM	0	-	-	-	-
	IQ 9	Proportion de patients ayant eu une cholangio IRM.	Patient(s) avec suspicion d'envahissement des voies biliaires (ictère, cholestase biologique)	CR IRM	5	5	100%	0	0%
Bilan Biologique:	IQ 10	Proportion de patients ayant eu un dosage des marqueurs tumoraux (ACE et/ou CA19-9).	Tous les patients	Dossier médical	19	11	57.9%	8	42.1%
	IQ 11	Proportion de patients ayant eu une évaluation de la fonction hépatique par dosage du TP et/ou INR et bilirubine totale.	Tous les patients	Dossier médical	19	10	52.6%	9	47.4%
Classification :	IQ 12	Proportion de patients chez qui une stadification par la classification TNM des cancers de la vésicule biliaire (canal cystique inclus) a été faite.	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie	CR TDM	3	0	0%	0	0%
RCP pré thérapeutique :	IQ 13	Proportion de patients dont le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire avant toute décision thérapeutique.	Tous les patients	CR RCP	19	14	73.7%	0	0%
	IQ 14	Proportion de patients chez qui la décision thérapeutique en RCP a été respectée.	Patient(s) dont le dossier médical a été discuté en RCP	Dossier médical	14	14	100%	0	0%

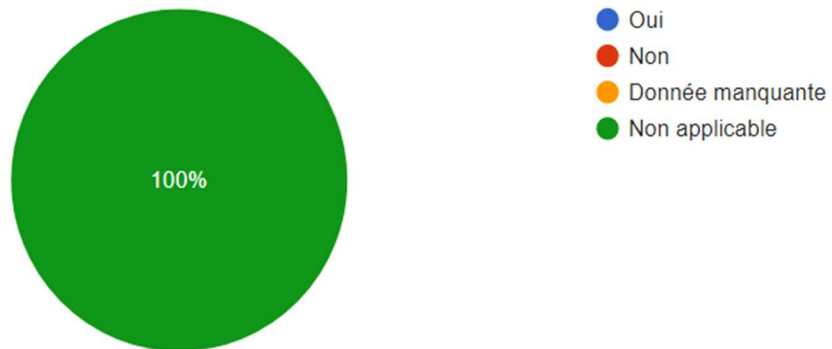
2. Prise en charge chirurgicale :

2.1. Coelioscopie exploratrice :

- [IQ 15] : Une laparoscopie exploratrice est indiquée chez les patients ayant un critère tomодensitométrique de métastase péritonéale ou hépatique, dans notre série, aucun patient n'avait de signes scanographiques en faveur d'une atteinte métastatique, rendant ainsi cet indicateur de qualité non applicable dans notre série.

Q15 : Le patient a-t-il eu une laparoscopie exploratrice ?

19 réponses

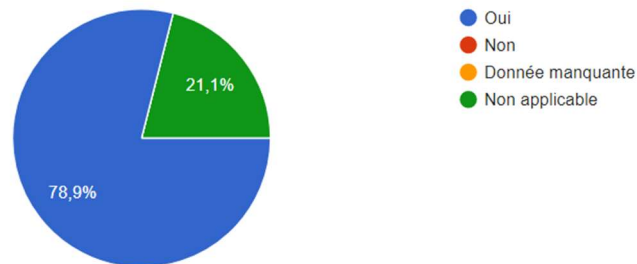


2.2. Chirurgie à visée curative :

- [IQ 16] : Pour les patients chez qui le cancer a été découvert sur pièce de cholécystectomie avec à l'étude anatomopathologique un stade $> T1a$ et/ou N+, une hépatectomie a été réalisée pour la totalité des patients appartenant à ce sous-groupe.

Q16 : Est ce qu'une hépatectomie a été indiquée pour tumeur $>T1a$ et/ou N+ ?

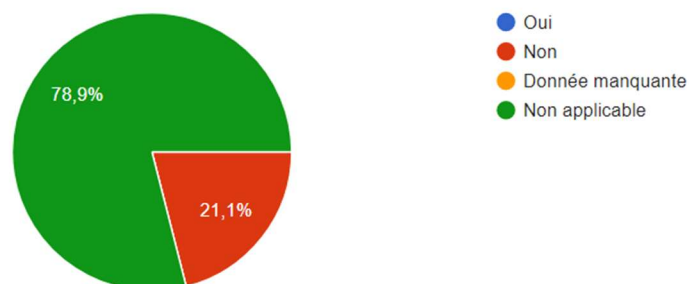
19 réponses



- [IQ 17] : Chez les patients ayant une suspicion du cancer sur données d'imagerie (4 patients), aucun examen anatomopathologique extemporané n'a été réalisé en peropératoire.

Q17 : Est ce qu'une cholécystectomie avec un examen anatomopathologique extemporané avant la résection hépatique ont été réalisés ?

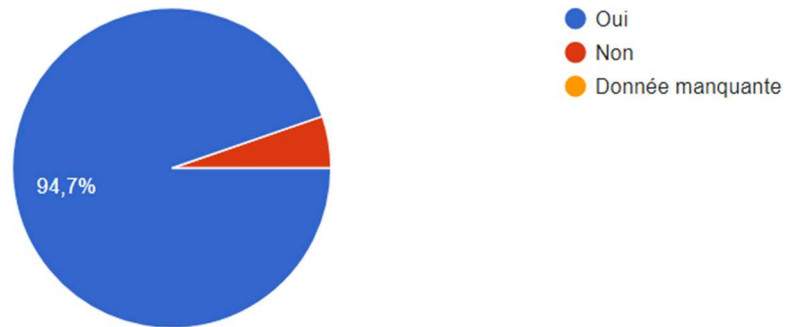
19 réponses



- [IQ 18] : Le curage ganglionnaire a été réalisé chez 18 patients (94.7%) sur les 19 inclus dans notre étude.

Q18 : Est ce qu'un curage ganglionnaire a été réalisé ?

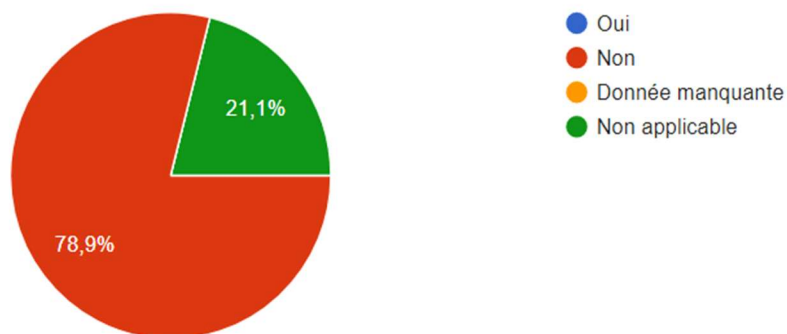
19 réponses



- [IQ 19] : Aucun examen histologique extemporané des tranches de section biliaire n'a été réalisé chez les patients ayant eu une hépatectomie après découverte du cancer sur pièce de cholécystectomie (15 patients).

Q19 : Est ce qu'un examen histologique extemporané des tranches de section biliaire a été réalisé ?

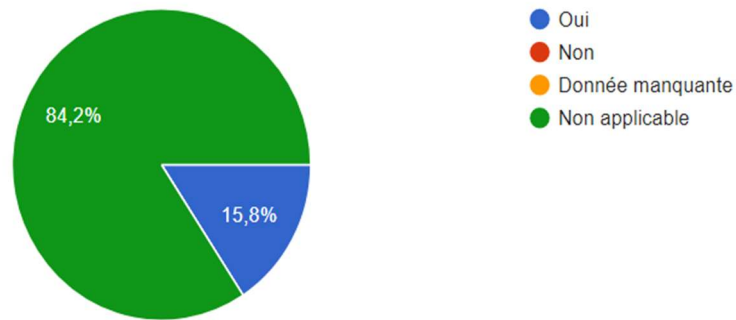
19 réponses



- [IQ 20] : Une résection de la voie biliaire en cas d'atteinte du canal cystique a été faite chez 3 patients (100%).

Q20 : Est ce qu'une résection de la voie biliaire a été réalisée en cas d'atteinte du canal cystique ?

19 réponses



- [IQ 21] : Dans notre série, 17 patients (89.5%) ont eu une confirmation histologique définitive après hépatectomie.

Q21 : Le patient a-t-il eu une confirmation histologique définitive ?

19 réponses

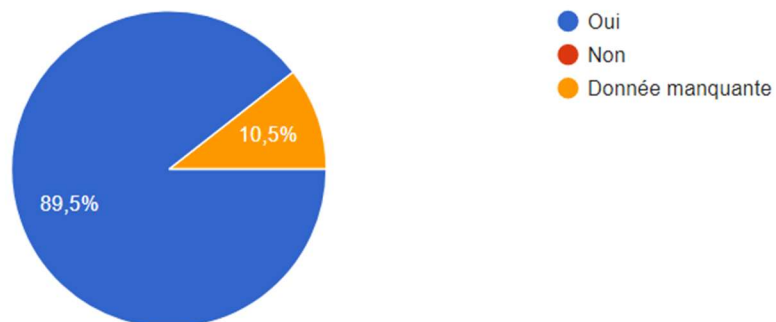


Tableau 5 : Evaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge chirurgicale du cancer de la vésicule biliaire. (CR = compte rendu ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie)

Indicateurs de qualité		Population	Source de donnée	Nombre de patients éligibles	Patients qui adhèrent à la recommandation		Patients avec données manquantes		
					N	%	N	%	
Prise en charge chirurgicale :									
Coelioscopie exploratrice :	IQ 15	Proportion de patients chez qui une laparoscopie exploratrice a été réalisée.	Patient(s) avec critère TDM de métastases péritonéale ou hépatique	CR Coelioscopie/CR TDM	0	-	-	-	-
Chirurgie :	IQ 16	Proportion de patients chez qui une hépatectomie a été indiquée pour tumeur >T1a et/ou N+.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR RCP	15	15	100%	0	0%
	IQ 17	Proportion de patients chez qui une cholécystectomie avec examen anatomopathologique extemporané avant résection hépatique ont été réalisés.	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie	CR opératoire/CR anapath	3	0	0%	0	0%
	IQ 18	Proportion de patients chez qui un curage ganglionnaire a été réalisé.	Tout les patients	CR opératoire	19	18	94.7%	0	0%
	IQ 19	Proportion de patients chez qui un examen histologique extemporané des tranches de section biliaire a été réalisé.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR opératoire	15	0	0%	0	0%
	IQ 20	Proportion de patients chez qui une résection de la voie biliaire a été réalisée en cas d'atteinte du canal cystique.	Patient(s) avec atteinte du canal cystique	CR opératoire	3	3	100%	0	
	IQ 21	Proportion de patients avec une confirmation histologique définitive.	Tout les patients	CR anapath	19	17	89.5%	2	10.5%

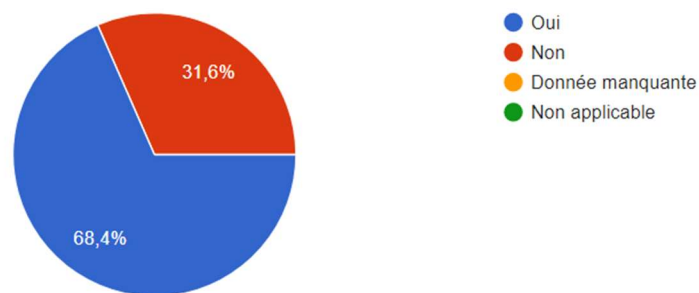
3. Prise en charge postopératoire :

3.1. Traitement Adjuvant :

- [IQ 22] : Pour les patients ayant une confirmation histologique définitive (17 patients), la réunion de concertation pluridisciplinaire postopératoire a été faite pour 13 patients (76.4%).

Q22 : Est ce que le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire postopératoire ?

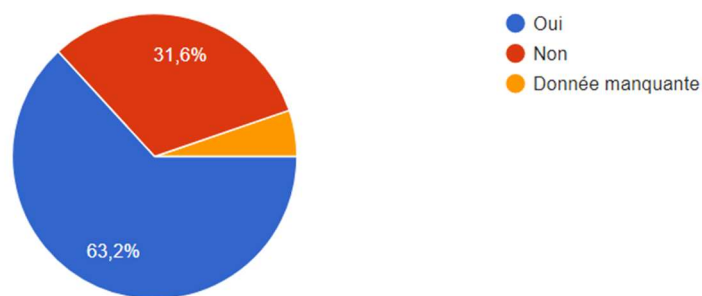
19 réponses



- [IQ 23 et 24] : La chimiothérapie postopératoire a été indiquée pour 12 patients sur 17 (70.5%) et a été faite pour 9 patients (47.4%).

Q23 : Est ce qu'une chimiothérapie adjuvante a été indiquée ?

19 réponses



Q24 : Est ce qu'une chimiothérapie adjuvante a été faite ?

19 réponses

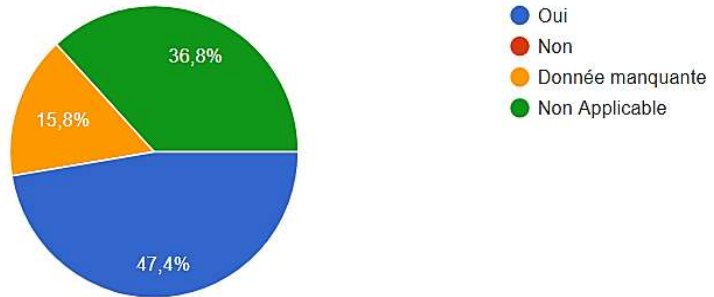


Tableau 6 : Evaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge postopératoire du cancer de la vésicule biliaire. (CR = compte rendu ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire)

Indicateurs de qualité		Population	Source de donnée	Nombre de patients éligibles	Patients qui adhèrent à la recommandation		Patients avec données manquantes		
					N	%	N	%	
Prise en charge postopératoire :									
Traitement Adjuvant :	IQ 22	Proportion de patients dont le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire postopératoire.	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive	Dossier médical	17	13	76.4%	0	0%
	IQ 23	Proportion de patients chez qui une chimiothérapie adjuvante a été indiquée.	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive	CR RCP	17	12	70.5%	2	11.7%
	IQ 24	Proportion de patients chez qui une chimiothérapie adjuvante a été faite.	Patient(s) chez qui une chimiothérapie adjuvante a été indiquée.	Dossier médical	12	9	75%	3	25%

Tableau 7 : Synthèse de l'évaluation de l'adhérence aux recommandations du TNCD pour la prise en charge péri opératoire du cancer de la vésicule biliaire. (ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodynamométrie ; TP = taux de prothrombine)

Indicateurs de qualité			Population	Source de donnée	Nombre de patients éligibles	Patients qui adhèrent à la recommandation		Patients avec données manquantes	
						N	%	N	%
Evaluation préopératoire :									
Evaluation clinique :	IQ 1	Proportion de patients chez qui un examen physique en consultation de chirurgie a été réalisé.	Tous les patients	Dossier médical	19	19	100%	0	0%
	IQ 2	Proportion de patients ayant un compte rendu opératoire et anatomopathologique dans le dossier médical en cas de découverte sur pièce de cholécystectomie.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	Dossier médical	15	10	66.6%	1	6.66%
	IQ 3	Proportion de patients dont le compte rendu anatomopathologique précisait le stade TNM.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR Anapath.	10	8	80%	0	0%
Imagerie :	IQ 4	Proportion de patients ayant eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	19	18	94.7%	0	0%
	IQ 5	Proportion de patients ayant eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique datant de moins de deux mois avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	18	7	38.8%	8	42.1%
	IQ 6	Proportion de patients ayant eu une TDM thoracique avec ou sans contraste avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	19	17	89.5%	0	0%
	IQ 7	Proportion de patients ayant eu une TDM thoracique avec ou sans contraste datant de moins de deux mois avant la chirurgie.	Tous les patients	CR TDM	17	7	41.1%	9	47.4%
	IQ 8	Proportion de patients ayant eu une TDM de volumétrie hépatique avant hépatectomie majeure (résection d'au moins 3 ségéments hépatiques contigus).	Patient(s) candidats à une hépatectomie majeure	CR TDM	0	-	-	-	-
Bilan Biologique:	IQ 9	Proportion de patients ayant eu une cholangio IRM.	Patient(s) avec suspicion d'envahissement des voies biliaires (ictère, cholestase biologique)	CR IRM	5	5	100%	0	0%
	IQ 10	Proportion de patients ayant eu un dosage des marqueurs tumoraux (ACE et/ou CA19-9).	Tous les patients	Dossier médical	19	11	57.9%	8	42.1%
Classification :	IQ 11	Proportion de patients ayant eu une évaluation de la fonction hépatique par dosage du TP et/ou INR et bilirubine totale.	Tous les patients	Dossier médical	19	10	52.6%	9	47.4%
	IQ 12	Proportion de patients chez qui une stadification par la classification TNM des cancers de la vésicule biliaire (canal cystique inclus) a été faite.	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie	CR TDM	3	0	0%	0	0%
RCP pré thérapeutique :	IQ 13	Proportion de patients dont le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire avant toute décision thérapeutique.	Tous les patients	CR RCP	19	14	73.7%	0	0%
	IQ 14	Proportion de patients chez qui la décision thérapeutique en RCP a été respectée.	Patient(s) dont le dossier médical a été discuté en RCP	Dossier médical	14	14	100%	0	0%
Prise en charge chirurgicale :									
Coelioscopie exploratrice :	IQ 15	Proportion de patients chez qui une laparoscopie exploratrice a été réalisée.	Patient(s) avec critère TDM de métastases péritonéale ou hépatique	CR Coelioscopie/CR TDM	0	-	-	-	-
Chirurgie :	IQ 16	Proportion de patients chez qui une hépatectomie a été indiquée pour tumeur >T1a et/ou N+.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR RCP	15	15	100%	0	0%
	IQ 17	Proportion de patients chez qui une cholécystectomie avec examen anatomopathologique extemporané avant résection hépatique ont été réalisés.	Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie	CR opératoire/CR anapath	3	0	0%	0	0%
	IQ 18	Proportion de patients chez qui un curage ganglionnaire a été réalisé.	Tout les patients	CR opératoire	19	18	94.7%	0	0%
	IQ 19	Proportion de patients chez qui un examen histologique extemporané des tranches de section biliaire a été réalisé.	Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie	CR opératoire	15	0	0%	0	0%
	IQ 20	Proportion de patients chez qui une résection de la voie biliaire a été réalisée en cas d'atteinte du canal cystique.	Patient(s) avec atteinte du canal cystique	CR opératoire	3	3	100%	0	0%
	IQ 21	Proportion de patients avec une confirmation histologique définitive.	Tout les patients	CR anapath	19	17	89.5%	2	10.5%
Prise en charge postopératoire :									
Traitement Adjuvant :	IQ 22	Proportion de patients dont le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire postopératoire.	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive	Dossier médical	17	13	76.4%	0	0%
	IQ 23	Proportion de patients chez qui une chimiothérapie adjuvante a été indiquée.	Patient(s) avec une confirmation histologique définitive	CR RCP	17	12	70.5%	2	11.7%
	IQ 24	Proportion de patients chez qui une chimiothérapie adjuvante a été faite.	Patient(s) chez qui une chimiothérapie adjuvante a été indiquée.	Dossier médical	12	9	75%	3	25%



Discussion



Cette étude rapporte les résultats d'un audit clinique qui a pour but d'évaluer la qualité de la prise en charge péri opératoire des cancers de la vésicule biliaire au service de chirurgie oncologique digestive à l'INO entre janvier 2018 et décembre 2020.

La méthodologie utilisée pour ce travail a été déduite des guides pratiques pour l'audit clinique établie par le Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP).

Le HQIP a été créé en avril 2008 pour promouvoir la qualité des soins de santé, et plus particulièrement pour accroître l'impact de l'audit clinique sur l'amélioration de la qualité des soins de santé. Le HQIP est une organisation indépendante qui travaille en partenariat avec les patients et les professionnels de santé pour influencer et améliorer la pratique de la santé à tous les niveaux. Elle est menée par l'“Academy of Medical Royal Colleges” et le “Royal College of Nursing and National Voices”.

La mesure du degré de compliance aux normes établies par le TNCD était le principal critère de jugement.

L'audit réalisé ici selon la méthodologie décrite, a inclus 19 hépatectomies et a permis d'identifier des écarts entre les recommandations et la prise en charge faite.

A. Caractéristiques épidémiologiques :

1. Mode de découverte :

- Dans notre étude, 15 patients (79%) ont eu une hépatectomie après découverte du cancer vésiculaire sur pièce de cholécystectomie réalisée pour une autre indication.

- Ce mode de découverte est le plus fréquemment rapporté dans la littérature (19)(20)(21). Dans une analyse rétrospective basée sur une expérience de 10 ans entre janvier 1995 et décembre 2005, au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), 435 cas de CVB ont été identifiés : 285 (65,5%) femmes, 150 (34,5%). Le CVB a été découvert chez 206 patients (47%) sur pièce de cholécystectomie, 159 patients (37%) avaient un cancer de la vésicule biliaire stade 4 (AJCC) et 70 patients (16 %) présentaient un CVB localement avancée non opérable (11).
- Plus globalement, un cancer de la vésicule biliaire est découvert sur près de 0.2 à 0.9% des cholécystectomies pour lésions supposées bénignes, notamment la lithiase (22).
- Ce mode de découverte prédominant, suppose indirectement que la symptomatologie clinique est généralement associée à un stade avancé.

2. Age et sexe :

- Dans notre étude, l'âge moyen de survenue du cancer était de 61.15 ± 8.75 ans.
- Dans la littérature, on retrouve des chiffres similaires avec une moyenne d'âge comprise entre 50 et 70 ans (23)(24). Sur une publication algérienne de 2011, 50% des cancers de la vésicule biliaire ont été diagnostiqué chez des patients de moins de 55 ans (25).

Tableau 8 : Tableau comparatif de l'âge moyen des cancers de la VB selon les différentes séries.

<u>Série</u>	<u>Pays</u>	<u>Année</u>	<u>Age moyen</u>
Ziadi et al. (25)	Algérie	2011	62
KA et al. (23)	Sénégal	2018	58.1
Notre série	Maroc	2020	61.15±8.75

- Dans notre série, le sexe féminin prédomine (17 femmes pour 2 hommes), cette prédominance a été rapporté dans la littérature, dans plusieurs pays (25)(26).

Tableau 9 : Tableau comparant le sexe ratio dans notre étude avec les données de la littérature.

<u>Série</u>	<u>Pays</u>	<u>Année</u>	<u>Sexe ratio F/H</u>
Lazcano et al.(3)	Chili	2001	3
Randi et al.(5)	Italie	2006	3
Notre série	Maroc	2020	8.5

B. Qualité de l'évaluation pré opératoire :

1. Evaluation clinique :

- La consultation de chirurgie occupe une place prépondérante dans la prise en charge du patient et l'évaluation de l'opérabilité (14) qui dépend de la consultation pré anesthésique, elle appréciera l'état général par l'indice de performance OMS, évaluera les comorbidités en utilisant le score ASA, et précisera l'état nutritionnel.
- Cette évaluation est primordiale non seulement pour la prise en charge chirurgicale mais aussi pour le traitement adjuvant post-opératoire, ceci implique qu'elle doit être répétée après la chirurgie, l'état général et l'évaluation des comorbidités étant des critères à prendre en compte pour l'indication d'un traitement adjuvant.
- Tous les patients ont bénéficié d'une consultation de chirurgie, ce qui est concordant à 100% avec les recommandations du TNCD.

2. Compte rendu opératoire et anatomopathologique :

- Le risque de dissémination péritonéale du cancer est accentué en cas d'effraction de la VB en peropératoire lors de la cholécystectomie (27), il est important donc de connaître les circonstances et le déroulement per opératoire de la cholécystectomie au décours de laquelle le cancer a été découvert, la présence du compte rendu opératoire et du résultat de l'analyse anatomopathologique confirmant le cancer ainsi que son stade TNM (Annexe 1) est nécessaire pour la suite de la prise en charge.

- Dans notre série, 10 patients (66.6%) sur les 15 patients dont le CVB a été découvert sur pièce de cholécystectomie, avaient un compte rendu opératoire et anatomopathologique.
- Chez 8 patients (80%) le compte rendu anatomopathologique précisait le stade TNM.
- L'absence de compte rendu histologique de la pièce de cholécystectomie est problématique dans la mesure où l'indication de reprise pour complément de chirurgie dépend du stade histologique (>pT1a) et que le statut d'envahissement du canal cystique fait discuter la possibilité d'une résection de la voie biliaire principale (28).
- Il est à noter que dans les zones à forte incidence de cancer de vésicule biliaire, l'évaluation des échantillons de routine de pièce cholécystectomie devrait inclure l'évaluation microscopique d'au moins trois coupes et du canal cystique, ceux présentant une dysplasie ou un cancer avéré doivent être largement échantillonnés (28).

3. Imagerie :

- L'examen de première ligne et de référence pour évaluer l'extension ganglionnaire et à distance est la TDM thoraco-abdomino-pelvienne multiphasique (29), dans notre étude, la TDM abdomino-pelvienne a été réalisée chez 18 patients (94.7%), dont 7 patients (38.8%) avaient une TDM datant de moins de deux mois avant la chirurgie (18).

- Par ailleurs, 17 patients (89.5%) avaient eu une TDM thoracique multiphasique, chez 7 patients (41.1%), la TDM thoracique datait de moins de deux mois avant la chirurgie (18).
- Le TNCD recommande la TDM thoraco-abdomino-pelvienne (Grade A) chez tous les patients. Le taux de réalisation de la TDM thoraco-abdomino-pelvienne dans notre étude est inférieur à la recommandation du Thésaurus National de cancérologie digestive.
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec cholangiographie (ou Bili-IRM) est l'examen qui permet d'évaluer l'extension locale en cas de doute sur une atteinte des voies biliaires, Sa sensibilité de détection est de 95% (30)(31). Cette recommandation a été respectée à 100% dans notre étude.

4. Bilan biologique :

- Dans notre étude, 11 patients (57.9%) avaient eu un dosage des marqueurs tumoraux sériques (ACE et/ou CA19-9), ce qui est inférieur à la valeur attendue.
- Aucun de ses marqueurs n'est spécifique du cancer de la vésicule biliaire. Le CA19-9 a une sensibilité et une spécificité de 80% (32).
- Les taux des marqueurs tumoraux : ACE, CA 125, CA19-9 et CA72-4 ont une valeur diagnostique différente qui diffère d'un marqueur à l'autre, l'analyse combiné des marqueurs : ACE, CA125 et CA19-9

aurait une meilleure sensibilité diagnostique pour les cholangiocarcinomes (33).

- L'une des rares études à analyser l'utilisation combinée des différents marqueurs tumoraux est une étude chinoise réalisée en 2014, en effet, plusieurs marqueurs tumoraux inhérent au CVB (CA 19 9, CA 242, ACE, et CA 125) ont été mesurés chez 78 patients atteints de cancer de la vésicule biliaire, 78 patients atteints de maladies bénignes de la vésicule biliaire et 78 témoins sains, la mesure a été faite par électrochimiluminescence. Les taux des différents marqueurs tumoraux ont été évalués, la sensibilité du CA19 9 était la plus élevée (71,7%), le CA 242 avait une spécificité de 98,7%. La précision diagnostic était plus élevée (69.2%) avec une combinaison de CA19 9, CA 242 et CA125 (34).
- Aussi sur le plan biologique, 10 patients sur 19 (52.6%) avaient eu une évaluation de la fonction hépatique par TP et/ou INR et Bilirubine totale ce qui traduit la problématique de documentation des examens faits (mais dont les données sources ne sont pas retrouvées) qui sera discutée dans les limitations de cette étude.

5. Classification :

- La classification TNM préopératoire n'a pas été faite pour les patients avec suspicion de cancer sur données d'imagerie, il est utile de rappeler que pour les tumeurs classées > T2 la résection hépatique est indiquée mais son intérêt reste controversé (14). L'absence de stadification sur le compte rendu d'imagerie pré opératoire (donnée source de l'audit), ne

préjuge pas de l'analyse des éléments déterminant la résecabilité (envahissement biliaire et/ou vasculaire hépatique) et leur discussion en RCP.

6. RCP pré-thérapeutique :

- La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) permet de proposer une prise en charge (à visée curative dans notre étude), incluant chirurgien, gastro-entérologue, radiologue, oncologue et réanimateur.
- La RCP a prouvé son impact positive sur la prise en charge des patients atteints de cancers. En oncologie, les RCP ont permis de systématiser et d'uniformiser les prises en charge avec comme résultat, un meilleur suivi des patients (35).
- La réunion de concertation pluri disciplinaire permet (35) :
 - Un diagnostic plus précis.
 - Une amélioration du partage de l'information entre les différentes parties prenantes.
 - La confrontation de diverses idées afin d'élaborer de nouvelles études.
- Ceci prouve l'impact positif que la RCP a sur le pronostic à court et à long terme.
- Le pourcentage de patients ayant eu une RCP pré-thérapeutique est de 73.7% dans notre série.

C. Qualité de la prise en charge chirurgicale :

1. Coelioscopie exploratrice :

- L'évaluation initiale en laparoscopie peut être intéressante dans des situations à risque de non-résécabilité, notamment en cas de suspicion de carcinose péritonéale (36) afin d'éviter des laparotomies inutiles enregistrés jusqu'à 38% dans la littérature (37) . Pour certains auteurs, une laparoscopie exploratrice de stadification devrait être systématique avant toute résection à visée curative (38).
- Le CVB est une tumeur ayant un tropisme particulier pour le péritoine, la recherche d'une carcinose péritonéale est d'un intérêt majeur, la tomodensitométrie ne peut en aucun cas se substituer à la coelioscopie exploratrice pour la recherche de carcinose péritonéale, cette dernière est validée par rapport à la laparotomie exploratrice et son rendement est maximal pour le CVB (39)(40).
- Dans une étude américaine publiée en 2002, 100 patients atteints d'un cancer de la vésicule biliaire potentiellement résécable (n=44) ou d'un cholangiocarcinome hilair (n = 56) ont eu une laparoscopie exploratrice avant résection à visée curative, la laparoscopie a identifié une tumeur non résécable chez 35% des patients (36), évitant ainsi une laparotomie inutile.
- On en déduit ici le rôle particulièrement important de cette entité de prise en charge, ainsi son indication et son utilisation devraient être plus fréquemment considérés.

- Aucun patient n'avait des signes scanographiques en faveur d'une atteinte métastatique, seule situation où l'exploration coelioscopique est indiquée dans le Thésaurus national de cancérologie digestive, rendant cette recommandation non applicable aux patients inclus dans notre étude.

2. Chirurgie à visée curative :

- Compte tenu de l'agressivité du cancer, le traitement chirurgical reste le moyen le plus adapté pour une prise en charge à visée curative.
- L'exérèse chirurgicale complète, R0 constitue le seul traitement des cancers de la vésicule biliaire associé à une survie prolongée.
- La découverte fortuite d'un cancer de la vésicule biliaire sur pièce de cholécystectomie nécessite un complément chirurgical en raison du risque élevé de récurrence précoce et de dissémination métastatique (41) .
- Ainsi, les tumeurs > T1a et/ou N+ sont traitées secondairement par bisegmentectomie IVb-V (figure 1) avec curage ganglionnaire (14), 100% des patients appartenant à ce groupe ont eu une hépatectomie à visée curative (critères d'inclusion).
- Pour les patients avec suspicion de cancer sur données d'imagerie, une résection hépatique avec examen anatomopathologique extemporané est recommandée (14). Dans notre série, aucun patient n'a eu une étude histologique extemporanée. L'absence d'examen extemporané dans cette situation expose au risque d'une résection hépatique pour lésion

bénigne non tumorale simulant un cancer comme la cholécystite xanthogranulomateuse (1 patients dans notre étude).

- Le curage ganglionnaire est systématique en complément de la résection hépatique (42), l'atteinte ganglionnaire est associée à un mauvais pronostic, en effet, lorsque plus d'un ganglion est atteint, la survie à 5 ans est diminué (43)(44).
- Le curage ganglionnaire a été réalisé chez 94.7% des patients.
- L'envahissement microscopique des marges de résection (statut R1), est un facteur de mauvais pronostic, l'examen histologique extemporané des tranches de section biliaire est donc essentiel (14). Aucun examen anatomopathologique extemporané n'a été réalisé dans notre étude, ce qui est discordant avec la recommandation du TNCD.
- Dans notre étude, 100% des patients ont bénéficié d'une résection de la voie biliaire principale en cas d'atteinte du canal cystique, ce qui est recommandé par le TNCD (14).
- Notre audit a objectivé que 17 patients sur 19 (89.5%) ont eu une confirmation histologique définitive du cancer de la vésicule biliaire après hépatectomie (Cholangiocarcinome), ceci suggère qu'il existe deux patients ayant une suspicion de cancer infirmée par l'examen histologique de la pièce opératoire. Pour ces patients, un examen histologique préopératoire et/ou peropératoire extemporané aurait permis d'adapter le geste chirurgical : cholécystectomie plutôt qu'une hépatectomie.

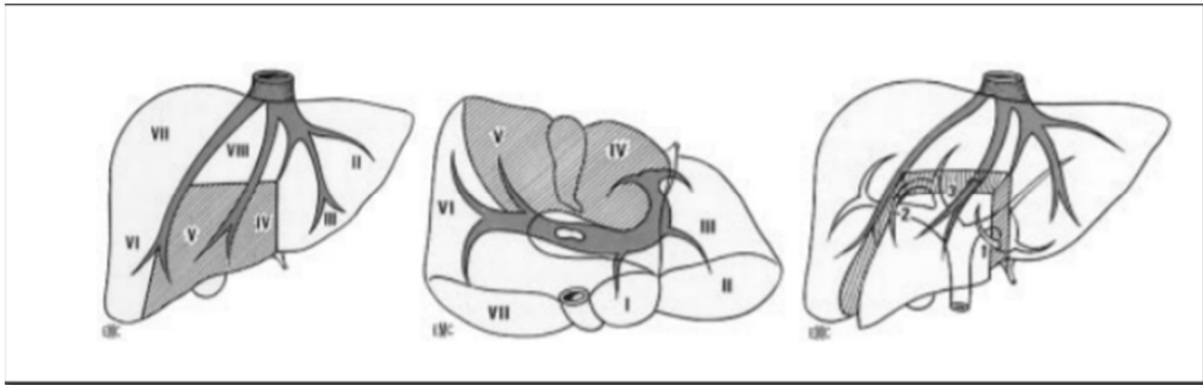


Figure 1 : Schéma montrant bisegmentectomie IV-V.

Référence figure 1 : Mathonnet M, Gainant A, Cubertafond P. Cancers de la vésicule biliaire : Techniques chirurgicales. Encycl Méd Chir, Techniques Chirurgicales- Appareil digestif 2001;40-970-A

D. Qualité de la prise en charge post opératoire :

- Après exérèse chirurgicale (R0 ou R1) d'un CVB avec atteinte de la musculature pariétale (\geq pT1), une chimiothérapie adjuvante à base de capécitabine peut être suggérée (45).
- Dans notre étude, 17 patients avaient eu une confirmation histologique définitive (76.4%), 13 d'entre eux ont eu une RCP postopératoire.
- La chimiothérapie adjuvante a été indiquée chez 12 patients, et a été faite chez 9 patients, la proportion de patients ayant eu une indication de chimiothérapie adjuvante après hépatectomie n'atteint pas 100% comme recommandé par le TNCD (14).

- Ce non-respect de la recommandation doit susciter notre attention, car il pourrait avoir un impact négatif sur le pronostic des patients, due notamment à une thérapeutique incomplète.

E. Points fort et limites de l'étude :

Le travail a été facilité par une méthodologie référencée (HQIP), appliquant les normes et les bonnes pratiques quant au travail d'audit, rendant ainsi notre étude reproductible, cette qualité permet d'évaluer l'évolution et l'efficacité des pratiques proposées pour l'amélioration.

Les résultats obtenus par notre audit nous ont permis d'évaluer la qualité de prise en charge péri opératoire des cancers de la vésicule biliaire par rapport aux normes établies par le TNCD. Ces résultats vont nous permettre d'établir un plan d'action basé sur l'amélioration des indicateurs défailants et la consolidation des indicateurs satisfaisants :

- Tous les patients ont bénéficié d'une consultation de chirurgie oncologique digestive (100%)
- Des taux élevés de réalisation de la TDM abdomino pelvienne (94.7%) et de la TDM thoracique (89.5%) témoigne de la qualité de prise en charge.
- Une cholangio-IRM a été faite chez la totalité des patients avec suspicion d'atteinte des voies biliaires.

- La résection de la voie biliaire principale en cas d'atteinte du canal cystique a été faite chez 100% des patients.

- La première limitation rencontrée concerne la source de données qui se limitait à des dossiers anciens en format papier, il existe donc un biais de documentation, ceci pourrait expliquer les données manquantes dans la collecte de données. Un système d'information avec une procédure de documentation des données a été mis en place progressivement à partir d'avril 2018.
- Par ailleurs, la période d'étude correspondait à la phase initiale d'implantation d'un programme de chirurgie hépatique oncologique au niveau du lieu de l'étude, impliquant de possibles changements de modalités de prise en charge.
- Le nombre de patients inclus dans l'étude aurait pu être plus significatif, le facteur temps ainsi que le type d'étude (audit) expliquent cette limitation.
- Plus globalement, les études portant sur le même sujet au niveau national ou régional sont rares ce qui empêche de faire une comparaison dans des contextes similaires à celui du lieu d'étude. Aussi, il existe d'autres référentiels que nous n'avons pas intégré dans l'établissement des indicateurs de qualité, comme le NCCN par exemple, avec l'argument d'adopter un corpus homogène, intégré et en langue française bien connu

de l'équipe médico-chirurgicale du lieu d'étude (Thésaurus National de Cancérologie Digestive).

- Conflit d'intérêt : le chef de l'étude clinique est un professeur agrégé au niveau du service de chirurgie oncologique digestive de l'INO responsable du programme de chirurgie hépatobiliaire.

F. Propositions d'améliorations :

- En ce qui concerne la **prise en charge pré- opératoire** on peut suggérer, en concertation avec nos collègue spécialiste en anatomopathologie, d'établir une base de données accessible pour les différents services de chirurgie oncologique, dans le secteur libéral comme dans le secteur public afin d'uniformiser les données anatomopathologiques des cholécystectomies, de les rendre accessible, et d'avoir une bonne traçabilité.

On peut suggérer aussi un protocole de conformité du compte rendu opératoire qui concerne les cholécystectomies, et qui mettra l'accent sur les données nécessaire à préciser, si par la suite on objective sur la pièce opératoire un cancer de la vésicule biliaire. Ce protocole pourrait être standardisé et partagé avec tous les centres hospitaliers concernés à l'échelle nationale et il précisera des informations nécessaires tels que l'ouverture en per opératoire de la pièce.

Une analyse combinée de plusieurs marqueurs tumoraux pourrait augmenter la sensibilité de ces derniers pour la confirmation diagnostic du cancer de la vésicule biliaire, ainsi, l'usage des marqueurs tumoraux serait plus intéressant, et

leur place prendrait une plus grande ampleur, ceci dit, leur accessibilité devrait être plus facile, et leur disponibilité plus importante.

Aussi, on peut proposer la mise en place d'un panel pour les bilans à réaliser pour les patients atteints d'un cancer de la vésicule biliaire qui sera systématiquement conservé dans le dossier médical, ce qui facilitera la demande d'examen biologique pré opératoire et évitera la perte des résultats.

Avec l'aide de nos confrères radiologues, une qualité d'imagerie plus précise pourrait aider à mieux cerner les indications chirurgicales, l'imagerie a aussi un grand rôle dans le dépistage des patients avec des signes de non résecabilité, ainsi, une précision diagnostique serait apportée.

En fin, lors de la RCP pré opératoire, une « check-list » pourrait être utile pour valider le respect de tous les critères nécessaires, assurant une qualité de prise en charge meilleure et comprenant aussi une perspective quant au déroulement du traitement post opératoire.

- Pour ce qui est de **la prise en charge chirurgicale**, une standardisation et un archivage adéquat du compte rendu anatomopathologique extemporané ou définitive pourrait aider à évaluer la qualité de résection, ainsi les renseignements concernant les marges de résections et la qualité de celle-ci serait plus clair et dirigerait plus pertinemment la suite du traitement.

On peut aussi proposer plus fréquemment une laparoscopie avant résection à visée curative pour mieux choisir les patients ou la chirurgie serait plus bénéfique et ainsi éviter des laparotomies inutiles, ce choix thérapeutique serait

guidé par la prise en charge pré opératoire et il pourrait améliorer le pronostic en proposant le traitement chirurgical adéquat pour les patients avec un CVB résécable.

- Enfin pour **la prise en charge post-opératoire**, on peut proposer avec nos confrères oncologues, radiologues et anatomopathologistes, une “Check-list” ou on vérifiera tous les critères de qualités lors de la RCP post opératoire et avant toute décision thérapeutique adjuvante, ce qui facilitera la prise en charge et offrira une meilleure qualité de soins aux patients.

Aussi, un suivi plus rigoureux des patients chez qui l’indication d’une chimiothérapie adjuvante a été posée, afin d’éviter la perte de vue des patients, et donc, une prise en charge incomplète.

- D’une façon plus globale, on proposera de réaliser des audits de façon plus fréquente pour évaluer la qualité de prise en charge, ainsi qu’une actualisation continue des recommandations, afin d’assurer la meilleure qualité de prise en charge pour les patients, et de permettre à tous le corps médical impliqué d’être à jour quant aux nouveautés thérapeutiques.



Conclusion



Notre travail d'audit clinique, nous a permis de mesurer la qualité de prise en charge des cancers de la vésicule biliaire au service de chirurgie oncologique digestive de l'INO, cette mesure a été possible en ayant comme référence les recommandations du Thésaurus National de Cancérologie Digestive.

La méthodologie adoptée, nous a permis de mieux organiser notre travail, les normes de l'audit clinique telles qu'elles sont établies par "HQIP" ont été d'une grande aide quant au déroulement de notre étude.

L'audit clinique a atteint son objectif principal en mettant en évidence des écarts entre les recommandations et la qualité de prise en charge des patients atteints du cancer de la vésicule biliaire dans notre service.

Des propositions d'améliorations ont été émises, après avoir discuté et analysé les résultats obtenus.

Ces résultats peuvent initier des directives ou un plan d'action proposant des solutions pratiques pour améliorer la prise en charge des cancers de la vésicule biliaire dans le service, cela implique la participation des différents spécialistes du cancer de la vésicule biliaire, la première étape sera la présentation de ces résultats devant un jury multidisciplinaire lors de la soutenance.

Etant basée sur une méthodologie référencée, cet audit devrait être reproduit au niveau de plusieurs centres hospitaliers, ce qui aidera à améliorer la prise en charge sur une plus grande échelle.

Enfin, le cancer de la vésicule biliaire, représente une entité pathologique particulière par son mauvais pronostic et évolution naturelle, la recherche scientifique sur ce sujet est riche et promet de nouvelles perspectives thérapeutiques.



Appendice



Annexe 1 : Stades TNM (édition 2017) des cancers de la vésicule biliaire [5]

(CIS = carcinome in situ)

T	
Tx	Evaluation impossible
T0	Absence de tumeur primitive
Tis	Dysplasie de grade élevée ou CIS
T1	Tumeur ayant envahi moins de 5 mm de profondeur de la paroi de la vésicule biliaire
T2	Tumeur ayant envahi entre 5 et 12 mm de profondeur de la paroi de la vésicule biliaire
T3	Tumeur ayant envahi plus de 12 mm de profondeur de la paroi de la vésicule biliaire
T4	Atteinte artérielle (tronc cœliaque et/ou artère hépatique commune et/ou artère mésentérique supérieure)
N	
Nx	Atteinte ganglionnaire non évaluable
N0	Pas de métastase ganglionnaire
N1	Envahissement de 1 à 3 ganglions régionaux
N2	Envahissement > ou = 4 ganglions régionaux
M	
M0	Absence de métastase à distance
M1	Présence d'une ou plusieurs métastases à distance

- L'évaluation des grandes fonctions vitales et comorbidités est appréciée par le score **ASA** de l'association américaine d'anesthésie :

ASA 1 : Patient en bon état de santé sans atteinte physiologique, organique, psychique ou biochimique.

ASA 2 : Atteinte systémique modérée, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction.

ASA 3 : Atteinte systémique sévère ne menaçant pas le pronostic vital.

ASA 4 : Atteinte systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital.

ASA 5 : Patient moribond avec pronostic vital engagé dans l'immédiat et espérance de vie ne dépasse pas les 24h.

ASA 6 : État de mort cérébrale.

- Le score **OMS** (indice de performance OMS) permet une stadification de l'activité physique du patient, il comprend 5 stades :

OMS 0 : Patient dont l'activité est identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction.

OMS 1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

OMS 2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler.
Alité

OMS 3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou assis > 50 % du temps.

OMS 4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou assis en permanence.

Annexe 2 : Formulaire conçu par Google-Form pour la collecte des données :

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Identification :

Rang hépatectomie :

Votre réponse

Numéro du dossier médical :

Votre réponse

Sous Groupe :

Patient(s) avec découverte sur pièce de cholécystectomie

Patient(s) avec suspicion sur données d'imagerie

Suivant

Évaluation pré-opératoire

Q1 : Le patient a-t-il été examiné en consultation de chirurgie ?

(Donnée source : Dossier médical)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

Q2 : Le patient avait-t-il un compte rendu opératoire et anatomopathologique dans le dossier médical ?

(Donnée source : Dossier médical)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non Applicable

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q3 : Est-ce que le compte rendu anatomopathologique a précisé le stade TNM ?
(Si la réponse à Q2a est non, cocher non applicable)

(Donnée source : CR anapath)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q4 : Le patient a-t-il eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avant la chirurgie ?

(Donnée source : CR TDM)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q5 : Le patient a-t-il eu une TDM abdomino-pelvienne multiphasique datant de moins de deux mois avant la chirurgie ? (Si la réponse à Q3a est non, cocher non applicable)

(Donnée source : CR TDM)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q6 : Le patient a-t-il eu une TDM thoracique avec ou sans contraste avant la chirurgie ?

(Donnée source : CR TDM)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q7 : Le patient a-t-il eu une TDM thoracique avec ou sans contraste datant de moins de deux mois avant la chirurgie ? (Si la réponse à Q4a est non, cocher non applicable).

(Donnée source : CR TDM)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q8 : Le patient a-t-il eu une TDM de Volumétrie hépatique ?

(Donnée source : CR TDM)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non Applicable

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q9 : Le patient a-t-il eu une cholangio IRM ?

(Donnée source : CR IRM)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q10 : Est ce qu' un dosage des marqueurs tumoraux (ACE et/ou CA19-9) a été fait chez ce patient ?

(Donnée source : Dossier médical)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q11 : Est ce qu'une évaluation de la fonction hépatique par dosage du TP ET/OU INR et Bilirubine Totale a été faite ?

(Donnée source : Dossier médical)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

Q12 : Est ce qu'une stadification par la Classification TNM des cancers de la vésicule biliaire (canal cystique inclus) a été faite ? (Au minimum le stade T)

(Donnée source : CR TDM)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q13 : Est ce que le dossier médical de ce patient a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire pré-thérapeutique ?

(Donnée source : CR RCP)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

Q14 : Est ce que la décision thérapeutique en RCP a été respectée ? (Si la réponse à la question 10 est non, cocher non applicable)

(Donnée source : Dossier médical)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Prise en charge Chirurgicale :

Q15 : Le patient a-t-il eu une laparoscopie exploratrice ?

(Donnée source : CR TDM/CR Cœlioscopie)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q16 : Est-ce qu'une hépatectomie a été indiquée pour Tumeur >T1a et/ou N+ ?

(Donnée source : CR RCP)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q17 : Est ce qu'une cholécystectomie avec un examen anatomopathologique extemporané avant la résection hépatique ont été réalisés ?

(Donnée source : CR Opératoire/ CR Anapath)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q18 : Est ce qu'un curage ganglionnaire a été réalisé ?

(Donnée source : CR Opératoire)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q19 : Est ce qu'un examen histologique extemporané des tranches de section biliaire a été réalisé ?

(Donnée source : CR Opérateur)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q20 : Est ce qu'une résection de la voie biliaire a été réalisée en cas d'atteinte du canal cystique ?

(Donnée source : CR Opérateur)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Q21 : Le patient a-t-il eu une confirmation histologique définitive ?

(Donnée source : CR Anapath)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

Retour

Suivant

(ACE = antigène carcino embryonnaire ; CA = carbohydrate antigène ; CR = compte rendu ; INR = international normalized ratio ; IRM = imagerie par résonance magnétique ; RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire ; TDM = tomodensitométrie ; TP = taux de prothrombine).

Prise en charge post-opératoire :

Q22 : Est ce que le dossier médical a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire postopératoire ?

(Donnée source : Dossier médical)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non applicable

Q23 : Est ce qu'une chimiothérapie adjuvante a été indiquée ?

(Donnée source : CR RCP)

- Oui
- Non
- Donnée manquante

Q24 : Est ce qu'une chimiothérapie adjuvante a été faite ?

(Donnée source : Dossier médical)

- Oui
- Non
- Donnée manquante
- Non Applicable

[Retour](#)

[Envoyer](#)



Résumés



RÉSUMÉ

Titre: Audit de la prise en charge péri opératoire des cancers de la vésicule biliaire au niveau de l'institut national d'oncologie.

Auteur: Zakaria El Hernoussi

Rapporteur: Pr Amine Benkabbou

Mots-clés: Audit, Mesure de la qualité, cancer de la vésicule biliaire.

Type d'étude: Etude descriptive type audit

Lieu et contexte: L'étude a été réalisé au niveau du service de chirurgie oncologique digestive à l'institut national d'oncologie de Rabat, elle s'étale sur une période de deux ans (depuis janvier 2018).

Objectifs: Evaluer la qualité des soins en comparant la prise en charge péri opératoire faite au niveau du service avec les recommandations références du TNCD.

Méthodes: la méthodologie adoptée est conforme au référence de bonne pratique pour un audit clinique.

Les données péri opératoires ont été recueillies et comparées aux recommandations du TNCD, une adhérence totale aux références étaient attendues.

Résultats: Le cancer a été découvert sur pièce de cholécystectomie chez 15 patients 78.9%, le cancer a été suspecté sur données d'imagerie chez les 4 patients restants. Pour la prise en charge préopératoire, 94.7% ont eu une TDM abdomino pelvienne, 89.5% ont eu une TDM thoracique, pour les patients cholécystectomisés, 66.6% avaient un compte rendu anatomopathologique et opératoire dans le dossier médical, 57.9% ont eu un dosage des marqueurs tumoraux.

Aucun patient n'a eu un examen anatomopathologique, le curage ganglionnaire a été réalisé chez 94.7% des patients, la résection de la voie biliaire principale a été faite chez tous les patients avec atteinte du canal cystique.

En postopératoire, 17 patients ont eu une confirmation histologique définitive (89.5%), la chimiothérapie post-op a été indiqué chez 12 patients sur 17 (70.5%).

Conclusion: Ce travail a pour objectif d'identifier les différents points à améliorer dans la prise en charge péri opératoire, complétant ainsi les étapes d'un audit clinique.

ABSTRACT

Title: Audit of perioperative management of gallbladder cancer at the level of the National Institute of Oncology.

Author: Zakaria El Hernoussi

Reporter: Pr Amine Benkabbou

Keywords: Audit, Quality measurement, gallbladder cancer.

Type of study: Audit-type descriptive study

Location and context: The study was carried out at the digestive oncological surgery department at the national oncology institute in Rabat, it concerns all patients who had a hepatectomy for curative purposes for gallbladder cancer for a period of two years (since January 2018).

Objectives: the main purpose is to assess the quality of care by comparing the perioperative care provided at the service level with the reference recommendations of the « TNCD ».

Methods: the methodology adopted complies with the reference of good practice for a clinical audit.

Perioperative data were collected and compared to TNCD recommendations, full adherence to references was expected.

Results: Cancer was discovered on cholecystectomy specimens in 15 patients 78.9 and was suspected on image data in the 4 remaining patients. For preoperative, 94.7% had abdominal pelvic CT, 89.5% had thoracic CT, for patients with cholecystectomy, 66.6% had an anatomopathological and operative report in the medical record, 57.9% had an assay for tumor markers.

It was recorded that no patient had an extemporaneous anatomopathological examination when the cancer is suspected on the basis of imaging data, lymph node dissection was performed in 94.7 % of patients, resection of the main bile duct was performed in all patients with cystic duct involvement.

Postoperatively, 17 patients had definitive histological confirmation (89.5%), post-op chemotherapy was indicated in 12 out of 17 patients (70.5%).

Conclusion: The objective of this work is to identify the various points for improvement in perioperative management to complete the steps of a clinical audit.

ملخص

العنوان: مراجعة التدبير الجراحي لمعالجة سرطان المرارة على مستوى المعهد الوطني للأورام بالرباط

المؤلف: زكرياء الهرنوسي

تحت إشراف: أستاذ أمين بن قيو

الكلمات الرئيسية: التدقيق ، قياس الجودة ، سرطان المرارة

نوع الدراسة: دراسة وصفية من نوع مراجعة

الموقع والسياق: أجريت الدراسة على مستوى قسم جراحة أورام الجهاز الهضمي بالمعهد الوطني للأورام

بالرباط ، على مدار عامين (منذ يناير / كانون الثاني. 2018).

الأهداف: تقييم جودة الرعاية من خلال مقارنة العلاج المقدم على مستوى الخدمة مع التوصيات المرجعية

للمكنز الوطني لأورام الجهاز الهضمي.

المنهج: تتوافق المنهجية المعتمدة مع مرجع الممارسة الجيدة للتدقيق والبحث السريري. تم جمع البيانات

المحيطة بالجراحة ومقارنتها بالتوصيات الفرنسية ، كان من المتوقع الالتزام الكامل بالمراجع.

النتائج: تم اكتشاف السرطان في عينة استئصال المرارة لذا 15 مريضاً، حيث يشكلون % 78.9 من مجموع

المرضى، و قد كان يشتبه السرطان في بيانات الصورة عند المرضى الأربعة المتبقين. عند الإدارة قبل الجراحة

تمت رؤية % 100 من المرضى في استشارة جراحية ، % 94.7 كان لديهم تصوير مقطعي على البطن ، % 89.5

كان لديهم تصوير مقطعي صدري ، للمرضى الذين تم استئصال المرارة ، % 66.6 لديهم تقرير تشريح وجراحة

في السجل الطبي ، % 57.9 لديهم فحص المؤشرات البيولوجية للورم.

تم تسجيل أنه لم يخضع أي مريض للفحص التشريحي المرضي الخارجي عند الاشتباه بالسرطان على أساس

بيانات التصوير ، تم إجراء تشريح و استئصال العقد الليمفاوية عند % 94.7 من المرضى كما تم إجراء عملية

استئصال القناة الصفراوية لجميع المرضى الذين يعانون من إصابة القناة الكيسية.

بعد العملية الجراحية ، كان لدى 17 مريضاً تأكيداً نسيجياً نهائياً (% 89.5)، وتمت الإشارة إلى العلاج

الكيميائي بعد العملية عند 12 مريضاً من أصل) 17 (%. 70.5

- **خاتمة:** الهدف من هذا العمل هو تحديد النقاط المختلفة للتحسين في المنهج العلاجي بالجراحة، وبالتالي

استكمال خطوات التدقيق السريري.



Bibliographie



- [1]. Randi G, Malvezzi M, Levi F, Ferlay J, Negri E, Franceschi S, et al. Epidemiology of biliary tract cancers: an update. *Ann Oncol* [Internet]. 2009 Jan;20(1):146–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdn533>
- [2]. Wistuba II, Gazdar AF. Gallbladder cancer: lessons from a rare tumour. *Nat Rev Cancer* [Internet]. 2004 Sep;4(9):695–706. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrc1429>
- [3]. Lazcano-Ponce EC, Miquel JF, Muñoz N, Herrero R, Ferrecio C, Wistuba II, et al. Epidemiology and molecular pathology of gllbladder cancer. *CA Cancer JClin* [Internet]. 2001 Nov;51(6):349–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.3322/canjclin.51.6.349>
- [4]. User S. Référentiels Marocains de Chirurgie Cancérologique Digestive - Chirurgie des cancers de la vésicule biliaire [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 5]. Available from: <http://www.somachir.com/index.php/referentiels-2/11-referentiels/articles-pdf/29-referentiels-marocains-de-chirurgie-cancerologique-digestive-chirurgie-des-cancers-de-la-vesicule-biliaire>
- [5]. RandiG, FranceschiS, La Vecchia C. Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int J Cancer* [Internet]. 2006 Apr 1;118(7):1591–602. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.21683>
- [6]. Lésions précancéreuses de la vésicule biliaire. *J Chir* [Internet]. 2007 Aug 1 [cited 2021 May 9];144(4):278–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0021-7697\(07\)91953-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0021-7697(07)91953-5)

- [7]. Matsukura N, Yokomuro S, Yamada S, Tajiri T, Sundo T, Hadama T, et al. Association between *Helicobacter bilis* in bile and biliary tract malignancies: *H. bilis* in bile from Japanese and Thai patients with benign and malignant diseases in the biliary tract. *Jpn J Cancer Res* [Internet]. 2002 Jul;93(7):842–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1349-7006.2002.tb01327.x>
- [8]. Shaib Y, El-Serag HB. The epidemiology of cholangiocarcinoma. *Semin Liver Dis* [Internet]. 2004 May;24(2):115–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2004-828889>
- [9]. Park JY, Hong SP, Kim YJ, Kim HJ, Kim HM, Cho JH, et al. Long-term follow up of gallbladder polyps. *J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2009 Feb;24(2):219–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1746.2008.05689.x>
- [10]. Konstantinidis IT, Deshpande V, Genevay M, Berger D, Fernandez-del Castillo C, Tanabe KK, et al. Trends in presentation and survival for gallbladder cancer during a period of more than 4 decades: a single-institution experience. *Arch Surg* [Internet]. 2009 May;144(5):441–7; discussion 447. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2009.46>
- [11]. Duffy A, Capanu M, Abou-Alfa GK, Huitzil D, Jarnagin W, Fong Y, et al. Gallbladder cancer (GBC): 10-year experience at Memorial-Sloan-Kettering-Cancer-Centre (MSKCC). *J Surg Oncol* [Internet]. 2008 Dec 1;98(7):485–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jso.21141>

- [12]. Lepage C, Cottet V, Chauvenet M, Phelip J-M, Bedenne L, Faivre J, et al. Trends in the incidence and management of biliary tract cancer: a French population-based study. *J Hepatol* [Internet]. 2011 Feb;54(2):306–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2010.06.039>
- [13]. Goetze TO. Gallbladder carcinoma: Prognostic factors and therapeutic options. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2015 Nov 21;21(43):12211–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i43.12211>
- [14]. 8. Cancer des voies biliaires [Internet]. [cited 2021 Mar 26]. Available from: <https://www.snfge.org/content/8-cancer-des-voies-biliaires>
- [15]. Burgess R. *New Principles of Best Practice in Clinical Audit* [Internet]. Radcliffe Publishing; 2011. 198 p. Available from: https://books.google.com/books/about/New_Principles_of_Best_Practice_in_Clini.html?hl=&id=DKDu7nkSVUwC
- [16]. Houssaini K, Majbar MA, Souadka A, Lahnaoui O, El Ahmadi B, Ghannam A, et al. Liver resection safety in a developing country: Analysis of a collective learning curve. *J Visc Surg* [Internet]. 2021 Mar 17; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2021.02.006>
- [17]. Houssaini K, Lahnaoui O, Souadka A, Majbar MA, Ghannam A, El Ahmadi B, et al. Correction to: Contributing-factors to severe complications after liver resection: an aggregate root-cause-analysis in 105 consecutive patients. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2020 Nov 12;14(1):41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13037-020-00268-0>

- [18]. Khaoudy I, Farges O, Boleslawski E, Vibert E, Soubrane O, Adham M, et al. Half of Postoperative Deaths After Hepatectomy may be Preventable: A Root-cause Analysis of a Prospective Multicenter Cohort Study. *Ann Surg* [Internet]. 2018 Nov;268(5):792–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000002837>
- [19]. Venniyoor A. Cholesterol gallstones and cancer of gallbladder (CAGB): molecular links. *Med Hypotheses* [Internet]. 2008;70(3):646–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2007.06.040>
- [20]. Tashiro S, Konno T, Mochinaga M, Nakakuma K, Murata E, Yokoyama I. Treatment of carcinoma of the gallbladder in Japan. *Jpn J Surg* [Internet]. 1982;12(2):98–104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02469375>
- [21]. Chow WH, Johansen C, Gridley G, Mellekjaer L, Olsen JH, Fraumeni JF Jr. Gallstones, cholecystectomy and risk of cancers of the liver, biliary tract and pancreas. *Br J Cancer* [Internet]. 1999 Feb;79(3-4):640–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6690101>
- [22]. Romano F, Franciosi C, Caprotti R, De Fina S, Porta G, Visintini G, et al. Laparoscopic cholecystectomy and unsuspected gallbladder cancer. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2001 Apr;27(3):225–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/ejso.2000.1036>
- [23]. Ka I, Faye M, Diop PS, Faye ABNAC, Ndoeye JM, Fall B. [Clinical, epidemiological and therapeutic features of biliary tract cancers: about 20 cases]. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2018 Jan 4;29:13. Available from: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2018.29.13.9922>

- [24]. Kiran RP, Pokala N, Dudrick SJ. Incidence pattern and survival for gallbladder cancer over three decades--an analysis of 10301 patients. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2007 Feb;14(2):827–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-006-9224-4>
- [25]. Zaidi Z, Abdellouche D, DjemaDjazia A, Laouamri S, Mahnane A, Hamdi Cherif M. Épidémiologie du cancer des voies biliaires en Algérie [Internet]. Vol. 15, *Cancer/Radiothérapie*. 2011. p. 632–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2011.07.202>
- [26]. Manfredi S, Benhamiche AM, Isambert N, Prost P, Jouve JL, Faivre J. Trends in incidence and management of gallbladder carcinoma: a population-based study in France. *Cancer* [Internet]. 2000 Aug 15;89(4):757–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(20000815\)89:4<757::aid-cncr6>3.0.co;2-h](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(20000815)89:4<757::aid-cncr6>3.0.co;2-h)
- [27]. Goetze TO, Paolucci V. Use of Retrieval-Bags in Incidental Gallbladder Cancer Cases [Internet]. Vol. 33, *World Journal of Surgery*. 2009. p. 2161–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-009-0163-7>
- [28]. Aloia TA, Járufe N, Javle M, Maithel SK, Roa JC, Adsay V, et al. Gallbladder cancer: expert consensus statement. *HPB* [Internet]. 2015 Aug;17(8):681–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/hpb.12444>
- [29]. Ruys AT, van Beem BE, Engelbrecht MRW, Bipat S, Stoker J, Van Gulik TM. Radiological staging in patients with hilar cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Br J Radiol* [Internet]. 2012 Sep;85(1017):1255–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1259/bjr/88405305>

- [30]. Romagnuolo J, Bardou M, Rahme E, Joseph L, Reinhold C, Barkun AN. Magnetic Resonance Cholangiopancreatography [Internet]. Vol. 139, *Annals of Internal Medicine*. 2003. p. 547. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-139-7-200310070-00006>
- [31]. Lopera JE, Soto JA, Múnera F. Malignant hilar and perihilar biliary obstruction: use of MR cholangiography to define the extent of biliary ductal involvement and plan percutaneous interventions. *Radiology* [Internet]. 2001 Jul;220(1):90–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1148/radiology.220.1.r01j13990>
- [32]. Levy C, Lymp J, Angulo P, Gores GJ, Larusso N, Lindor KD. The value of serum CA 19-9 in predicting cholangiocarcinomas in patients with primary sclerosing cholangitis. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2005 Sep;50(9):1734–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-005-2927-8>
- [33]. Qiu Y, He J, Chen X, Huang P, Hu K, Yan H. The diagnostic value of five serum tumor markers for patients with cholangiocarcinoma. *Clin Chim Acta* [Internet]. 2018 May;480:186–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cca.2018.02.008>
- [34]. Wang Y-F, Feng F-L, Zhao X-H, Ye Z-X, Zeng H-P, Li Z, et al. Combined detection tumor markers for diagnosis and prognosis of gallbladder cancer. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2014 Apr 14;20(14):4085–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i14.4085>
- [35]. Solé G. [Multidisciplinary Concertation Meetings (RCP): objectives and operating procedures]. *Med Sci* [Internet]. 2018 Nov;34 Hors série n°2:23–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/201834s207>

- [36]. Weber SM, DeMatteo RP, Fong Y, Blumgart LH, Jarnagin WR. Staging laparoscopy in patients with extrahepatic biliary carcinoma. Analysis of 100 patients. *Ann Surg* [Internet]. 2002 Mar;235(3):392–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00000658-200203000-00011>
- [37]. Agrawal S, Sonawane RN, Behari A, Kumar A, Sikora SS, Saxena R, et al. Laparoscopic staging in gallbladder cancer. *Dig Surg* [Internet]. 2005;22(6):440–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000091447>
- [38]. Hickman L, Contreras C. Gallbladder Cancer: Diagnosis, Surgical Management, and Adjuvant Therapies. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2019 Apr ;99(2):337–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2018.12.008>
- [39]. Chiche L, Metairie S. [Fortuitous discovery of gallbladder cancer]. *J Chir* [Internet]. 2001 Dec;138(6):336–41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11912682>
- [40]. Fuks D, Regimbeau J-M. Place de la cœlioscopie exploratrice en cancérologie hépatobiliaire [Internet]. Vol. 145, *Journal de Chirurgie*. 2008. p. 16–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0021-7697\(08\)70283-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0021-7697(08)70283-7)
- [41]. Sikora-SS, Singh-RK. Surgical-strategies in patients with gallbladder cancer: nihilism to optimism. *J Surg Oncol* [Internet]. 2006 Jun 15;93(8):670–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jso.20535>
- [42]. Website [Internet]. [cited 2021 Mar 26]. Available from: NCCN2019 : https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hepatobiliary.pdf

- [43]. Dixon E, Vollmer CM Jr, Sahajpal A, Cattral M, Grant D, Doig C, et al. An aggressive surgical approach leads to improved survival in patients with gallbladder cancer: a 12year study at a North American Center. *Ann Surg* [Internet]. 2005 Mar;241(3):385–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000154118.07704.ef>
- [44]. Endo I, Shimada H, Tanabe M, Fujii Y, Takeda K, Morioka D, et al. Prognostic significance of the number of positive lymph nodes in gallbladder cancer. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2006 Jul;10(7):999–1007. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gassur.2006.03.006>
- [45]. Primrose-JN, Fox-RP, Palmer-DH, Malik-HZ, Prasad-R, Mirza D, et al. Capecitabine compared with observation in resected biliary tract cancer (BILCAP): a randomised, controlled, multicentre, phase 3 study. *Lancet Oncol* [Internet]. 2019 May;20(5):663–73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147020451830915X>

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقر اط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - وأبأن أأحترم أساتذتي وأأعترف لهم بأجميل الذي يستحقونه.
 - وأبأن أأمارس مهنتي بأوانع من ضميري وبأشرف في أأعلا صحة مرأضي هدي في الأأول.
 - وأبأن لأأفشي الأأسرار المعهودة إلي.
 - وأبأن أأحافظ بأكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - وأبأن أأعتبر سائر الأأطباء إأخوة لي.
 - وأبأن أأقوم بأواجبي نحو مرضاي بأدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو إجتماعي.
 - وأبأن أأحافظ بأكل أأحزم على أأحترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - وأبأن أستعمل معلوماتي الطبية بأطرق يبأضر بأحقوق الإنسان مهما لأقوت من تهديد.
 - وأبأن بكل هذا أتعهد عن كامل أأختيار ومقسما بأشرفي.
- والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 246

سنة : 2021

مراجعة التدبير الجراحي لمعالجة سرطان المرارة على مستوى المعهد الوطني للأورام بالرباط

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف

السيد زكرياء الهرنوسي

المزاداد في 19 يونيو 1993 بالصويرة

طبيب داخلي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : التدقيق؛ قياس الجودة؛ سرطان المرارة

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد رؤوف محسن أستاذ في الجراحة العامة
مشرف	السيد أمين بنقبو أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد محمد أنس مجبار أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد صابر بوطيب أستاذ في علم الأورام