



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 185

## Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie thoracique

### THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 01/06/2023

PAR

**Mme. ELghazouani Maroua**

Née Le 04/04/1997 à OUAOUIZERTH

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

### MOTS-CLÉS

Délai - consultation - Diagnostic - traitement - chirurgie - retard - déterminants.

### JURY

Mr. **A.BENJELLOUN HARZIMI**

Professeur de Pneumologie.

PRÉSIDENT

Mr. **A.ARSALANE**

Professeur de Chirurgie thoracique.

RAPPORTEUR

Mr. **H.JANAH**

Professeur de Pneumologie.

JUGES

Mr. **R.SIRBOU**

Professeur en médecine d'urgence.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ  
وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ (11)

سورة المجادلة



## **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.*

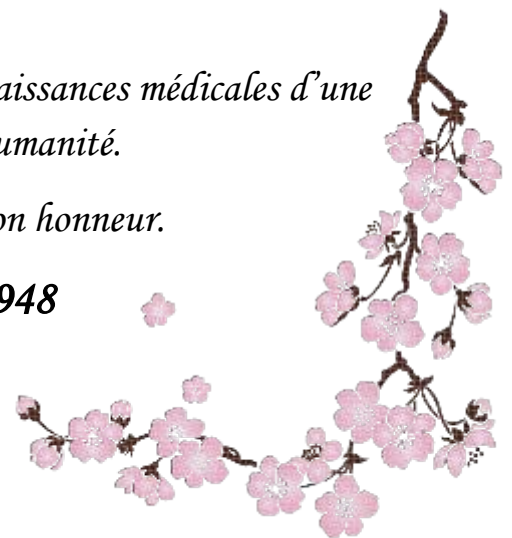
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





# LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD

# FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

## ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

## Professeurs de l'Enseignement Supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ATMANE El Mehdi	Radiologie
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	BASRAOUI Dounia	Radiologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	BEN DRISS Laila	Cardiologie
ADMOU Brahim	Immunologie	BENALI Abdeslam	Psychiatrie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	BENJILALI Laila	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie obstétrique

AMAL Said	Dermatologie	BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio–vasculaire
AMMAR Haddou	Oto–rhino–laryngologie	BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	BOURROUS Monir	Pédiatrie

ANIBA Khalid	Neurochirurgie	BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie–virologie	BSISS Mohammed Aziz	Biophysique
ASMOUKI Hamid	Gynécologie–obstétrique	CHAFIK Rachid	Traumato–orthopédie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie–embryologie cytogénétique
CHELLAK Saliha	Biochimie–chimie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	JALAL Hicham	Radiologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	KADDOURI Said	Médecine interne
CHRAA Mohamed	Physiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
DAHAMI Zakaria	Urologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie–réanimation
DAROUASSI Youssef	Oto–rhino–laryngologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie–réanimation	KISSANI Najib	Neurologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	KRATI Khadija	Gastro–entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métabolique	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio–vasculaire	LAOUAD Inass	Néphrologie
EL HAOURY Hanane	Traumato–orthopédie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie–générale
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	MADHAR Si Mohamed	Traumato–orthopédie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie–virologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

EL KARIMI Saloua	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	MOUFID Kamal	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
FADILI Wafaa	Néphrologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
GHANNANE Houssine	Neurochirurgie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
GHOUNDALE Omar	Urologie	OUBAHA Sofia	Physiologie

HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie	QACIF Hassan	Médecine interne
HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie réanimation
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
RADA Noureddine	Pédiatrie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
RAIS Hanane	Anatomie Pathologique	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
SARF Ismail	Urologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
SORAA Nabila	Microbiologie-virologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique	ZYANI Mohammad	Médecine interne

TASSI Noura	Maladies infectieuses		
-------------	-----------------------	--	--

### Professeurs Habilités (PH)

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique		
GEBRATI Lhoucine	Chimie		
LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDEFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAMMOUNE Nabil	Radiologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie-orthopédie
BAKZAZA Oualid	Chirurgie Vasculaire périphérique	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
BELLASRI Salah	Radiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie-pathologique
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire



FENANE Hicham	Chirurgie thoracique		
---------------	----------------------	--	--

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	DAMI Abdallah	Médecine Légale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	DARFAOUI Mouna	Radiothérapie
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	DOULHOUSNE Hassan	Radiologie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
AIT LHAJ El Houssaine	Ophthalmologie	EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	EL HAMD AOUI Omar	Toxicologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
AZIZI Mounia	Néphrologie	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
BELARBI Marouane	Néphrologie	EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	ESSAFTI Meryem	Anesthésie-réanimation
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie	FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	IDALENE Malika	Maladies infectieuses

JEHRANE Ilham	Pharmacologie	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgie générale
---------------	---------------	---------------------------	--------------------

KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
LACHHAB Zineb	Pharmacognosie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
LAHMINI Widad	Pédiatrie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
LAKHDAR Youssef	Oto-rhino-laryngologie	SAYAGH Sanae	Hématologie
LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie	SBAI Asma	Informatique
LGHABI Majida	Médecine du Travail	SLIOUI Badr	Radiologie
MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques	WARDA Karima	Microbiologie
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
NASSIH Houda	Pédiatrie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
RACHIDI Hind	Anatomie pathologique	ZOUITA Btissam	Radiologie
RAFI Sana	Endocrinologie et maladies métaboliques		

**LISTE ARRETEE LE 03/04/2023**



# DEDICACES



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent  
du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par  
qui nos âmes sont fleuries »  
Marcel Proust.*



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...  
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,  
L'amour, Le respect, la reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que  
... Je dédie cette Thèse...*

*Tout d'abord à ALLAH*



*AU GRAND ALLAH, TOUT PUISSANT EN SIGNE DE MA FOI ET MA  
GRATITUDE*

*LOUANGE A ALLAH TOUT PUISSANT, QUI M'A PERMIS  
DE VOIR CE JOUR TANT ATTENDU.*

*LE TOUT PUISSANT ET MISERICORDIEUX, QUI M'A DONNE LA FORCE ET LA PA-  
TIENCE D'ACCOMPLIR CE MODESTE TRAVAIL.*

*QUI M'A INSPIRE ET GUIDE DANS LE BON CHEMIN, JE LUI DOIS CE QUE JE SUIS  
DEVENUE.*

*LOUANGES ET REMERCIEMENTS POUR SA CLEMENCE ET SA MISERICORDE.*

*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude.*

**A MES PARENTS, LES ÊTRES LES PLUS CHÈRS,**

*Je vous remercie pour tous les sacrifices et le soutien que vous m'avez apporté pendant mes années d'études. J'espère que vous serez fiers de moi*

**A MA CHÈRE MÈRE : Maria Maragh**

*A la personne qui m'a tout donné sans compter.  
Aucun hommage ne saurait transmettre à ta juste valeur,  
l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.  
Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens  
médecin.*

*Tu as su me hisser vers le haut durant les moments  
difficiles de ce long parcours d'études ; et me montrer que la  
persévérance et la patience sont les clés pour affronter tous  
dans la vie.*

*Si j'en suis arrivée là, ce n'est que grâce à toi ma maman  
adorée. Une vie entière ne suffirait à te rendre cet amour et  
dévotion.*

*Tu es la lanterne qui éclaire ma voie.*

*Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une  
reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont  
j'ai la fierté d'être la fille. Longue vie à toi maman.*

*Je t'aime très fort.*

*A MON ADORABLE PÈRE : Mustapha El Ghazouani*

*Merci, mon cher père, de m'avoir accompagné dans les plus beaux moments comme dans les plus douloureux.*

*Merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venu de toi.*

*Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini.*

*Que Dieu tout puissant te garde et te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau qui illumine mon chemin.*

*Je t'aime.*

*À mon très cher mari*

*Je te remercie pour ton amour inconditionnel, ton soutien constant et ta présence réconfortante. Tu m'as aidé à traverser les moments difficiles et tu m'as encouragé à poursuivre mes rêves. Tu as toujours été là pour moi, pour écouter mes inquiétudes et mes préoccupations, et pour me donner des conseils avisés*

*A ma chère sœur Nouhaïla*

*Tu es ma meilleure amie, Malgré la distance qui nous sépare, tu as toujours été présente à mes côtés pour me soutenir et m'encourager quand il le fallait, et pour me consoler quand j'en avais besoin. Par ton sens de l'humour, tu as su me redonner le sourire dans les moments les plus douloureux. Ta présence est source de confort et de protection, mais surtout de bonheur et de joie. Les mots me manquent pour t'exprimer à quel point je suis fière de toi. La petite sœur que j'admire pour son intelligence, sa compétence, son courage, et sa persévérance, mais aussi pour son sens des valeurs : sa bonté, son humilité, son honnêteté et sa loyauté. A ma très chère sœur nouhaïla Je t'adore !*

### *A mon petit frère Nizar*

*Tu es et tu seras toujours mon petit frère bien aimé, malgré la faible différence d'âge entre nous. Tu seras toujours mon partenaire de bêtises, on s'est beaucoup disputé, on s'est beaucoup chamaillé, mais mon enfance n'aurait pas été la même sans ta présence. Je suis fière de te voir devenir l'homme que tu es et je te souhaite tout le bonheur du monde.*

### *A ma chère tante hafida bouzid et sa famille*

*Merci pour votre présence tout au long de mon parcours. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez quotidiennement et votre bonté exceptionnelle. Que Dieu le Tout Puissant vous garde et vous procure santé et bonheur*

### *A mon âme sœur sara elibourki*

*Tu es pour moi plus qu'une amie, je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments d'amour que je te porte. Tu étais toujours présente pour me soutenir, m'écouter et me gâter, tu m'as beaucoup aidée, je t'en serai toujours reconnaissante.*

### *A mes amours sara jarmouni, elbatoul elbyouzi*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail en vous souhaitant une vie pleine de bonheur et de prospérité et un avenir plein de succès et d'accomplissement. Je vous aime!!*



*A mes deux frères : Marouane khafif et khalil karim*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.*

*A mes chers professeurs Lahcen Oudad et Mustapha Faouzi :*

*En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, le respect que je porte à votre égard et sois la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous honorer. Tous mes vœux de bonheur et de santé.*

*À tous mes amies et collègues,*

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur et de réussite.*

*Aux personnes que j'ai côtoyées au cours de mon parcours médical dans les différents services sans distinction.*

*A El ghazouani Maroua (moi-même),*

*Merci d'avoir tenu le coup, d'avoir sacrifiée et surtout de ta patience. Tu es une guerrière.*

*A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.*

*Merci d'avoir été là pour moi.*



# REMERCIEMENTS



*J'ai longuement hésité à choisir des mots dont la sémantique se hisse au niveau des sentiments de remerciement, de reconnaissance et de gratitude que je désire exprimer à votre intention. Ayez l'amabilité, vous prie-je, de combler ces mots de leur sens le plus fort et le plus profond.*

**A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE, MONSIEUR LE PROFESSEUR « ADIL ARSALANE », PROFESSEUR EN CHIRURGIE THORACIQUE.**

*Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger mon travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'une grande aide. Je vous remercie pour votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps, et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. J'ai été très touché par votre disponibilité et par le réconfort que vous m'avez apporté lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.*

**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE, MONSIEUR LE PROFESSEUR « BENJELLOUN HARZIMI AMINE », PROFESSEUR EN PNEUMOLOGIE**

*Je vous remercie infiniment, cher maître, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger et présider le jury de cette thèse. Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants nous inspirent une grande admiration et un profond respect. Veuillez trouver ici, cher maître, le témoignage de ma grande estime. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus haute estime.*

**A MON MAITRE ET JUGE DE THESE, MONSIEUR LE PROFESSEUR «  
HICHAM JANNAH », PROFESSEUR EN PNEUMOLOGIE**

*Je suis très privilégié de vous avoir comme juge. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'évaluer mon travail et de statuer sur mon mérite à porter le titre de Docteur en médecine représente pour moi un honneur insigne. Veuillez accepter l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués. Je rends hommage à votre grand sens du professionnalisme, à votre méticulosité dans votre travail, à votre disponibilité, ainsi qu'à vos qualités humaines qui font votre réputation. Permettez-moi de vous exprimer mes sincères remerciements.*

**A MON MAITRE ET JUGE DE THESE, MONSIEUR LE PROFESSEUR «  
RACHID SIRBOU », PROFESSEUR EN MEDECINE D'URGENCES ET DE  
CATASTROPHE**

*Je vous remercie pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre dévouement professionnel qui font de vous un praticien émérite. Je suis très reconnaissante envers vous pour la courtoisie dont vous avez fait preuve en recevant cette thèse, et pour l'honneur que vous m'avez fait de faire partie de ce jury. Que ce travail soit, cher maître, le témoignage de mon grand respect et de ma plus haute considération.*

*A tous les enseignants de la FMPM*

*Avec ma reconnaissance et ma haute considération.*



**LISTE DES FIGURES**



# Liste des tableaux

- Tableau I: Répartition selon les antécédents des patients.
- Tableau II: Les différents types des pathologies tumorales.
- Tableau III: Les différents types des urgences.
- Tableau IV: Les différents types des maladies infectieuses.
- Tableau V: Les différents types des maladies inflammatoires.
- Tableau VI: Les différents types des autres pathologies traitées en chirurgie thoracique.
- Tableau VII: Description de l'intervention chirurgicale prodiguée au profit de la population d'étude.
- Tableau VIII : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques sociodémographiques.
- Tableau IX : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des antécédents.
- Tableau X : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques cliniques.
- Tableau XI: Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques sociodémographiques.
- Tableau XII : Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des antécédents.
- Tableau XIII: Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques cliniques.
- Tableau XIV : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des caractéristiques sociodémographiques.
- Tableau XV : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des antécédents.
- Tableau XVI: Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des caractéristiques cliniques.

- Tableau XVII: Répartition de délai total D4 en fonction des caractéristiques sociodémographiques.
- Tableau XVIII : Répartition de délai total D4 en fonction des antécédents.
- Tableau XIX : Répartition de délai total D4 en fonction des caractéristiques cliniques.
- Tableau XX: tableau récapitulatif des différents délais dans la prise en charge.
- Tableau XXI : Comparaison des séries selon l'âge moyen pour les pathologies thyroïdiennes non tumorales.
- Tableau XXII : Comparaison des séries selon l'âge moyen pour les cancers pulmonaires.
- Tableau XXIII: Comparaison des série selon la prédominance sexuelle et le sex-ratio.
- Tableau XXIV: Comparaison des séries selon le statut marital des patients.
- Tableau XXV : Comparaison des séries selon La profession.
- Tableau XXVI: Comparaison des séries selon la couverture médicale.
- Tableau XXVII : Comparaison des séries selon les circonstances de découverte.
- Tableau XXVIII : Comparaison des séries selon le pourcentage de la chirurgie pour les cancers pulmonaires.
- Tableau XXIX : Comparaison du délai de consultation D1 pour les pathologies thyroïdiennes selon la littérature.
- Tableau XXX : Comparaison du délai de consultation D1 pour les cancers pulmonaires selon la littérature.
- Tableau XXXI : Comparaison du délai de consultation D1 pour les pleurésies et les kystes hydatiques pulmonaires.
- Tableau XXXII : Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer pulmonaire selon la littérature.
- Tableau XXXIII : Comparaison du délai thérapeutique D3 pour le cancer pulmonaire selon la littérature.

- Tableau XXXIV : Tableau récapitulatif des facteurs déterminants les délais longs de la prise en charge.



## Liste des figures

- Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge.
- Figure 2 : Répartition des patients selon leurs sexes.
- Figure 3 : Répartition des patients selon le statut marital.
- Figure 4 : Répartition des malades selon leurs origines.
- Figure 5 : Répartition des malades selon le milieu de résidence.
- Figure 6 : Distance (km) par rapport à l'unité de soins.
- Figure 7 : Temps (heures) pour accéder à l'unité de soins.
- Figure 8 : Répartition des patients selon la profession.
- Figure 9 : Répartition des patients selon la couverture médicale.
- Figure10: Répartition des patients selon le mode de découverte.
- Figure11: Répartition des patients selon le type de la maladie.
- Figure 12: Répartition des patients selon le stade initial de la maladie.
- Figure 13: Répartition selon le traitement reçu.
- Figure 14 : Répartition selon les suites opératoires en chirurgie thoracique.
- Figure 15 : Description des autres traitements prodigués au profit de la population d'étude.
- Figure 16 : Répartition des patients suivant les intervalles des délais D1.
- Figure 17 : Répartition des patients selon les intervalles des délais D2.
- Figure 18 : Répartition des patients suivant les intervalles des délais D3.
- Figure 19 : répartition des patients selon les intervalles des délais D4.



**LISTE DES ABRÉVIATIONS**



## Liste des abréviations:

<b>ANAPATH</b>	: Anatomopathologie
<b>CBC</b>	: Carcinome basocellulaire
<b>CBNPC</b>	: Cancers bronchiques non à petite cellules
<b>CNOPS</b>	: Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale
<b>CNSS</b>	: Caisse nationale de sécurité sociale
<b>COVID-19</b>	: Corona virus disease appeared in 2019
<b>DDB</b>	: Dilatation des bronches
<b>FAR</b>	: Forces armées royales
<b>GMHN</b>	: Goitre multihétéronodulaire
<b>H/F</b>	: Homme/Femme
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>KHP</b>	: Kyste hydatique pulmonaire
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>PAC</b>	Port- à -cath : chambre implantable
<b>PSP</b>	: Pneumothorax spontané primaire
<b>PSS</b>	: Pneumothorax spontané secondaire
<b>RCP</b>	: Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>SARS-COV-2</b>	: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
<b>TBK</b>	: Tuberculose
<b>TB-MR</b>	: Tuberculose multi-résistante



# Plan



<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>4</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>7</b>
<b>I. Données sociodémographiques</b>	<b>8</b>
1. Age	8
2. Sexe	8
3. Statut marital	9
4. Origine	10
5. Milieu de résidence	10
6. Distance (km) par rapport à l'unité de soins	11
7. Temps (heure) nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins	12
8. Profession	12
9. Couverture médicale	13
<b>II. Antécédents</b>	<b>14</b>
<b>III. Données cliniques</b>	<b>15</b>
1. Circonstance de découverte	15
2. Type de maladie	15
3. Stadification de la maladie	19
<b>IV. Traitement</b>	<b>21</b>
1. Traitement reçu	21
2. Type d'intervention chirurgicale	21
3. Suites opératoires	23
4. Autres traitements	24
<b>V. Délais de prise en charge des patients</b>	<b>25</b>
1. Délai de consultation D1 entre le 1er symptôme et la première consultation médicale	25
2. Délai diagnostique D2 entre la première consultation médicale et le diagnostic	30
3. Le délai thérapeutique D3 entre le diagnostic et le début de traitement spécifique	34
4. Délai total D4 entre le premier symptôme et le début de traitement	38
5. Les valeurs des différents délais dans chaque étape de prise en charge	42
<b>DISCUSSION</b>	<b>44</b>
<b>I. RAPPEL</b>	<b>45</b>
1. Histoire de la chirurgie thoracique	45
2. Indications de la chirurgie thoracique pulmonaire	47
<b>II. DISCUSSION DE NOS RESULTATS</b>	<b>53</b>
1. Données sociodémographiques	53
2. Discussion des données cliniques	60
3. Traitement	62
4. Les délais de prise en charge	64
5. Délais de prise en charge et la pandémie COVID -19	78
6. Récapitulatif des facteurs déterminants les délais longs de la prise en charge.	81

III. Limites de notre étude	82
RECOMMANTIONS	83
CONCLUSION	85
RESUMES	87
ANNEXES	92
BIBLIOGRAPHIE	96



# INTRODUCTION



La chirurgie thoracique est une spécialité chirurgicale majeure en pleine évolution. Elle est dédiée à tous les organes situés dans le thorax. A l'exception du cœur et gros vaisseaux supra cardiaques.

Ces interventions consistent sur la prise en charge des pathologies trachéo-bronchiques, pulmonaires, médiastinales, pleurales, pariétales qu'elles soient d'origines tumorales ( bénigne ou malignes ), infectieuses (évolutives ou séquellaires ), inflammatoires et malformatives.

Le délai de prise en charge d'un patient est défini comme étant le temps écoulé entre son admission et la prise en charge de sa pathologie. [1]

L'étude des délais de prise en charge du patient est l'un des paramètres indispensables à l'évaluation de la qualité des soins. Ce paramètre permet le repérage des causes des durées de séjours prolongées et par conséquent avancer des solutions pour améliorer la prise en charge du patient. [1]

En effet le temps écoulé entre l'admission du patient et l'administration des soins à ce dernier, tout comme la qualité des soins administrés, sont des facteurs qui influent sur le pronostic. Il s'avère donc capital de maîtriser ce temps d'attente lors du parcours de soins, pour garantir le succès du traitement et satisfaire les besoins des malades. [2]

Les facteurs associés à ces délais doivent être analysés afin d'instaurer des mesures d'amélioration pour maîtriser ces indicateurs. [2]

Cette nécessité justifie l'objectif principal de cette étude qui est d'évaluer les différents délais diagnostiques, et thérapeutiques des patients traités en service de la chirurgie thoracique à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, afin d'évaluer quantitativement les différents délais de prise en charge et identifier les facteurs qui peuvent les influencer Les objectifs spécifiques de notre travail consistent à :



- Analyser les intervalles de temps entre les étapes de la prise en charge des différentes pathologies en chirurgie thoracique.
- Déterminer les délais moyens de prise en charge des patients.
- Identifier les facteurs déterminants les délais courts et longs de prise en charge.
- Elaborer les recommandations répondant aux besoins déterminés.



# MATERIELS ET METHODES



## **I. Type de l'étude :**

C'est une étude rétrospective descriptive, concernant 408 patients traités en service de chirurgie thoracique à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de 4ans allant de janvier 2019 à décembre 2022.

## **II. Population d'étude :**

### **1. Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans notre étude :

Tous les patients hommes et femmes de tout âge ayant bénéficiés d'une hospitalisation et d'un traitement chirurgical au sein du service de chirurgie thoracique de l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, avec des dossiers exploitables.

### **2. Critères d'exclusion :**

Nous avons exclus les patients dont les dossiers étaient incomplets (ceux n'ayant pas d'informations cliniques et para cliniques), et ceux qui ont bénéficié d'une implantation ou ablation de la chambre implantable de chimiothérapie (PAC).

## **III. Méthodes :**

### **1. Recueil des données :**

Pour la réalisation de notre travail, nous avons établi une fiche d'exploitation (Annexe) comprenant les différentes variables nécessaires à notre étude :

- **Les données sociodémographiques :** Age, sexe, statut marital, origine, milieu de résidence, distance (km) par rapport à l'unité d'accès aux soins, Temps

(heure)nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins, profession et couverture médicale.

- **Les antécédents.**
- **Les données cliniques :** Circonstances de découverte, type de maladie et stade de la maladie.
- **Le traitement reçu :** type d'intervention et suites opératoires.
- **Les données concernant le délai de prise en charge :**
  - **Le délai de consultation ou délai patient D1 :** délai entre le 1<sup>er</sup> symptôme et la première consultation médicale.
  - **Le délai diagnostique D2 :** délai entre la première consultation et le diagnostic
  - **Le délai thérapeutique D3:** délai entre le diagnostic et le début du traitement spécifique.
  - **Le délai total D4 :** délai entre les 1ers symptômes jusqu'au début du traitement spécifique.

La collecte des données a été faite à partir des dossiers médicaux, nous permettant d'obtenir les résultats présentés dans le chapitre suivant.

### **IV. Analyse des résultats :**

Les données statistiques ont été traitées par le Logiciel Microsoft Office Excel. Une analyse descriptive a été effectuée, les résultats sont exprimés en chiffres (moyennes, médianes) et en pourcentage.



# RESULTATS



Nous avons recruté pour notre étude 408 patients atteints de différentes pathologies en chirurgie thoracique, à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de 4ans allant de janvier 2019 à décembre 2022. Mais pour l'étude des délais diagnostiques et thérapeutiques on a 272 dossiers exploités.

### I. Données sociodémographiques

#### 1. Age :

L'âge moyen de nos malades était de 49,84 ans, la tranche d'âge de 55 à 65 ans était la plus touchée.

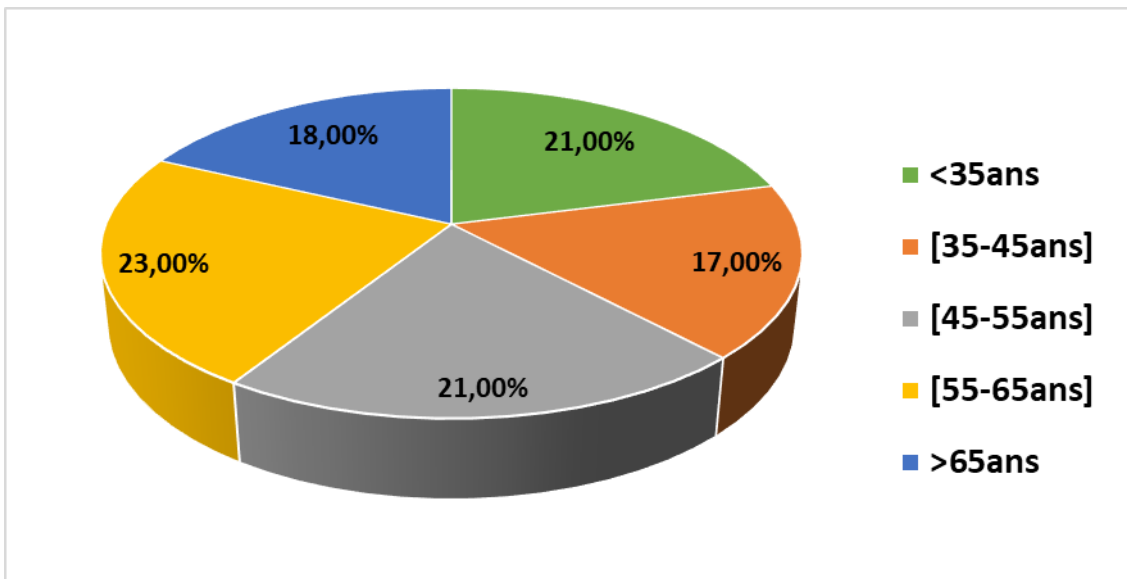


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge.

#### 2. Sexe :

On note une prédominance masculine avec un sex-ratio homme/femme de 1.2 (Soit 224 hommes pour 184 femmes).

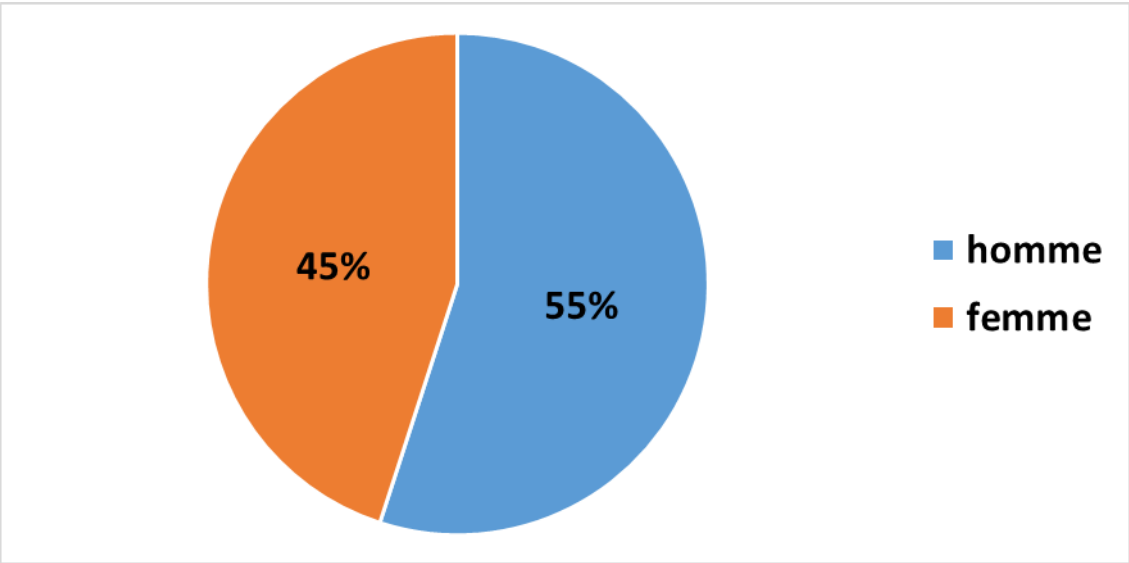


Figure 2 : Répartition des patients selon leurs sexes.

3. Statut marital :

L'étude du statut marital a révélé que 79% des patients sont mariés, 16% sont célibataires, 5% sont veufs.

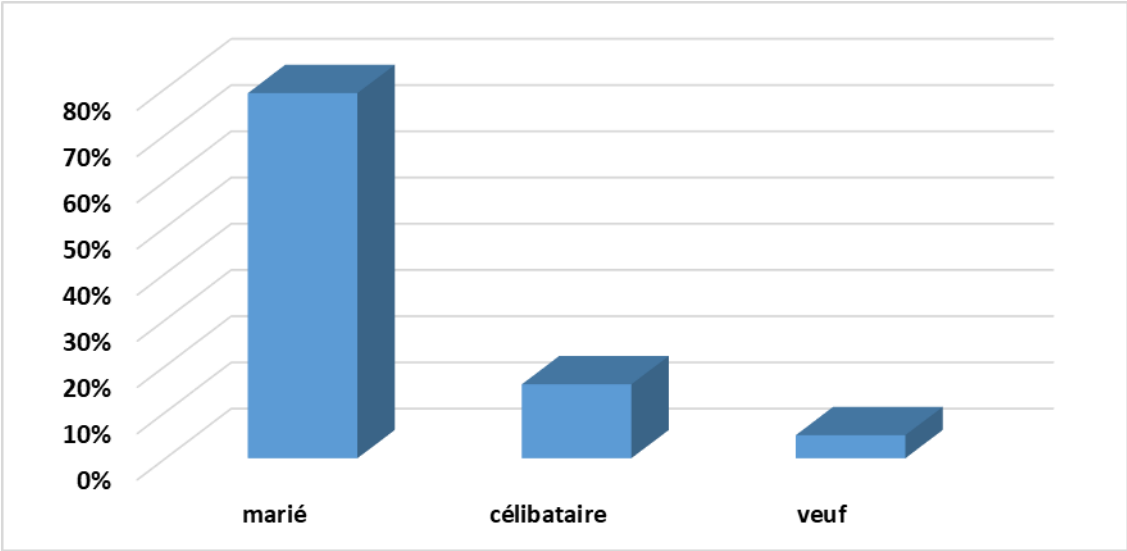
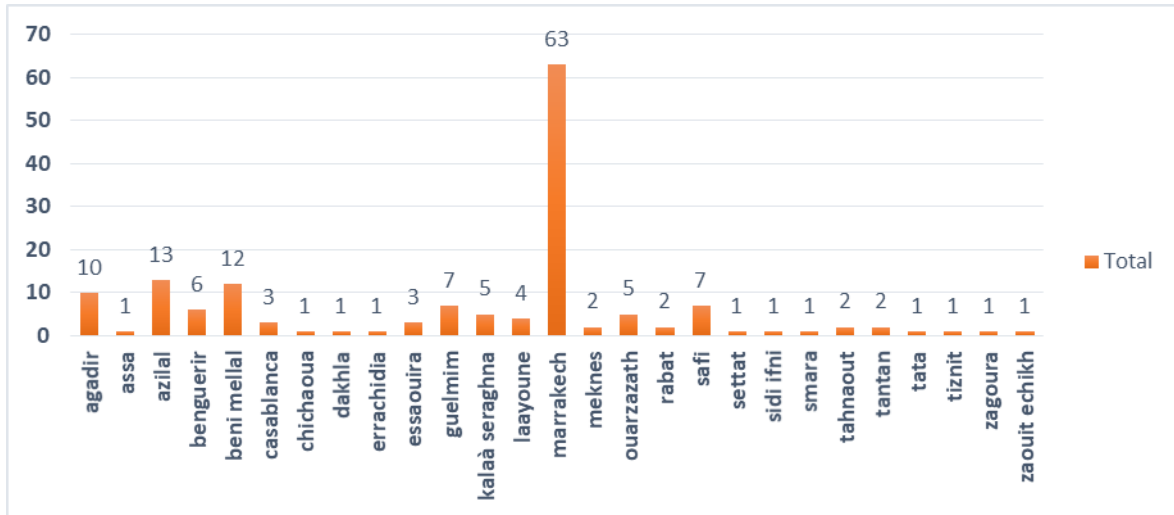


Figure 3 : Répartition des patients selon le statut marital.

#### 4. Origine :

La majorité des patients sont originaire de la région de **Marrakech-Safi, Beni Mellal-Khnifra**, et le **Sud** du Maroc. Et un petit pourcentage de différentes villes du royaume.

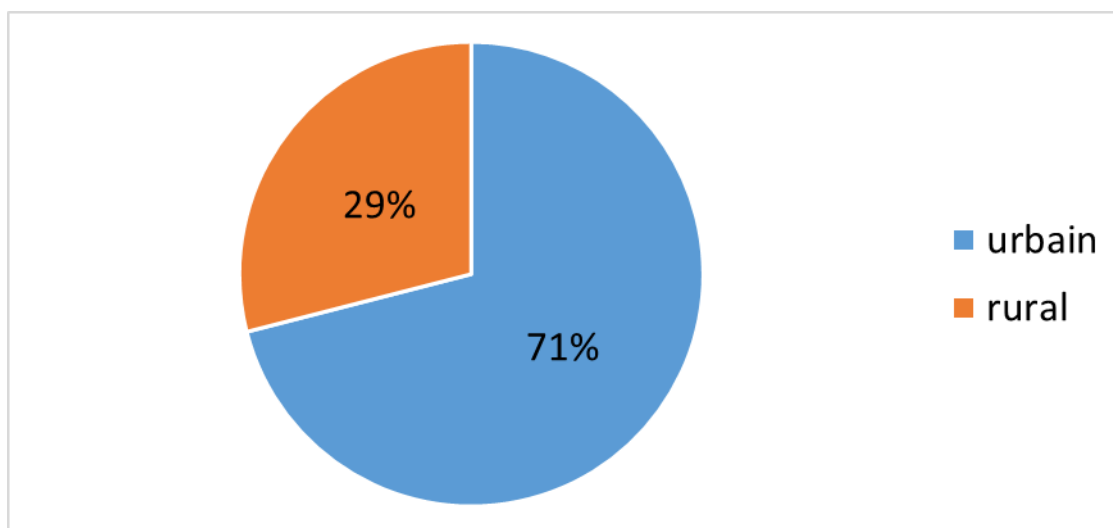


**Figure 4 : Répartition des malades selon leurs origines.**

#### 5. Milieu de résidence :

Soixante-et-onze pour cent (71%) de nos malades sont d'origine urbaine, et 29% sont d'origine rurale.

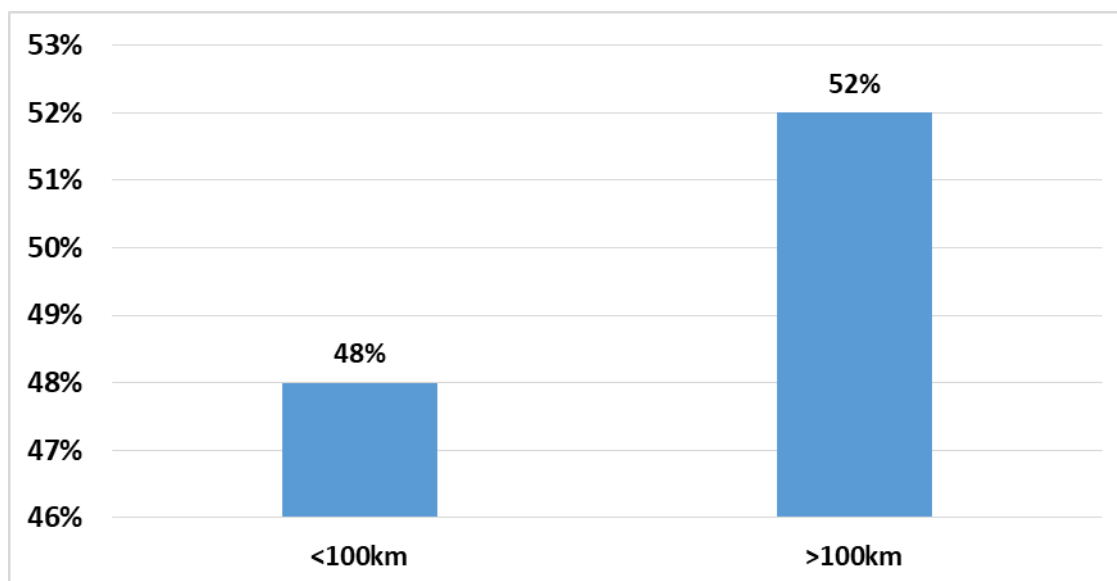




**Figure 5 : Répartition des malades selon le milieu de résidence.**

#### **6. Distance (km) par rapport à l'unité de soins :**

Concernant l'accessibilité de soins de santé, 52 % habitaient à plus de 100 Km par rapport à la structure de prise en charge.



**Figure 6 : Distance (km) par rapport à l'unité de soins.**

### 7. Temps (heure) nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins :

L'étude du temps nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins a révélé que 60% des patients ont besoin de plus d'une heure, mais certains patients ont besoins de plus de 19 heures pour se rendre à l'hôpital.

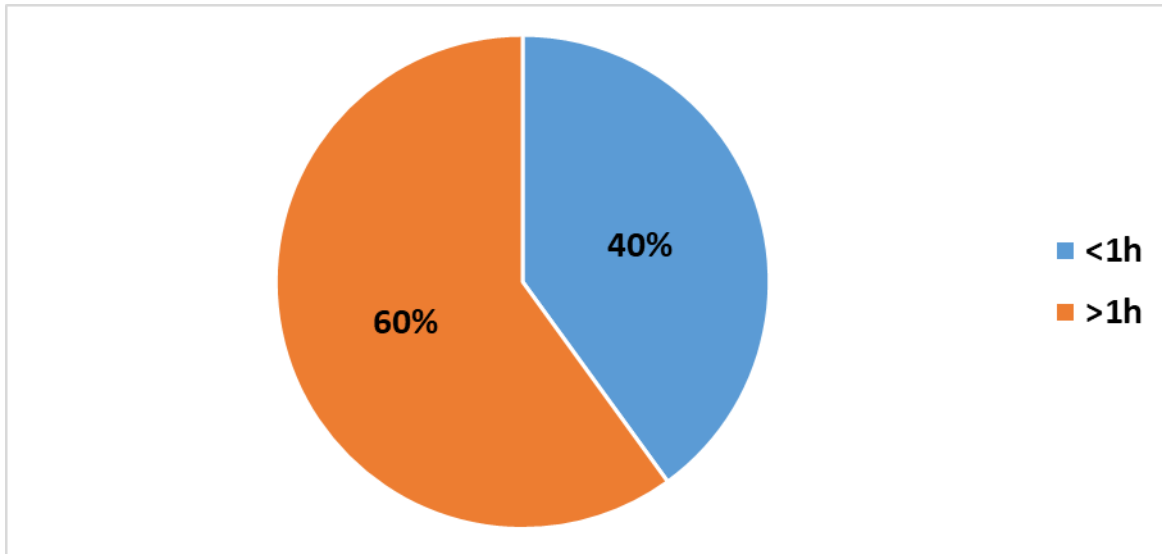
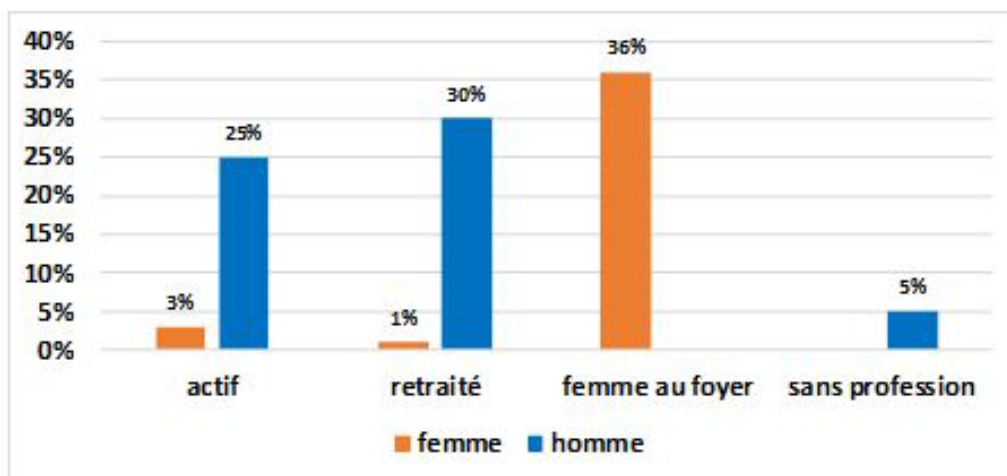


Figure 7 : Temps (heures) pour accéder à l'unité de soins.

### 8. Profession :

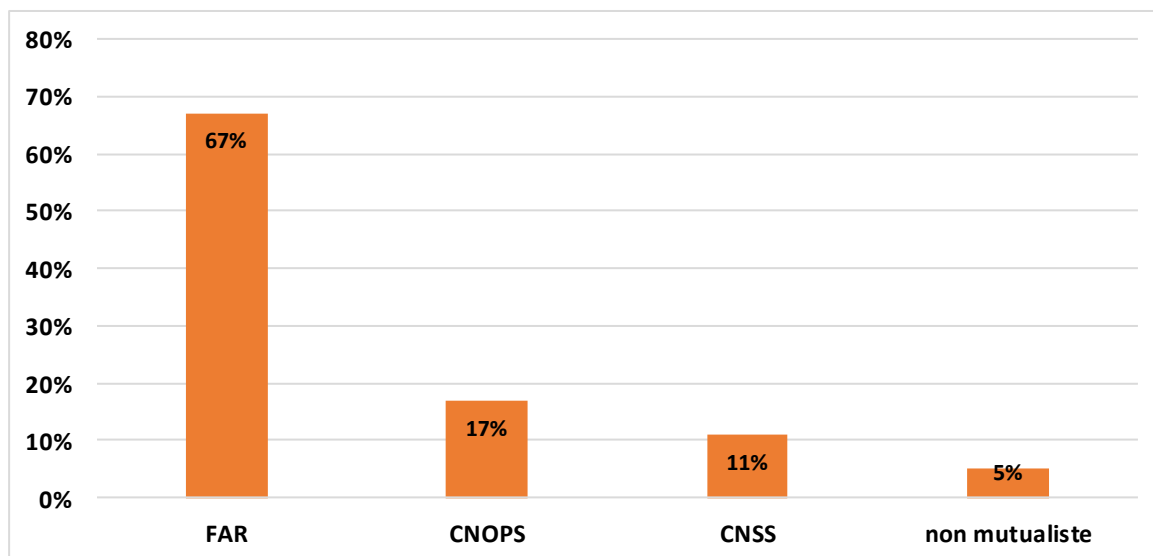
La majorité des patients était des retraités des Forces armées royales (FAR) soit 31%, tandis que 36% des patientes étaient des femmes au foyer, 28% étaient en activité et 5% reste sans emploi.



**Figure 8 : Répartition des patients selon la profession.**

### 9. Couverture médicale :

Presque la majorité de notre population d'étude avait une prise en charge sociale, soit 95% des malades étaient mutualistes.



**Figure 9 : Répartition des patients selon la couverture médicale.**

## II. Antécédents

Dans notre étude 51% des patients avaient des antécédents médicaux, notamment le diabète de type 2, l'HTA, l'asthme et l'hyperthyroïdie.

37% des cas avaient des antécédents chirurgicaux avec prédominance des thyroïdectomies, cholécystectomies, et lithiases vésiculaires.

Et 13% présentaient des comorbidités.

**Tableau I: Répartition selon les antécédents des patients.**

Antécédents	Type	Effectif	Pourcentage
<b>médicaux</b>	Hyperthyroïdie Diabète type 2 HTA Asthme TBK pulmonaire Goitre Cancer bronchique Nodule thyroïdien Pleurésie	137	51%
<b>chirurgicaux</b>	Thyroïdectomie Cholécystectomie Lithiase vésiculaire Hernie inguinale Hystérectomie totale Glaucome Cataracte KHP opéré	99	37%
<b>Toxico-allergiques</b>	Tabagisme chronique Rhinite allergique Allergie a la pénicilline	49	18%
<b>Comorbidités</b>		35	13%

### III. Données cliniques

#### 1. Circonstance de découverte :

Les maladies qui sont traitées dans le service de chirurgie thoracique ont été découvertes suite à des signes d'appel dans la majorité des cas (77%).

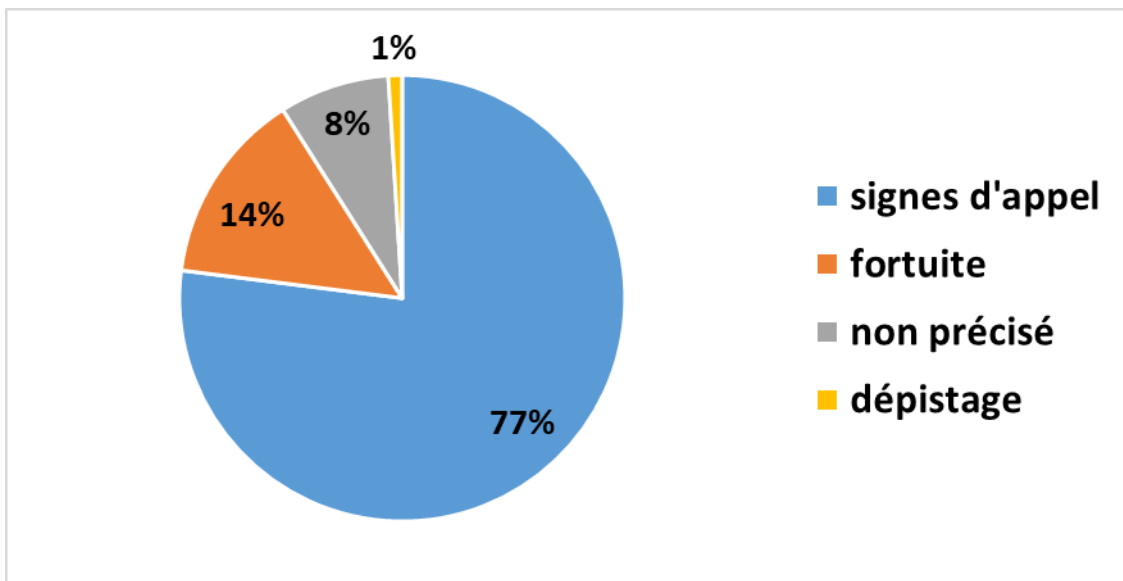
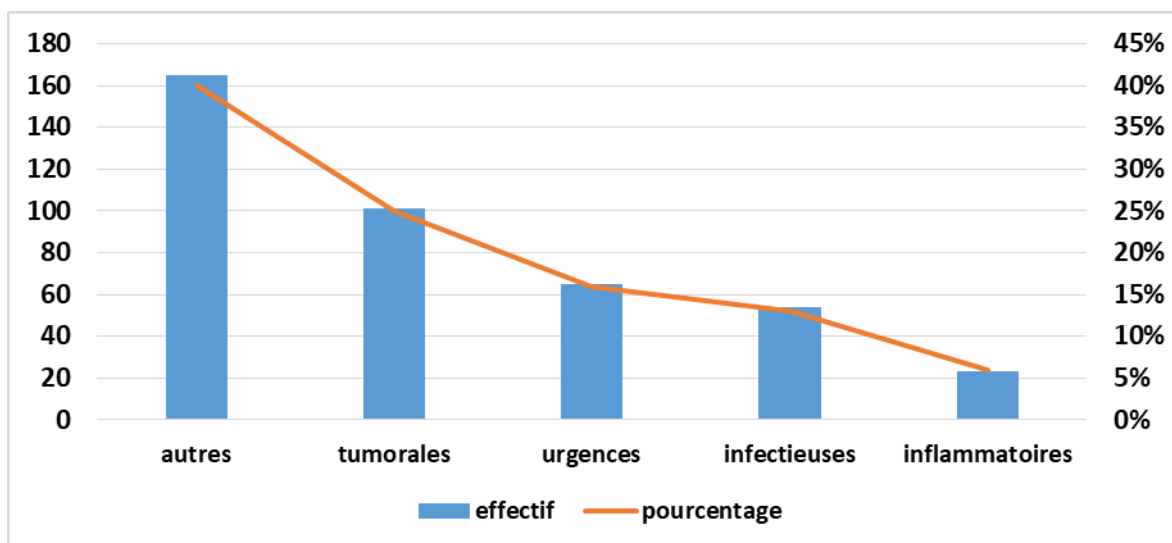


Figure10:Répartition des patients selon le mode de découverte.

#### 2. Type de maladie :

- 25% sont atteints de pathologies tumorales.
- 16% des patients présentés pour des cas urgents (traumatismes thoraciques, pneumothorax, hémithorax...).
- 13% sont traités pour des maladies infectieuses.
- 6% sont atteints de pathologies inflammatoires.
- Avec un pourcentage de 40% pour autres maladies notamment les pathologies thyroïdiennes non tumorales (GMHN).



**Figure 1 : Répartition des patients selon le type de la maladie.**

Dans notre étude, la majorité des pathologies tumorales sont des cancers pulmonaires, cancers des seins, et masses médiastinales.

**Tableau II : Les différents types des pathologies tumorales.**

Pathologies tumorales	Effectif	Pourcentage
Cancers pulmonaires	36	36%
Cancers du sein	25	24%
Cancers thyroïdiens	7	7%
Masse médiastinales	13	13%
Lipomes	15	15%
Tumeurs costales	5	5%
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Pour les urgences la plupart des cas sont des traumatismes thoraciques, et des pneumothorax.

**Tableau III: Les différents types des urgences.**

Urgences	Effectif	Pourcentage
Pneumothorax	24	37%
Traumatismes thoraciques fermés	23	35%
Plaies thoraciques	5	8%
Sténose trachéale	4	7%
Thrombose PAC	3	5%
Hémothorax	3	5%
Eventration diaphragmatique	1	1%
Obstruction de la veine sous Clavière	1	1%
Tamponnade néoplasique	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Les maladies infectieuses sont majorées par les kystes hydatiques, les pleurésies purulentes, et pleurésies tuberculeuses.

**Tableau IV: Les différents types des maladies infectieuses.**

Maladies infectieuses	Effectif	Pourcentage
Kystes hydatiques	23	43%
Pleurésie purulente	20	37%
Pleurésie tuberculeuse	7	13%
Aspergillome post TBK	3	6%
Abcès froid	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Concernant les maladies inflammatoires : dilatation des bronches et bulles d'emphysèmes.

**Tableau V: Les différents types des maladies inflammatoires.**

Maladies inflammatoires	Effectif	Pourcentage
DDB	8	35%
Bulle d'emphysème	5	22%
Fibrose pulmonaire	4	17%
Cavité lobaire	4	17%
Atélectasie pulmonaire	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Avec une majoration des pathologies thyroïdiennes (GMHN, goitres toxiques, goitre plongeant, nodules thyroïdiens).



**Tableau VI: Les différents types des autres pathologies traitées en chirurgie thoracique.**

<b>Autres</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Pathologies thyroïdiennes non tumorales	96	58%
Poly adénopathies	26	15%
Pleurésie	22	13%
Elastofibromes	11	7%
Gynécomasties	4	2%
Hernie diaphragmatique	2	1%
Appendice xiphoïde	1	1%
Séquestration pulmonaire	1	1%
Lymphangiome kystique	1	1%
Kyste bronchogénique	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

### **3. Stadification de la maladie :**

Dans notre échantillon, 91% des patients sont découverts au stade clinique de la maladie, 6% au stade de complication, et 3% au stade précoce.

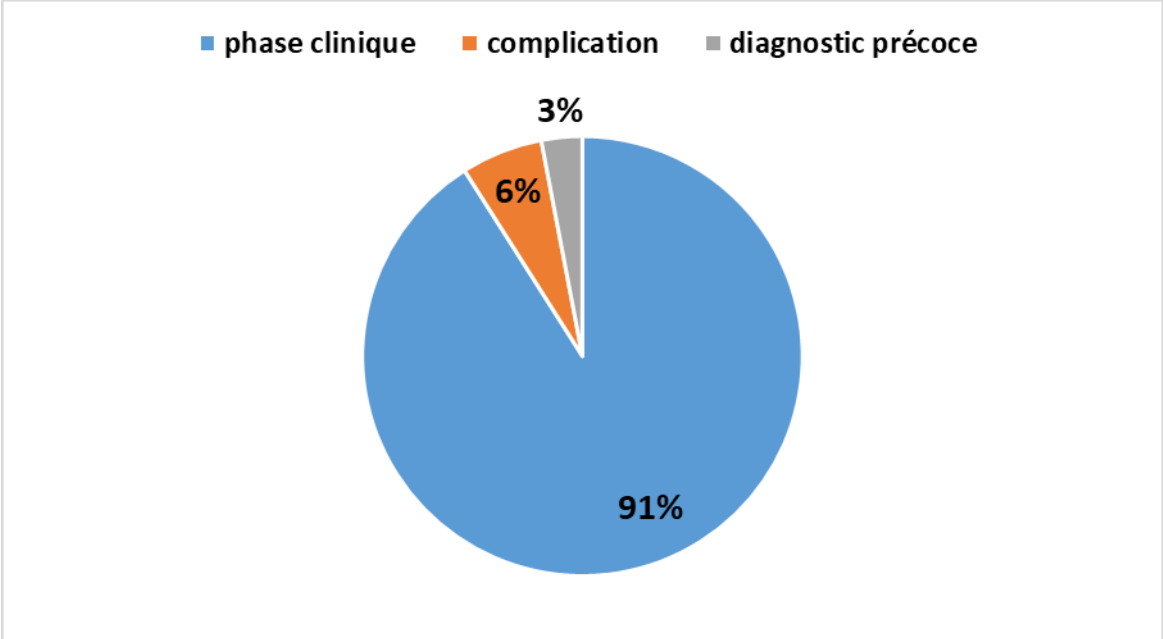


Figure 12: Répartition des patients selon le stade initial de la maladie.

## IV. Traitement

### 1. Traitement reçu :

Dans notre échantillon, 95% de nos patients ont profité d'une chirurgie.

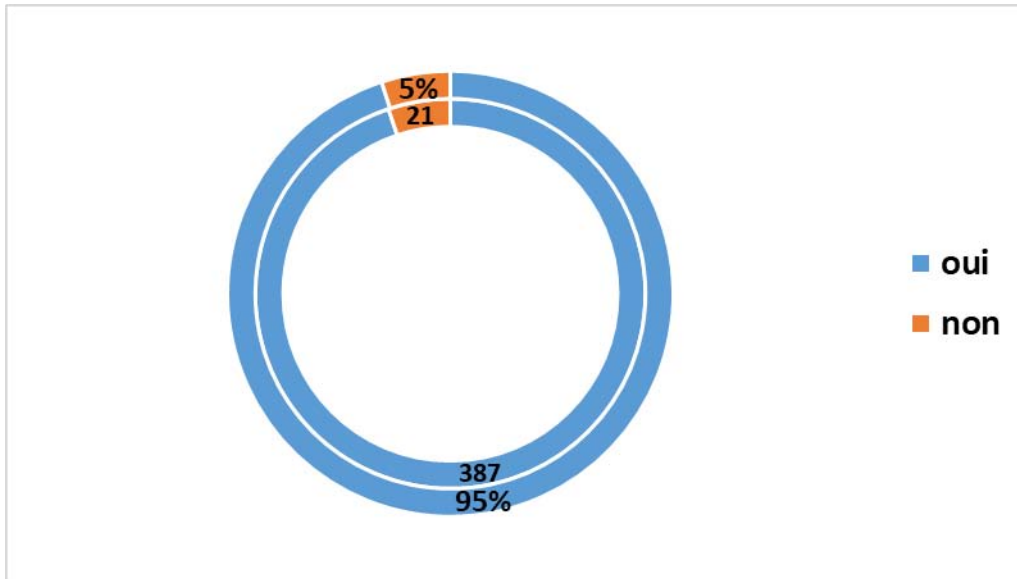


Figure 13: Répartition selon le traitement reçu :

### 2. Type d'intervention chirurgicale :

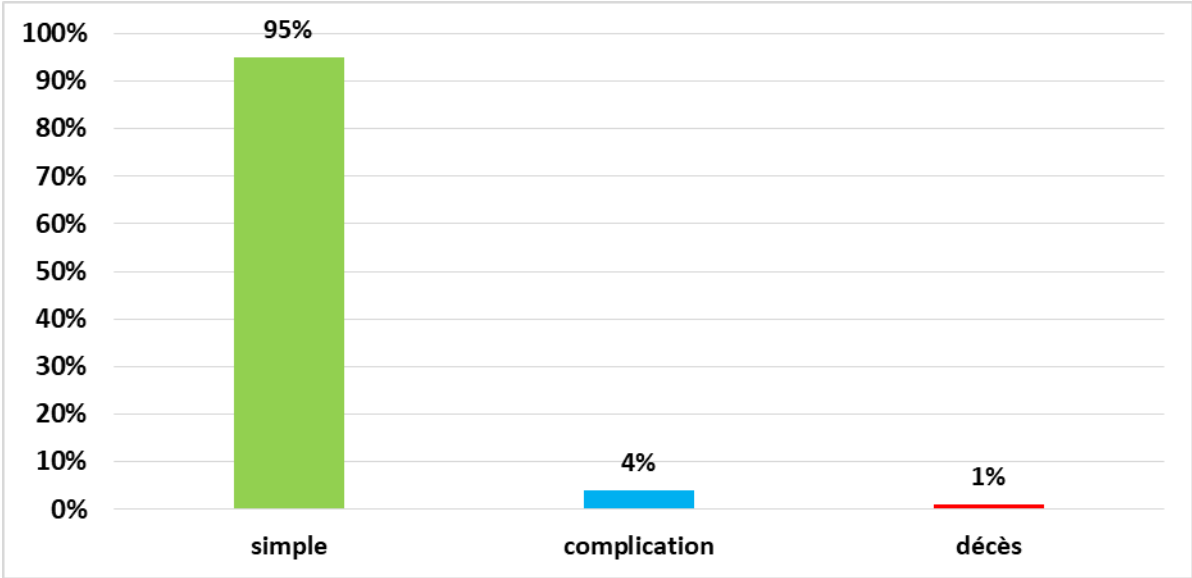
26% de nos patients ont bénéficié d'une thyroïdectomie totale, 18% ont profité d'une exérèse chirurgicale, lobectomie pulmonaire a été faite chez 10% des cas par ailleurs seulement 5% des cas étaient sous surveillance et traitement médical.

**Tableau VII: Description des interventions chirurgicales prodigués au profit de la population d'étude(N=408)**

Type d'intervention	Effectif	%
Thyroïdectomie totale	92	26%
Exérèse chirurgicale	65	18%
Lobectomie pulmonaire	37	10%
Décortication pulmonaire	25	
Biopsie ganglionnaire	22	7%
Thoracoscopie exploratrice	21	6%
Biopsie pleurale par thoracoscopie	18	5%
Drainage	17	4%
Médiastinoscopie	16	4%
Mastectomie	15	4%
Drainage chirurgical	11	3.5%
Isthmlobectomie thyroïdienne	6	3%
Pneumectomie	5	2%
Thymectomie	3	1.5%
Suture parage des plaies	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>387</b>	<b>95%</b>
<b>Surveillance + traitement médical</b>	<b>21</b>	<b>5%</b>

**3. Suites opératoires :**

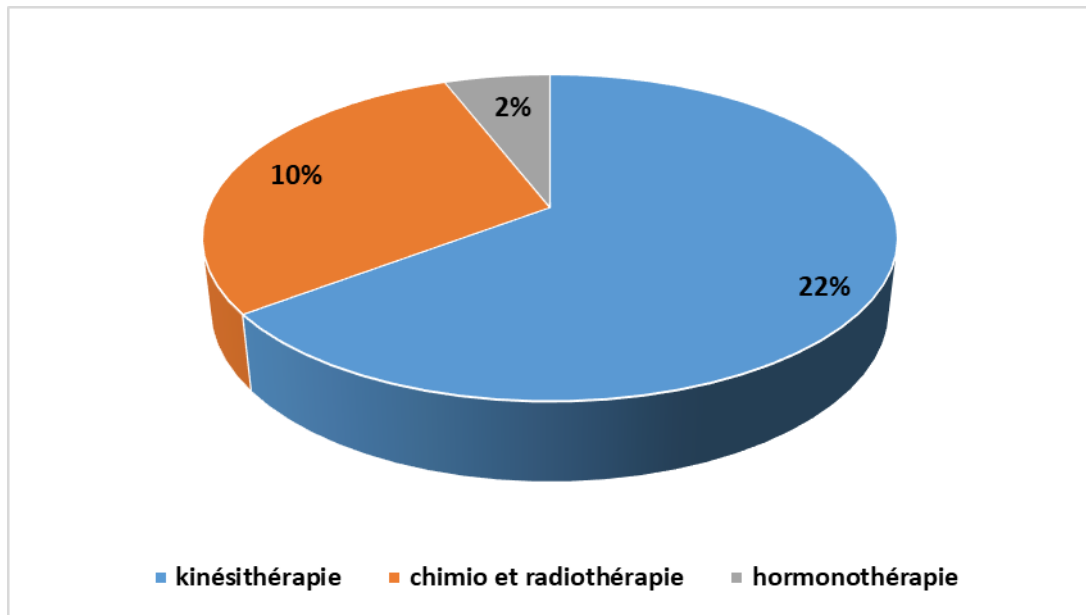
95%des patients ont eu des suites opératoires simples, tandis que 4% ont eu des complications infectieuses (chylothorax) et respiratoires (défaillance respiratoire avec séjour en réanimation), et seulement 1% qui sont décédés.



**Figure 14 : Répartition selon les suites opératoires en chirurgie thoracique :**

#### 4. Autres traitements :

Après le traitement chirurgical 22% de nos patients ont profité d'une kinésithérapie, 10% des cas ont bénéficié d'une chimio et radiothérapie et seulement 2% étaient sous hormonothérapie (cancers du sein).



**Figure 15 : Description des autres traitements prodigués au profit de la population d'étude.**

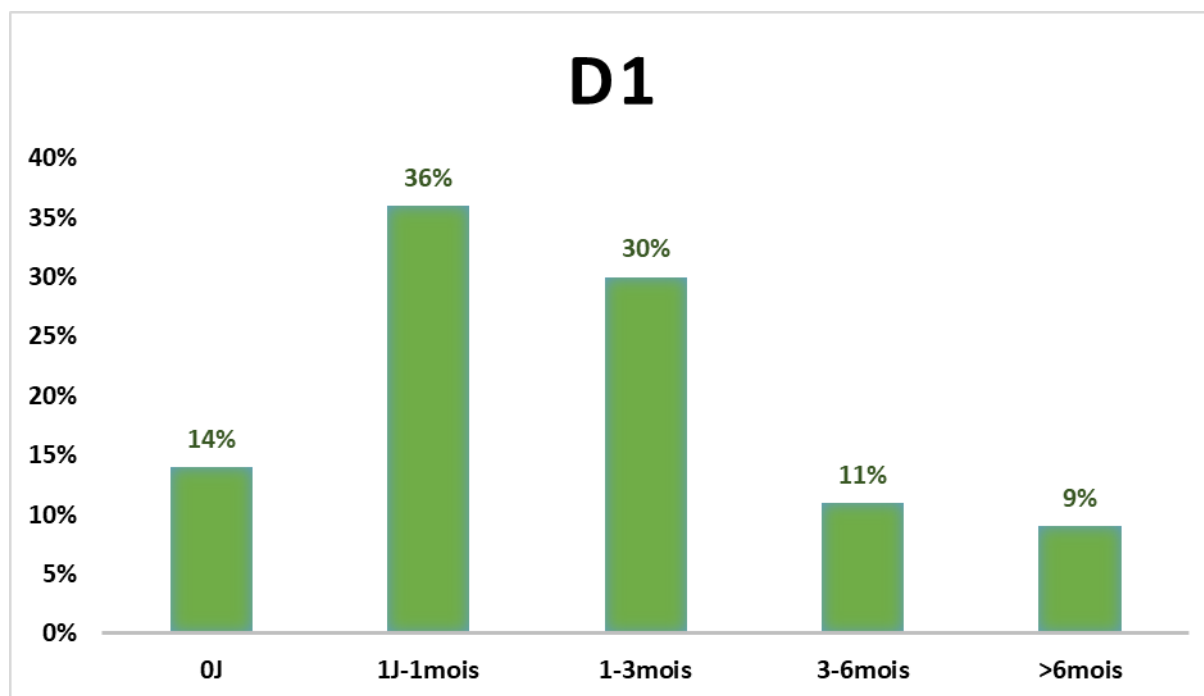
## V. Délais de prise en charge des patients :

- **Le délai de consultation ou délai patient D1** : délai entre le 1<sup>er</sup> symptôme et la première consultation médicale.
- **Le délai diagnostique D2** : délai entre la première consultation et le diagnostic.
- **Le délai thérapeutique D3**: délai entre le diagnostic et le début du traitement spécifique.
- **Le délai total D4** : délai entre les premiers symptômes jusqu'au début du traitement spécifique.

### 1. Délai de consultation D1 entre le 1<sup>er</sup> symptôme et la première consultation médicale :

Le délai moyen entre le début des premiers symptômes et la première consultation médicale était de **225,38 jours** (N=272) et ce délai était dans 36% des cas, inférieur ou égal à 1 mois, 30% des cas entre 1 et 3 mois et dans 11% des cas entre 3 et 6 mois.

14% des cas avaient consulté directement un médecin dès l'apparition des premiers signes cliniques et seulement 9% des cas leurs D1 et supérieur ou égal à 6 mois.



**Figure 16 : Répartition des patients suivant les intervalles des délais D1**

**1.1 Délai de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :**

Dans notre étude le délai moyen de consultation médicale était plus long chez les sujets âgés de [45 à 55ans] (408,49jours), le sexe féminin représente un délai moyen plus élevé (291,71jours), les patients veufs (311,76jours), et qui sont originaires de CASABLANCA –SETTAT (393,5jours), et de MARRAKECH –SAFI (284,59jours).

Concernant le milieu de résidence l'espace rural est dominant (202,75jours), avec une augmentation du délai pour Temps et les distances : >100km (304,44jours), et >1h (252,97jours).

Par conséquent les femmes au foyer ont un délai plus élevé (230,58jours), aussi que les patients sans couverture médicale (449,33jours).



**Tableau VIII : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :**

Caractères sociodémographiques	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
<b>AGE</b>				
<35ans	0	365	49,82	20
[35 à 45ans]	0	5110	267,57	45
[45 à 55ans]	0	9125	408,49	65
[55 à 65 ans]	0	4015	157,38	30
>65 ans	0	2920	136,71	52,5
<b>SEXE</b>				
Femme	0	9125	291,71	82,5
Homme	0	4015	76,88	35
<b>STATUT MARITAL</b>				
Marié	0	9125	181,56	45
Célibataire	0	1825	86,78	45
veuf	0	3285	280,92	57,5
<b>ORIGINE</b>				
Casablanca-Settat	1	1825	393,5	65
Marrakech-Safi	0	9125	284,59	60
Fés-méknes	0	1095	218	46
Beni mellal-khenifra	0	2190	187,72	60
Souss-Massa	0	1095	141,5	30
Régions du sud	0	270	36,12	4,5
Drâa-tafilalt	0	120	33,14	30
Rabat-salé-Kenitra	0	45	19	15,5
<b>MILIEU DE RESIDENCE</b>				
Rural	0	6570	202,75	30
Urbain	0	9125	194,61	60
<b>DISTANCE (km) PAR RAPPORT A L'UNITE DE SOINS :</b>				
<100km	0	6570	220,22	32,5
>100km	0	9125	304,44	35
<b>Temps (heure) nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins</b>				
< 1h	0	6570	213,92	32,5
>1h	0	9125	252,97	35
<b>PROFESSION</b>				
Actif	0	1825	226,53	35
Femme au foyer	0	9125	230,58	40
Retraité	0	4015	226,69	32,5
Sans profession	0	365	59,09	40
<b>COUVERTURE MEDICALE</b>				
FAR	0	9125	227,21	35
CNOPS	0	2920	225,38	32,5
CNSS	0	1825	231,37	40
Sans couverture	7	5110	449,33	40

### 1.2 Délai de consultation D1 en fonction des antécédents :

Par rapport aux antécédents, le délai moyen de consultation médicale D1 était plus élevé chez les patients n'ayant pas des antécédents toxico-allergiques (178,09jours), les sujets avec des antécédents médicaux (187,84jours), les patients ayant des antécédents chirurgicaux (304,40jours), et les patients avec comorbidités (175,22jours).

**Tableau IX : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des antécédents :**

ANTECEDENTS	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
<b>Toxico-allergiques</b>				
Oui	0	2920	137,1	40
Non	0	9125	178,09	32,5
<b>Médicaux</b>				
Oui	0	9125	187,84	35
Non	0	6570	151,02	32,5
<b>Chirurgicaux</b>				
Oui	0	9125	304,40	35
Non	0	6570	92,06	32,5
<b>Comorbidités</b>				
Avec	0	9125	175,22	35
Sans	0	2920	133,13	32,5

### 1.3 Délai de consultation D1 en fonction des éléments cliniques:

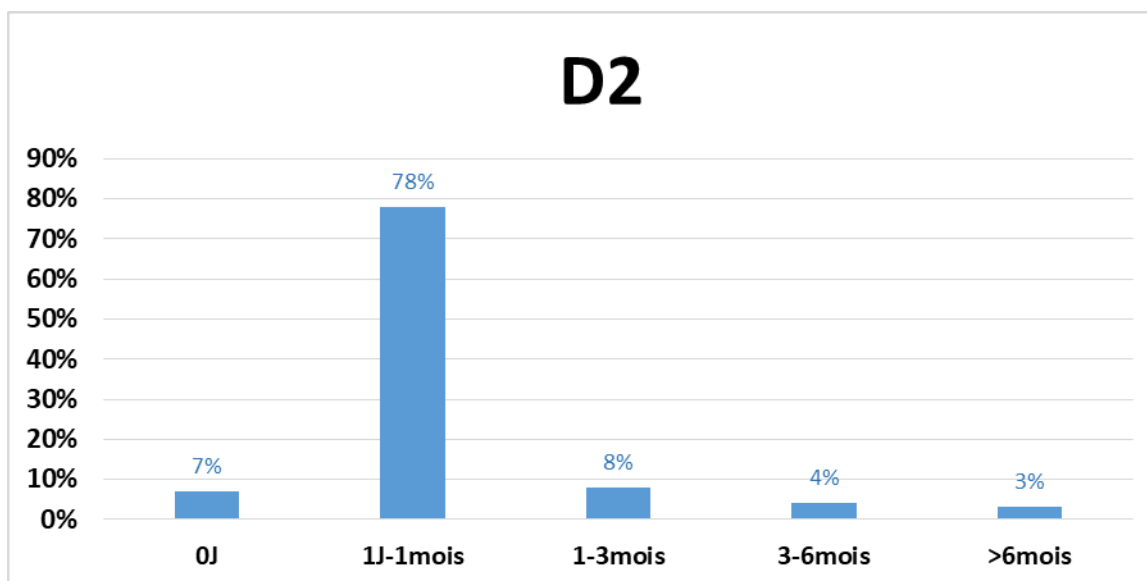
Le délai moyen de la consultation médicale D1 était plus long chez les patients qui ont découvert leur maladie par l'apparition d'un signe d'appel (249jours), et les pathologies thyroïdiennes non tumorales (456 ,56 jours).

**Tableau X : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques cliniques :**

<b>ELEMENTS CLINIQUES</b>	<b>MINIMAL (en jour)</b>	<b>MAXIMAL (en jour)</b>	<b>MOYEN (en jour)</b>	<b>MEDIANE (en jour)</b>
<b>Circonstances de découverte</b>				
Signes d'appel				
Fortuite	0	9125	249	32,5
Dépistage	0	120	8,97	35
Non précisé	0	7	7	7
	0	4015	211,45	45
<b>Type de maladie</b>				
Inflammatoire				
Tumorale	4	2920	227,54	45
Infectieuse	30	2190	133,82	45
Autres	2	5110	188,65	45
Urgences	20	9125	456,56	35
	0	7	1	2

## 2. Délai diagnostique D2 entre la première consultation médicale et le diagnostic:

Le délai moyen entre La première consultation médicale et le diagnostic était de **26,48jours** (N=272) et ce délai était, dans 78% des cas, entre un jour et un mois.



**Figure 17 : Répartition des patients selon les intervalles des délais D2.**

### 2.1 Délai diagnostique D2 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude, le délai moyen de diagnostic D2 était plus élevé, chez les sujets âgés de plus de 65 ans (26,59jours), le sexe féminin (29,95 jours), les veufs (26,85jours), les sujets sans profession (27,36jours), les patients résidant en milieu rural (34,05jours), les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins (41,01jours), temps >1heure pour accéder aux soins (42,36jours) et les patients sans couverture médicale (44,16jours).

**Tableau XI : Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :**

<b>Caractères sociodémographiques</b>	<b>MINIMAL (en jour)</b>	<b>MAXIMAL (en jour)</b>	<b>MOYEN (en jour)</b>	<b>MEDIAN (en jour)</b>
<b>AGE</b>				
<35ans	0	485	24,18	7
[35 à 45ans]	1	300	24,4	7
[45 à 55ans]	0	300	21,98	10
[55 à 65 ans]	0	240	21,86	6
>65 ans	0	365	26,59	10
<b>SEXE</b>				
Femme	0	365	29,95	10
Homme	0	485	18,69	4,5
<b>STATUT MARITAL</b>				
Marié	0	365	22,23	7
Célibataire	0	485	23	2
veuf	1	240	26,85	6
<b>ORIGINE</b>				
Casablanca-Settat	6	300	92,28	16,5
Marrakech-Safi	0	485	35,67	11
Fés-méknes	1	240	50,71	2
Beni mellal-khenifra	0	90	14,43	8,5
Souss-Massa	1	118	35,54	15
Régions du sud	1	109	10,66	2,5
Drâa-tafilalt	1	75	38	38
Rabat-salé-Kenitra	0	90	23,75	2,5
<b>MILIEU DE RESIDENCE</b>				
Rural	0	485	34,05	7
Urbain	0	300	22,26	7,5
<b>DISTANCE(km) PAR RAPPORT A L'UNITE DE SOINS :</b>				
<100km	0	300	20,89	6
>100km	0	485	41,01	10,5
<b>Temps (heure) nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins</b>				
< 1h	0	300	22,81	7
>1h	0	485	42,36	10
<b>PROFESSION</b>				
Actif	0	485	18,78	4
Femme au foyer	0	365	25,13	10
Retraité	0	240	25,33	2,5
Sans profession	0	240	27,36	7
<b>COUVERTURE MEDICALE</b>				
FAR	0	300	19,77	6
CNOPS	0	365	23,10	7
CNSS	1	485	33,83	10
Sans couverture	1	150	44,16	15

### 2.2 Délai diagnostique D2 en fonction des antécédents :

Le délai moyen diagnostique D2 était plus long chez les patients ayant des antécédents toxicoallergiques, (34,4jours), médicaux (28,78jours), Chirurgicaux (35,12jours), et avec comorbidités (39,47jours).

**Tableau XII : Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des antécédents :**

ANTECEDENTS	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
<b>Toxico-allergiques</b>				
Oui	0	485	34,4	7
Non	0	300	21,15	7
<b>Médicaux</b>				
Oui	0	485	28,78	8
Non	0	300	18,20	6
<b>Chirurgicaux</b>				
Oui	0	485	35,12	12,5
Non	0	300	11,65	5
<b>Comorbidités</b>				
Avec	0	365	39,47	11
Sans	0	485	21,11	6

### 2.3 Délai diagnostique D2 en fonction des éléments cliniques :

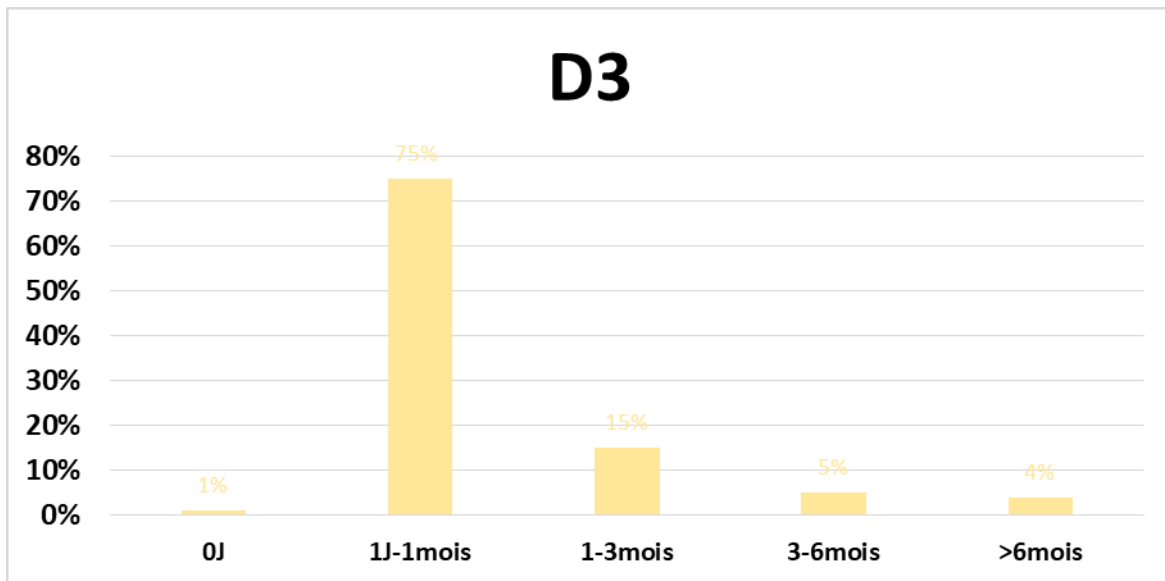
Le délai moyen entre la première consultation et le diagnostic, était plus long en cas de découverte suite à des signes d'appel (26,99jours), chez les sujets ayant des pathologies inflammatoires (41,38jours), et les personnes ayant un stade précoce de la maladie (65,12jours).

**Tableau XIII: Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques cliniques :**

ELEMENTS CLINIQUES	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIANE (en jour)
<b>Circonstances de découverte</b>				
Signes d'appel	0	365	26,99	8
Fortuite	0	485	13,84	1
Dépistage	11	11	11	11
Non précisé	0	40	8,13	10
<b>Type de maladie</b>				
Inflammatoire	1	365	41,38	5,5
Tumorale	1	485	29,47	14
Infectieuse	1	180	19,52	6
Autres	1	300	18,58	5
Urgences	0	2	1	1
<b>Stade de maladie</b>				
Diagnostic	0	485	65,12	5,5
Précoce				
Phase clinique	0	365	22,28	6,5
phase de complication	1	120	25,46	14

### 3. Le délai thérapeutique D3 entre le diagnostic et le début de traitement spécifique :

Le délai moyen entre le diagnostic et le début de traitement était de 75,17jours (N=272), 75%des patients avaient eu un traitement spécifique dans un délai inférieur à un mois.



**Figure 18 : Répartition des patients suivant les intervalles des délais D3.**

#### 3.1 Le délai thérapeutique D3 en fonction des caractères sociodémographiques :

Dans notre étude le délai moyen thérapeutique était plus long chez les sujets âgés de plus de 65 ans (218,45jours), les hommes (88,05jours), les patients originaires de BENI-MELLA KHENIFRA(148,25jours), les sujets sans profession (63,78 jours), les patients résidant en milieu rural (89,52 jours), les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins (71,47jours), temps nécessaire pour accéder au soins >1heure (63,31jours), et les patients sans couverture médicale(633,16jours).



**Tableau XIV : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :**

Caractères sociodémographiques	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
<b>AGE</b>				
<35ans	1	300	20,34	7
[35 à 45ans]	1	730	62,76	15
[45 à 55ans]	1	1095	73,13	20,5
[55 à 65 ans]	1	293	28,24	14
>65 ans	1	240	218,45	16
<b>SEXE</b>				
Femme	1	1095	53,73	21
Homme	0	730	88,05	9,5
<b>STATUT MARITAL</b>				
Marié	0	293	52,52	16,5
Célibataire	1	300	18,76	5,5
veuf	1	240	47,78	10,5
<b>ORIGINE</b>				
Casablanca-Settat	2	300	73	11
Marrakech-Safi	0	240	30,89	17
Fés-méknes	3	32	12,6	7
Beni mellal-khenifra	1	293	148,25	20,5
Souss-Massa	1	136	38	19
Régions du sud	1	35	11,69	7
Drâa-tafilalt	1	49	21,57	17
Rabat-salé-Kenitra	2	18	10,66	12
<b>MILIEU DE RESIDENCE</b>				
Rural	1	293	89,52	16,5
Urbain	0	730	36,37	15
<b>DISTANCE(km) PAR RAPPORT A L'UNITE DE SOINS :</b>				
<100km	0	240	30,88	17
>100km	1	293	71,47	15
<b>Temps (heure) nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins</b>				
< 1h	0	240	33,88	20
> 1h	1	293	63,31	15
<b>PROFESSION</b>				
Actif	1	300	19,87	10
Femme au foyer	1	1095	57,86	21
Retraité	0	240	26,25	5,5
Sans profession	1	293	63,78	13
<b>COUVERTURE MEDICALE</b>				
FAR	0	293	51,94	14
CNOPS	1	1095	47,82	14
CNSS	1	120	28,48	15
Sans couverture	1	730	633,16	20

### 3.2 Le délai thérapeutique D3 en fonction des antécédents :

Le délai moyen thérapeutique D3 était plus long chez les patients ayant des antécédents médicaux (125,91jours), avec comorbidités (77,17 jours), et chez les sujets n'ayant pas d'antécédents toxico-allergiques et chirurgicaux.

**Tableau XV : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des antécédents:**

ANTECEDENTS	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
<b>Toxico-allergiques</b>				
Oui	1	365	39,25	12
Non	0	730	82,94	15
<b>Médicaux</b>				
Oui	1	730	125,91	20,5
Non	0	240	22,86	10
<b>Chirurgicaux</b>				
Oui	0	293	72,85	22
Non	1	730	76,51	09
<b>Comorbidités</b>				
Avec	1	730	77,17	14
Sans	0	1095	62,02	17

### 3.3 Le délai thérapeutique D3 en fonction des éléments cliniques :

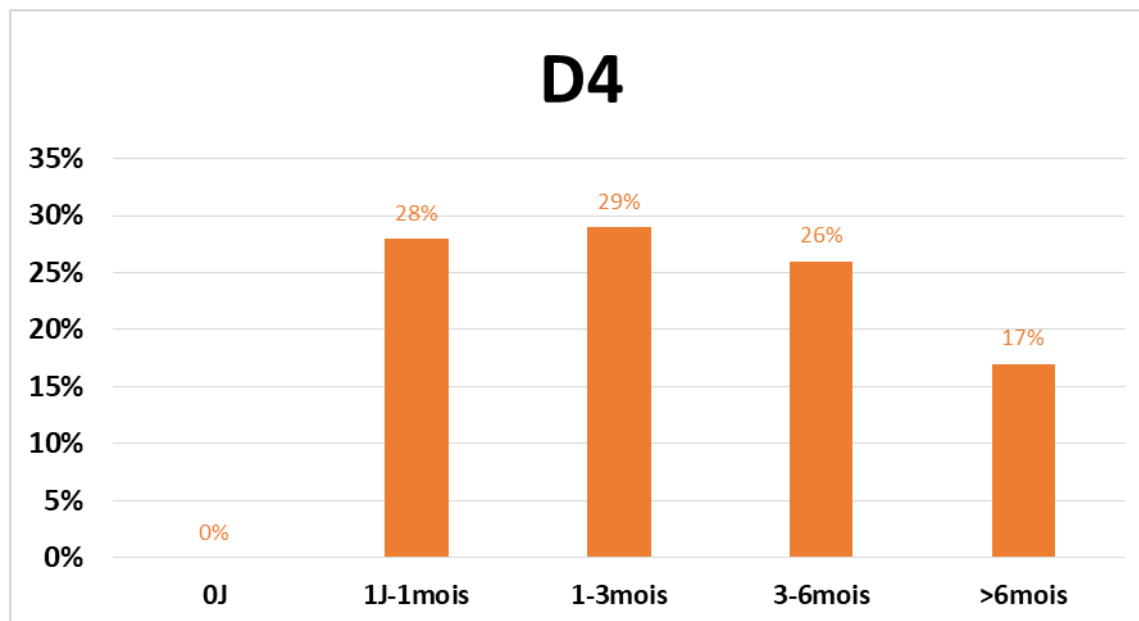
Le délai moyen thérapeutique entre le diagnostic et le début du traitement était plus long en cas de découverte suite à des signes d'appel (93,18jours), chez les sujets atteints de pathologies inflammatoires (276,16jours), les patients bénéficiant d'un traitement chirurgical (60,88jours) notamment les lobectomies pulmonaires (80,5jours).

**Tableau XVI: Répartition des délais thérapeutique D3 en fonction des caractéristiques cliniques :**

ELEMENTS CLINIQUES	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIANE (en jour)
<b>Circonstances de découverte</b>				
Signes d'appel				
Fortuite	1	730	93,18	18,5
Dépistage	1	49	4,86	1
Non précisé	6	6	6	6
	1	180	23,1	11,5
<b>Type de maladie</b>				
Inflammatoire	1	730	276,16	20
Tumorale	2	214	35	21
Infectieuse	1	293	99	11
Autres	0	1095	42,31	9
Urgences	0	2	1	1
<b>Stade de maladie</b>				
Diagnostic Précoce	1	49	16,85	13,5
Phase clinique	0	293	49,72	15
phase de complication	1	730	51,06	9
<b>Traitement chirurgical</b>				
Oui	1	730	60,88	16
Non	0	5	1,52	1
<b>Interventions Chirurgicales</b>				
Thyroïdectomie	1	1095	71,54	21
Lobectomie	1	730	80,5	22,5
Exérèse chirurgicale	1	214	35	22
Drainage thoracique	1	68	9,32	4
Décortication	2	76	22,46	13
Médiastinoscopie	1	122	25,1	19
Thoracoscopie	2	55	19,92	16
Autres intervention	1	180	23,15	10,5

#### 4. Délai total D4 entre le premier symptôme et le début de traitement :

Le délai total moyen était de **329,37 jours** (N=272), Le parcours de prise en charge en chirurgie thoracique, du premier signe jusqu'au début du traitement, était dans 83% des cas entre 1j et 6mois.



**Figure 19 : répartition des patients selon les intervalles des délais D4**

##### 4.1 Le délai total D4 en fonction des caractères sociodémographiques :

Dans notre étude le délai moyen total était plus long chez les sujets âgés de plus de 65ans (629,32jours), les femmes (513,50jours), les veufs (406,16jours), les femmes au foyer (555,56 jours), les patients résidant en milieu rural (428,16jours) les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins (404,71jours), temps nécessaire pour accéder au soins >1heure (391,01jours), et les patients sans couverture médicale(1226 ,18jours).

**Tableau XVII : Répartition de délai total D4 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :**

Caractères sociodémographiques	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
<b>AGE</b>			98,58	
<35ans	1	965	537,11	38
[35 à 45ans]	2	7345	251,54	88
[45 à 55ans]	2	4027	191,11	105
[55 à 65 ans]	1	3297	629,32	76
>65 ans	1	9219		92,5
<b>SEXE</b>				
Femme	1	9219	513,50	107
Homme	1	7345	204,43	47,5
<b>STATUT MARITAL</b>				
Marié	1	9219	324,44	89
Célibataire	1	2235	154,71	31
veuf	2	3460	406,16	71,5
<b>ORIGINE</b>				
Casablanca-Settat	51	2235	599	127
Marrakech-Safi	1	9219	353,44	94
Fés-méknes	7	1350	327,83	82,5
Beni mellal-khenifra	1	6900	556,33	94,5
Souss-Massa	2	1261	202,18	59
Régions du sud	2	439	77	21
Drâa-tafilalt	2	151	68,71	83
Rabat-salé-Kenitra	3	138	51,5	32,5
<b>MILIEU DE RESIDENCE</b>				
Rural	2	6900	428,16	85,5
Urbain	1	9219	297,58	89
<b>DISTANCE (km) PAR RAPPORT A L'UNITE DE SOINS :</b>				
<100km	1	6900	281,69	76,5
>100km	1	9219	404,71	92
<b>Temps (heure)nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins</b>				
< 1h	1	6900	308,25	80,5
>1h	1	9219	391,01	92
<b>PROFESSION</b>				
Actif	1	2235	128,02	48
Femme au foyer	1	9219	555,56	106
Retraité	1	4027	212,70	75,5
Sans profession	1	845	97,5	30,5
<b>COUVERTURE MEDICALE</b>				
FAR	1	9219	300,16	87
CNOPS	1	3297	287,28	71
CNSS	2	2235	191,68	52
Sans couverture	16	7345	1226,18	94

### 4.2 Le délai total D4 en fonction des antécédents :

Le délai moyen total D4 était plus long chez les patients ayant des antécédents médicaux (393,84jours), chirurgicaux (528,43jours) et avec comorbidités (339,44jours).

**Tableau XVIII : Répartition de délai total D4 en fonction des antécédents :**

ANTECEDENTS	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
<b>Toxico-allergiques</b>				
Oui	1	3297	236,64	70
Non	1	9219	349,55	85
<b>Médicaux</b>				
Oui	1	9219	393,84	98,5
Non	1	6900	264,35	52
<b>Chirurgicaux</b>				
Oui	1	9219	528,43	108,5
Non	1	7345	214,48	61
<b>Comorbidités</b>				
Avec	1	9219	339,67	77
Sans	1	3297	264	95

### 4.3 Le délai total D4 en fonction des éléments cliniques :

Le délai moyen total entre le premier symptôme et le traitement en chirurgie thoracique était plus long en cas de découverte suite à des signes d'appel (384,59jours), chez les sujets atteints de pathologies inflammatoires (591,10jours), et les patients bénéficiant d'un traitement chirurgical notamment les lobectomies pulmonaires (856,29jours).

**Tableau XIX : Répartition de délai total D4 en fonction des caractéristiques cliniques :**

ELEMENTS CLINIQUES	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIANE (en jour)
<b>Circonstances de découverte</b>				
Signes d'appel				
Fortuite	1	9219	384,59	94
Dépistage	1	527	28,51	2
Non précisé	24	24	24	24
	1	4027	331,25	91,5
<b>Type de maladie</b>				
Inflammatoire				
Tumorale	14	7345	591,10	83,5
Infectieuse	21	2277	207,95	117
Autres	6	5260	324,13	71
Urgences	1	9219	322,08	49
	0	7	2	1
<b>Stade de maladie</b>				
Diagnostic précoce	5	527	104,75	55
Phase clinique				
phase de complication	1	9219	318,09	78
	6	7345	630,71	123
<b>Traitement chirurgical</b>				
Oui	1	9219	358,14	89
Non	1	4	2,36	2
<b>Interventions chirurgicales</b>	33			
Thyroidectomie	21			
Lobectomie	1	9219	543,08	116
Exérèse chirurgical				
Drainage thoracique	1	7345	856,29	178
Décortication	1	2235	182,48	89
Médiastinoscopie	5			
Thoracoscopie	1	122	21,53	8,5
	4	146	74,18	64
		122	25,15	19
Autres interventions	2	106	46,76	47
		330	82,67	55,5
<b>Surveillance et traitement médical</b>				
	1	5	2,2	2

**5. Les valeurs des différents délais dans chaque étape de prise en charge :**

Dans notre étude :

- ✓ **Le délai moyen D1** (délai entre le premier symptôme et la première consultation médicale) était **225,38 jours**.
- ✓ **Le délai moyen D2** (délai entre la première consultation médicale et le diagnostic) était de **26,48 jours**.
- ✓ **Le délai moyen D3** (délai entre le diagnostic et le traitement spécifique) était de **75,17 jours**.
- ✓ **Le délai moyen total D4** (délai entre le premier symptôme et le début de traitement spécifique) était de **329 ,37 jours**.



**Tableau XX : tableau récapitulatif des différents délais dans la prise en charge :**

<b>DIFFERENTS DELAIS</b>	<b>MINIMAL (en jour)</b>	<b>MAXIMAL (en jour)</b>	<b>MOYEN (en jour)</b>	<b>MEDIAN (en jour)</b>
<b>Délai de consultation D1</b>	0	9125	225,38	32,5
<b>Délai diagnostic D2</b>	0	485	26,48	7
<b>Délai thérapeutique D3</b>	0	1095	75 ,17	14,5
<b>Délai total D4</b>	1	9219	329,37	83



## DISCUSSION



## **I. RAPPEL**

### **1. Histoire de la chirurgie thoracique :[3]**

Les développements de la chirurgie thoracique ont été formidables au cours du dernier siècle. Au début du vingtième siècle, la chirurgie de résection pulmonaire n'existait pas.

La chirurgie thoracique n'était pas encore une discipline chirurgicale à part entière et la plupart des interventions chirurgicales thoraciques visaient à résoudre des problèmes infectieux ou à favoriser la collapsothérapie dans le cadre de la prise en charge thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

Les premières interventions chirurgicales thoraciques aux Etats-Unis dans les années 1920 concernaient essentiellement le drainage chirurgical des épanchements para pneumoniques compliqués et des empyèmes.

L'épidémie de grippe de 1918-19 s'était effectivement compliquée par une incidence élevée de pneumonies bactériennes secondaires, associées à une fréquence élevée d'épanchement parapneumonique compliqué et d'empyème.

Dans les années 1920-30, l'indication principale de la chirurgie de résection pulmonaire concernait essentiellement les destructions parenchymateuses associées aux bronchiectasies. Le traitement répandu aux Etats-Unis était alors la lobectomie de coagulation. Après ouverture de la cage thoracique, les structures hilaires sélectionnées étaient grossièrement suturées ensemble et le lobe détruit coagulé par un tisonnier brûlant, chauffé à rouge dans un feu de charbon de bois à l'entrée de la salle d'opération.

Très souvent, les complications infectieuses survenaient et justifiaient l'une ou l'autre forme de drainage à ciel ouvert. La mortalité opératoire était significative mais, pour certains malades, le bénéfice était réel.

La première résection pulmonaire pour cancer remonte à 1933 et fut réalisée par Evarts Graham à St. Louis. A la fin des années 1930-40, l'intérêt avait augmenté et l'on assista au développement de la discussion et de la ligature hilare systématique. Pendant les dix années suivantes, le débat s'est concentré autour du meilleur abord chirurgical du cancer broncho-pulmonaire, lobectomie ou pneumonectomie. La lobectomie devint ainsi l'intervention de choix et la pneumonectomie fut réservée aux cas où seule cette chirurgie lourde permettait de garantir une résection complète.

Dans les années 1960-70, les progrès furent considérables dans le domaine de l'anesthésie et des instruments chirurgicaux, en particulier avec l'avènement des agrafeuses chirurgicales à cartouche déposable popularisées par Ravitch et Steichen. Avec la fin du vingtième siècle, coïncide également une prise de conscience de plus en plus nette de l'importance capitale d'un bilan approprié du cancer broncho-pulmonaire. Alors que dans les années 1960, la moitié des patients souffrant de cancer étaient jugés inopérables et que la moitié des opérés se révélaient non résécables. De nos jours la large majorité des candidats à l'intervention bénéficient d'une résection complète.

Les deux dernières décennies du vingtième siècle ont également confirmé la place de la transplantation pulmonaire et ont permis d'assister à la redécouverte de la thoracoscopie et de ses sous-développements dans une chirurgie qui se veut moins invasive, annonçant des séjours hospitaliers réduits et une reprise précoce du travail.

## **2. Indications de la chirurgie thoracique pulmonaire :**

Au-delà des chirurgies traumatiques en urgence, la chirurgie pulmonaire programmée contribue aujourd'hui à la prise en charge des maladies malignes, mais aussi de certaines pathologies bénignes de type dégénératif ou infectieux. Elle garde également un rôle diagnostique, dans les cas où les méthodes moins invasives n'ont pas permis d'aboutir à un diagnostic avec certitude[4].

Ainsi, le cancer broncho-pulmonaire est l'indication majoritaire à la chirurgie de résection pulmonaire.

### **2.1 Cancer broncho-pulmonaire :**

Le cancer bronchogénique est le cancer masculin le plus fréquent dans le monde et représente la première cause mondiale de mortalité par cancer avec 1,1 million de décès dans le monde au cours de l'année 2000[5]. A travers le monde, le cancer est devenu la seconde voire même la première cause de décès prématuré dans 91 pays sur 172, d'après les dernières estimations GLOBOCAN de 2018 [6]. Le poumon apparaît comme un organe particulièrement exposé, puisque les cancers broncho-pulmonaires occupent la première place en termes d'incidence avec environ 2,1 millions de nouveaux cas à travers le monde chaque année, soit 11,6% de l'ensemble des nouveaux cancers diagnostiqués tous sites confondus [4].

Quoique plus fréquent chez l'homme, ce fléau mondial est loin d'être exceptionnel chez la femme.

Le facteur de risque principal est la fumée du tabac , l'exposition à des carcinogènes d'origine professionnelle serait impliquée dans près d'un cas sur cinq [5]. Notons que le tabagisme passif, l'exposition professionnelle ou environnementale, ainsi que les prédispositions génétiques, sont des facteurs de risques non négligeables [7].

Le cancer du poumon occupe aussi la première place des causes de mortalité liée au cancer avec environ 1,8 millions de décès imputables, soit 18,4% de l'ensemble des décès répertoriés[6].

La chirurgie est le traitement de référence pour les CBNPC de stade I et II considérés en quasi-totalité comme résécables [4]. Une large part des cancers de stade IIIA le sont aussi. En ce qui concerne les stades IIIB et IV, les indications à la chirurgie sont exceptionnelles car considérés comme non résécables de par la diffusion de la pathologie cancéreuse.

Les recommandations intègrent cette approche chirurgicale pour les stades plus avancés dans le cadre de protocoles thérapeutiques multimodaux préalablement discutés en réunion multidisciplinaire [8]

L'approche chirurgicale est le traitement apportant la meilleure survie aux patients présentant un CBP. Cependant, la découverte tardive des tumeurs peut alourdir la prise en charge thérapeutique [9].

### **2.2 Tuberculose :**

Bien que le traitement soit en première intention médical par antibiothérapie appropriée, une indication à une résection en cas d'infections résistantes ou de séquelles localisées est parfois nécessaire [4].

La chirurgie de la tuberculose est le point de départ historique de la chirurgie thoracique. Malgré un repli net des indications depuis l'apparition des antibiotiques, l'augmentation du nombre de patients immunodéprimés et l'émergence de mycobactéries multi résistantes (résistance au moins à l'isoniazide et la rifampicine) peuvent conduire à une prise en charge chirurgicale. La chirurgie de la tuberculose et des mycobactéries atypiques est le plus souvent réalisée à titre diagnostique sur des adénopathies médiastinales ou des

épanchements pleuraux. Cependant, il persiste des indications de résection parenchymateuse à visée thérapeutique, pour tuberculose multi résistante (TB-MR), en cas de séquelles compliquées, ou en présence de mycobactéries atypiques [10].

### **2.3 Dilatation des bronches (ou bronchiectasie) :**

Malgré un traitement médical et un drainage bronchique quotidien, certains cas de bronchiectasie peuvent nécessiter une résection en cas d'infections récidivantes localisées, ou d'hémoptysie[4]. Le traitement chirurgical constitue alors une très bonne alternative, lorsqu'un geste de résection complet des zones atteintes est réalisable du point de vue fonctionnel et permet, avec une morbidité et une mortalité faible, d'obtenir des résultats à long terme très satisfaisants et de freiner l'évolution de la pathologie. Dans des cas plus complexes de DDB diffuses et inhomogènes, un geste de résection incomplet des zones kystiques, non perfusées et suppurées permet d'améliorer les symptômes et de diminuer les récurrences infectieuses. Lorsqu'il s'agit d'une DDB diffuse et homogène, associée à une insuffisance respiratoire sévère, la transplantation pulmonaire devra être envisagée. La chirurgie garde donc une place de choix dans la prise en charge des DDB [11].

### **2.4 Aspergillose :**

Il s'agit d'une infection par un champignon présent dans l'environnement courant. Ce dernier peut coloniser des zones pulmonaires lésées par des pathologies antérieures, ou se développer chez des sujets immunodéprimés. La résection d'un aspergillome, zone nodulaire formée par l'aspergillose, est envisagée pour contrôler l'infection et ses éventuelles conséquences (hémorragie intra-bronchique)[4].

### **2.5 Abscess pulmonaire :**

De même que pour les indications précédentes, le traitement d'un abcès pulmonaire, conséquence d'une infection bactérienne, est en première intention médical voire un

drainage percutané. La résection pulmonaire n'est envisagée qu'en cas d'abcès chronique important ne répondant pas complètement au traitement de première intention [4].

### **2.6 La résection des bulles compressives ou compliquées :**

La destruction progressive et irréversible du parenchyme pulmonaire distal, qui caractérise l'emphysème, engendre une modification des propriétés élastiques du poumon et la création de zones inefficaces sur le plan respiratoire, piégeant l'air et impactant la mécanique pulmonaire dans son ensemble. La chirurgie de réduction de volume pulmonaire, grâce à la résection spécifique de territoires particulièrement touchés par la maladie emphysemateuse, a pour but de réduire le piégeage gazeux et ainsi permettre de restaurer une fonction diaphragmatique et de décompresser le parenchyme sain avoisinant [4].

### **2.7 Pathologies thyroïdiennes :**

La glande thyroïde est habituellement cervicale mais peut avoir un développement intra thoracique dépassant l'orifice supérieur du thorax et descendant plus ou moins vers le médiastin, pathologie fréquente, correspond à une hypertrophie localisée ou généralisée du goitre, devenant ainsi un goitre plongeant [12].

La chirurgie thyroïdienne fait partie des tâches du service de la chirurgie thoracique et figure en tête de la liste des chirurgies pratiquées dans ce dernier.

Cette chirurgie nécessite des techniques particulières, notamment lors de la dissection des nerfs récurrents. Elle permet un traitement radical, capable d'assurer la guérison[13]

La chirurgie du corps thyroïde peut être soit une lobo-isthmectomie pour un nodule isolé froid ou chaud uni-lobaire ou bien encore d'une thyroïdectomie totale pour goitre multihétéronodulaire [14].



Autrefois très redoutée compte tenu des complications potentiellement graves, sa pratique s'est réponde grâce aux améliorations obtenues dans la préparation, l'anesthésie et dans la surveillance per opératoire [13].

### **2.8 Urgences en chirurgie thoracique :**

#### **-Les traumatismes thoraciques :**

Les traumatismes thoraciques représentent un motif de consultation fréquent dans les Services d'Accueil d'Urgences. Le traumatisme du thorax implique potentiellement plusieurs structures (cage thoracique, poumons, cœur, gros vaisseaux, diaphragme).

Ces traumatismes sont majoritairement secondaires à des accidents de la voie publique. Les chutes, les accidents de sport, les accidents de travail ou encore les tentatives de suicide sont des circonstances également rencontrées[15] .

Le traumatisme du thorax est fréquent et reste un facteur de mortalité importante avec une implication dans près de 25% de la mortalité. Les traumatismes du thorax dont la gravité initiale ne relève pas de la traumatologie sévère sont quant à eux associés à une morbidité significative notamment dans des populations à risque. Quel que soit le niveau de gravité du traumatisme thoracique, il semble donc essentiel qu'une stratégie précoce soit adoptée[16].

#### **-Pneumothorax :**

Sa fréquence est estimée entre 15 et 50% des cas lors d'un traumatisme thoracique et il est associé à un hémithorax dans 25% des cas[15].

Les pneumothorax sont classés en spontané et non spontané. Les pneumothorax spontanés surviennent sans aucun traumatisme préalable ni cause déclenchante évidente. Le pneumothorax spontané qui survient chez les patients sans maladie pulmonaire sous-

jacente est appelé pneumothorax spontané primaire (PSP), tandis que le pneumothorax spontané secondaire (SSP) fait référence à ceux qui se développent en présence d'une affection pulmonaire sous-jacente [17].

Les pneumothorax non spontanés sont classés comme traumatiques et sont subdivisés en non iatrogènes et iatrogènes. Les pneumothorax non iatrogènes peuvent se développer à la suite d'un traumatisme direct ou indirect, souvent au niveau du thorax, sans lien avec un acte médical. Les pneumothorax iatrogènes résultent d'interventions médicales[17].

Un pneumothorax de faible abondance, unilatéral, avec un décollement < 2 cm de la paroi, et sans retentissement clinique majeur pourra être respecté sous réserve d'une surveillance régulière[15].

Le patient souffrant de pneumothorax sous tension peut développer rapidement une dyspnée extrême, une hyperinflation thoracique unilatérale, une cyanose et une instabilité hémodynamique. Le développement d'un pneumothorax sous tension est généralement une urgence médicale nécessitant une intervention rapide par un certain nombre de techniques de drainage thoracique pour soulager la pression intra pleurale .Le pneumothorax compressif doit être un diagnostic clinique qui ne doit pas attendre sa confirmation par radiographie[17]

## II. DISCUSSION DE NOS RESULTATS

### 1. Données sociodémographiques :

Nous avons recruté pour notre étude 408 patients atteints de différentes pathologies en chirurgie thoracique, à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de 4 ans allant de Janvier 2019 à Décembre 2022. En ce qui concerne l'étude des délais diagnostiques et thérapeutiques 272 dossiers ont été exploités.

#### 1.1 Répartition selon l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 49,84 ans, avec des extrêmes allant de 12 à 90 ans. Ce résultat pourrait être expliqué par la grande fréquence des pathologies tumorales (cancers pulmonaires) et par la prédominance des pathologies thyroïdiennes non tumorales (goitre et GMHN) au sein de notre échantillon.

Le goitre est une pathologie de l'adulte jeune. L'âge moyen de nos malades a été de 52,04 ans, qui ne diffère pas statistiquement de celui des auteurs Africains, Européens, Américains et Asiatiques [17-21].

**Tableau XXI : Comparaison des séries selon l'âge moyen pour les pathologies thyroïdiennes non tumorales .**

Auteurs	Nombre de cas	Moyen d'âge
M'Badinga Congo 1995[18]	117	38,4
Bagayogo Mali 1999 [19]	815	34,47
Miccoli Italie 2006 [20]	998	49,5
Qari F A Arabie saoudite 2005[21]	517	48,3
Lopez Mexique1997 [22]	135	39
I.RIDA 2021 [13]	171	59,5
Notre série	96	52,04

Pour les cancers pulmonaires l'âge moyen de nos patients était de 62,84 ans, rejoignant les autres séries.

**Tableau XXII : Comparaison des séries selon l'âge moyen pour les cancers pulmonaires.**

Auteurs	Période d'étude	Moyen d'âge
Etienne G.L[23]	2006 -2008	68 ,5
Leveque N. [24]	2008-2009	61,4
INCa[25]	2009-2013	65,1
ELmoubarrik[26]	2010-2015	60
C.Haidar [27]	2022	57,41
Notre série	2019-2022	62,84

Pour les pathologies inflammatoires l'âge moyen de nos malades était de 46,30 ans ce qui ne diffère pas de L.berny [28] dans leur travail sur les dilatations des bronches chez la femme au CHU Casablanca ,l'âge moyen était de 43 ans, et aussi de S.maalej [29] en Tunisie (âge moyen=55,60 ans).

Concernant les pathologies infectieuses l'âge moyen de nos patients était de 45,48 ans ce qui concorde avec K.adjoh[30] (43,09 ans) ,H.smadhi[31] (49 ans) et Moukram [32](40ans).

Pour les urgences thoraciques l'âge moyen était de 45,96 ans ,ce qui ne diffère pas de celui de N .yasa dans leur travail sur La prise en charge du pneumothorax spontané en 2022 avec un âge moyen de 45,2 ans.[33]

### 1.2 Répartition selon le sexe :

Nous avons constaté une légère prédominance masculine de 55% (Soit 249 hommes pour 206 femmes). Avec un sexe- ratio H/F de 1,2. Ce qui ne diffère pas de celui de l'étude C. Haidar [27] dans son travail de thèse sur les délais diagnostiques et thérapeutique en oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech et celui de Diane .C sur les indications de la chirurgie thoracique au GABON.

Le pourcentage de 45% des femmes pourrait être expliqué par la prédominance des pathologies thyroïdiennes non tumorales dans notre échantillon et le sexe féminin est un facteur à risque pour la pathologie thyroïdienne. En Afrique il semble être moins fréquent chez les hommes qu'en Europe[13] .

**Tableau XXIII :Comparaison des série selon la prédominance sexuelle et le sex-ratio.**

Auteurs	Masculin	Féminin	Sex-ratio
Diane.C[34]	110	68	-
I.Rida [13]	36	135	3,75
C.Haidar [27]	53	47	1,12
Gail nodjor 2014[1]	726	301	2,4
Elmoubarrik[26]	67	6	-
Yilmaz et al[35]	133	5	-
Notre série	224	184	1,2

### 1.3 Répartition selon le statut marital :

Quant à leur statut marital, les patients mariés étaient les plus représentés dans notre travail, avec un taux de 79%. Ce résultat ne diffère pas statistiquement de celui de C.Haidar[27] et de B.Lemaamla [36] dans son travail de thèse sur la qualité de vie des patients suivis pour cancers à l'hôpital militaire Avicenne en 2019.

**Tableau XXIV : Comparaison des séries selon le statut marital des patients.**

Auteurs	Marié	Célibataire	Veuf
B.Lemaamla[36]	90%	6%	1%
C.Haidar [27]	92%	5%	2%
Notre série	79%	16%	5%

### 1.4 Répartition selon l'origine géographique et le milieu de résidence :

Dans notre série, La plupart de nos patients provenaient de la région de Marrakech-Safi et béni Mellal -khenifra et le Sud du Maroc. Ce résultat pourrait être expliqué par prédilection de la pathologie thyroïdienne du fait du déficit en iode dans les zones montagneuses au Maroc.

Ainsi que la plupart de notre population d'étude appartenait au domaine militaire d'où leur installation au niveau de la zone Sud.

La majorité de notre échantillon était d'origine urbaine (71%), tandis que seulement 29% était d'origine rurale. Cela pourrait être expliqué par les difficultés d'accès géographique aux centres diagnostiques et thérapeutiques, l'adoption des traitements traditionnels, voire le refus de consultation et aussi le phénomène d'urbanisation.

### **1.5 Répartition selon distance (km) et temps (heure) nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins :**

Concernant l'accessibilité de soins de santé, 52 % habitaient à plus de 100 Km par rapport à la structure de prise en charge. 60% des patients ont besoin de plus d'une heure, alors que d'autres ont besoins de plus de 19 heures pour se rendre à l'hôpital.

Ce résultat pourrait être expliqué par l'installation de la majorité des médecins généralistes et spécialistes dans la région de Marrakech Safi .c'est ce qui a été confirmé par G.Salim [37]dans leur travail de thèse sur devenir des lauréats de la FMPM :2006-2020 .

Pour les médecins généralistes : La répartition par région d'exercice montrait une prédominance de la région Marrakech-Safi (41,79%), suivie de la région Souss-Massa (18,7%) et de Béni Mellal-Khénifra (11,07%). 6,29% des médecins étaient installés dans les régions du Sud (Guelmim-Oued Noun, LaâyouneSakia El Hamra et Dakhla Oued-Eddahab) [37].

Pour les médecins spécialistes : La répartition par région des médecins installés reste la même que celle des médecins généralistes, la région de Marrakech-Safi étant la plus représentée à 43,67%, suivie de la région de Souss-Massa à 16,73% et de Béni-Mellal Khénifra et Drâa-Tafilalet avec 8,16% chacune. 9,79% s'étaient installés dans les régions du sud, majoritairement dans le secteur public. La ville de Marrakech à elle-seule abritait 33% des médecins spécialistes installés, suivie de la ville d'Agadir à 17%, majoritairement dans le secteur privé[37].

Malheureusement les chirurgiens thoraciques au Maroc sont peu nombreux surtout dans les régions citées dans notre étude.

Les spécialités chirurgicales les plus choisies étaient l'ophtalmologie, la gynécologie-obstétrique et traumatologie-orthopédie. Certaines spécialités comptaient moins de 10 lauréats recensés, telles que la chirurgie cardio-vasculaire, la chirurgie thoracique,



l'épidémiologie et la médecine nucléaire [37]. On note que seulement 7 médecins qui ont choisi la chirurgie thoracique comme spécialité entre 2006 et 2020.

### 1.6 Répartition selon la profession :

Quant à leur activité professionnelle, les patients sans travail étaient les plus représentés dans notre travail, avec un taux de 72% :

-36% des femmes au foyer

-31%des retraités

-5% sans profession

Cette répartition est conforme à la structure d'âge de notre population d'étude. Vu que la plupart de nos patients avaient des tumeurs pulmonaires et des pathologies thyroïdiennes non tumorales (femmes) .Contrairement aux résultats de l'étude de Gaël [1] dans leur thèse sur les délais de prise en charge des patients au urgences qui rapportait que 72,5% des patients qui consultent aux urgences sont actifs professionnellement.

**Tableau XXV: Comparaison des séries selon La profession.**

Auteurs	Actif	Retraité	Femme au foyer	Sans profession
C.Haidar [27]	15%	47%	37%	1%
Gaël [1]	72,5	1,3%	-	7,2
Notre série	28%	31%	36%	5%

### 1.7 Répartition selon couverture médicale :

Dans notre série la population avait une prise en charge médicale, soit 95%des patients était mutualistes avec 67%des patients de notre série bénéficiaient de la couverture des forces armées royales (FAR),ce qui ne diffère pas de celui de thèse C.haidar [27] et thèse B.Lemaamla[36].

**Tableau XXVI: Comparaison des séries selon la couverture médicale .**

Auteurs	Avec Couverture médicale	Sans couverture médicale
B.Lemaamla[36]	99%	1%
C.Haidar[27]	99%	1%
Notre série	95%	5%

## 2. Discussion des données cliniques :

### 2.1 Circonstances de découverte :

Dans notre étude 77% des maladies qui sont traitées dans le service de chirurgie thoracique ont été découvertes suite à des signes d'appel et 15% dans le cadre de dépistage systémique ou découverte fortuite. Ceci peut être expliqué par la faiblesse de la politique de dépistage dans notre contexte. Ce qui est comparable aux résultats trouvés dans la thèse ELmoubarrik 2016 [26] et el ouazzani 2010[38].

**Tableau XXVII : Comparaison des séries selon les circonstances de découverte.**

Auteur	Présence des signes d'appels cliniques (%)	Découverte fortuite ou par dépistage(%)
Elouazzani 2010[38]	100	0
Analyse KHP2012[39]	97,1	2,9
INCa [25]	79,2	20,8
Etienne G.L[23]	83	17
Elmoubarrik[26]	100	0
Notre série	77	15

**2.2 Type de maladie :**

Dans notre étude on note que le service de chirurgie thoracique de l'hôpital militaire Avicenne a reçu diverses maladies au cours de la période de notre étude notamment :

Les pathologies tumorales (101 patients) dominées par les cancers pulmonaires (36 patients), les pathologies thyroïdiennes non tumorales (96 patients),

Les maladies inflammatoires majorées par le poumon détruit post tuberculeux (DDB, fibrose pulmonaire), les infections (kystes hydatiques et les pleurésies purulentes) et aussi les urgences notamment les traumatismes thoraciques fermés et ouverts, et le pneumothorax.

Cette diversité indique l'importance de cette spécialité dans le secteur de la santé surtout le service de chirurgie thoracique à l'hôpital militaire Avicenne à Marrakech.

La chirurgie thoracique joue un rôle pondérant tant au niveau du diagnostic qu'au niveau du traitement.

Notre résultat se rapproche de celui trouvé par l'étude thèse Gabon [34] dans leur travail de thèse sur indications et résultats de la chirurgie thoracique au GABON ,ce travail porte sur 178 patients sur une période de 5ans et 6 mois opérés d'une pathologie thoracique :50 cas de tumeurs Elles étaient dominées par les cancers broncho-pulmonaires, avec 32 cas , Les pleuro-pneumopathies diverses : 36 cas. Il s'agissait de 12 malades présentant des bulles d'emphysème dystrophiques ayant entraîné des pneumothorax récidivants, de 4 malades présentant des bulles staphylococciques, 8 cas d'abcès pulmonaires et 12 cas de Pyo-thorax post-infectieux.

Les traumatismes thoraciques étaient au nombre de 46 dont 37 plaies thoraciques ; Les séquelles de tuberculose étaient présente chez 35 malades, dont 20 fois étaient pulmonaires et 15 fois pleurales[34].

### **3. Traitement :**

95% de nos patients ont profité d'une chirurgie. Ces interventions chirurgicales sont majorées dans 54% par : Des thyroïdectomies totales (pour GMHN) (26%), les exérèses parenchymateuses (28%) dont les lobectomies pulmonaires (10%).46% des cas pour les autres interventions (mastectomie, thoracoscopie, drainage, pneumectomie, mediastinoscopie...).

5% de nos malades ont bénéficié d'une surveillance avec un traitement médical surtout pour les traumatismes thoraciques fermés non graves.

Après le traitement chirurgical 22% de nos patients ont profité d'une kinésithérapie, 10%des cas ont bénéficié d'une chimio et radiothérapie et seulement 2% étaient sous hormonothérapie (cancers du sein).

Nos résultats confirmaient et complétaient pas de celui de I.Rida [13] pour les pathologies thyroïdiennes qui rapportait que L'indication opératoire a été portée pour :

- Goitre multihétéronodulaire chez : 60 patients (35 ,08 %)
- Goitre plongeant : 60 patients (35 ,08 %)
- Goitre toxique : 20 cas (11,69 %)
- L'existence de signes de compression : 11 cas (6,43 %)
- Goitre suspect de malignité chez : 10 patients (5,84 %)
- Maladie de basedow chez : 12 patients (7.01%)

L'exérèse a été réalisée selon les données de l'examen clinique et para clinique. Elle correspond à :

-Une thyroïdectomie totale dans 139 cas, soit 81.28%.

-Une loboisthmectomie de totalisation dans 32 cas soit 18.71%[13]

Leveque N[24] confirme aussi que 48% des cancers thoraciques ont bénéficié d'une chirurgie.

Contrairement au résultat de l'étude Elmoubarrik [26] pour les délais diagnostiques et thérapeutiques des cancers pulmonaires qui rapportait que 76 % des patients étaient traités par la chimiothérapie, la chirurgie dans 6 % des cas , la radiothérapie dans 3% des cas et dans 15% des cas le traitement était palliatif.

La différence entre le pourcentage de la chirurgie de notre série par rapport aux Elmoubarrik [26] séries est due à la fréquence élevée des stades avancés dans cette dernière alors que dans la nôtre il s'agissait plutôt des stades localisés (I et II).

Tableau XXVIII : Comparaison des séries selon le pourcentage de la chirurgie pour les cancers pulmonaires.

Auteurs	Pourcentage (%)de la Chirurgie pour les cancers pulmonaires
Leveque N [24]	48%
elmoubarrik [26]	6%
Notre série	75%

#### **4. Les délais de prise en charge :**

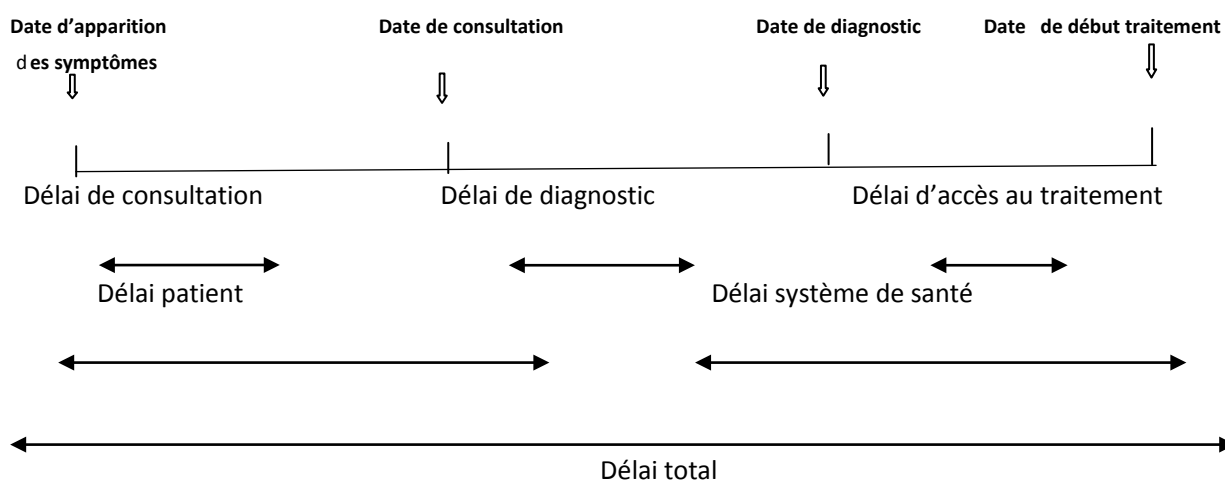
La mesure des délais de prise en charge est apparue comme un élément majeur, reflétant directement les modes organisationnels internes à une spécialité mais aussi entre plusieurs acteurs de soins. Elle constitue un élément d'appréciation de la qualité de la prise en charge médicale[40].

Les différents délais rencontrés dans la prise en charge des patients en chirurgie thoracique, sont représentés par le délai de consultation, le délai d'accès au diagnostic, le délai de début du traitement et le délai total. Ces délais mesurés peuvent varier selon le type de la pathologie rencontrée :

- ✓ **Le délai de consultation ou délai patient D1** : délai entre le 1<sup>er</sup> symptôme et la première consultation médicale.
- ✓ **Le délai diagnostique D2** : délai entre la première consultation et le diagnostic.
- ✓ **Le délai thérapeutique D3**: délai entre le diagnostic et le début du traitement spécifique.

- ✓ **Le délai total D4** : délai entre les 1ers symptômes jusqu'au début du traitement spécifique.

Le délai diagnostique D2 et le délai de début du traitement D3 sont définis comme étant les délais attribuables au système de santé. Ils sont aussi appelés « délai système de santé » [27].



Dans notre étude des délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie thoracique nous avons étudié les 4 délais diagnostiques et thérapeutiques (D1, D2, D3 et D4), mais nous allons nous intéresser plus précisément au délai entre le diagnostic et le traitement chirurgical (D3).

#### **4.1 Délai D1 : délai entre le 1er symptôme et la première consultation médicale:**

##### **a) Délai de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :**

Dans la présente étude, les sujets âgés de moins de 35 ans avaient un délai moyen plus court (49,82 jours). Contrairement aux sujets âgés de 45, à 55 ans, de 55 à 65 ans et ceux supérieurs à 65 ans, avaient un délai moyen plus long respectivement (267,57 jours,

408,49 jours 157,38jours, 136,71jours). Le délai court des sujets moins de 35 ans serait dû peut être à la nature de notre population : C'est une population militaire qui se caractérise par la prédominance des sujets jeunes, et la présence de plusieurs hôpitaux militaires dans presque toutes les unités dans lesquelles ils travaillent, ce qui facilite leur accès à la consultation médicale.

Notre étude, n'étant pas analytique, ne nous a pas permis de révéler la relation entre le délai de consultation et ce facteur.

L'âge, étant considéré comme un facteur de risque de développement du cancer, augmenterait également le risque d'avoir un délai de consultation long.[41] Les personnes âgées auraient une idée fautive du cancer qui les conduit à consulter tardivement.[41]

Concernant le milieu de résidence, Les personnes habitant en milieu rural consultent plus tardivement que ceux habitant en milieu urbain. Ceci pourrait s'expliquer par l'existence d'une grande inégalité dans la distribution des soins de santé entre zones rurales et urbaines au Maroc : nous comptons un médecin pour 8.296 habitants en milieu urbain, contre un pour 11 835 dans les zones rurales, et le nombre moyen de consultations par habitant en une année est de 0,7 en milieu urbain contre 0,4 dans les zones rurales. La différence de niveau socio-économique entre les zones urbaines et rurales au Maroc, pourrait expliquer cette disparité de répartition. En effet, le taux de pauvreté relative en 2007 était de 14,5% en milieu rural contre 4,8% dans les zones urbaines. [41]

Pour les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins, ils présentent un délai de consultation plus long, la distance et le manque de transport sont des facteurs influençant les délais de consultation.[42]



Une amélioration de la qualité du réseau de transport est nécessaire, mais insuffisante. Il faut plutôt développer des soins spécialisés de proximité

Les femmes au foyer tardent pour consulter et surtout les patientes veuves. Ceci peut s'expliquer par les difficultés économiques de cette catégorie de la population. L'accès aux soins semble plus difficile aux femmes au foyer, qui dépendent de leurs conjoints ou de leurs proches pour aller consulter.

D'une façon générale, les femmes semblent avoir plus de difficultés à accéder au système de soins, probablement à cause d'obstacles culturels et sociaux limitant leur autonomie, leurs possibilités financières et leur liberté d'initiative à consulter un professionnel[43].

### **b) Délai D1 selon les antécédents et comorbidités :**

Les sujets avec antécédents médicaux, chirurgicaux, et comorbidités consultent tardivement un médecin. Ce retard peut être expliqué par le fait que ces patients attribuaient leurs nouveaux signes à une pathologie préexistante.

Dans une étude sur les facteurs de risque de présentation et de référence des signes de cancers les plus fréquents au Royaume Uni, Macleod et ses collaborateurs ont, souligné également que les personnes ayant une ou des comorbidités avaient un délai long. En fait, ces personnes font régulièrement des visites médicales et des bilans de routine. Lorsque leurs résultats s'avèrent négatifs, elles pensent être en bonne santé.[44]

### **c) Délai D1 selon le type de la maladie :**

Le délai moyen de consultation pour l'ensemble des pathologies traitées en chirurgie thoracique, était de 225,38jours. Le délai maximal était de 9125jours, soit environ 25ans.

Et le délai minimal était < 1jour.

## **Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie thoracique**

---

ce délai était dans 36% des cas, inférieur ou égal à 1 mois ,30% des cas entre 1 et 3mois et dans 11%des cas entre 3 et 6 mois .14% des cas avaient consulté directement un médecin dès l'apparition des premiers signes cliniques et seulement 9% des cas leurs D1 est supérieur ou égal à 6 mois.

Beaucoup d'éventualités pourraient expliquer ce résultat :

Premièrement que la majorité de nos malades ont des pathologies tumorales (cancer bronchique), et des pathologies thyroïdiennes (goitre et GMHN).

le délai maximal 9125jours , soit environ 25 ans était pour un goitre avec un délai moyen de 456,56jours pour les pathologies thyroïdiennes non tumorales, ce qui ne diffère pas de celui de keita et Abdoulaye[45] : Le délai de consultation variait entre 1 et 35 ans avec une prédominance entre 2 - 10 ans et une moyenne de 28 ans.

**Tableau XXIX : Comparaison du délai de consultation D1 pour les pathologies thyroïdiennes selon la littérature.**

<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Délai de consultation D1 moyen</b>	<b>D1 minimal</b>	<b>D1 maximal</b>
Keita et Aboualye[45]	2018	28 ans	1 an	35ans
M.benbakh[46]	2014	5ans	-	-
M. BENBAKH et aboulfadi[36]	2016	7ans	-	-
Illé .s [47]	2016	4ans	1 an et 6mois	30ans
Notre série	2019-2022	1 an et 5 mois	2 mois	25 ans

Pour les cancers bronchiques le délai moyen D1 était de 184,5jours avec D1 maximal 1095jours et D1 minimal était de 30j.ce qui ne diffère pas de celui de kyadi [48]et S .aouadi [49]dans leurs études concernant les délais de prise en charge des cancers broncho-pulmonaires.

**Tableau XXX : Comparaison du délai de consultation D1 pour les cancers pulmonaires selon la littérature.**

Auteurs	Année	Délai de consultation D1 moyen	D1 minimal	D1 maximal
I.mejri[50]	2015	2mois		
kyadi[48]	2011–2015	3–6mois	<3mois	6mois
A.berriri[51]	2014	2 mois	–	–
A .ben tkhayat[52]	2010–2015	65,6		
S.aouadi[49]	2010–2011	91J	12J	715j presque 2ans
F.ziane[53]	2017–2019	98,7j	–	–
C.Rachid [54]	2018	5,9 mois	15j	3ans
Notre série	2019–2022	6mois	1 mois	3 ans

Nous avons choisi de détailler le délai D1 pour les pleurésies purulentes et tuberculeuses et les kystes hydatiques pulmonaires, étant les pathologies les plus fréquentes des maladies infectieuses dans notre travail de recherche.

Non avons trouvé un délai D1 moyen de 28,6 jours pour les pleurésies purulentes et 36,2jours pour les pleurésie tuberculeuses ce qui ne diffère pas de celui de H.zahi [55](28 j) dans leur travail sur les pleurésies tuberculeuses.

Contrairement au K.adjoh [30](56,77j) dans leur travail sur les pleurésies tuberculeuses :aspects épidémiologiques, cliniques, et para cliniques.

Pour les kystes hydatiques nous avons trouvé un D1 moyen de 3 mois ce qui concorde avec H.serhane [56](4 mois).

Ce résultat pourrait être expliqué par la grande diversité anatomo-cliniques et la non spécificité des signes cliniques du KHP.

**Tableau XXXI : Comparaison du délai de consultation D1 pour les pleurésies et les kystes hydatiques pulmonaires.**

Auteurs	Type de maladie	Délai moyen de consultation D1
H.smadhi[31]	Pleurésie a liquide clair	49 jours
A.T bambara[57]	Les pleurésies malignes et paramalignes	76jours
K .adjoh[30]	Pleurésie tuberculeuse	56,77jours
H .zahi[55]	Pleurésie purulente	28jours
Notre série	Pleurésie purulente	28,6jours
	pleurésie tuberculeuse	36,2 jours
N .moukram[32]	Kyste hydatique pulmonaire	5 mois
H .serhane[56]	Kyste hydatique pulmonaire	4 mois
Notre série	Kyste hydatique pulmonaire	3 mois

Pour les pathologies inflammatoires elles sont majorées dans notre étude par les DDB qui se caractérisent par un délai moyen D1 long 227,54jours presque 7,5 mois avec limites de (1mois–8ans).

Ce délai long peut être expliqué par la non spécificité des symptômes qui varient d'un individu à l'autre. Chez la plupart des personnes, ils débutent progressivement et ont tendance à s'aggraver au fil des années.

Au Maroc, l'incidence des DDB est très mal définie mais reste quand même une pathologie qui touche essentiellement la population jeune dont les étiologies sont dominées par la tuberculose et les infections respiratoires à répétition dans la majorité des cas. Parmi les signes cliniques, les bronchorrhées chroniques constituent le motif de consultation le plus fréquent. Cette bronchorrhée est variable quantitativement et qualitativement. Son importance va de la simple toux chronique ramenant une simple expectoration muqueuse à plusieurs centaines de millilitres par jour altérant ainsi la qualité de vie du patient. L'interrogatoire permet parfois de rapporter le début de cette bronchorrhée à l'enfance ou l'adolescence mais peut rester pauvre, surtout si le développement de la maladie est insidieux.[58]

Concernant les traumatismes thoraciques et les pneumothorax post - traumatiques ont un D1 trop court <1J (quelques heures) vu la nécessité de la prise en charge pré-hospitalière pour stabiliser les fonctions vitales, et pour une évacuation sans délai vers le service d'urgence le plus adapté.

### **4.2 Délai D2 : délai entre la première consultation médicale et le diagnostic :**

Notre délai moyen D2 entre La première consultation médicale et le diagnostic était de **26,48jours** et ce délai était, dans 78% des cas, entre un jour et un mois. Les valeurs extrêmes varient entre 7 jours et 485 jours (soit environ 1an et 6 mois).

Ce délai dépend de nombreux facteurs, liés aux patients et au système de santé lui-même. Les facteurs liés aux patients sont les difficultés socio-économiques, culturelles et

psychologiques. Ceux liés au système de santé sont l'accessibilité aux soins, le remboursement des frais médicaux, la connaissance des praticiens.[27]

### **a) Délai D2 selon les variables sociodémographiques :**

Dans notre étude le délai moyen de diagnostic était plus élevé chez les sujets âgés de plus de 65 ans, les veufs, les patients sans profession, les femmes au foyer, les patients résidant en milieu rural, les sujets habitant à plus de 100 kilomètres du lieu d'accès aux soins et les patients sans couverture médicale.

Dans une étude sur Déterminants des délais de consultation, de diagnostic et de traitement pour les nouveaux patients tuberculeux pulmonaires à microscopie positive au Maroc en 2012, M. AKRIM et al. Ont trouvé également que les risques élevés de retard ont été observés chez les femmes non mariées, ceux qui ont des contraintes économiques , ceux qui ont peur du diagnostic , Les patients qui ont eu plus de deux consultations médicales avant le diagnostic de la tuberculose et ceux âgés de 35 ans et plus ont plus de risque d'avoir un retard de diagnostic et de mise sous traitement.[59]

Nos résultats concordent aussi avec C.Haidar [27].

Notre étude n'étant pas analytique, elle ne nous a pas permis d'établir la relation entre le délai de diagnostic et ces facteurs.

### **b) Délai D2 selon le type de la maladie :**

#### **-Cancer du poumon :**

Le diagnostic du cancer bronchique est malheureusement souvent porté tardivement, à la fois parce que les signes cliniques n'apparaissent que tardivement, mais également parce que la banalité du tableau est responsable d'un long délai entre le premier symptôme et le diagnostic.[54]

En comparant notre résultat avec celui d'autres pays d'Afrique, notre délai moyen était de 35,33 jours , qui est supérieur à celui trouvé en Tunisie [60] et en Algérie[61] qui était respectivement de 27,7 et 20 et jours . Par contre, notre délai moyen est court par rapport à celui de C.HAIDAR [27] et RAVAHATRA et al [48] qui était respectivement de 59,6 et 90 jours.

**Tableau XXXII : Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer pulmonaire selon la littérature.**

Pays	Année	Délai D2 moyen
Algérie	2014	20 jours
Madagascar	2015	90 jours
Tunisie	2018	27,7 jours
Maroc	2022	59,6 jours
Notre série	2019–2022	35,33 jours

La référence des patients aux spécialistes dans notre pays est retardée. La non reconnaissance des signes évocateurs de cancers serait une des causes de ce retard. En effet, les symptômes rencontrés par le généraliste ne sont pas spécifiques de la maladie cancéreuse. Ces symptômes peuvent être vagues ou atypiques, et par conséquent, ils peuvent être attribués à une maladie bénigne.[62]

Devant ces signes non spécifiques, les praticiens généralistes sont perdus sur la manière de les interpréter.

#### **4.3 Délai D3 : délai entre le diagnostic et le traitement spécifique :**

La décision de la prise en charge thérapeutique d'un patient en chirurgie thoracique est décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en présence de médecins de

spécialités différentes (chirurgiens, pneumologues, oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes),

Pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.[63]

L'examen anatomopathologique joue un rôle important dans la confirmation diagnostique de plusieurs pathologies en chirurgie thoracique notamment les cancers, cette opération à besoins au moins 15jours pour nous donner le résultat recherché. Et pour connaître la classification des tumeurs en sous-types et évaluer les bios marqueurs nous avons besoin de l'immunohistochimie, ce qui peut prendre plus de 15 jours aussi.

Dans la présente étude, le délai moyen entre le diagnostic et le début du traitement pour l'ensemble de nos patients en chirurgie thoracique était de 75,17 jours (N=272). 75% des patients avaient eu un traitement spécifique dans un délai inférieur ou égal à 1 mois et seulement 4% des cas avaient eu le traitement dans un délai supérieur ou égal à 6 mois. Le délai maximal était de 1095 jours, soit environ 3 ans.

Le délai thérapeutique D3 est plus long chez les patients atteints de pathologies tumorales (cancer du poumon) et inflammatoires (DDB).

a) **Délai D3 selon les caractéristiques sociodémographiques :**

En menant notre étude, nous avons réalisé que les sujets âgés de plus de 65 ans avaient un délai moyen thérapeutique plus long (218,45 jours),les sujets ayant des antécédents médicaux et des comorbidités ,et les patients sans couverture médicale et sans profession et qui réside dans des zones géographiques lointaines .Ceci peut être expliqué par le fait que ces patients avaient plus de comorbidités qui nécessitaient plus du temps pour l'équilibrer , avec les difficultés d'accessibilité géographique qui se posent dans



certaines zones. D'ailleurs, la difficulté d'accès aux soins de la population rurale constitue encore une insuffisance majeure du système.[64]

Ce résultat concorde parfaitement avec les données de la littérature. En effet, une étude réalisée par EL Moubakkir au Maroc en 2016 sur les délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer broncho-pulmonaire, a trouvé que seul l'âge des patients apparaît comme facteur influençant significativement le délai d'accès aux traitements ( $p= 0,02$ ). En comparant les deux tranches d'âge, les sujets âgés de plus de 60 ans avaient un retard de 10 jours pour accéder au traitement , par rapport aux patients de moins de 60 ans.[26]

Une autre étude réalisée par C. Haidar en 2022 a retrouvé que les sujets âgés de plus de 65 ans avaient un délai moyen thérapeutique plus long (111,5 jours).

Ce retard dans le traitement concernant les sujets âgés, relève essentiellement de deux causes. La première revient à la situation des patients mêmes (fragilité du terrain, réserve formulée par le patient). Et la seconde cause quant à elle, revient au système de santé : préjugés personnels, nihilisme thérapeutique, manque de connaissance de l'espérance de vie .[65]

Devant la fragilité des sujets âgés, il est nécessaire d'assurer une prise en charge spécifique de cette tranche d'âge.

b) **Délai D3 selon type de la maladie :**

**-Cancer du poumon :**

Le délai médian entre le diagnostic et le traitement était de 21 jours, il est égal à celui de Elmoubarrik [26] dans l'étude effectuée à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès, qui rapporte un délai moyen de 21 jours. ,plus long par rapport aux études de J. Virally et al [66] , de Salomaa et al [67] et de Pourcel.G[68] (9jours,15jours,15jours) .alors qu'il est plus court

par rapport à l'étude de S.deshayes[69]( 24,5 jours) El Ouazzani et al [38] (le délai était de 27 jours) , C.Haidar [27](le délai médian était 40 jours) et I.mejri (60 jours).

Le délai moyen entre le diagnostic et le premier traitement dans notre série était en moyenne de 35 jours. Ce délai concorde avec celui de Elouazani et al [38](36,58 jours),et il est inférieur à celui de C.Haidar [27](49 ,8 jours) et supérieur à celui de pourcel.G [68]et almoubarrik[26] (19,8 jours et,24 jours).

**Tableau XXXIII : Comparaison du délai thérapeutique D3 pour le cancer pulmonaire selon la littérature.**

<b>Auteurs</b>	<b>Délai D3 moyen (jour)</b>	<b>Délai D3 médian (jour)</b>
Pourcel.G	19,8	15
ELmoubarrik	24	21
El ouazzani	36,58	27
C.Haidar	49,8	40
virraly	-	9
Saloma	-	15
S. deshayes	-	24,5
I.mejri	-	60
Notre série	35	21

#### **4.4 Délai D4 : Délai total entre le premier symptôme et le début de traitement :**

Dans notre étude le délai total moyen entre le premier symptôme et le début du traitement était de 329,37 jours pour l'ensemble de toutes les pathologies en chirurgie thoracique et dans 83% des cas étaient entre 1 et 6 mois. Ce résultat est influencé par le

premier délai D1 : délai entre le premier symptôme et la première consultation médicale c'est-à-dire le délai patient Beaucoup d'hypothèses peuvent expliquer ces résultats :

La médecine traditionnelle fait partie intégrante de la culture marocaine. Elle occupe une place non négligeable surtout dans les zones rurales.[70]

La plupart des Marocains pratiquent l'automédication par manque de moyens financiers, voire par peur d'aller voir un médecin.

Nous suggérons d'organiser des campagnes de sensibilisation de la population sur l'importance et l'efficacité de consulter un médecin le plus tôt possible ainsi qu'aux dangers engendrés par l'automédication et les traitements traditionnels.

La méconnaissance des signes alarmants évoquant des maladies graves comme le cancer, le manque de sensibilisation aux symptômes du cancer ainsi que la non reconnaissance de la gravité de ces symptômes sont des facteurs de retard de consultation. La connaissance des signes liés au cancer joue un rôle important dans le délai de consultation[44]

Sans oublier l'impact du Covid 19 sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients. Cette particularité pourrait expliquer nos délais longs retrouvés suite à notre travail de recherche.

a) **Délai global de prise en charge du cancer pulmonaire :**

Dans notre étude le délai global depuis la première visite du médecin généraliste jusqu'à la mise en route du traitement était de 70,33jours ce qui est long par rapport aux recommandations qui préconisent au Au Royaume-Uni un délai de 62 jours[23]

Notre délai concorde à celui de Elmoubarik [26]qui était de 75 jours .

Sans pouvoir faire une comparaison directe avec les résultats de notre étude, d'autres études comme celle d'INCa [25] et de N. Leveque [24] rapportaient respectivement un délai médian de 45 jours et de 76 jours entre la première imagerie pathologique et le traitement, alors que El Ouazzani et al [38] retrouvait

un temps médian de 160 jours entre les premiers symptômes et le traitement.

Nous avons trouvé que le parcours de soins du CBP chez des patients âgés est long. Ceci peut être expliqué par la charge plus élevée des comorbidités nécessitant une prise en charge parallèle.

### **5. Délais de prise en charge et la pandémie COVID -19 :**

La maladie COVID-19 est due au virus SARS-CoV-2 identifié pour la première fois en Chine le 7 janvier 2020. Les premiers cas ont été rapportés le 31 décembre 2019 dans la ville de Wuhan. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré le 30/01/2020 l'épidémie actuelle du SARS-CoV-2 comme une urgence de sante publique de portée internationale. Puis après propagation rapide et accélération des cas au niveau mondial, l'OMS a officiellement déclaré, le 11 mars 2020, que l'épidémie de COVID-19 était une pandémie .[71]

Au Maroc, Face à la pandémie du COVID-19, un plan d'action a été établi autour de trois axes : santé, économie et ordre social. Dans chacun de ces champs, le concours des institutions publiques, du secteur privé et des membres de la société civile a permis jusque-là de limiter les dégâts et d'avoir un certain contrôle sur la pandémie.

Sur le plan sanitaire Les actions ont concerné l'augmentation et le réaménagement des capacités hospitalières et l'amélioration des conditions d'accueil des patients dans différentes villes du Maroc, plus particulièrement les villes à forte densité humaine les plus

exposées au risque. Des hôpitaux militaires de campagne ont été déployés dans des villes ou à leurs périphéries pour renforcer le dispositif sanitaire civil en lits et équipements en soins intensifs. Des lots d'équipements médicaux et sanitaires ont été importés avec célérité et, progressivement déployés dans les établissements sanitaires. Des stocks de médicaments ont été constitués plus particulièrement la chloroquine produite par un groupe pharmaceutique installé au Maroc. Des entreprises marocaines, spécialisées dans la fabrication de matériel médical, (respirateurs, moyens matériels des hôpitaux) ont été aussi sollicitées par des procédures accélérées. Des entreprises industrielles ont pu réadapter leur outil de production pour produire des respirateurs et sécuriser la production de masques.[72]

La pandémie COVID-19 a significativement changé l'organisation des services de santé dans notre pays. Parmi les pathologies thoraciques les plus impactées, les cancers broncho-pulmonaires.

En effet, une étude publiée par Z. belaid et al en janvier 2023 a observé que Malgré tous les efforts fournis afin de respecter les délais diagnostiques du cancer bronchique, l'enregistrement des cas métastatiques a augmenté ainsi que les délais de la prise en charge ont été augmentés. Les raisons sont multiples : la réticence du patient à consulter, la déprogrammation chirurgicale, l'accès aux plateaux techniques, la redistribution des ressources humaines. L'allongement des délais a particulièrement impacté la prise en charge des cancers broncho-pulmonaires de stades localisés, qui sont les plus curables.[73]

Les mesures préventives adoptées, telles que la distanciation sociale et la quarantaine, ont affecté le diagnostic initial des patients atteints de cancer. Ainsi, la surpopulation observée dans plusieurs hôpitaux a rendu impossible le diagnostic et le traitement corrects de ces patients.[74]

## **Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie thoracique**

---

La pression sur les systèmes de soins pour répondre aux besoins d'hospitalisation des cas Covid positifs, ont entraîné de grands retards diagnostiques et thérapeutiques.

**6. Récapitulatif des facteurs déterminants les délais longs de la prise en charge.**

**Tableau XXXIV : Tableau récapitulatif des facteurs déterminants les délais longs de la prise en charge.**

Les Délais	Les facteurs déterminants les délais longs de prise en charge
D1 : délai de consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Facteurs sociodémographiques (Age avancé, milieu rural, milieu de résidence &gt;100km, bas niveau socioéconomique, l'absence du conjoint(e), absence de couverture médicale)</li> <li>-Comorbidités, la présence d'antécédents médicaux et chirurgicaux.</li> <li>-La grande diversité et la non spécificité des signes clinique, l'automédication et la médecine traditionnelle</li> <li>-COVID 19</li> </ul>
D2 : délai diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Facteurs sociodémographiques</li> <li>-Banalité du tableau clinique et les symptômes non spécifiques.</li> <li>-COVID 19</li> </ul>
D3 : délai traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Facteurs sociodémographiques</li> <li>-Type de maladie (quelques pathologies nécessitent des examens spécifiques : Anapath, immunohistochimie, pour la confirmation diagnostique avant la chirurgie)</li> <li>-COVID 19</li> </ul>
D4 : délai total de prise en charge	D1+D2+D3

### III. Limites de notre étude

Notre étude présente certaines limites, liées essentiellement aux éléments suivants:

- Biais de sélection : Les éléments de notre échantillon font partie à la base d'une population militaire, ce qui peut compromettre l'homogénéité recherchée pour l'étude.
- Les difficultés d'exploitation de certains dossiers, secondaire à l'insuffisance de quelques informations : Les dates recherchées pour caractériser les parcours de prise en charge étaient plus difficilement retrouvées.
- La diversité des pathologies traitées dans le service de chirurgie thoracique, qui rendait difficile la détermination des délais de prise en charge pour chaque type.





---

# RECOMMANDATIONS

---



A l'issu de notre travail, nous nous permettons de proposer quelques recommandations, qui nous semblent pertinentes, afin de contribuer à améliorer les délais de prise en charge de nos patients :

- Sensibiliser la population sur l'importance de consulter un médecin le plus tôt possible ainsi qu'aux dangers engendrés par l'automédication et la médecine traditionnelle.
- Renforcer l'accès à l'information de la population sur les signes évocateurs des différentes pathologies en chirurgie thoracique.
- Renforcer le dépistage et le traitement précoce des cancers pulmonaires.
- Améliorer la qualité du réseau de transport, et développer des soins spécialisés de proximité.
- Généralisation du système de couverture sociale par les autorités compétentes.
- Encourager les étudiants en médecine à choisir la chirurgie thoracique comme spécialité pour couvrir tout le territoire marroccain parce qu'il ya peu de chirurgiens thoraciques au maroc par rapport aux autres spécialités chirurgicales ,vue l'importance de cette spécialité à l'heure actuelle et de son rôle primordial dans le traitement de nombreuses maladies.
- Elaborer des dossiers médicaux standardisés pour chaque type de maladie pour une meilleure documentation.
- Sensibiliser les médecins généralistes à l'importance de référer les patients dans des centres spécialisés, en cas de suspicion de maladies graves, ou en cas de symptômes trainants, en intégrant des formations spécialisées dans ce sens.



## CONCLUSION



L'analyse des délais de prise en charge des patients est un paramètre important dans l'évaluation et l'identification des facteurs déterminants les délais courts et longs. Ces délais peuvent également être un marqueur d'inégalités sociales d'accès aux soins.

Au terme de notre étude rétrospective descriptive réalisée au sein du service de chirurgie thoracique à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech afin d'analyser les intervalles de temps entre les étapes de la prise en charge des malades atteints de différentes pathologies en chirurgie thoracique.

Nous avons identifié les principales causes du retard responsables de l'allongement des différents délais d'attente. Les résultats obtenus permettent de constater que certains délais diagnostiques et thérapeutiques rejoignent les données de la littérature. Cependant ils restent longs par rapport aux pays développés.

Les facteurs sociodémographiques, l'accessibilité aux structures de soins, l'insuffisance de sensibilisation de la population, l'insuffisance des chirurgiens thoraciques au Maroc, des ressources humaines et des infrastructures nécessaires au diagnostic et au traitement demeurent les principaux facteurs de ces allongements.

L'intérêt de cette étude est donc de trouver des solutions qui vont aider à raccourcir les délais pour un fonctionnement optimal du service dans le futur et une meilleure qualité des soins, et permettre d'amorcer une réflexion à l'échelle locale, régionale et nationale, afin de mettre en œuvre quelques mesures correctives nécessaires pour améliorer ces délais.

Raccourcir ces délais serait un très grand défi pour le système de santé marocain, et serait d'un grand bénéfice pour les malades. Le circuit des patients en chirurgie thoracique doit être bien codifié au Maroc.

Une réévaluation ultérieure permettra de suivre l'évolution de ces indicateurs de qualité de la prise en charge.



# RESUMES



## **Résumé :**

**Introduction** : La chirurgie thoracique désigne une spécialité chirurgicale large, ces interventions consistent sur la prise en charge de plusieurs pathologies qui constituent un problème majeur de santé publique.

Les délais de prise en charge sont considérés comme un facteur pronostique et la rapidité de la prise en charge a un impact majeur sur la survie des patients.

A notre connaissance peu ou pas d'études se sont intéressées à traiter ces délais pour l'ensemble des différentes pathologies en chirurgie thoracique. Nous nous assignons via notre étude à évaluer les différents délais diagnostiques, et thérapeutiques des patients en chirurgie thoracique, et identifier les facteurs déterminants de ces délais.

**Matériels et méthodes** : Nous nous sommes évertués, tout au long de ce travail, à étudier les différents délais de prise en charge en chirurgie thoracique, en nous basant sur une étude rétrospective descriptive de 408 malades colligés dans le service de chirurgie thoracique à l'Hôpital militaire Avicenne de Marrakech sur une période de 4ans allant de Janvier 2019 à décembre 2022.

**Résultats** : L'âge moyen de nos patients était de 49,84 ans avec des extrêmes allant de 12 à 90 ans. Nous avons constaté une légère prédominance masculine avec un sex ratio H/F de 1,2. Cinquante-deux pour cent (52%) des patients habitaient à plus de 100km par rapport à la structure de prise en charge. Les cancers pulmonaires et les pathologies thyroïdiennes non tumorales étaient les plus fréquentes dans notre échantillon (65%).95% ont bénéficié d'une chirurgie comme traitement spécifique. Les exérèses parenchymateuses étaient les plus fréquentes (28%).

Le délai moyen de consultation entre le premier symptôme et la première consultation médicale était de 225,38 jours. Il s'écoulait en moyenne 26,48 jours entre la première consultation médicale et le diagnostic. Le traitement spécifique a été initié dans un délai moyen de 75, 17 jours. Le délai total moyen était de 329,37 jours pour l'ensemble des différentes pathologies en chirurgie thoracique. Un risque élevé pour un long délai total a été observé chez les patients : âgés plus de 65ans ; sans profession ; les femmes au foyer ; les veufs ; sans couverture médicale ; résidents en milieu rural ; habitant à plus de 100 km par rapport à l'unité de soins ; avec comorbidités ; bénéficiant d'un traitement chirurgical en tant que traitement initial notamment les lobectomies pulmonaires.

**Conclusion** : L'allongement des délais diagnostiques et thérapeutiques demande la mise en œuvre des solutions, et des stratégies afin de raccourcir les délais et d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

**Abstract:**

**Purpose of the study:** Thoracic surgery refers to a broad surgical specialty, these interventions consist on the management of several pathologies that constitute a major public health problem.

The delay of the treatment is considered as a prognostic factor and the rapidity of the treatment has a major impact on the survival of the patients.

To our knowledge, few or no studies have addressed these delays for all the different pathologies in thoracic surgery. Our study aims to evaluate the different diagnostic and therapeutic delays in thoracic surgery patients and to identify the determining factors of these delays.

**Methodology:** Throughout this work, we have endeavored to study the different delays of thoracic surgery, based on a retrospective descriptive study of 408 patients collected in the thoracic surgery department at the Avicenne military hospital in Marrakech over a period of 4 years from January 2019 to December 2022.

**Results:** The average age of our patients was 49.84 years with extremes ranging from 12 to 90 years. We found a slight male predominance with a sex ratio M/F of 1,2. Fifty-two percent (52%) of the patients lived more than 100 km away from the care facility. Lung cancer and non-tumor thyroid pathologies were the most frequent in our sample (65%).95% had surgery as specific treatment. Parenchymal excision was the most frequent (28%).

The average time between the first symptom and the first medical consultation was 225.38 days. The average time between the first medical consultation and the diagnosis was 26.48 days. Specific treatment was initiated within a mean time of 75.17 days. The average total time was 329.37 days for all the different pathologies in thoracic surgery. A high risk for a long total delay was observed in patients: older than 65 years; without profession; housewives; widows; without medical coverage; rural residents; living more than 100 km from the care unit; with comorbidities; benefiting from surgical treatment as initial treatment especially pulmonary lobectomies.

**Conclusion:** The lengthening of diagnostic and therapeutic delays requires the implementation of solutions, and strategies in order to shorten delays and improve the quality of patient care.

**ملخص**



**هدف الدراسة:** يعد تخصص جراحة الصدر تخصصا واسعا، يتدخل في علاج العديد من الأمراض التي تعتبر مشكلا صحيا عاما. تعتبر آجال العلاج عاملا من عوامل النذير، وسرعة العلاج لها تأثير كبير على بقاء المرضى على قيد الحياة. على حد علمنا؛ هناك دراسات قليلة أو منعدمة اهتمت بدراسة هذه الآجال لجميع أنواع الأمراض المتعلقة بجراحة الصدر. لهذا قمنا من خلال دراستنا بتقييم مختلف آجال تشخيص وعلاج المرضى بمصلحة جراحة الصدر، وكذا تحديد العوامل المفسرة لها.

**المواد والأساليب:** لقد قمنا بتقييم التأخيرات المختلفة في رعاية أمراض جراحة الصدر، بناء على دراسة وصفية بأثر رجعي ل 408 مريض تم جمعهم في مصلحة جراحة الصدر في المستشفى العسكري ابن سينا بمراكش، على مدى 4 سنوات من يناير 2019 إلى دجنبر 2022.

**نتائج:** كان متوسط عمر مرضانا هو 49.84 سنة، مع حدود قصوى تتراوح بين 12 و90 سنة، وجدنا غلبة طفيفة للذكور مع خارج ذكر / أنثى 1.2. يعادل % 52 من المرضى يقطنون على بعد 100 كيلومتر من مركز العلاج، كان سرطان الرئة وأمراض الغدة الدرقية غير الورمية الأكثر شيوعا في عيناتنا، استفاد % 95 من مرضانا من الجراحة كعلاج رئيسي، كان الاستئصال هو الأكثر هيمنة % 28. لقد تبين أن متوسط وقت الاستشارة بين ظهور الأعراض الأولى والاستشارة الطبية الأولى هو 225.38 يوما، وكان هناك ما معدله 27.48 يوما بين الاستشارة الطبية ووضع التشخيص، يتم بدء العلاج المختص في غضون 75.71 يوما في المتوسط، وقد كان متوسط الأجل الكلي هو 329.37 يوما.

لاحظنا وجود عوامل مسؤولة عن الآجال الكلية الطويلة لدى المرضى، وهي: المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما؛ المرضى بدون مهنة؛ ربات البيوت؛ الأرامل؛ المرضى بدون تغطية صحية؛ سكان المناطق الريفية الذين يعيشون على بعد أكثر من 100 كيلومتر من وحدة الرعاية الصحية؛ المصابين بأمراض مزمنة؛ وتلقي الجراحة كعلاج أولي خاصة استئصال الفصوص الرئوية.

**خلاصة:** يتطلب تمديد فترات التأخير التشخيصي والعلاجي تنفيذ حلول وإيجاد استراتيجيات لتقليل حالات التأخير، وتحسين جودة رعاية المرضى.



# ANNEXES



ANNEXE:

FICHE D'EXPLOITATION

Fiche: N°:

N° du dossier:

**I) Données sociodémographiques:**

**A) Identité:**

-Age ou date de naissance:

-sexe: M:  F:

-statut marital:

❖ Marié(e):   
❖ célibataire:   
❖ veuf(Ve):   
❖ Divorcé(e):

-origine:

-Milieu de résidence: -Rural:  -Urbain:

-Distance (km) par rapport à l'unité d'accès aux soins:.....km

-Temps (heure) nécessaire pour accéder à l'unité d'accès aux soins:.....h

-Profession:

retraité :      actif(ve):      sans profession:      femme au foyer:

-Couverture médicale: OUI:  NON:

Si oui type:      RAMED:      CNOPS:      CNSS:

M .FAR :

**B) ATCDS:**

-Toxico allergiques: OUI:  NON:

-personnels: Médicaux: OUI:  NON:

Chirurgicaux: OUI:  NON:

-Familiaux:-cas similaires dans la famille : OUI:  NON:

Comorbidités : OUI:  NON:

**-II) Données cliniques:**

**1) circonstances de découverte :**

- ❖ -fortuite:
- ❖ -signes d'appel:
- ❖ -dépistage:
- ❖ -non précisé:

**2) type de maladie :** -tumorale : primitive

Secondaire

-inflammatoire: si oui type

-infectieuse : Si oui type :

-autres : (urgence.....) si oui type:

**3) stade de la maladie:-diagnostic précoce :**

-phase clinique:

-phase de complication:

**III) traitement:**

1) traitement chirurgical: oui  non

Si oui type d'intervention:

Date:

**2) suites opératoires:-simple:**

-complication:

-décès:

3) autres traitements:

- |                      |     |                          |     |                          |
|----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| ❖ -radiothérapie :   | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ❖ -chimiothérapie:   | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ❖ -hormonothérapie:  | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ❖ -thérapies ciblés: | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ❖ -kinésithérapie:   | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

**IV) Données des délais de la prise en charge:**

-D1: délai entre le 1<sup>er</sup> symptôme et la première consultation médicale  
:.....jours

-D2: délai entre la 1<sup>ere</sup> consultation et le diagnostic :.....jour

-D3: délai entre diagnostic et le début du traitement spécifique:.....jours

-D4: délai total ,délai entre les 1<sup>er</sup> symptômes et début du  
traitement:.....jours.



# BIBLIOGRAPHIE



1. **Ndjoh Ngoh, Magloire Gael**  
Délais de prise en charge des patients aux urgences du CHU Gabriel Touré thèse de doctorat médecine MALI,2015.  
disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/939>
2. **M. Mimouni, W. Chaouki, H. Errihani, et N. Benjaafar.**  
Analyse des délais de traitement du cancer du sein : expérience d'un centre de référence tertiaire au Maroc. Bull. Cancer (Paris), vol. 105, nPoP 9, p. 755-762, doi: 10.1016/j.bulcan.2018.05.010, sept. 2018
3. **Fry WA.**  
Chirurgie thoracique : historique et comparaison des développements en Europe et en Amérique du Nord. Revue des Maladies Respiratoires 2004;21:369-71.  
[https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(04\)71297-8](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(04)71297-8).
4. **Gravier FE.**  
Evaluation des modalités et techniques d'entraînement des patients dans le cadre de la chirurgie thoracique pulmonaire,2021.  
Disponible sur <https://theses.hal.science/tel-03881717>
5. **Alaoui-Yazidi A, Amro L, Sajjai H.**  
Profil épidémiologique, clinique, anatomopathologique et thérapeutique du cancer bronchique au Maroc (expérience Marrakech). J Afr Cancer 2013;5:88-93.  
<https://doi.org/10.1007/s12558-013-0255-z>.
6. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.**  
Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2018;68:394-424.  
<https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
7. **de Groot P, Munden RF.**  
Lung Cancer Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. Radiologic Clinics of North America 2012;50:863-76. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2012.06.006>.
8. **Kozower BD, Larnar JM, Detterbeck FC, Jones DR.**  
Special Treatment Issues in Non-small Cell Lung Cancer. Chest 2013;143:e369S-e399S.  
<https://doi.org/10.1378/chest.12-2362>.
9. **Fezai N, Joobeur S, Ben Saad A, Fahem N, Khmekhem R, Cheikh Mhamed S, et al.**  
Profil clinique, histologique et thérapeutique du cancer bronchopulmonaire opéré. Revue des Maladies Respiratoires 2018;35:A219. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.10.505>.
10. **Mordant P, Badia A, Le Pimpec-Barthes F, Riquet M.**  
Chirurgie pulmonaire dans la tuberculose et les mycobactérioses atypiques. Revue de Pneumologie Clinique 2012;68:77-83. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2012.01.003>.

- 11. De Dominicis F, Andréjak C, Monconduit J, Merlusca G, Berna P.**  
Chirurgie de la dilatation des bronches. Revue de Pneumologie Clinique 2012;68:91-100.  
<https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2012.01.007>.
- 12. Yao H, N'Guetta R, Ekou A, Anzouan-Kacou J-B, Souaga A, Adoh M.**  
Les masses cardiaques: caractéristiques cliniques, épidémiologiques et évolutives de 50 cas  
2014;4:273-311.  
disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/326816230>
- 13. Imane RIDA.**  
Chirurgie thyroïdienne :Expérience du service de chirurgie thoracique de l'hôpital militaire  
Avicenne de Marrakech Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech,  
2021. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2021/these-78-21.pdf>
- 14. Tapsoba TL, Koné R, Sanon H, Ouattara TF, Ouédraogo SJ, Gansonré V, et al.**  
Aspects scintigraphiques de la pathologie thyroïdienne au centre hospitalier universitaire  
Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) : à propos de 95 cas colligés de janvier 2012 à décembre  
2013. Médecine Nucléaire 2015;39:e27-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.mednuc.2014.12.017>.
- 15. Minier P.**  
THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE MEDECINE DE GRENOBLE Le 14 Décembre  
2004.  
disponible sur :<http://thesepierremiminer.com/These.pdf>
- 16. Société française d'anesthésie et de réanimation, d'urgence S française de médecine.**  
Traumatisme thoracique : prise en charge des 48 premières heures. Anesthésie &  
Réanimation 2015;1:272-87. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2015.01.003>.
- 17. Baumann MH, Noppen M.**  
Pneumothorax. Respirology 2004;9:157-64. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2004.00577.x>.
- 18. MBADINGA-MUPANGU.**  
LES GOITRES SIMPLES : ETUDE DE 117 CAS A BRAZZAVILLE Médecine d'Afrique Noire : 1994,  
41 .  
Disponible sur :<http://www.santetropicale.com/Resume/14112.pdf>
- 19. Alou M, Sall MB, Sangare MS, Fofana MY, Traore MML, Coulibaly MB, et al.**  
ETUDE DES GOITRES BENINS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE ET PEDIATRIQUE DU  
CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO A PROPOS DE 112 CAS,2007.  
Disponible sur : <https://www.keneya.net/fmpos/theses/2007/med/pdf/07M92.pdf>



20. **Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, D'Agostino J, Basolo F, Antonangeli L, et al.** INCIDENTAL THYROID CARCINOMA IN A LARGE SERIES OF CONSECUTIVE PATIENTS OPERATED ON FOR BENIGN THYROID DISEASE. *ANZ J Surg* 2006;76:123-6. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2006.03667.x>.
21. **Qari FA.**  
Multinodular goiter management in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2005;26:438-41.
22. **López LH, Herrera MF, Gamino R, González O, Pérez-Enriquez B, Rivera R, et al.**  
[Surgical treatment of multinodular goiter at the Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán]. *Rev Invest Clin* 1997;49:105-9.
23. **Giroux Leprieur E, Labrune S, Giraud V, Gendry T, Cobarzan D, Chinnet T.**  
Delay Between the Initial Symptoms, the Diagnosis and the Onset of Specific Treatment in Elderly Patients With Lung Cancer. *Clinical Lung Cancer* 2012;13:363-8. <https://doi.org/10.1016/j.clc.2011.11.010>.
24. **Leveque N, Bouchet L, Lepage B, Hermant C, Bigay-Game L, Plat G, et al.**  
Analyse des délais de prise en charge des cancers thoraciques : étude prospective. *Revue des Maladies Respiratoires* 2014;31:208-13. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2013.10.001>.
25. **L'Institut national du cancer.**  
Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon – INCa – juin 2012. Disponible sur : [file:///C:/Users/pc/Downloads/ETUDELSEINPOU12%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/ETUDELSEINPOU12%20(3).pdf)
26. **EL MOUBAKKIR BOUCHRA**  
Délai de prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer broncho pulmonaire. Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès , 2016.  
Disponible sur: [https://cdim.fmp-usmba.ac.ma/mediatheque/e\\_theses/92-16.pdf](https://cdim.fmp-usmba.ac.ma/mediatheque/e_theses/92-16.pdf) .
27. **CHAIMA HAIDAR.**  
les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2022.  
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2022/these79-22.pdf>
28. **Berny L, Zaghba N, Benjelloun H, Yassine N.**  
Les dilatations des bronches chez la femme. *Revue des Maladies Respiratoires* 2017;34:A248. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.603>.
29. **Maâlej S, Kwas H, Fakhfekh R, Limam W, Bourguiba M, Ben Miled K, et al.**  
Profil étiologique et évolutif des bronchectasies chez la femme. *Revue de Pneumologie Clinique* 2011;67:89-93. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2010.10.001>.
30. **Adjoh K, Adambounou A, Aziagbé K, Maïga S, Efalou P, Boukari M, et al.**  
Pleurésies tuberculeuses : aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques. *Revue des Maladies Respiratoires* 2016;33:A259. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2015.10.585>.

- 31. Smadhi H, Louhaichi S, Zribi H, Maazaoui S, Benabdelghaffar H, Greb D, et al.**  
Place de la thoracoscopie dans les pleurésies à liquide clair exsudatives. *Revue des Maladies Respiratoires* 2018;35:A155. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.10.341>.
- 32. Moukram N, Zaghba N, Benjelloun H, Yassine N.**  
Apport de la bronchoscopie dans le diagnostic du kyste hydatique pulmonaire. *Revue des Maladies Respiratoires* 2017;34:A101-2. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.228>.
- 33. Yassa N, Benharkat AE, Hitachi R, Benkacimi A, Adimi N, Taright S.**  
La prise en charge du pneumothorax spontané ; à propos de 282 cas. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* 2023;15:261. <https://doi.org/10.1016/j.rmra.2022.11.485>.
- 34. DIANE C, ONDO N'DONG F, BELLAMY J, LOROFI R, NDELIA F, MIANFOUTILA S, BOGUIKOUMA J.B, NGUEMBY MBINA C, NDONG J.B, GUER'CH C.**  
INDICATIONS ET RESULTATS DE LA CHIRURGIE THORACIQUE AU GABON, *Médecine d'Afrique Noire* : 1992, 39  
Disponible sur: <http://www.santetropicale.com/Resume/53907.pdf>
- 35. Yilmaz A, Damadoglu E, Salturk C, Okur E, Yagci Tuncer L, Halezeroglu S.**  
Delays in the Diagnosis and Treatment of Primary Lung Cancer: Are Longer Delays Associated with Advanced Pathological Stage? *Upsala Journal of Medical Sciences* 2008;113:287-96. <https://doi.org/10.3109/2000-1967-236>.
- 36. BOUCHRA LEMAAML**  
Etude de la qualité de vie des patients suivis pour cancer colorectal à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2019.  
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these159-19.pdf>.
- 37. GUEBBAS Salim.**  
Devenir des lauréats de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : Promotion de 2006 à 2020 Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie à Marrakech, 2022.  
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2022/these111-22.pdf>.
- 38. El Ouazzani H, Menchafou I, Achachi L, El Ftouh M, El Fassy Fihry MT.**  
Retard diagnostique du cancer bronchique primitif. Étude réalisée dans le service de pneumologie du CHU Ibn Sina de Rabat (Maroc). *Revue de Pneumologie Clinique* 2010;66:335-41. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2010.02.004>.
- 39. El Khattabi W, Aichane A, Riah A, Jabri H, Afif H, Bouayad Z.**  
Analyse de la sémiologie radioclinique du kyste hydatique pulmonaire. *Revue de Pneumologie Clinique* 2012;68:329-37. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2012.09.001>.

- 40. Rivera C, Mathiaux J, Haaser T, Begueret H, Jougon J, Trouette R.**  
Délais de prise en charge initiale des patients atteints de cancer bronchique traités en radiothérapie. *Bulletin du Cancer* 2012;99:1117–22.  
<https://doi.org/10.1684/bdc.2012.1647>.
- 41. Al, Abdessalam Boutayeb et.**  
Revue des inégalités au Maroc avec illustrations multi-domaines. *Annales des sciences de la santé* 2020;1:1–25.  
Disponible sur: <https://revues.imist.ma/index.php/A2S/article/view/33412>.
- 42. Lyratzopoulos G, Wardle J, Rubin G.**  
Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis? *BMJ* 2014;349:g7400–g7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7400>.
- 43. Ndeikoundam Ngangro N, Chauvin P, Halley Des Fontaines V.**  
Les déterminants du délai de diagnostic de la tuberculose dans les pays aux ressources limitées. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2012;60:47–57.  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.08.064>.
- 44. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, Macdonald S, Ramirez AJ.**  
Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer* 2009;101:S92–101. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605398>.
- 45. Keita A, Diallo A, Diallo B, Diallo I, Keita M, Camara G.**  
THYROIDECTOMY AND REVIEW OF LITERATURE: ABOUT 60 CASES AT DONKA NATIONAL HOSPITAL. *International Journal of Development Research* 2019;08:19602–6.
- 46. Benbakh M, Bouchareb N, Elboussaadani A, Rouadi S, Roubal M, Mahtar M.**  
Les goitres compressifs. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale* 2014;131:A120. <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2014.07.249>.
- 47. S I, Didié LJ, I B, Rachid S.**  
Les Goitres Plongeants : Aspects Épidémiologiques, Cliniques, Radiologiques Et Thérapeutiques. *ESJ* 2016;12:305. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n30p305>.
- 48. Ravahatra K, Harison MT, Rakotondrasoa OF, Ramirana EL, Rakotondrabe ID, Rasoafaranirina MO, et al.**  
Le délai diagnostique des cancers broncho-pulmonaires vus à l'USFR de Pneumologie Befelatanana, Antananarivo, Madagascar. *Pan Afr Med J* 2019;33.  
<https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.263.18695>.
- 49. Aouadi S, Naffati O, Ghorbel D, Gharsalli H, Fenniche S, Ben Miled K, et al.**  
Délais de prise en charge du cancer bronchopulmonaire primitif. *Revue des Maladies Respiratoires* 2015;32:A122. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.10.636>.
- 50. Mejri I, Ben Saad S, Daghfous H, Ben Khelifa M, Tritar F.**  
Le cancer pulmonaire primitif en Tunisie : du diagnostic au traitement. *Revue des Maladies Respiratoires* 2015;32:A131. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.10.666>.

- 51. Berriri A, Ben Salem H, Benzarti W, Daadaa S, Gargouri I, Aissa S, et al.**  
Analyse des délais de prise en charge du cancer bronchopulmonaire (CBP) : expérience du service de pneumologie de Sousse (Tunisie). *Revue des Maladies Respiratoires* 2015;32:A130-1. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.10.664>.
- 52. Ben Tkhayat A, Racil H, Bacha S, Habibech S, Chikhrouhou S, Ayadi A, et al.**  
Délai et moyens diagnostiques du cancer broncho-pulmonaire primitif. *Revue des Maladies Respiratoires* 2017;34:A82-3. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.177>.
- 53. Ziane F, Belala R, Meridj A, Tlili K, Djeghri Y, Zitouni A.**  
Évaluation des délais de prise en charge des patients atteints de cancer bronchopulmonaire primitif. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* 2021;13:126. <https://doi.org/10.1016/j.rmra.2020.11.259>.
- 54. Chayne Rachid.**  
Cancer bronchique primitif : à propos de 173 cas. Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2018.  
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2018/these77-18.pdf>.
- 55. Zahi H, El Ismaili A, El Moussaoui A.**  
Pleurésie purulente (à propos de 122 cas). *Revue des Maladies Respiratoires* 2017;34:A97-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.216>.
- 56. Serhane H, Elidrissi S, Aitbatahar S, Sajjai H, Amro L.**  
Apport de la bronchoscopie dans le diagnostic positif des kystes hydatiques pulmonaires. *Revue des Maladies Respiratoires* 2016;33:A42. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2015.10.666>.
- 57. Bambara AT, Ouédraogo SM, Maïga S, Sondo KA, Boncungou/Nikiéma K, Ouédraogo G, et al.**  
Survie des pleurésies malignes et paramalignes à Ouagadougou. *Revue de Pneumologie Clinique* 2016;72:346-52. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2016.08.001>.
- 58. Rabiou S, Issoufou I, Ammor FZ, Harmouchi H, Belliraj L, Lakranbi M, et al.**  
Résultats chirurgicaux à propos de 64 patients opérés pour dilatations des bronches. *Revue de Pneumologie Clinique* 2017;73:199-205. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2017.06.003>.
- 59. Akrim M, Bennani K, Essolbi A, Sghiar M, Likos A, Benmamoun A, et al.**  
Determinants of consultation, diagnosis and treatment delays among new smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Morocco: a cross-sectional study. *East Mediterr Health J* 2014;20:707-16. <https://doi.org/10.26719/2014.20.11.707>.
- 60. Kacem A, Bensalem H, Mjendel I, Benzarti W, Gargouri I, Aissa S, et al.**  
Caractéristiques cliniques et délais de prise en charge du cancer bronchopulmonaire. *Revue des Maladies Respiratoires* 2016;33:A92. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2015.10.124>

- 61. Jaafar M, Gharnaout M, Ihadadene D, Harieche N, Nourredine R, Ketfi A.**  
Analyse des délais de prise en charge (PEC) des cancers bronchopulmonaires dans un service de pneumologie d'Alger Est : à propos de 109 cas. *Revue des Maladies Respiratoires* 2015;32:A99. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.10.559>.
- 62. Nosarti C, Crayford T, Roberts JV, Elias E, McKenzie K, David AS.**  
Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors. *Br J Cancer* 2000;82:742-8. <https://doi.org/10.1054/bjoc.1999.0990>.
- 63. Haute Autorité de Santé.**  
Reunion\_de\_concertation\_pluridisciplinaire, Novembre 2017.  
Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion\\_de\\_concertation\\_pluridisciplinaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf)
- 64. Ouahbi Nawal .**  
LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ACCÈS AUX SOINS DES BÉNÉFICIAIRES DU RAMED AU NIVEAU DE L'HÔPITAL DES SPÉCIALITÉS-CHU MOHAMMED VI D'OUIJDA ,2017.  
Disponible sur: <http://www.abhatoo.net.ma/maalama-textuelle/developpement-economique-et-social/developpement-social/sante/couverture-medicale/les-facteurs-influençant-l-acces-aux-soins-des-beneficiaires-du-ramed-au-niveau-de-l-hopital-des-specialites-chu-mohammed-vi-d-oujda>.
- 65. Moriceau M, Weber C.**  
Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale. *InfoKara* 2007;22:49-55.  
<https://doi.org/10.3917/inka.072.0049>.
- 66. Virally J, Choudat L, Chebbo M, Sartene R, Jagot J-L, Elhadad A, et al.**  
Épidémiologie et délais de prise en charge de 355 patients atteints de cancer bronchique. *Revue des Maladies Respiratoires* 2006;23:43-8. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(06\)71461-9](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(06)71461-9).
- 67. Salomaa E-R, Sällinen S, Hiekkanen H, Liippo K.**  
Delays in the Diagnosis and Treatment of Lung Cancer. *Chest* 2005;128:2282-8.  
<https://doi.org/10.1378/chest.128.4.2282>.
- 68. Pourcel G, Ledesert B, Bousquet P-J, Ferrari C, Viguier J, Buzyn A.**  
Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012. *Bulletin du Cancer* 2013;100:1237-50.  
<https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1832>.
- 69. Deshayes S, Leite Ferreira D, Madelaine J, Oulkhair Y, Campbell K, Fouquet H, et al.** Étude D-CBP : Évaluation des délais de prise en charge du cancer broncho-pulmonaire au sein du service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique du CHU de Caen. *Revue des Maladies Respiratoires* 2021;38:894-903. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2021.09.002>.

**70. Soumia LAHIAOUNI**

Médecine complémentaire en oncologie

Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2016.

Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2016/these132-16.pdf>.

**71. Kettani SE.**

COVID-19 comparaison entre le Maroc et la Tunisie après 6 mois de la pandémie ,10 Septembre 2020.

Disponible sur: <https://www.ecoactu.ma/covid-19-comparaison-entre-le-maroc-et-la-tunisie-apres-6-mois-de-lapandemie>

**72. Ali AA, Bassou A, Dryef M, Aynaoui KE, Houdaigui RE, Jai YE, et al**

LA STRATÉGIE DU MAROC FACE AU COVID-19 2020.

Disponible sur: [https://www.policycenter.ma/sites/default/files/PP-20-07\\_LastrategieduMarocFaceAuCovid19.pdf](https://www.policycenter.ma/sites/default/files/PP-20-07_LastrategieduMarocFaceAuCovid19.pdf)

**73. Belaid Z, Aissani S, Gharbi M, Aguib A, Sebbahi H, Zitouni A.**

Impact de la pandémie COVID-19 sur la prise en charge des néoplasies

Bronchopulmonaires. Revue des Maladies Respiratoires Actualités 2023;15:100.

<https://doi.org/10.1016/j.rmra.2022.11.109>.

**74. Klock JCM.**

L'impact de la pandémie de covid 19 sur le diagnostic du cancer dans un service de pathologie du sud du Brésil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento 2021;14:182-90.

Disponible sur : <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/sante/service-de-pathologie>

---



## قسم الطبيب

### أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة  
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلايتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد





أطروحة رقم 185

سنة 2023

## آجال تشخيص وعلاج الأمراض بجراحة الصدر الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/06/01  
من طرف

**السيدة مروى الغزواني**  
المزودة بتاريخ 1997/04/04 بـ واويزغت  
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

آجال - استشارة - تشخيص - علاج - جراحة - تأخير - محددات

### اللجنة

الرئيس	أ. بن جلون حرزيمي	السيد
	أستاذ في الأمراض التنفسية	
المشرف	ع. أرسلان	السيد
	أستاذ في جراحة الصدر	
الحكام	هـ. جناح	السيد
	أستاذ في الأمراض التنفسية	
	ر. سيربو	السيد
	أستاذ في طب المستعجلات	

