

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

ANNEE: 2015

THESE N°: 102

LA RECTOCOLITE ULCERO-HEMORRAGIQUE :  
L'ÉVOLUTION POST TRAITEMENT CHIRURGICAL  
SERVICE CHIRURGIE « C » HOPITAL AVICENNE  
-RABAT-

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : .....

PAR

Mlle. Hajar BENZOUINA  
Née le 17 février 1990 à Salé

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : RCH – Anastomose iléo anale – Anastomose iléo rectale –  
Laparoscopie – Résultats.

JURY

<b>Mr. M. AHALLAT</b> Professeur de Chirurgie Générale		<b>PRESIDENT</b>
<b>Mr. A. HRORA</b> Professeur de Chirurgie Générale		<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mr. M. RAISS</b> Professeur de Chirurgie Générale	}	<b>JUGES</b>
<b>Mr. M. ALILOU</b> Professeur de Réanimation-Anesthésie		
<b>Mme. FZ. AJANA</b> Professeur de Gastro-Entérologie		

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



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

**DOYENS HONORAIRES :**

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

**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS  
ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Mai et Octobre 1981**

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

**Mai et Novembre 1982**

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

**Novembre 1983**

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSALIM Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. AJANA Ali  
Pr. CHAHED OUZZANI Houria  
Pr. EL YAACOUBI Moradh  
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah  
Pr. LACHKAR Hassan  
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Neurologie

**Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib  
Pr. DAFIRI Rachida  
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique  
Radiologie  
Traumatologie Orthopédie

**Décembre 1989**

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali\*  
Pr. CHAD Bouziane  
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**  
Cardiologie  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

**Janvier et Novembre 1990**

Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation

**Février Avril Juillet et Décembre 1991**

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOUDA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**  
Chimie thérapeutique

### **Décembre 1992**

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOUA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DAOUDI Rajae  
Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

### **Mars 1994**

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid  
Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL AOUAD Rajae  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. MOUDENE Ahmed\*  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Gynécologie Obstétrique  
Immunologie  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**  
Gynécologie – Obstétrique  
Dermatologie

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BRAHMI Rida Slimane  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie

Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. EL ABBADI Najia  
Pr. HANINE Ahmed\*  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

**Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

**Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. MOHAMMADI Mohamed  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

**Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. CHAOUIR Souad\*  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. OUAHABI Hamid\*  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Ophtalmologie  
Neurochirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie - **Directeur ERSM**  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neurologie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

**Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. EZZAITOUNI Fatima  
Pr. LAZRAK Khalid \*  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*  
Pr. LABRAIMI Ahmed\*

**Janvier 2000**

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

**Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. HSSAIDA Rachid\*  
Pr. LAHLOU Abdou  
Pr. MAFTAH Mohamed\*  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. NASSIH Mohamed\*  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

Gastro-Entérologie  
Neurologie – **Doyen Abulcassis**  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Néphrologie  
Traumatologie Orthopédie  
Hématologie  
Cardiologie  
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

Neurologie  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Neurochirurgie  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Neurologie

### **Décembre 2000**

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

ORL

### **Décembre 2001**

Pr. ABABOU Adil

Anesthésie-Réanimation

Pr. BALKHI Hicham\*

Anesthésie-Réanimation

Pr. BENABDELJLIL Maria

Neurologie

Pr. BENAMAR Loubna

Néphrologie

Pr. BENAMOR Jouda

Pneumo-ptisiologie

Pr. BENELBARHDADI Imane

Gastro-Entérologie

Pr. BENNANI Rajae

Cardiologie

Pr. BENOACHANE Thami

Pédiatrie

Pr. BEZZA Ahmed\*

Rhumatologie

Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi

Anatomie

Pr. BOUMDIN El Hassane\*

Radiologie

Pr. CHAT Latifa

Radiologie

Pr. DAALI Mustapha\*

Chirurgie Générale

Pr. DRISSI Sidi Mourad\*

Radiologie

Pr. EL HIJRI Ahmed

Anesthésie-Réanimation

Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid

Neuro-Chirurgie

Pr. EL MADHI Tarik

Chirurgie-Pédiatrique

Pr. EL OUNANI Mohamed

Chirurgie Générale

Pr. ETTAIR Said

Pédiatrie

Pr. GAZZAZ Miloudi\*

Neuro-Chirurgie

Pr. HRORA Abdelmalek

Chirurgie Générale

Pr. KABBAJ Saad

Anesthésie-Réanimation

Pr. KABIRI EL Hassane\*

Chirurgie Thoracique

Pr. LAMRANI Moulay Omar

Traumatologie Orthopédie

Pr. LEKEHAL Brahim

Chirurgie Vasculaire Périphérique

Pr. MAHASSIN Fattouma\*

Médecine Interne

Pr. MEDARHRI Jalil

Chirurgie Générale

Pr. MIKDAME Mohammed\*

Hématologie Clinique

Pr. MOHSINE Raouf

Chirurgie Générale

Pr. NOUINI Yassine

Urologie

Pr. SABBAH Farid

Chirurgie Générale

Pr. SEFIANI Yasser

Chirurgie Vasculaire Périphérique

Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Pédiatrie

### **Décembre 2002**

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*

Anatomie Pathologique

Pr. AMEUR Ahmed \*

Urologie

Pr. AMRI Rachida

Cardiologie

Pr. AOURARH Aziz\*

Gastro-Entérologie

Pr. BAMOU Youssef \*

Biochimie-Chimie

Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*

Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Pr. BENZEKRI Laila

Dermatologie

Pr. BENZZOUBEIR Nadia

Gastro-Entérologie

Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. BICHA Mohamed Zakariya\*  
Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
Pr. EL MANSARI Omar\*  
Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
Pr. HAJJI Zakia  
Pr. IKEN Ali  
Pr. JAAFAR Abdelouhab\*  
Pr. KRIOUILE Yamina  
Pr. LAGHMARI Mina  
Pr. MABROUK Hfid\*  
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid\*  
Pr. NAITLHO Abdelhamid\*  
Pr. OUJILAL Abdelilah  
Pr. RACHID Khalid \*  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
Pr. RHOU Hakima  
Pr. SIAH Samir \*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

**Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHABOUZE Samira  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. LEZREK Mohammed\*

Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Urologie  
Traumatologie Orthopédie  
Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Néphrologie  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Gynécologie Obstétrique  
Traumatologie Orthopédie  
Urologie

Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENHALIMA Hanane  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najja

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (*mise en disponibilité*)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

### **Décembre 2005**

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

### **Avril 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Said\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. ESSAMRI Wafaa  
Pr. FELLAT Ibtissam

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio – Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Gastro-entérologie  
Cardiologie

Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. GHADOUANE Mohammed\*  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

**Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AMMAR Haddou\*  
Pr. AOUI Sarra  
Pr. BAITE Abdelouahed\*  
Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
Pr. BENZIANE Hamid\*  
Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
Pr. ELABSI Mohamed  
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
Pr. EL OMARI Fatima  
Pr. GANA Rachid  
Pr. GHARIB Nouredine  
Pr. HADADI Khalid\*  
Pr. ICHOU Mohamed\*  
Pr. ISMAILI Nadia  
Pr. KEBDANI Tayeb  
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
Pr. LOUZI Lhousain\*

Anesthésie Réanimation  
Urologie  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo – Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo – Phtisiologie

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

Pr. MADANI Naoufel  
Pr. MAHI Mohamed\*  
Pr. MARC Karima  
Pr. MASRAR Azlarab  
Pr. MOUTAJ Redouane \*  
Pr. MRABET Mustapha\*  
Pr. MRANI Saad\*  
Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
Pr. RABHI Monsef\*  
Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
Pr. SEFFAR Myriame  
Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
Pr. SIFAT Hassan\*  
Pr. TABERKANET Mustafa\*  
Pr. TACHFOUTI Samira  
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
Pr. TANANE Mansour\*  
Pr. TLIGUI Houssain  
Pr. TOUATI Zakia

#### **Décembre 2007**

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

#### **Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
Pr TAHIRI My El Hassan\*

#### **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGDR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
Pr. AKHADDAR Ali\*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMAHZOUNE Brahim\*  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. ARKHA Yassir  
Pr. AZENDOUR Hicham\*  
Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
Pr. BOUI Mohammed\*  
Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
Pr. CHTATA Hassan Toufik\*

Réanimation médicale  
Radiologie  
Pneumo phtisiologie  
Hématologie  
Parasitologie  
Médecine préventive santé publique et hygiène  
Virologie  
Biochimie-chimie  
Médecine interne  
Radiologie  
Microbiologie  
Microbiologie  
Radiothérapie  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Ophtalmologie  
Chirurgie générale  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale

Médecine interne  
Pédiatre  
Chirurgie Générale  
Neurologie  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie orthopédique  
Hématologie biologique  
Chirurgie vasculaire périphérique

Pr. DOGHMI Kamal\*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid\*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna \*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem  
Pr. KARBOUBI Lamya  
Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADE Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*  
Pr. ZOUHAIR Said\*

Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Microbiologie  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-phtisiologie  
Microbiologie

**PROFESSEURS AGREGES :**

**Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. BOUAITY Brahim\*  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. LEZREK Mounir  
Pr. MALIH Mohamed\*  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Moutassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation  
Médecine interne  
Physiologie  
ORL  
Microbiologie  
Médecine aéronautique  
Biochimie chimie  
Radiologie  
Chirurgie pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Urologie  
Gastro entérologie  
Anatomie pathologique  
Ophtalmologie  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Anatomie pathologique

**Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

**Février 2013**

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
Pr. BENSEFFAJ Nadia  
Pr. BENSNGHIR Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
Pr. EL HARTI Jaouad  
Pr. EL JOUDI Rachid\*  
Pr. EL KABABRI Maria  
Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
Pr. EL KHLOUFI Samir  
Pr. EL KORAICHI Alae  
Pr. EN-NOUALI Hassane\*

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie

Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique  
Immunologie  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-Chirurgie  
Médecine Nucléaire  
Chimie Thérapeutique  
Toxicologie  
Pédiatrie  
Anatomie Pathologie  
Anatomie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie

Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

***\*Enseignants Militaires***

## 2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCI Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le  
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015



*Remerciements*



*A Allah*  
*Tout puissant*  
*Qui m'a inspiré*  
*Qui m'a guidé dans le bon chemin*  
*Je vous dois ce que je suis devenu*  
*Louanges et remerciements*  
*Pour votre clémence et miséricorde.*

*A notre maître et Président de thèse  
Monsieur le Professeur M. AHALLAT  
Professeur agrégé de Chirurgie Générale*

*Nous vous sommes d'une grande reconnaissance  
pour l'honneur que vous nous faites en acceptant  
de présider cette thèse.*

*Votre dévouement au travail, votre modestie  
et votre gentillesse imposent le respect et représentent  
le modèle que nous serons toujours heureux de suivre.*

*Veillez cher président, croire en l'expression  
de notre plus profond respect et notre sincère admiration.*

*A notre maître et Rapporteur de thèse  
Monsieur le Professeur A. HRORA  
Professeur agrégé de Chirurgie Générale*

*Votre sérieux, votre compétence et votre sens  
de devoir nous ont énormément marqué.*

*Je vous remercie de tout l'intérêt que vous aviez bien voulu  
porter à mon travail, vos conseils, vos explications  
et vos remarques pertinentes.*

*Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil,  
malgré vos obligations professionnelles.*

*Mais au-delà de tous les mots de remerciements  
que nous vous adressons, nous voudrions louer  
en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité.  
Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.*

*Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance  
que vous nous avez accordé.*

*A notre maître et juge de thèse  
Monsieur le Professeur M. RAISS  
Professeur agrégé en Chirurgie Générale*

*C'est un réel plaisir et un honneur pour nous  
de vous compter parmi les membres de ce jury de thèse.*

*En dépit de vos nombreuses occupations  
vous avez accepté de venir juger ce travail.*

*Nous avons pour vous l'estime et le respect qu'imposent  
votre compétence, votre sérieux et votre richesse d'enseignement.*

*Veillez trouver, cher maître, dans ce modeste travail,  
l'expression de notre très haute considération  
et notre profonde gratitude.*

*A notre maître et juge de thèse  
Monsieur le professeur M. ALILOU  
Professeur agrégé en Anesthésie-Réanimation*

*Vous avez accepté de juger ce travail avec  
une spontanéité et une simplicité émouvante.  
C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger  
parmi le jury de cette thèse.*

*Nous sommes très sensibles à votre gentillesse  
et à votre accueil très aimable  
Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse  
considération et notre profonde admiration  
pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.*

*A notre maître et juge de thèse  
Madame le Professeur AJANA. FZ  
Professeur agrégé en gastro-entérologie*

*Vous avez aimablement accepté de juger notre thèse.  
Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez fait  
en s'intéressant à notre travail.  
Veillez acceptez, l'expression de notre profond  
respect et notre reconnaissance.*

# *Dédicaces*



*A ma très chère mère*  
*Rachida EL MERJANI*

*Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour  
que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne  
pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais  
cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.*

*Vos conseils, votre aide, vos prières votre tendresse et votre amour  
sont toujours la lumière qui illumine mon chemin,  
l'espoir qui me rend la volonté de poursuivre ce chemin  
pour devenir comme vous auriez souhaité me voir.*

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

*Maman : je t'aime et j'implore le tout puissant  
pour qu'il t'accorde une bonne santé et une longue vie pour  
que vous demeuriez le flambeau illuminant  
le chemin de vos enfants.*

*A mon très cher père*  
*Abdeljelil BENZOUINA*

*Votre patience, votre bienveillance, votre dévouement  
et votre courage sont admirables.*

*Vous avez déployé énormément d'efforts pour  
que nous ne manquions de rien.*

*J'espère de tout mon cœur qu'en ce jour vous soyez fière de moi,  
et que je réalise l'un de vos rêves.*

*Pour tous les encouragements et le réconfort qui n'ont cessé  
de me servir de guide. Je vous dois ce que je suis aujourd'hui  
et ce que je serais demain et je ferais toujours de mon mieux  
pour rester votre fierté.*

*Que Dieu le tout puissant vous préserve, santé, bonheur,  
quiétude de l'esprit et vous protège de tout mal.*

*A ma très chère sœur aînée SIHAM*

*Et son mari RACHID*

*Ta préoccupation était toujours celle d'une grande sœur.*

*Merci ma très chère sœur pour ton affection !*

*Merci pour ta présence physique et morale à chaque fois  
que j'en avais besoin !*

*J'espère être à la hauteur de ton estime et que ce travail  
soit un témoignage de mes sentiments*

*les plus chers que j'ai pour toi.*

*Je vous souhaite un grand bonheur  
dans votre vie conjugale ainsi que professionnelles.*

*A mon très cher frère AYOUB*

*Pour l'affection qui nous lie, pour l'intérêt que tu portes à ma vie,  
pour ton soutien, ta compréhension et ton encouragement,  
je te dédie ce travail pour t'exprimer mes sentiments  
les plus sincères et les plus affectueux.  
Je te souhaite une vie pleine de bonheur  
et que je sois toujours la sœur dont tu seras fier.  
Que Dieu te protège et consolide les liens sacrés  
qui nous unissent.*

*A mes chères nièces SALMA et INES*

*A travers ce travail je vous exprime  
mon amour et mon affection.  
Je vous considère sincèrement comme mes filles  
et Je vous souhaite une vie pleine de réussite  
aussi bien dans votre vie personnelle que professionnelle.*

*A la mémoire de mes grands-parents paternels  
Saadia NEJJAR et Mohammed BENZOUIA*

*Merci pour votre soutien et vos prières !  
Aucun mot n'exprime l'amour et le respect  
que j'ai toujours eu pour vous. Que dieu repose votre âme en paix.*

*A la mémoire de mon grand-père maternel  
Abdeslam EL MERJANI*

*Que Dieu ait son âme dans son Saint Paradis.  
Que ce travail soit une prière pour le repos de son âme.*

*A ma grande mère, Fatma SADQUI*

*Ce travail est le fruit de votre soutien permanent.  
Que dieu vous garde aussi longtemps que possible parmi nous.*

*A mes oncles et mes tantes*

*Je vous remercie pour tout le soutien  
que vous m'avez apporté et tout le caractère exemplaire  
que vous avez su adopté à mon égard.*

*A mes cousins et cousines*

*En témoignage de l'immense affection que je vous porte,  
je vous dédie ce travail et je vous souhaite  
tout le bonheur du monde.*

*A mes chères amies*  
*Docteur Safwa CHERAOU*  
*et Docteur Hajar BENATAÏA*

*Aucun mot ne saurait exprimer toute ma gratitude  
et ma reconnaissance envers vous, pour votre soutien  
et votre patience, pour vos efforts et votre dévouement.*

*Je dédie ce travail à toutes nos préparations,  
les jours et les nuits blanches, nos larmes et nos fous rires,  
nos déceptions et nos éclats de joie. A tous les moments  
qu'on a passés ensemble. A notre belle amitié.*

*Que dieu vous comble de bonheur, de santé, de succès  
et de prospérité dans votre vie et vous protège.*

*A tous mes amis (es)*

*Hicham BENNANI, Najlae BENJELLON, Intissar BENZINA,  
Habib BELEMLIH, Amine CHERAQUI, Zakaria BADAOU,  
Ismail IDRISSI, Mourad YESRAOUI, Manal AITHOUSSA,  
Mohammed HADRAOUI, Salma ACHBAR*

*A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.*

*A toute personne m'ayant consacré un moment pour m'aider,  
me conseiller, m'encourager ou simplement me sourire.*

*À Tous Mes enseignants tout au long de mes études.*

*À tous ceux que j'aime....*

*À toute ma promotion*

*À tous ceux qui ont participé de près  
ou de loin à la réalisation de ce travail.*

*À tous ceux qui ont cette noble et pénible tâche  
de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.*

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	4
1. MATERIEL D'ETUDE : .....	5
2. METHODE DU TRAVAIL : .....	5
<b>RESULTATS ET ANALYSE</b> .....	7
<b>RESULTATS</b> :.....	8
1. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :.....	8
1.1 Le sexe : .....	8
1.2 L'âge : .....	9
1.3 Les antécédents : .....	9
2. LES DONNEES CLINIQUES : .....	11
2.1 Les signes fonctionnels :.....	11
2.2 L'état général : .....	13
2-3 Les manifestations extradigestives : .....	15
3. LE TRAITEMENT : .....	16
3.1 Le traitement médical :.....	16
3.2 Le traitement chirurgical : .....	17
-Les indications opératoires :.....	17
-La voie d'abord :.....	18
-La technique chirurgicale :.....	19
4. LES SUITES POST OPERATOIRES :.....	22
4.1 La mortalité :.....	22
4.2 La morbidité :.....	22

- Les suites post opératoires à court terme : .....	22
- Les suites post opératoires à long terme : .....	24
- Les résultats fonctionnels : .....	26
<b>ANALYSE</b> .....	28
1. LA MORBIDITE APRES CHIRURGIE D'URGENCE : .....	28
2. LA MORBIDITE APRES CHIRURGIE ELECTIVE : .....	34
- La classification de CLAVIEN : .....	36
<b>DISCUSSION</b> .....	39
1. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES : .....	40
1.1 L'âge et le sexe : .....	40
2. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL : .....	41
2.1 L'indication opératoire : .....	41
2.2 La voie d'abord : .....	48
2.3 La technique chirurgicale : .....	52
3. LES SUITES POST OPERATOIRES : .....	64
3.1 La mortalité : .....	64
3.2 La morbidité : .....	65
3.2 Les résultats fonctionnels : .....	81
3.3 Prévention des complications post opératoires : .....	85
3.4 Soutien psychologique : .....	85
<b>CONCLUSION</b> .....	86
<b>RESUMES</b> .....	89
<b>ANNEXES</b> .....	93
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	98

## LISTE DES ABREVEATIONS

<b>AIA</b>	: Anastomose iléo anale
<b>AIR</b>	: Anastomose iléo rectale
<b>FC</b>	: Fréquence cardiaque
<b>Hg</b>	: Hémoglobine
<b>NB</b>	: Nombre
<b>RCH</b>	: Recto colite hémorragique
<b>T</b>	: Température
<b>VS</b>	: Vitesse de sédimentation

## LISTE DES GRAPHIQUES

<b>Graphique N°1:</b> Le pourcentage des malades en fonction du sexe .....	8
<b>Graphique N° 2:</b> Le pourcentage des malades en fonction de la tranche d'âge.....	9
<b>Graphique N°3 :</b> Le pourcentage des malades en fonction de la durée d'évolution de la maladie .....	10
<b>Graphique N°4 :</b> Le pourcentage des malades en fonction des signes fonctionnels.....	11
<b>Graphique N°5 :</b> Le pourcentage des malades en fonction du nombre d'émissions/jr.....	12
<b>Graphique N°6 :</b> Le pourcentage des malades en fonction de la présence d'amaigrissement ....	13
<b>Graphique N°7 :</b> Le pourcentage des malades en fonction du taux d'albumine en g/l.....	14
<b>Graphique N°8 :</b> Le pourcentage des malades en fonction du taux d'hémoglobine en g/dl.....	14
<b>Graphique N°9 :</b> Le pourcentage des malades en fonction du taux de la vitesse de sédimentation à la première heure.....	15
<b>Graphique N°10:</b> Le pourcentage des malades en fonction du traitement médical.....	16
<b>Graphique N°11 :</b> Le pourcentage des malades en fonction de l'indication opératoire.....	17
<b>Graphique N°12 :</b> Le pourcentage des malades en fonction de la voie d'abord.....	18
<b>Graphique N°13 :</b> Le pourcentage des malades en fonction de la technique chirurgicale.....	19
<b>Graphique N°14 :</b> La répartition des femmes en fonction de la technique chirurgicale et de l'âge .....	20
<b>Graphique N°15 :</b> La répartition des hommes en fonction de la technique chirurgicale et de l'âge .....	20
<b>Graphique N°16 :</b> La morbidité en urgence en fonction du taux d'albumine en g/l .....	29
<b>Graphique N°17 :</b> La morbidité en urgence en fonction de la voie d'abord.....	30
<b>Graphique N°18 :</b> la répartition des complications après chirurgie d'urgence.....	31
<b>Graphique N°19 :</b> La morbidité à froid en fonction de la technique chirurgicale .....	34
<b>Graphique N°20 :</b> La morbidité à froid en fonction de la voie d'abord.....	35
<b>Graphique N°21 :</b> La classification de CLAVIEN après chirurgie d'urgence.....	37
<b>Graphique N°22 :</b> La classification de CLAVIEN après chirurgie élektive.....	38



*Introduction*

La rectocolite hémorragique (RCH) est une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) qui touche le rectum et le côlon, évolue par poussées aiguës entrecoupées de périodes de rémission. Elle peut survenir à tout âge, mais affecte préférentiellement le jeune adulte, entre 20 et 40 ans.

L'incidence et la prévalence de la rectocolite hémorragique sont très variables en fonction de la localisation géographique. L'incidence annuelle de la RCH se situe aux alentours de 0,6 à 23,3/100 000 habitants en Europe et de 4,9 à 248,6/100 000 habitants en Amérique du nord, l'incidence annuelle est plus faible en Asie et au Moyen-Orient, variant de 4,9 à 168,3/100 000 habitants [1].

La prévalence est élevée en Europe, variant de 4,9 à 505/100 000 habitants, notamment en Norvège 505/100 000, et en Amérique du Nord de 37,5 à 248,6/100 000 habitants, en particulier au Canada 248/100 000 habitants [1].

Globalement, l'incidence de la RCH est en augmentation même si elle est plus marquée dans les pays en voie de développement et plutôt stable dans les pays industrialisés [1].

L'étiopathogénie exacte de la RCH reste obscure. Cependant, des facteurs infectieux, génétiques et environnementaux peuvent être impliqués et intervenir d'une façon directe ou indirecte dans la pathogenèse de la maladie.

Les signes cliniques, biologiques et endoscopiques permettent de poser le diagnostic et de mieux apprécier les signes de gravité pour entreprendre le traitement adéquat.

Le traitement est essentiellement médical et de plus en plus efficace grâce à l'avènement de la biothérapie, le recours à la chirurgie n'est indiqué que pour 30 à 40% des patients [2] dont la majorité sont opérés en urgence.

En vue de terrain de la maladie, des thérapeutiques et du caractère urgent, la chirurgie est confrontée à une morbidité qui n'est pas négligeable.

Notre étude rétrospective, portant sur 42 patients suivis au sein de service de chirurgie « C » de l'hôpital Ibn Sina de Rabat durant une période de 9 ans (2006-2014), permet de mettre le point sur les résultats de la chirurgie et les facteurs prédictifs des complications à court et à moyen terme, ainsi que les mesures à entreprendre pour améliorer ces résultats.



*Matériel et Méthodes*

## **1. MATERIEL D'ETUDE :**

Notre travail consiste en l'étude rétrospective détaillée des dossiers de 42 patients hospitalisés et opérés pour « rectocolite ulcéro-hémorragique » au service de chirurgie « C » de l'hôpital Avicenne de RABAT. Cette étude étalée sur 9 ans du janvier 2006 à octobre 2014 a pour objectif d'analyser l'évolution de ces malades après traitement chirurgical et de déterminer les facteurs pronostiques à court et à moyen terme.

## **2. METHODE DU TRAVAIL :**

On a procédé notre travail par une fiche d'exploitation « annexe 1 » comportant les données suivants :

- Les données épidémiologiques
- Les données cliniques
- Le traitement reçu : médical et chirurgical
- L'évolution à court et à moyen terme
- L'évaluation de l'état fonctionnel actuel : score de LIGHTIGER

Nous nous sommes aidés pour cela des éléments contenus dans le dossier médical (fiche de température, bilan biologique, compte rendu anatomopathologique, compte rendu opératoire...), du suivi des consultations externes, mais aussi des informations recueillies auprès des patients eux même ou de leurs familles et au cours de conversations téléphoniques, lorsque celle-ci ont été possible.

L'étude statistique a ainsi pu être réalisée à l'aide du logiciel SPSS en faisant d'abord une étude descriptive puis analytique.

➤ **Les critères d'inclusion :**

Patients opérés pour rectocolite hémorragique dont l'examen anatomopathologique était en faveur de RCH.

➤ **Les critères d'exclusion :**

- Patients suivis pour RCH non opérés ;
- Patients opérés dont l'évolution était en faveur d'une maladie de Chron, colite aigue ischémique, colite aigue infectieuse ....

Nous avons retenu 52 dossiers, on a exclu 10 dossiers pour les raisons suivantes :

- 3 dossiers manquants ;
- 2 malades suivis pour RCH non opérés ;
- 5 malades dont l'évolution a objectivé un autre diagnostic.

Au total, notre travail comporte 42 patients.



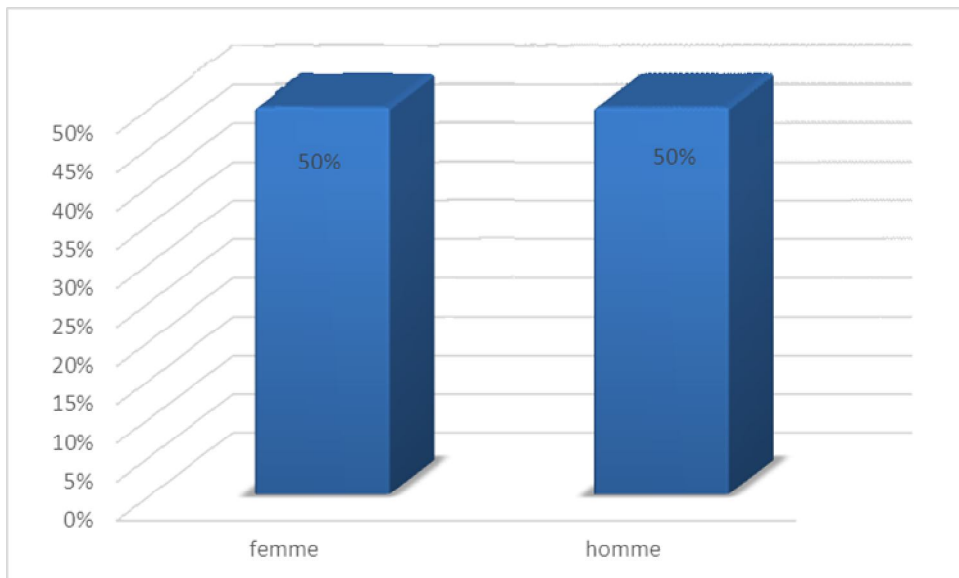
*Résultats  
et  
Analyse*

## **RESULTATS :**

### **1. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :**

#### **1.1 Le sexe :**

- Le nombre de femme : 21 femmes soit 50% des malades traités.
- Le nombre d'homme : 21 hommes soit 50% des malades traités.
- Le sexe ratio est 1.

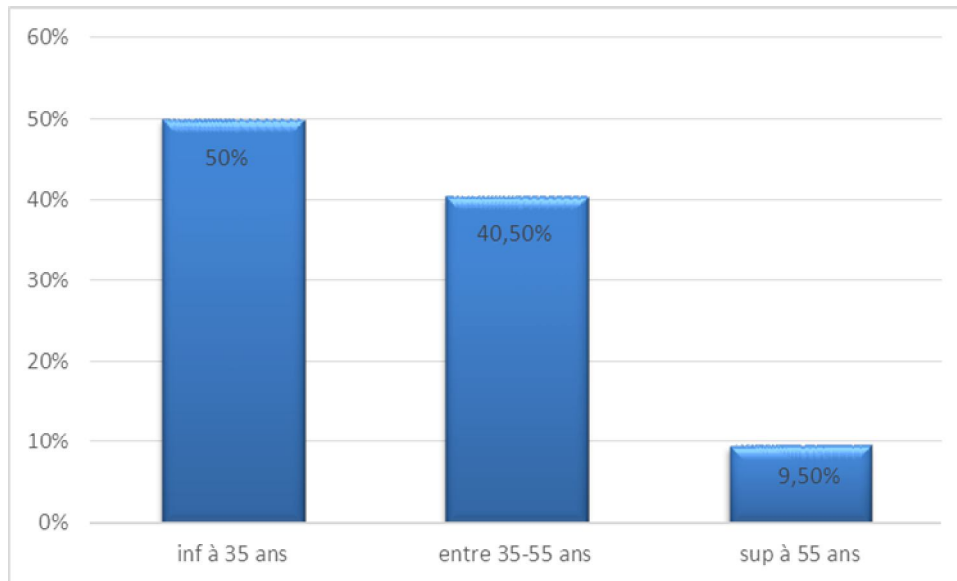


*Graphique N°1 : Le pourcentage des malades en fonction du sexe*

## 1.2 L'âge :

-La moyenne d'âge des malades est 38 ans avec un écart type de 12,7 ans et des extrêmes de 17 ans et 76 ans.

-La médiane d'âge des malades est de 35,5 ans.



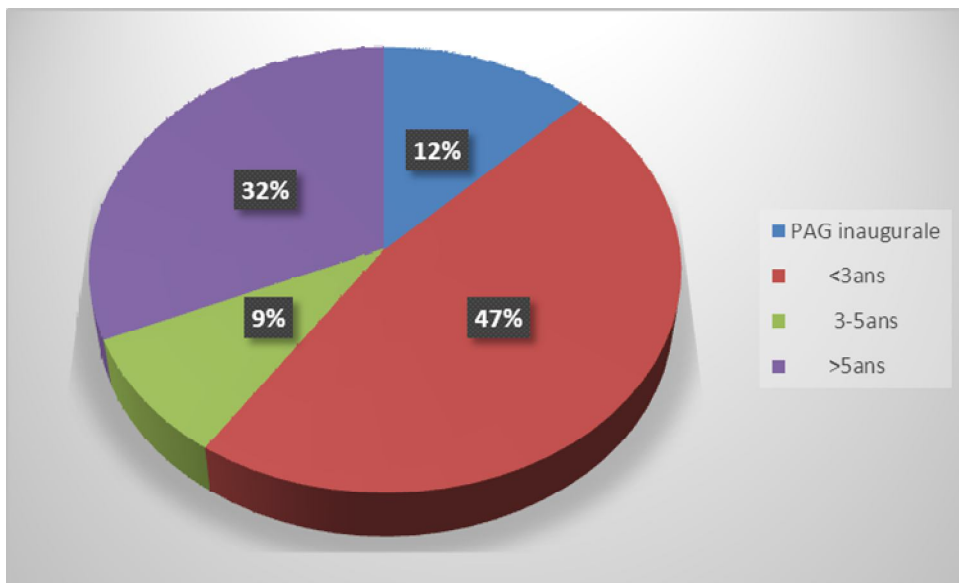
*Graphique N° 2 : Le pourcentage de malades en fonction de la tranche d'âge*

## 1.3 Les antécédents :

L'antécédent	L'effectif	Le pourcentage
Tabagisme	5	12%
Rhumatisme inflammatoire	2	4,7%
Tuberculose	2	4,7%
Troubles psychiques	2	4,7%

L'antécédent de la maladie : étudié chez 32 patients :

- Le nombre de poussé/an en moyenne est de 1,43 (min : 1 mois ; max : 20ans)
- La durée moyenne d'évolution est : 4 ans et 2 mois :
  - Poussé aigue inaugurale : chez 4 patients soit 12,5% ;
  - <3ans : chez 15 malades soit 47 % ;
  - 3-5ans : chez 3 malades, soit 9% ;
  - >5ans : chez 10 malades, soit 31,5%.

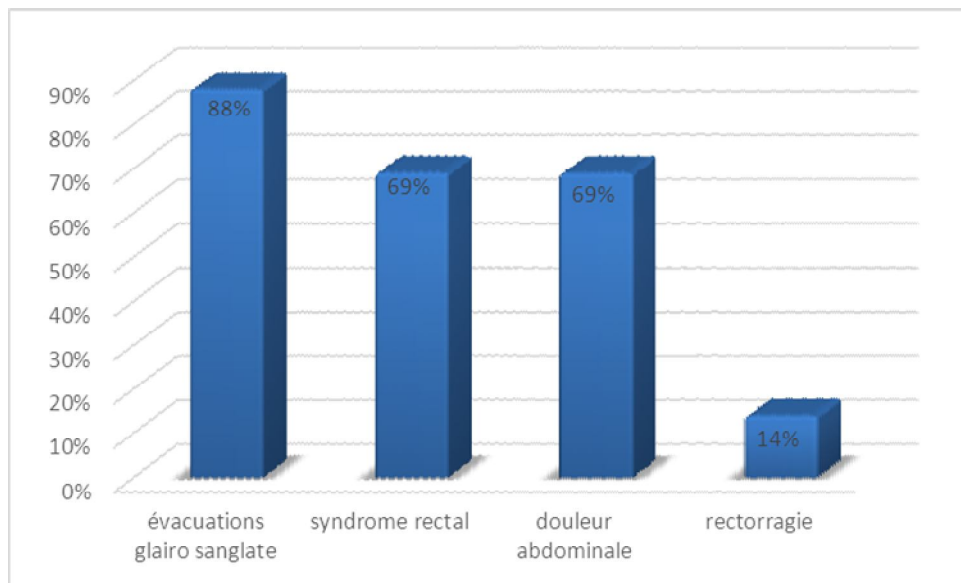


*Graphique N°3 : Le pourcentage des malades en fonction de la durée d'évolution de la maladie*

## 2. LES DONNEES CLINIQUES :

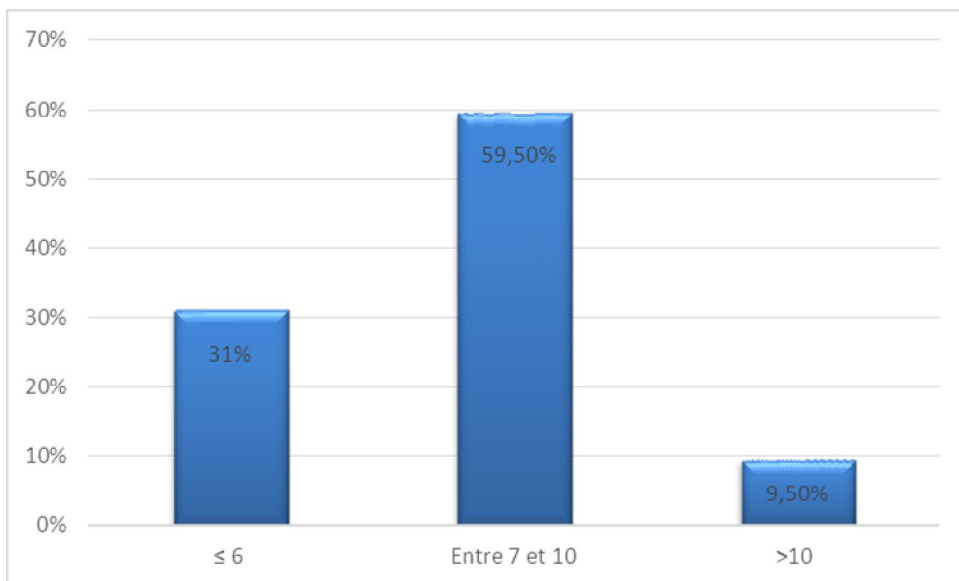
### 2.1 Les signes fonctionnels :

Les symptômes	L'effectif	Le pourcentage
<b>Evacuations glairo sanglantes</b>	37	88%
<b>Syndrome rectal</b>	29	69%
<b>Douleur abdominale</b>	29	69%
<b>rectorragie</b>	6	14%



*Graphique N°4 : Le pourcentage des malades  
en fonction des signes fonctionnels*

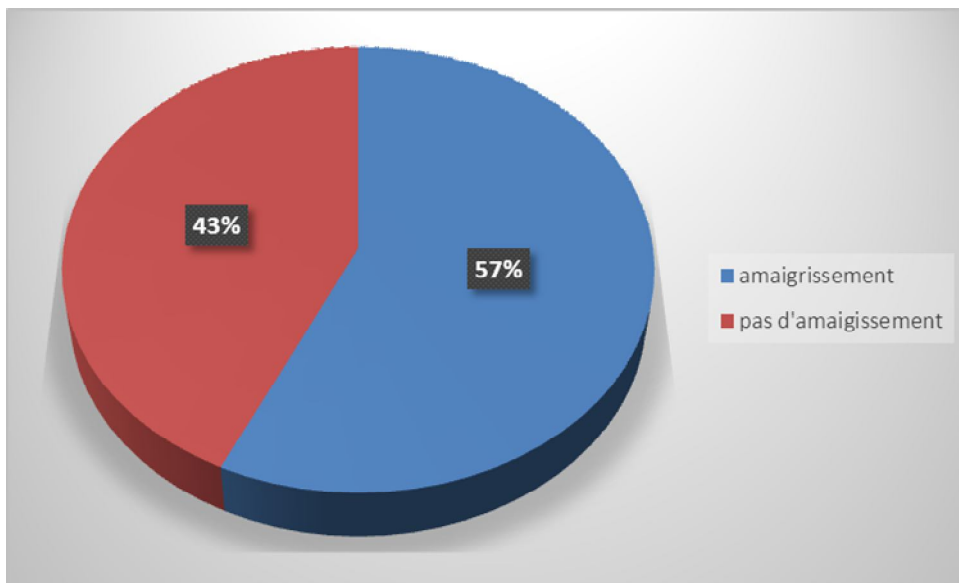
- Le nombre d'émissions par 24h est :
  - $\leq 6$  : retrouvé chez 13 malades, soit 31 % ;
  - Entre 7 et 10 : retrouvé chez 25 malades, soit 59,5 % ;
  - $>10$  : retrouvé chez 4 malades, soit 9,5 %.



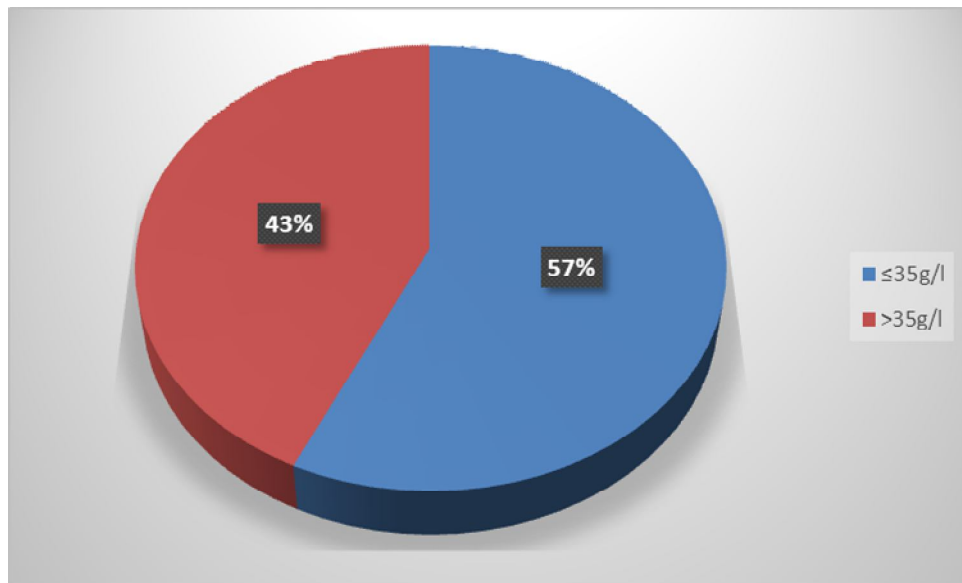
*Graphique N°5 : Le pourcentage des malades en fonction du nombre d'émissions/jr*

## 2.2 L'état général :

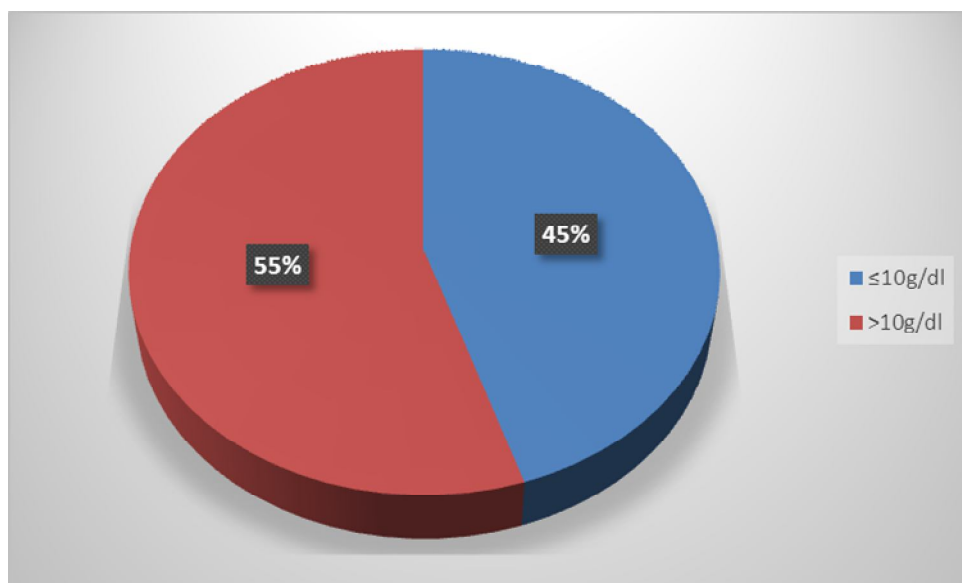
amaigrissement		albuminémie		hémoglobine		Vitesse de sédimentation	
Oui	Non	≤35g/l	>35g/l	≤10g/dl	>10g/dl	>30mm	≤30mm
24 (57%)	18 (43%)	24 (57%)	18 (43%)	19 (45%)	23 (55%)	31 (74%)	11 (26%)



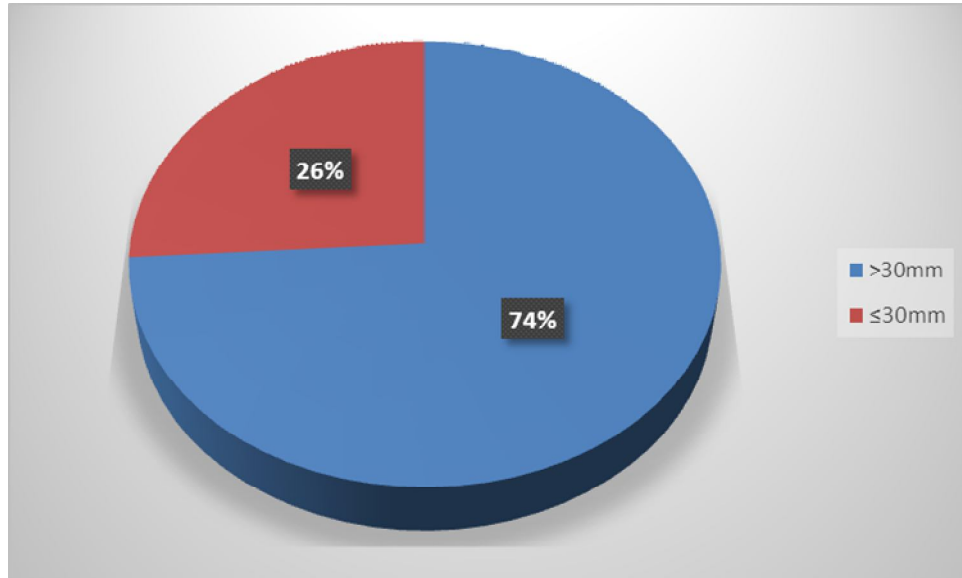
*Graphique N°6 : Le pourcentage des malades en fonction de la présence d'amaigrissement*



*Graphique N°7 : Le pourcentage des malades en fonction du taux d'albumine en g/l*



*Graphique N°8 : Le pourcentage des malades en fonction du taux d'hémoglobine en g/dl*



*Graphique N°9 : Le pourcentage des malades en fonction du taux de la vitesse de sédimentation à la première heure*

### **2-3 Les manifestations extradigestives :**

- 7 malades ont eu des arthralgies ;
- 1 malade a eu des complications cutanées.

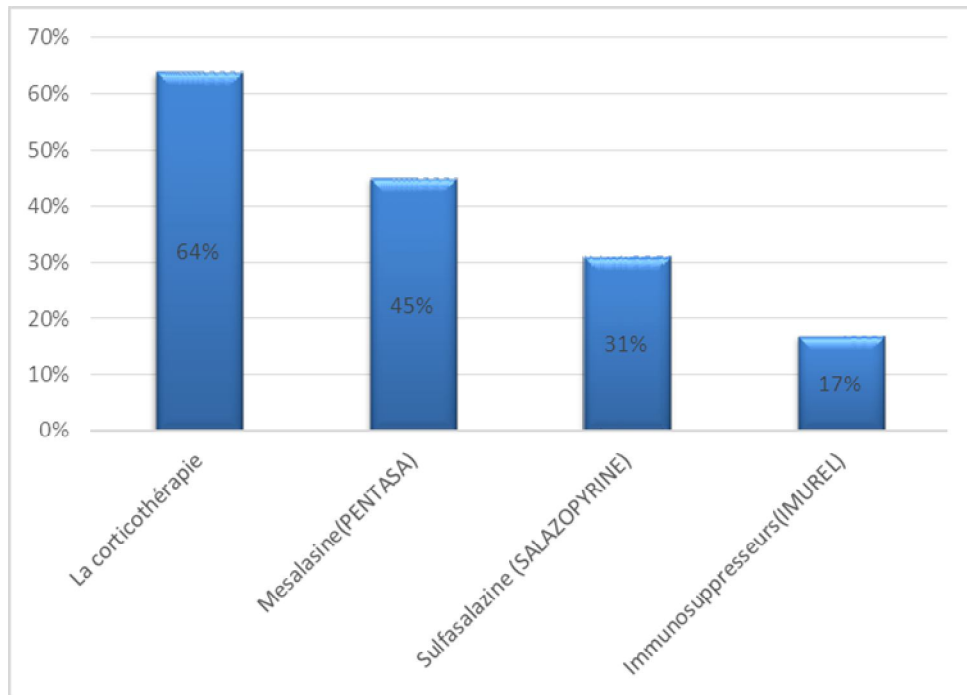
### **3. LE TRAITEMENT :**

#### **3.1 Le traitement médical :**

La majorité des malades avait eu un traitement médical soit à base de corticoïdes, soit SALAZOPYRINE, soit PENTASA, soit Immunosuppresseurs.

Les traitements médicaux utilisés sont :

	<b>L'effectif</b>	<b>Le pourcentage</b>
<b>La corticothérapie</b>	27	64%
<b>Mesalazine(PENTASA)</b>	19	45%
<b>Sulfasalazine (SALAZOPYRINE)</b>	13	31%
<b>Immunosuppresseurs(IMUREL)</b>	7	17%



*Graphique N°10 : Le pourcentage des malades en fonction du traitement médical reçu*

Le nombre de malades qui ont reçu une dose  $\geq 40$ mg/j de corticothérapie pré opératoire est de 23 malades soit 54,7% de l'ensemble des malades.

### **3.2 Le traitement chirurgical :**

✓ **Les indications opératoires :**

En urgence :

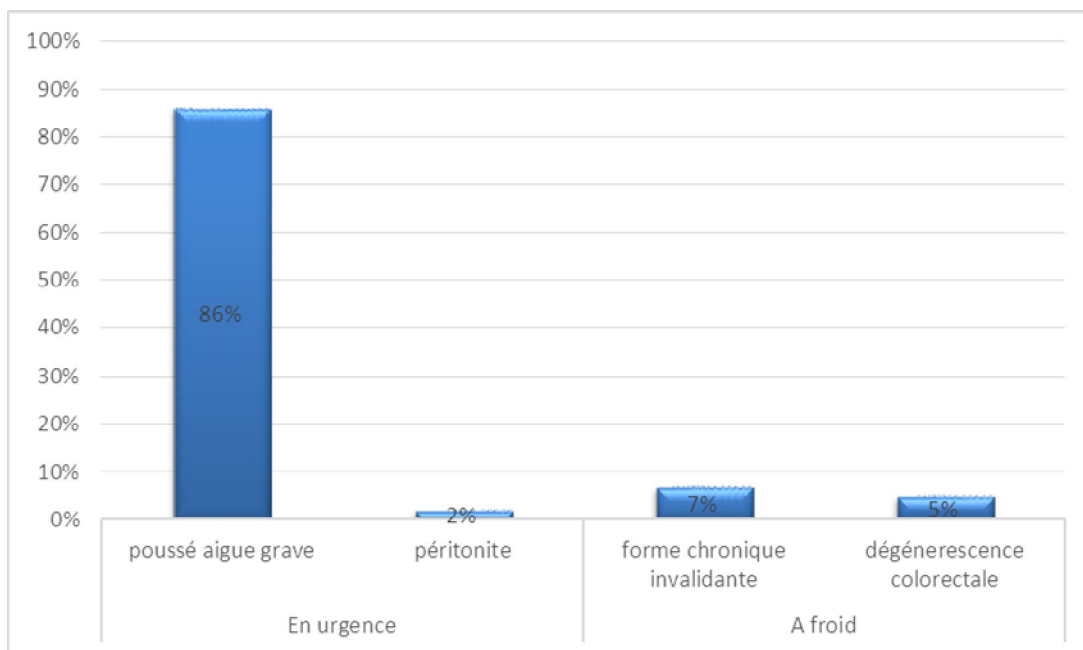
- Poussé aigue grave chez 36 malades, soit 86%
- Péritonite chez 1 malade, soit 2 %.

➤ 37 malades opérés en urgence, soit 88 %.

A froid :

- Forme chronique invalidante avec échec du traitement médical chez 3 malades, soit 7 %
- Dégénérescence colorectale chez 2 malades, soit 5%.

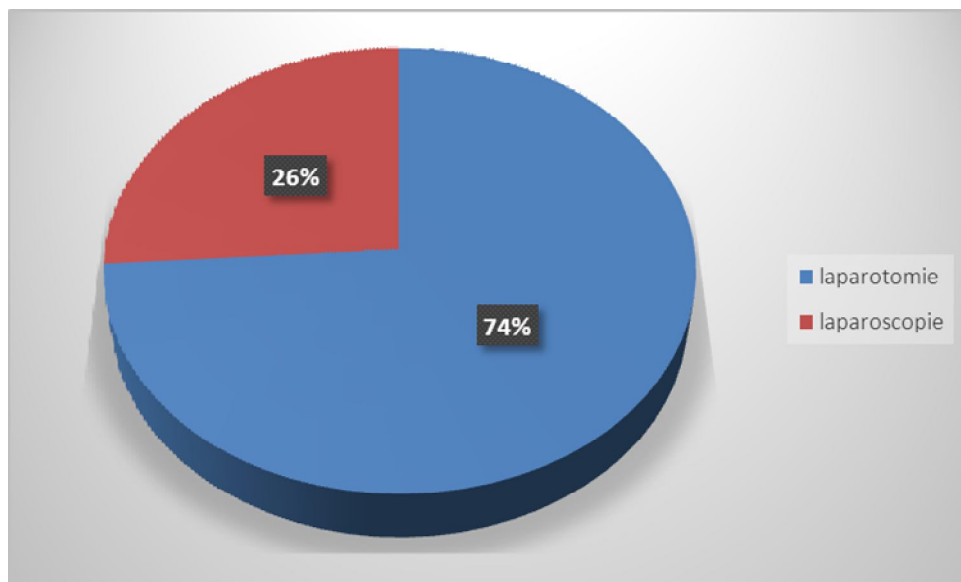
➤ 5 malades opérés à froid, soit 12%



*Graphique N°11 : Le pourcentage des malades en fonction de l'indication opératoire*

✓ **La voie d'abord :**

	<b>L'effectif</b>	<b>Le pourcentage</b>
<b>Laparoscopie</b>	11	26%
<b>laparotomie</b>	31	74%

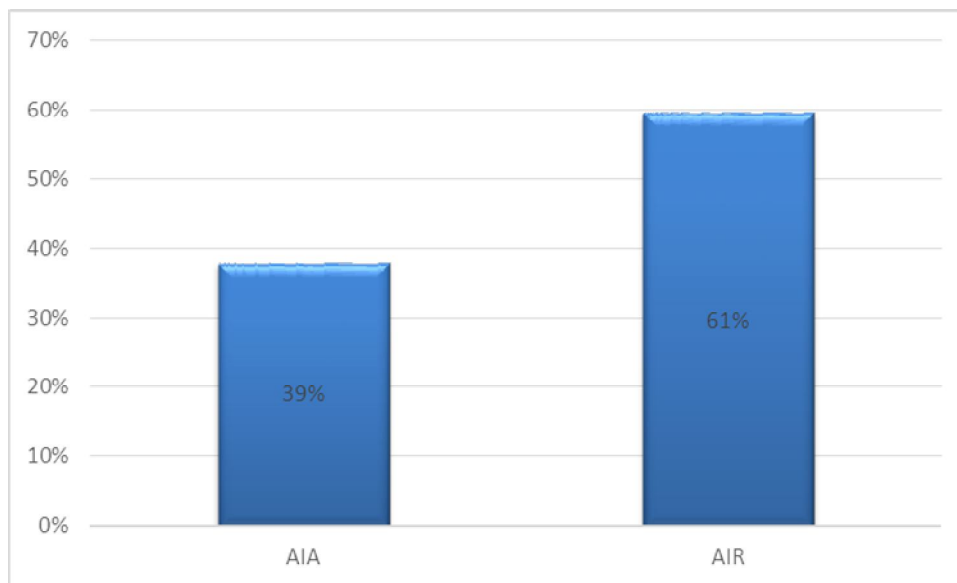


*Graphique N°12 : Le pourcentage des malades en fonction de la voie d'abord*

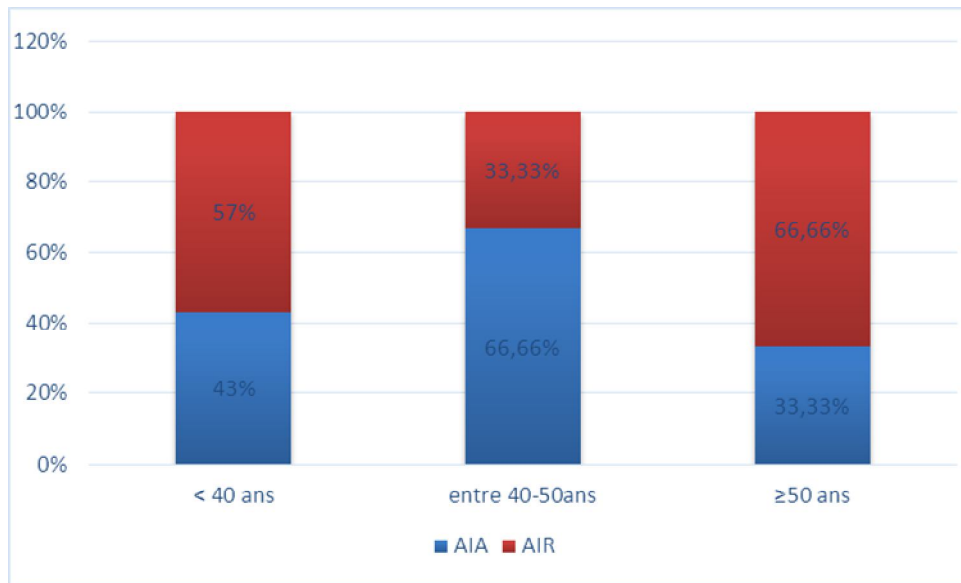
✓ **La technique chirurgicale :**

- 3 patients ont subi une colectomie totale avec anastomose iléo rectale en 1 seul temps.
- 39 patients ont subi une colectomie subtotale avec double stomie dont 37 interventions en urgence et 2 interventions à froid ;
- puis 22 patients ont subi une anastomose iléo rectale et 16 patients ont subi une anastomose iléo anale et une patiente a décédé après la colectomie subtotale avec double stomie.
- Le rétablissement de continuité est fait pour 16 patients qui ont subi une anastomose iléo anale.

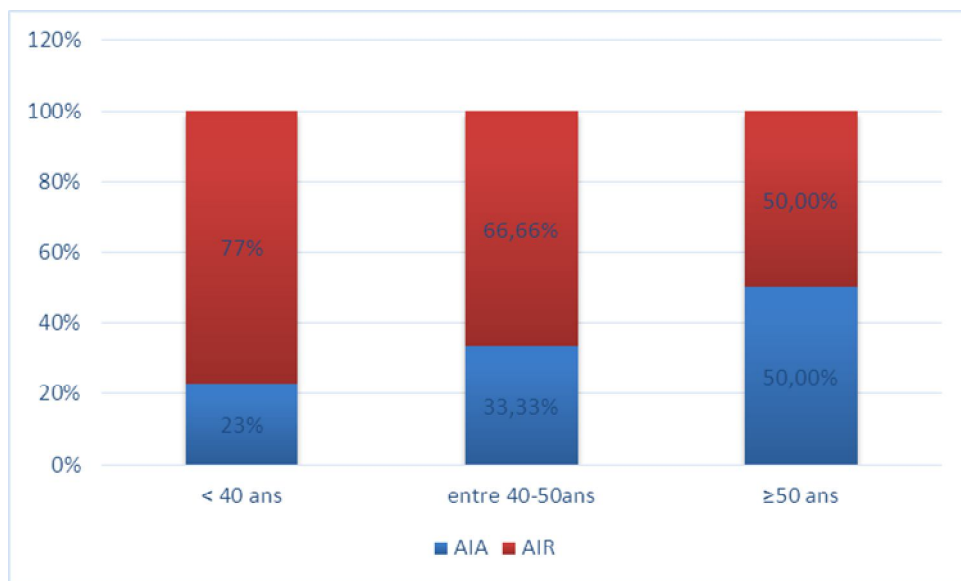
Au total, 16 patients ont eu une anastomoses iléo anale soit 39% et 25 patients ont eu une anastomoses iléo rectale soit 61%.



*Graphique N°13 : Le pourcentage de malades opérés en fonction de la technique chirurgicale*

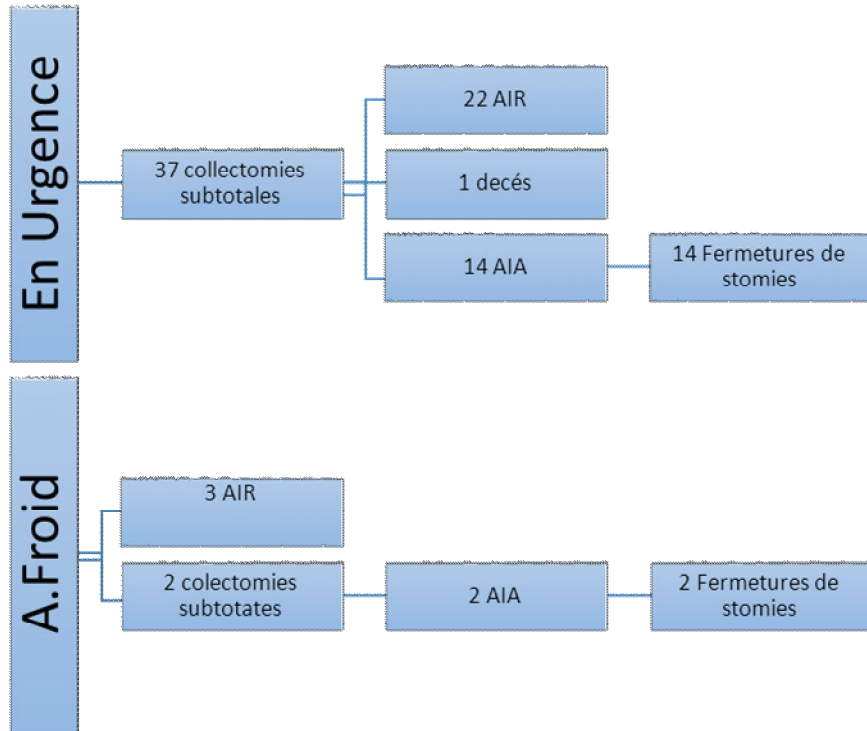


Graphique N°14 : La répartition des femmes opérées en fonction de la technique chirurgicale et de l'âge



Graphique N°15 : La répartition des hommes opérés en fonction de la technique chirurgicale et de l'âge

Les interventions chirurgicales sont réparties ainsi :



Au total :

- Le nombre d'interventions chirurgicales réalisées en urgence est de 37.
- Le nombre d'interventions chirurgicales réalisées à froid est de 59 (entre les différents temps opératoires).

## **4. LES SUITES POST OPERATOIRES :**

### **4.1 La mortalité :**

On note un décès parmi les malades de notre série (1/42) soit 2,3%.

Il s'agit d'une patiente de 30 ans opérée en urgence pour une poussée aigue grave de RCH, qui a subi une colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoïdostomie dont les suites étaient marquées par la survenue d'une hémorragie qui était fatale.

	1 <sup>er</sup> acte		2 <sup>ème</sup> acte	3 <sup>ème</sup> acte	Mortalité globale
	En urgence (37malades)	A froid			
Mortalité	2,7%	0%	0%	0%	1%

### **4.2 La morbidité :**

12 malades ont eu des complications après 96 actes chirurgicaux.

La morbidité globale est de l'ordre de 12,5%.

#### **✓ Les suites post opératoires à court terme :**

Les suites post opératoires à court terme diffèrent selon l'indication opératoire et on distingue deux groupes :

- Les malades opérés en urgence pour colite aigue grave ;
- Les malades opérés à froid.

❖ Les patients opérés en urgence :

Parmi les 37 malades opérés en urgence, 36 pour une colite aigue grave (97%) et 1 malade pour péritonite (3%).

La colite aigue grave est définie par le score de Treulove et Witts qui regroupe des paramètres cliniques et biologiques (voir tableaux ci-dessous) :

<b>Nombre de selles sup. à 6</b>		
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	36	97,3%
<b>Non</b>	1	2,7%

<b>Température sup. à 37</b>		
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	28	75,7%
<b>Non</b>	9	24,3%

<b>Fréquence cardiaque sup. à 90 bat/min</b>		
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	21	56,8%
<b>Non</b>	16	43,2%

<b>Hémoglobine inf. à 10 g/dl</b>		
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	16	43,2%
<b>Non</b>	21	56,8%

<b>Vitesse de sédimentation sup. à 30 mm</b>		
	<b>Effectifs</b>	<b>pourcentage</b>
<b>Oui</b>	27	73%
<b>Non</b>	10	27%

Une colite aigue grave est définie selon les critères de Treulove et Witts par l'association des 5 critères sus cités. Dans notre série, 27 malades ont présenté une colite aigue grave soit 73 % et 10 patients ont présenté une colite aigue d'intensité moyenne soit 27 %.

37 malades opérés en urgence, dont 9 ont eu des complications ;

-Taux de morbidité de de 24,32%.

❖ Les malades opérés à froid :

On inclut dans ce groupe les malades qui ont eu une anastomose iléo rectale en un seul temps (3 malades), et les malades qui ont eu le rétablissement de continuité digestive, soit 41 malades.

41 malades ont été opérés à froid (3 en 1 seul temps et 38 dans un deuxième temps), dont 3 malades ont eu de complications ;

-Taux de morbidité est de 7,3%.

✓ **Les suites post opératoires à moyen terme :**

Après 96 interventions on note 5 complications à moyen terme :

- le taux de morbidité est de 5 %

Ces complications diffèrent selon la technique chirurgicale :

- *Après 16 anastomoses iléo anale :*

Taux de morbidité est de 18,75%

	<b>L'effectif</b>	<b>Le pourcentage</b>
<b>Occlusion</b>	2	12,5 %
<b>Eventration</b>	1	6,25 %

- *Après 25 anastomoses iléo rectale :*

Taux de morbidité est de 8%

	<b>L'effectif</b>	<b>Le pourcentage</b>
<b>Poussé sur rectum restant</b>	1	4 %
<b>Eventration sur site de stomie</b>	1	4%

✓ **Les résultats fonctionnels :**

Elles sont étudiées chez 7 patients selon le score de LIGHTIGER :

		Nombre(%)
➤ Nombre de selles/jour		
0-2	0	3(43%)
3-4	1	1(14%)
5-6	2	0
7-9	3	3 (43%)
≥10	4	0
➤ Selles nocturnes		
Non	0	0
oui	1	7(100%)
➤ Saignement rectal		
Absent	0	4(57%)
<50%	1	3(43%)
≥50%	2	0
100%	3	0
➤ Incontinence fécale		
Non	0	5(71%)
Oui	1	2(29%)
➤ Douleurs abdominales		
Aucune	0	4(57%)
Légères	1	2(29%)
Moyennes	2	1(14%)
Intenses	3	0
➤ Etat général		
Parfait	0	0
Très bon	1	4(57%)
Bon	2	2(29%)
Moyen	3	1(14%)
Mauvais	4	0
Très mauvais	5	0
➤ Douleur abdominale provoquée		
Aucune	0	4(57%)
Légère et localisé	1	3(43%)
Moyenne et diffuse	2	0
Importante	3	0
➤ Nécessité d'un anti diarrhéique		
Non	0	5(71%)
Oui	1	2(29%)

Le score de LIGHTIGER est en moyenne à 6 avec des extrêmes entre 2 et 9.

- 43% des patients allaient à la selle entre 0 à 2 fois par jour et 43% entre 7 à 9 fois par jour.
- 100% des patients allaient à la selle la nuit.
- 57% des patients ne se plaignaient pas de saignement rectal, de douleurs abdominales spontanées ou provoquées et jugeait leur état général très bon.
- 71 % des patients ne se plaignaient pas d'incontinence fécale et ne nécessitent pas les anti diarrhéiques.

## ANALYSE

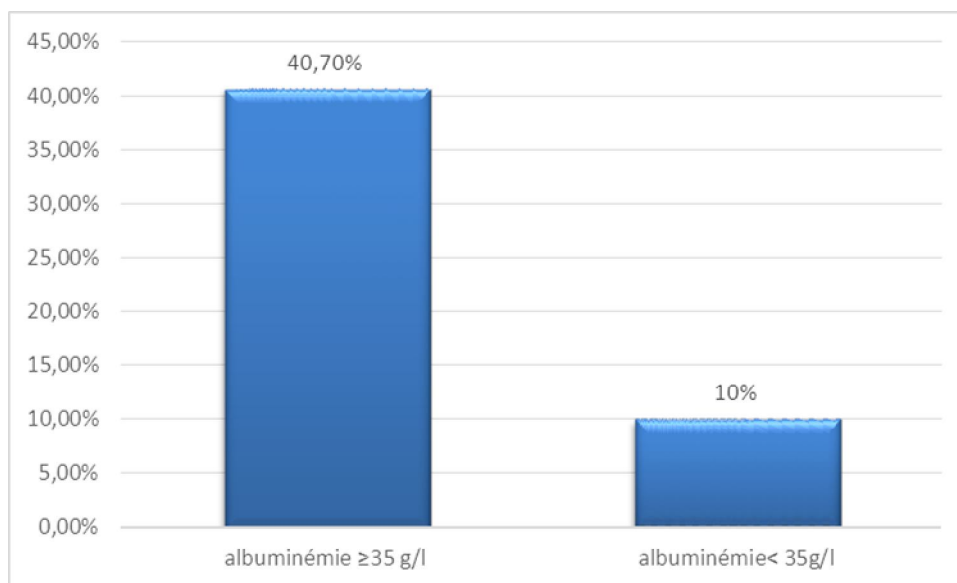
### 1. LA MORBIDITE APRES CHIRURGIE D'URGENCE :

- L'analyse des facteurs de risque de morbidité après chirurgie d'urgence :

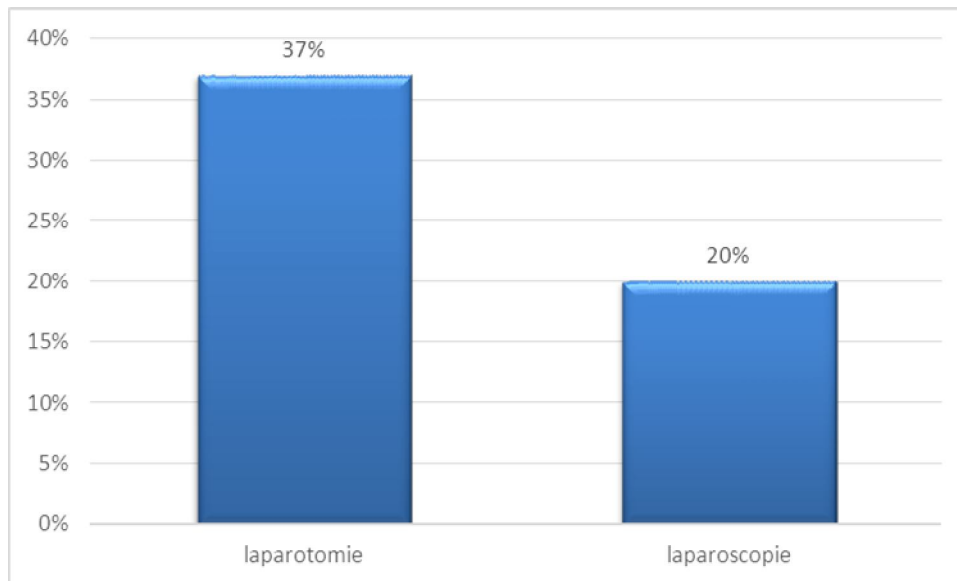
Variable	Résultats (n/%)	P
<b>Age</b> Sup. à 40 ans Inf. à 40 ans	4/12 8/25	1
<b>Sexe</b> Homme Femme	6/10 (31,6%) 6/18 (33,3%)	0,9
<b>Tabagisme</b> Oui Non	10/32 (31,3%) 2/5 (40%)	1
<b>Manifestations extra-digestives</b> Non Oui	9/30 (30%) 3/7 (42,9%)	0,65
<b>Fièvre</b> Oui Non	10/28 (35,7%) 2/9 (22,2%)	0,68
<b>Hémoglobine</b> Inf. à 10 g/dl Sup. à 10 g/dl	7/16 (43,8%) 5/21 (23,8%)	0,19
<b>Albuminémie</b> Inf. à 35 g/l Sup. à 35 g/l	11/27 (40,7%) 1/10(10%)	<b>0,11</b>
<b>Fréquence cardiaque</b> Inf. à 90/mn Sup. à 90/mn	5/16 (31,3%) 7/21 (33,3%)	0,89
<b>Voie d'abord</b> Laparoscopie Laparotomie	2/10 (20%) 10/27 (37%)	<b>0,15</b>
<b>Corticothérapie</b> Sup. à 40 mg/j Inf. à 40 mg/j	9/22 (40,9%) 3/15 (20%)	0,28

L'analyse uni variée a montré que l'albuminémie  $\leq 35$  g/l ( $p=0,11$ ) est associée statistiquement à la survenue de complications.

Par ailleurs, la laparoscopie ( $p=0,15$ ) a été associée à moins de morbidité mais la différence n'a pas été significative.



*Graphique N°16 : La morbidité en urgence en fonction du taux d'albumine en g/l*



*Graphique N°17 : La morbidité en urgence en fonction de la voie d'abord*

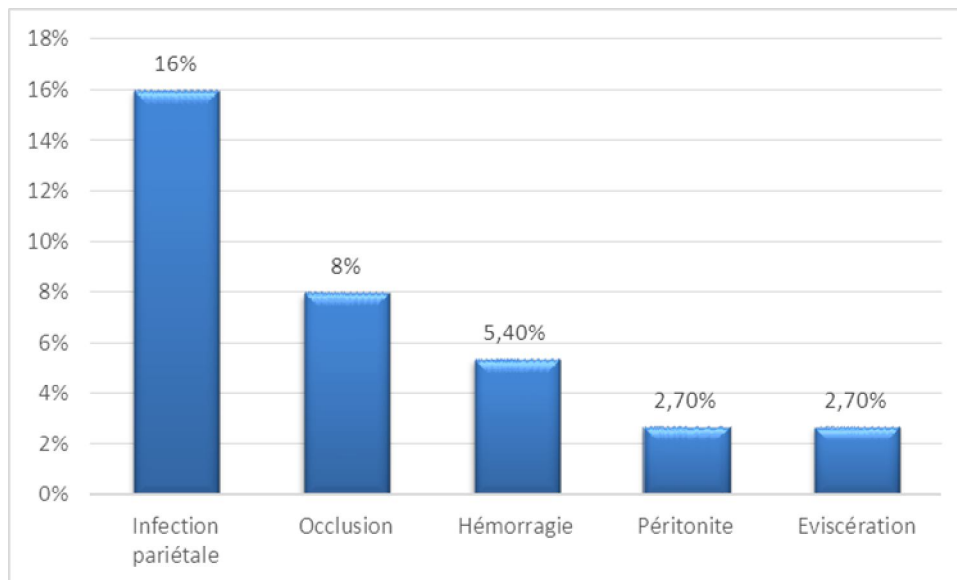
Ces deux paramètres ont été inclus dans une étude multivariée :

Variable	P	Exp (B)	HR (95%)	
			Min	Max
Laparoscopie	0,34	2,3	0,3	14
Albuminémie < 35	0,1	6,2	0,6	57

Aucun facteur n'a été identifié comme facteur indépendant associé à la survenue de complications postopératoires.

La morbidité après chirurgie d'urgence est liée principalement à l'infection pariétale, l'occlusion, l'éviscération et la péritonite.

<b>Les complications après chirurgie d'urgence</b>		
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Infection pariétale</b>	6	16%
<b>Occlusion</b>	3	8%
<b>Hémorragie</b>	2	5,4%
<b>Péritonite</b>	1	2,7%
<b>Eviscération</b>	1	2,7%



*Graphique N°18 : La répartition des complications après chirurgie d'urgence*

- L'analyse des facteurs de risque de l'infection pariétale :

<b>Variable</b>	<b>Résultats (n/%)</b>	<b>P</b>
<b>Age</b> Sup. à 40 ans Inf. à 40 ans	1/12 (8,3%) 5/25 (20%)	0,64
<b>Sexe</b> Homme Femme	3/18 (15,8%) 3/19 (16,7%)	1
<b>Tabagisme</b> Oui Non	4/32 (12,5%) 2/5 (40%)	0,17
<b>Manifestations extra-digestives</b> Oui Non	5/30 (16,7%) 1/7 (14,3%)	1
<b>Fièvre</b> Oui Non	4/28 (14,3%) 2/9 (22,2%)	0,62
<b>Hémoglobine</b> Inf. à 10g/dl Sup à 10 g/dl	4/16 (25%) 2/21 (9,5%)	0,37
<b>Albuminémie</b> Inf. à 35 g/l Sup. à 35 g/l	6/27 (22,2%) 0/10 (0%)	<b>0,16</b>
<b>Fréquence cardiaque</b> Sup. à 90/mn Inf. à 90/mn	2/16 (12,5%) 4/21 (19%)	0,68
<b>Voie d'abord</b> laparoscopie Laparotomie	0/10 (0%) 6/27 (22,2%)	<b>0,16</b>
<b>Corticothérapie</b> Sup. 40 mg/j Inf. 40 mg/j	4/22 (18,2%) 2/15 (13,3%)	1

L'analyse uni variée a montré que l'hypoalbuminémie (p=0,16), et la laparotomie (p=0,16) sont associés statistiquement à la survenue de complications.

Par ailleurs, on n'a pas pu réaliser l'analyse multivariée vu le nombre d'infection pariétale limité.

- L'analyse des facteurs de risque de l'occlusion :

Variable	Résultats (n/%)	P
<b>Sexe</b>		
Homme	2/19 (10,5%)	0,39
Femme	1/18 (5,6%)	
<b>Tabagisme</b>		
Oui	0/5 (0%)	0,63
Non	3/32 (9,4%)	
<b>Hémoglobine</b>		
Inf. à 10g/dl	2/16 (12,5%)	0,32
Sup. à 10 g/dl	1/21 (4,8%)	
<b>Albumine</b>		
Inf. à 35 g/l	1/21 (4,8%)	0,32
Sup. à 35 g/l	2/16 (12,5%)	
<b>Voie d'abord</b>		
laparoscopie	0/10 (0%)	0,37
Laparotomie	3/27 (11,1%)	
<b>Corticothérapie</b>		
Sup. à 40 mg/j	3/22 (13,6%)	0,19
Inf. à 40 mg/j	0/15 (0%)	

Aucun facteur n'a été identifié comme facteur de risque de l'occlusion.

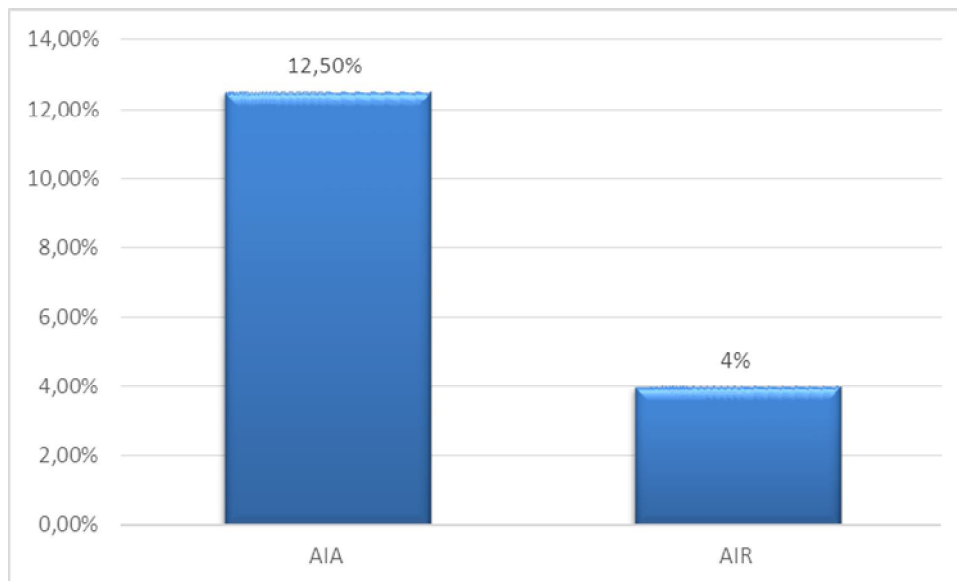
L'analyse des facteurs de risque des autres complications ne peut pas être réalisée vu le nombre limité des complications.

## 2. LA MORBIDITE APRES CHIRURGIE ELECTIVE :

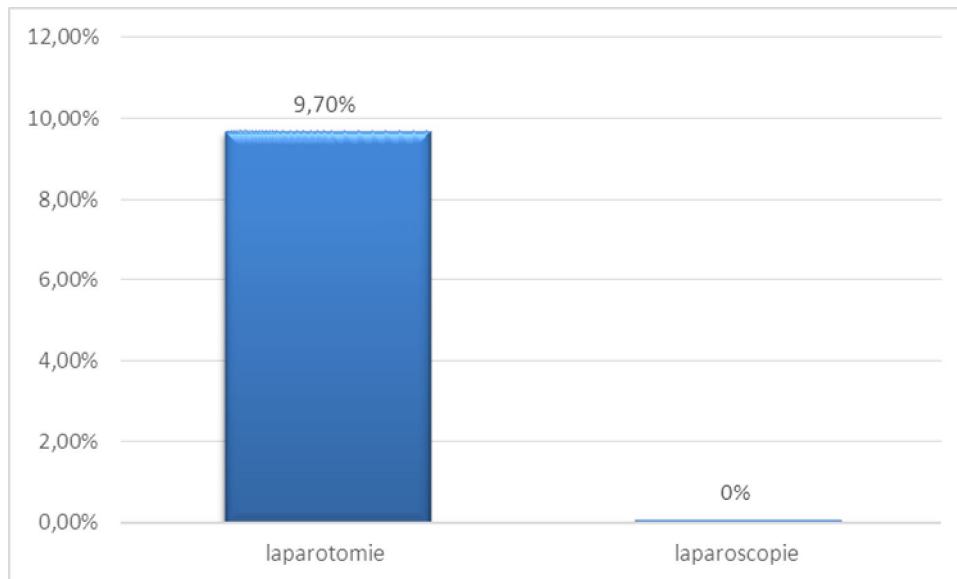
- L'analyse uni variée des facteurs de risque de morbidité :

Variable	Résultats (n/%)	P
<b>La technique chirurgicale</b>		
AIA	2/16 (12,5%)	0,28
AIR	1/25 (4%)	
<b>La voie d'abord</b>		
Laparotomie	3/31 (9,7%)	0,42
Laparoscopie	0/10 (0%)	

Aucun facteur n'a pu être retenu comme facteur de risque de morbidité à froid, mais en comparant la technique chirurgicale ainsi que la voie d'abord, on retient les graphiques suivantes :



*Graphique N°19 : La morbidité à froid en fonction de la technique chirurgicale*



*Graphique N°20 : La morbidité à froid en fonction de la voie d'abord*

- Les complications après chirurgie élektive peuvent être répartis ainsi :

<b>Les complications après chirurgie élektive</b>		
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Infection du réservoir</b>	1	2,4%
<b>Troubles hydroélectrolytique post stomie</b>	1	2,4%
<b>Péritonite</b>	1	2,4%
<b>Eventration</b>	1	2,4%

L'analyse de ces résultats ne peut pas être réalisée vu le nombre limité des complications.

✓ **La classification de CLAVIEN :**

Cette classification permet d'apprécier la gravité des complications :

**Grade 1 :**

Toute déviation des suites post opératoires sans utilisation de médicaments ou d'interventions chirurgicales, endoscopique ou radiologique.

Les médicaments tels que antiémétiques, antipyrétiques, analgésiques, diurétiques, électrolytes sont autorisés, de même que la physiothérapie.

Ce grade inclut aussi l'ouverture de la plaie pour drainage d'un abcès sous cutané au lit du malade.

**Grade 2 :**

Complication nécessitant un traitement médical, y compris la transfusion de sang/plasma ou l'introduction non planifié d'une nutrition parentérale.

**Grade 3 :**

- a) Complication nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique ou anesthésie autre que générale
- b) Complication nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique en anesthésie générale.

**Grade 4 :**

Complication vitale nécessitant un séjour aux soins intensifs

- a) Dysfonction d'un seul organe
- b) Dysfonction multi organique.

**Grade 5 :**

Décès du patient.

Après chirurgie d'urgence :

Après les 37 opérations, on a eu 13 complications précoces dont la gravité varie selon la classification de CLAVIEN :

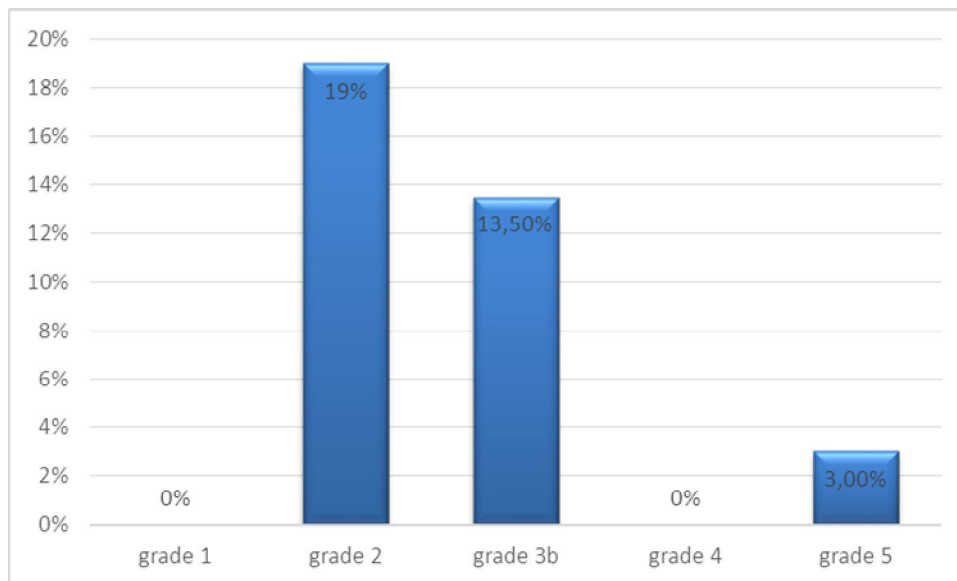
Grade 1 : 0

Grade 2 : 7 complications

Grade 3b : 5 complications

Grade 4 : 0

Grade 5 : 1 décès.

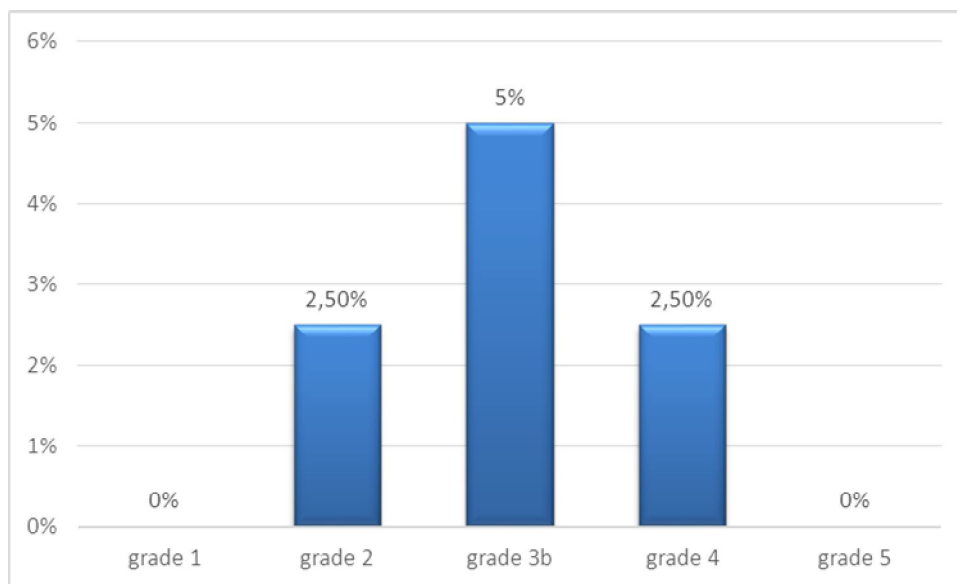


*Graphique N°21 : La classification de CLAVIEN après chirurgie d'urgence*

Après chirurgie électorive :

Après les 41 opérations, on a eu 4 complications survenues chez 3 malades dont la gravité varie selon la classification de CLAVIEN :

Grade 1	: 0
Grade 2	: 1 complication
Grade 3b	: 2 complications
Grade 4	: 1 complication
Grade 5	: 0



*Graphique N°22 : La classification de CLAVIEN après chirurgie électorive*



*Discussion*

## 1. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

### 1.1 L'âge et le sexe :

Dans notre série, l'âge moyen des malades est de 38 ans avec des extrêmes de 17 ans et 76 ans. 81 % des malades ont un âge compris entre 20 et 50 ans avec un pic entre 20 ans et 35 ans (45%).

En comparant avec les autres séries marocaines et occidentales (voir tableau ci-dessous), on trouve une concordance entre les résultats obtenus :

	<b>Série de Rabat (71cas) [3]</b>	<b>Série de Fès (65 cas) [4]</b>	<b>Alves et Al [5]</b>	<b>Ouassi et Al [6]</b>	<b>Notre série (42 cas)</b>
<b>Sexe F</b>	55,10%	54,4%	55,5%	38,88%	50%
<b>Sexe M</b>	44,90%	45,6%	44,5%	61,11%	50%
<b>Sexe ratio (F/H)</b>	1,2	1,7	1,24	0,6	1
<b>L'âge moyen</b>	31	32	37	39	38
<b>Extrêmes d'âge</b>	15-73	16-75	16-86	15-59	17-76
<b>Le pic d'âge</b>	entre 20-29 ans 44,90%	entre 20-35 ans 49,30%	-	-	entre 20et 35 ans 45 %

En effet, l'âge et le sexe doivent être pris en compte pour le choix de la technique chirurgicale

## **2. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :**

### **2.1 L'indication opératoire :**

Deux volets des indications chirurgicales de la RCH :

- Indications urgentes ;
- Indications électives « à froid ».

Les indications urgentes incluent :

- Echec du traitement médical d'une poussée aigue grave ;
- L'hémorragie massive ;
- Le mégacôlon toxique ;
- la péritonite par perforation colique.

Les indications électives incluent :

- RCH chronique active et récidivante ;
- dysplasie et cancer colorectal.

➤ Les indications urgentes du traitement chirurgical :

- **La poussée aigue grave :**

La colite aigue grave est une urgence médico chirurgicale menaçant le pronostic vital à court terme. Elle peut survenir au cours de la RCH ou la révéler.

Son diagnostic ainsi que sa gravité sont définis par des critères cliniques et biologiques, les plus utilisés sont ceux de TREULOVE et WITTS établie en 1955 :

<b>Poussé</b>	<b>Légère</b>	<b>Sévère</b>
<b>Nombre d'évacuation/jr</b>	≤ 4	≥ 6/jr sanglantes
<b>Température vespérale</b>	Absence de fièvre	≥37,5° ou ≥37,8° 2j/4
<b>Fréquence cardiaque</b>	Absence de tachycardie	≥90bat/min
<b>Taux d'hémoglobine</b>	Absence d'anémie	<10g/dl
<b>Vitesse de sédimentation</b>	< 20 mm	< 30 mm

Une poussée moyenne dans les situations intermédiaires.

La sensibilité de ces critères est insuffisante et il serait dangereux de ne considérer comme colite grave que les seuls malades ayant les 5 critères au complet alors que leur pronostic vital est engagé. Ces critères ont été adaptés en 1974 par la même équipe (équipe d'Oxford), en y ajoutant le taux d'albumine plasmatique [7] (albuminémie ≤35 g/l).

Les critères de TREULOVE et WITTS modifiés définissent ainsi une poussée sévère de RCH par l'association d'un minimum de six évacuations par 24 heures et d'au moins un des éléments cités dans le tableau ci-dessus en plus de l'hypo albuminémie [8].

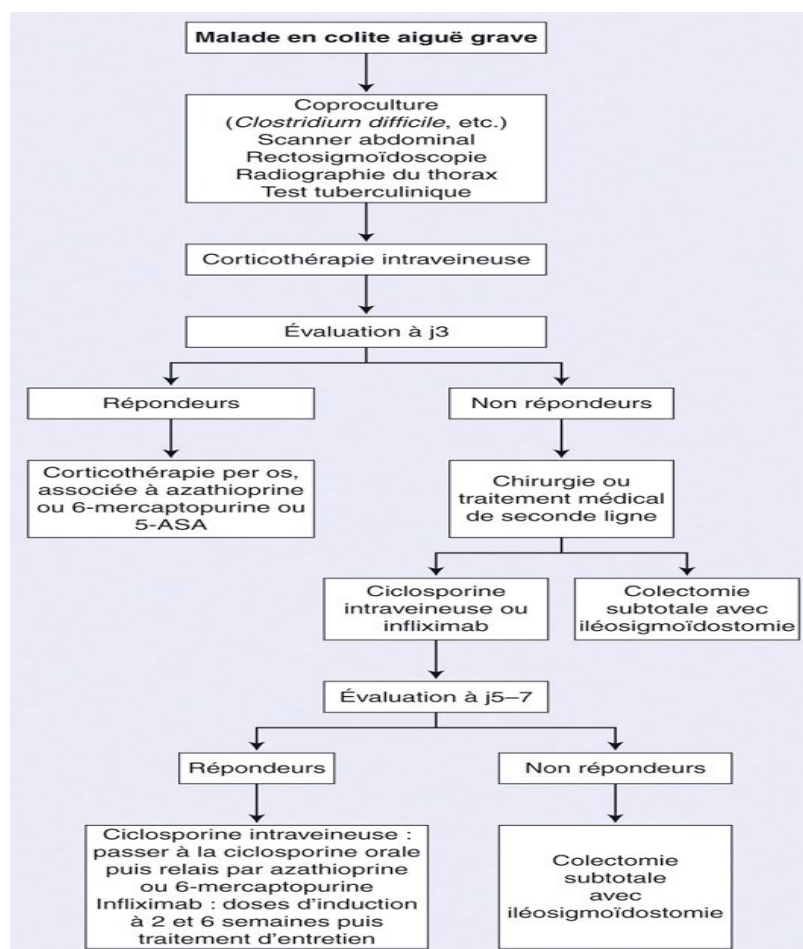
Dans notre série, 37 patients avaient plus de 5 évacuations glairo sanglante par jour associés à un des critères sus cités, soit 88% de l'ensemble des malades, ce qui correspond au pourcentage des malades opérés en urgence.

Le score de LIGHTIGER est un autre moyen d'identifier les colites aiguës graves. Il prend en compte le nombre des selles par jour, la présence de selles nocturnes, les rectorragies, la douleur abdominale ressentie ou déclenchée, l'altération de l'état général, et la nécessité d'un anti diarrhéique. Ce score présente l'avantage d'être uniquement clinique et donc d'utilisation très simple. Il varie de 0 à 21, un score supérieur ou égal à 10 définit la colite aiguë grave [9].

Lorsque le diagnostic de CAG est établi, le bilan doit être complété par un scanner abdominopelvien afin de rechercher d'éventuelles complications (pneumopéritoine en rapport avec une perforation, colectasie) et par une rectosigmoidoscopie. Cette dernière permet de confirmer le diagnostic en recherchant des critères de gravité endoscopiques [10], de réaliser des prélèvements histologiques et d'exclure l'origine infectieuse de la colite. Le consensus ECCO [11] ne recommande pas la réalisation d'une coloscopie totale devant une CAG compte tenu du risque important de perforation.

La prise en charge de la colite aiguë grave requiert la collaboration entre le gastroentérologue et le chirurgien digestif. Les formes compliquées d'emblée nécessitent une prise en charge chirurgicale urgente par colectomie subtotal et double stomie. Dans les formes non compliquées, le traitement de première intention repose sur la corticothérapie intra veineuse à la dose de 0,8 mg/kg/jour de méthylprédnisone. Une évaluation clinico-biologique au cinquième jour du traitement va permettre de poursuivre la corticothérapie en cas de succès ou, en cas d'échec, de proposer un traitement de deuxième ligne par l'Infliximab ou la Ciclosporine [12]. En cas d'échec du traitement médical de deuxième ligne, une colectomie doit être réalisée.

La problématique est d'éviter de proposer trop précocement la chirurgie chez un patient qui aurait répondu au traitement médical, sans augmenter la morbidité et la mortalité d'une intervention réalisée trop tardivement. En effet, un délai trop long (supérieur à 14 jrs) entre l'admission pour colite aigue grave et la colectomie subtotale triple la morbi-mortalité post opératoire [13]. Une conférence de consensus canadienne a proposé un algorithme décisionnel simple dans ce contexte (figure ci-dessous) :



ASA : Acide 5-aminosalicylique

**Arbre décisionnel dans la prise en charge des malades hospitalisés pour colite aigue grave [14]**

• **La péritonite :**

C'est une complication redoutable qui met en jeu le pronostic vital et qui nécessite un traitement chirurgical en urgence [5]. Elle résulte d'une perforation en péritoine libre à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie, même sous traitement médical essentiellement dans les formes étendues et sévères ou en cas de colectasie aigue, d'où l'intérêt de l'évoquer devant une majoration des signes cliniques en particuliers, la rectorragie et les douleurs abdominales.

Dans notre série, 1 patient a été opéré en urgence pour péritonite.

• **L'hémorragie massive :**

C'est une indication chirurgicale de première intention, en urgence [5]. Des mesures de réanimation sont indispensables et doivent être instaurés en pré opératoire. En effet, devant toute hémorragie massive, il convient de restaurer rapidement une oxygénation tissulaire en restaurant la volémie et en oxygénant le patient.

• **Le mégacôlon toxique :**

Est définie par une dilatation colique supérieure ou égale à 6 cm non obstructive, segmentaire ou totale, associée à un syndrome toxique (altération de l'état général, fièvre et une déshydratation majeure). Son évolution naturelle est la perforation colique, qui est associée à une mortalité de 50% [15]. Son diagnostic nécessite donc un traitement médical agressif (hydrocortisone 300 mg/j en intraveineuse associé à une antibiothérapie [16]) et une prise en charge chirurgicale dans les 24 premières heures en l'absence d'amélioration [17].

➤ **Les indications électives :**

• **RCH chronique active et récidivante :**

La forme chronique active de la rectocolite hémorragique est définie par des symptômes continus ou répétés et/ou invalidants, malgré un traitement médical [18].

Les recommandations américaines proposent un traitement chirurgical dans les 3 situations suivantes [19] :

- Si les symptômes sont mal contrôlés après un traitement médical optimisé ;
- Si le traitement médical à long terme expose le patient à un risque élevé de complications liées à ce traitement, en particulier en cas de cortico-dépendance ;
- Si les effets secondaires du traitement médical sont mal tolérés.

Dans notre série, 3 patients (12%) ont été opérés pour forme chronique active de RCH.

• **Dysplasie ou cancer colorectal :**

Le cancer colorectal est une complication à long terme bien établie de la rectocolite hémorragique impliquant une surveillance endoscopique.

Des prélèvements histologiques doivent être réalisés sur toutes les lésions douteuses retrouvées en endoscopie et de manière systématique en muqueuse saine. Deux types de lésions peuvent être retrouvés : la dysplasie en muqueuse plane (d'aspect normal sans coloration) et la dysplasie sur lésion macroscopique.

En cas de dysplasie de haut grade sur muqueuse plane, l'indication chirurgicale est formelle puisqu'un cancer sera retrouvé dans près d'un cas sur deux sur la pièce opératoire [20]. Une coloproctectomie totale doit alors être réalisée [21]. La prise en charge des lésions de dysplasie de bas grade sur muqueuse plane est plus controversée. Les recommandations ECCO proposent plutôt de réaliser un contrôle endoscopique à 3-6 mois et de réaliser une coloproctectomie si la lésion est alors confirmée [20].

Deux types de dysplasie sur lésion macroscopique peuvent être distingués : les ALM (adenoma-like mass) qui présentent les critères morphologiques des polypes sporadiques et les DALM (dysplasia-associated lesion or mass) qui correspondent à des lésions au sein d'une muqueuse surélevée et inflammatoire. Un traitement conservateur, par résection endoscopique simple, est proposé devant une ALM à condition que cette résection soit complète et en l'absence de dysplasie sur le côlon [21], mais l'existence d'une DALM impose la réalisation d'une coloproctectomie totale [21].

Dans notre série, 2 patients (5%) ont été opérés pour dégénérescence colorectale.

## **2.2 La voie d'abord :**

La chirurgie laparoscopique prend une place de plus en plus grande en chirurgie digestive. Dans la RCH, la laparoscopie a fait l'objet de plusieurs publications.

Dans quatre études rétrospectives [22-25], ayant comparé la colectomie subtotale par laparotomie et laparoscopie incluant 245 patients, la morbidité globale était réduite dans les quatre études après colectomie subtotale par laparoscopie. La durée opératoire était significativement plus longue après colectomie subtotale par laparoscopie (en moyenne d'une heure) alors que la durée d'hospitalisation était réduite après colectomie subtotale par laparoscopie. Dans une étude [23], les patients ont été suivis entre 25-55 mois, les éventrations, les occlusions sur bride et les récurrences étaient moindres dans le groupe de laparoscopie.

Une autre étude cas-témoins portant sur 88 patients avec colectomie subtotale pour colite aiguë grave a comparé en 2007 les résultats de la laparoscopie (40 patients) et de la voie ouverte (48 patients) [26], la morbidité péri opératoire était nulle dans les deux groupes. Il existait de plus une tendance à la diminution du taux de morbidité post opératoire globale (35% contre 56%) et de la durée d'hospitalisation (9 contre 12 jours) en faveur de la laparoscopie.

Depuis 2007, deux méta-analyses et une large étude comparative ont identifié plusieurs avantages de la voie d'abord laparoscopie par rapport à la voie ouverte [27-29] :

- Diminution de la spoliation sanguine peropératoire ;
- Diminution de la morbidité post opératoire globale (en particulier, le taux de complications septiques est diminué par 2 :5,6% versus 11% ;  $p=0,01$ ) ;
- Réduction du délai de reprise du transit et d'une alimentation normale ;
- Réduction de la durée d'hospitalisation ;
- Meilleurs résultats esthétique.

Une étude portant sur 18 patients opérés pour RCH par voie laparoscopique [30], montre :

- Morbidité post opératoire était de 33% ;
- La durée opératoire moyenne était d'environ 4 heures ;
- La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours contre 9 jours pour laparotomie,  $p < 0,05$  ;
- Aucun patient n'a nécessité une réintervention précoce.

En plus, la voie d'abord laparoscopique est associée à moins d'adhérence ce qui est en faveur de l'amélioration de la fertilité féminine post opératoire et moins de douleurs post opératoires [31].

En ce qui concerne la durée opératoire, qui est allongée en laparoscopie, Lefèvre et al ont montré qu'elle diminuait significativement après les 40 premiers cas [32].

Enfin, l'approche laparoscopique pour la réalisation de la colectomie subtotale peut être le premier temps de la réalisation d'une anastomose iléo anale totalement laparoscopique [6,32] ou d'une anastomose iléo rectale. Cette stratégie est favorisée par la réalisation d'une double iléosigmoidostomie en fosse iliaque droite, technique qui permet, si le rectum est conservable, la réalisation d'une AIR à froid dans plus de 80% et d'une AIA par voie totalement laparoscopique dans 100% des cas [33].

Le tableau ci-dessous regroupe le taux de morbidité de l'ensemble des patients ayant subi une colectomie subtotale par voir laparoscopique :

<b>La série</b>	<b>L'année</b>	<b>Le nombre de patients</b>	<b>Taux de morbidité (%)</b>
<b>Bell [30]</b>	2001	18	33%
<b>Marceau [26]</b>	2007	88	35%
<b>Fowkes [34]</b>	2008	32	37%
<b>Watanabe [35]</b>	2009	30	37%
<b>Telem [36]</b>	2010	29	28%
<b>Gu J et al [37]</b>	2012	204	40%
<b>Notre série</b>	2015	10	20%

**Taux de morbidité après colectomie subtotale par laparoscopie**

L'analyse uni variée des facteurs de risques de morbidité après chirurgie d'urgence a montré que la laparoscopie a été associée à moins de morbidité ( $p=0,15$ ), ainsi l'analyse uni variée des facteurs de risque de l'infection pariétale a montré que la laparotomie est associée statistiquement à la survenue de complication ( $p=0,16$ ).

Au total, la laparoscopie doit être considérée comme la voie d'abord de référence vu ses bénéfices en terme de :

- Complications post opératoire ;
- Durée d'hospitalisation ;
- Spoliation sanguine péri opératoire ;
- Délai de reprise du transit et d'une alimentation normale ;
- Douleur post opératoire ;
- Fertilité féminine post opératoire ;
- Meilleurs résultats esthétiques.

## **2.3 La technique chirurgicale :**

En dépit des progrès récents des traitements médicaux, la chirurgie est nécessaire chez près de 30 % des malades atteints de rectocolite hémorragique [38].

3 interventions chirurgicales peuvent être proposées :

- ✓ coloproctectomie avec anastomose iléo anale ;
- ✓ colectomie subtotala avec anastomose iléo rectale ;
- ✓ l'iléostomie définitive.

### ➤ **La colectomie subtotala avec double stomie :**

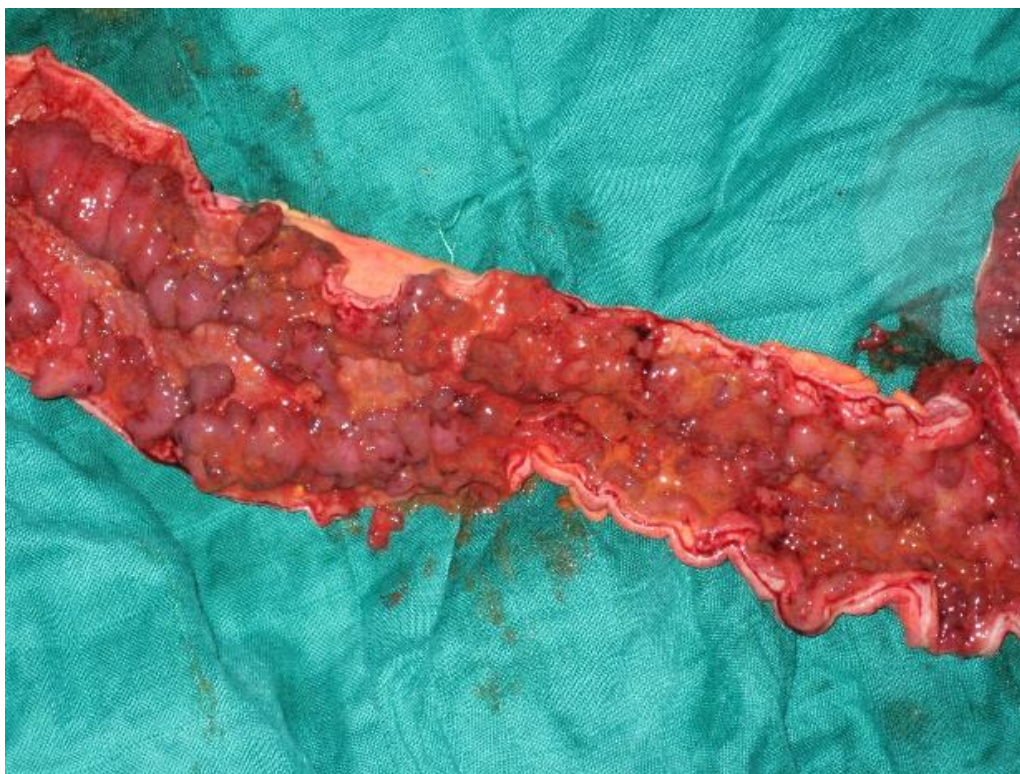
Le principe de cette intervention est d'enlever la quasi-totalité du côlon malade sans réaliser d'anastomose, afin de limiter au maximum le risque de complications septiques postopératoire. La résection réalisée s'étend de la valvule de Bauhin jusqu'au haut sigmoïde et est associée pour certains auteurs à une omentectomie afin de limiter le risque d'occlusion ultérieure [39]. En fin d'intervention, une iléostomie et une sigmoïdostomie terminale sont réalisées. Ces deux stomies peuvent être extériorisées soit dans le même orifice soit dans deux orifices distincts (fosse iliaque droite et fosse iliaque gauche ou en bas de la médiane). La réalisation d'une iléo-sigmoïdostomie en fosse iliaque droite comporte plusieurs avantages : faciliter l'appareillage, diminuer le risque d'occlusion intestinale postopératoire et surtout faciliter le deuxième temps opératoire que ce soit une iléo-anale ou une iléo rectale [40].



**Figure 1** : Image d'une colectomie totale  
(pancolite avec colon très inflammatoire) photo Ch.C



**Figure 2** : Image de colectomie totale  
(colon tubulé avec pseudopolypes) :  
photo Ch.C



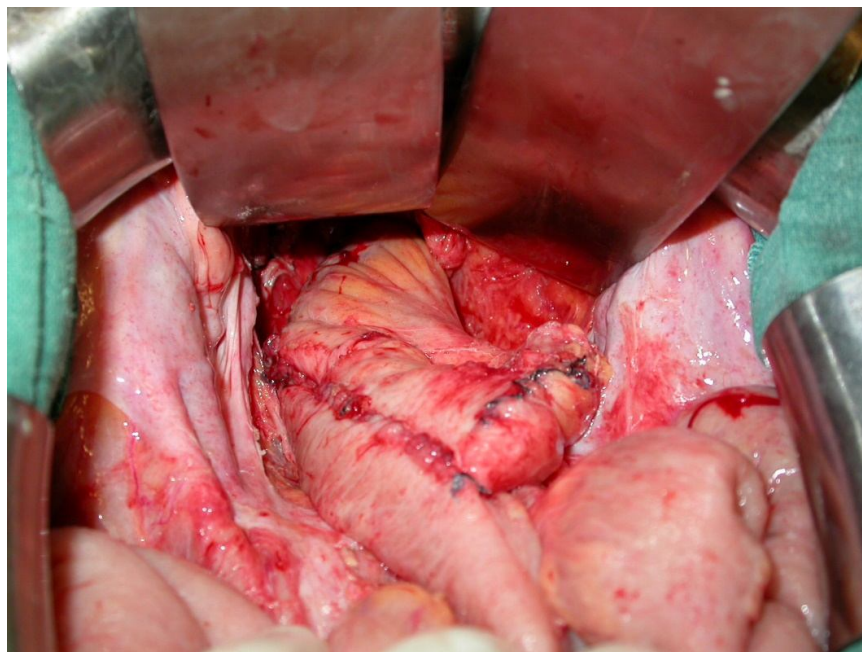
**Figure 3** : Image d'une colectomie totale  
(colon pseudo-polypoïde) : photo Ch.C

➤ **L'anastomose iléo anale** : peut être réalisée en :

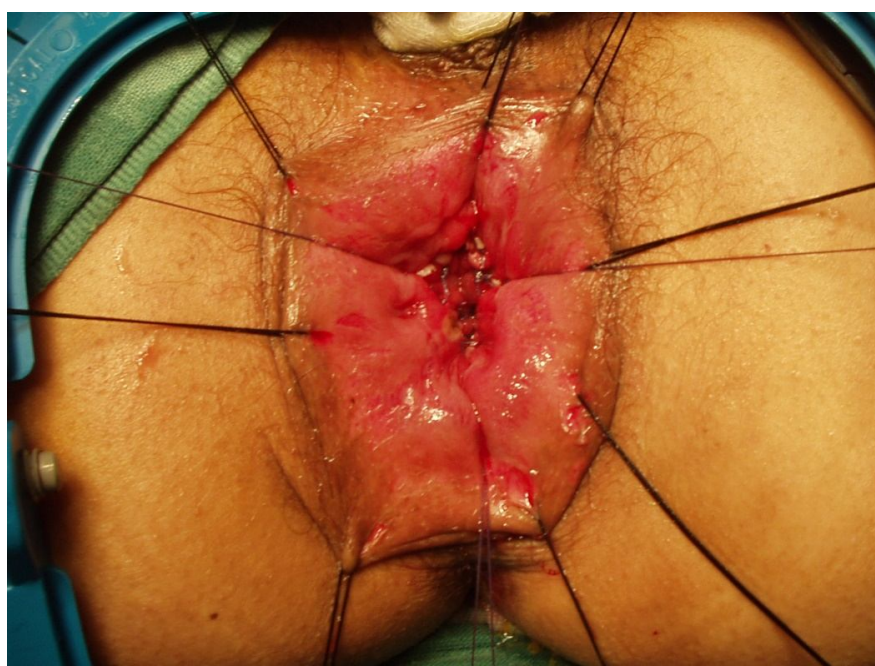
- Trois temps :
  - Premier temps : colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoïdostomie ;
  - Deuxième temps : proctectomie complémentaire avec AIA et iléostomie de protection ;
  - Troisième temps : fermeture de l'iléostomie.
- Deux temps :
  - Premier temps : colectomie totale d'emblée avec AIA et iléostomie de protection ;
  - Deuxième temps : fermeture de l'iléostomie.

En l'absence de lésions de dysplasie ou de cancer suspecté, les sections du mésocôlon et du mésorectum sont réalisées près du tube digestif, sans curage carcinologique, afin de limiter le risque des lésions nerveuses, en particulier des plexus péirectaux. En revanche, une ligature à l'origine des vaisseaux et un curage ganglionnaire complet (incluant une exérèse totale du mésorectum) seront réalisés en cas de dysplasie ou surtout en cas de cancer suspecté en préopératoire. Après réalisation de la coloproctectomie totale, un réservoir iléal en J de 18 cm est ensuite réalisé. Afin de faciliter la descente de ce réservoir à l'anus, une section du pédicule iléocœcal près de son origine est systématiquement réalisée, à laquelle sont associés un décollement duodéno pancréatique, un décollement complet de la racine du mésentère jusqu'à l'angle de Treitz, et une libération du bord droit de la veine mésentérique supérieure jusqu'au pancréas.

La réalisation d'une anastomose manuelle dans l'AIA pour RCH a longtemps été privilégiée par rapport à l'anastomose mécanique [41]. En effet, l'anastomose manuelle sur la ligne pectinée après mucosectomie permet en théorie d'enlever la totalité de la muqueuse potentiellement malade, alors que l'anastomose mécanique laisse en place cette muqueuse transitionnelle, ne protégeant ainsi pas totalement du risque de développer une dysplasie ou un cancer. En fait, plusieurs études rapportant le suivi à très long terme des AIA avec anastomose mécanique ont montrées que le taux de dysplasie sur cette muqueuse résiduelle était très faible (4 % après 11 ans) [42]. De plus, près de la moitié des cas rapportés de cancer sur muqueuse transitionnelle sont observés après AIA manuelle, en rapport avec une mucosectomie incomplète dans 20 % des cas [43]. Enfin, une large méta-analyse incluant plus de 4000 patients rapportait que l'AIA mécanique était associée à un résultat fonctionnel meilleur que l'AIA manuelle, avec en particulier une meilleure continence nocturne [44]. Il faut néanmoins veiller à réaliser cette anastomose le plus près possible de la ligne pectinée afin de ne pas laisser de muqueuse rectale potentiellement malade [11].



**Figure 4** : Réservoir en J : photo Ch. C



**Figure 5** : Anastomose iléoanale : photo Ch .C

Une iléostomie latérale de protection est la plupart du temps effectuée 30 à 40 cm en amont du réservoir. La fermeture de l'iléostomie est réalisée par voie élective deux mois plus tard, après une opacification aux hydrosolubles préopératoire pour vérifier l'absence de fistule et de sténose.

Cette intervention, en deux temps, est justifiée car dans une étude récente, comparant deux groupes de 50 patients ayant eu une AIA pour rectocolite hémorragique associée ou non à une iléostomie de protection [44], le taux de sepsis pelvien était significativement plus élevé chez les patients sans iléostomie de protection avec une influence néfaste de ce sepsis pelvien sur le résultat fonctionnel. De même dans l'étude de Mennigen et Al, l'absence d'iléostomie était associée à une augmentation du taux de complications septiques sur réservoir (18,2% versus 5,6% ;  $p=0,031$ ) et du taux de la laparotomie en urgence (30,3% versus 4,5% ;  $p < 0,01$ ) [45]. Plusieurs études retrouvent un allongement de la durée d'hospitalisation mais une diminution des sténoses anastomotiques en l'absence d'iléostomie [46-48]. Enfin une étude récente en 2012 [48] a mis en évidence une morbidité liée à l'absence d'iléostomie de 20%, incluant 4% de fistule et 8% de réinterventions.

L'iléostomie de protection est recommandée dans les AIA par la conférence de consensus ECCO, néanmoins il est précisé qu'elle peut être évitée dans certains cas sélectionnés de RCH, à savoir en l'absence de complication peropératoire si la paroi abdominale est très épaisse ou si les mésos sont courts (grade C) [17]. L'habitude dans notre service est de confectionner une iléostomie de protection de manière systématique.

➤ **L'anastomose iléo rectale :**

C'est une intervention qui peut être effectuée en 2 temps (colectomie totale avec iléostomie et sigmoïdostomie en premier temps puis anastomose entre l'iléon terminale et le sommet du rectum) ou en 1 seul temps.

Dans notre série, la technique chirurgicale la plus utilisée est l'AIR (61%) alors que l'AIA n'a été réalisée que chez 39% des malades. Contrairement aux données de la littérature où l'AIA avec réservoir en J est l'intervention de référence dans le traitement de la rectocolite hémorragique. Elle est faite auprès de 80 à 90% des patients opérés [49]. Alors que l'AIR ne garde qu'une petite place dans le traitement de la RCH 10 à 15% [50].

On peut expliquer la réalisation de l'AIR plus que l'AIA par le fait que la plupart de nos malades ont été opérés en urgence, ce qui n'a pas permis de poser avec certitude le diagnostic de RCH.

➤ **L'iléostomie définitive :**

L'avènement de l'AIA a fait quasiment disparaître les indications de la colectomie totale avec iléostomie définitive. Cette intervention est principalement réalisée après échec d'AIA, en cas d'envahissement tumoral du sphincter anal, ou en cas de lésion sphinctérienne chez des patients qui ne peuvent pas bénéficier d'une AIR [51]. A long terme, environ un quart des patients supporte mal l'iléostomie sur le plan social [52]. La confection d'une iléostomie continente (poche de Koch), où l'évacuation des selles se fait par un sondage régulier, permet d'obtenir une qualité de vie comparable à celle de la population générale. Cependant, cette intervention est techniquement difficile et associée à des complications post opératoires fréquentes, en particulier les désinvaginations (42%) [51].

Le choix de la technique chirurgical dépend de plusieurs critères :

- **L'âge :**

Dans notre série, 81 % d'AIA sont effectuées avant l'âge de 50 ans.

Chez les sujets âgés, à la fonction sphinctérienne déficiente, une anastomose iléorectale est souhaitable, il n'est pas proposé d'AIA pour ne pas multiplier les interventions chez des sujets souvent à risque opératoire élevé [53]. En effet, si la fonction sphinctérienne est bonne chez le sujet âgé, les résultats fonctionnels de l'AIA varient peu avec l'âge [54,55]. L'âge avancé, seul, ne constitue donc pas une contre-indication à l'anastomose iléo anale mais une évaluation de la fonction sphinctérienne préopératoire est nécessaire.

- **Le sexe :**

Dans notre série les femmes ayant moins de 40 ans sont plus opérées par AIR (57%) que par AIA (43%).

La réalisation d'une AIA a un impact significatif sur la fécondité des patientes opérées. Une première série (étude d'Olsen) datant de 2002 [56], qui comparait la fécondité des femmes opérées d'une AIA pour RCH à un échantillon représentatif de la population générale, publiait des résultats particulièrement alarmants : le taux de grossesses cumulées passait de 90% avant l'intervention (taux comparable à celui de la population générale) à 35% après la chirurgie. L'impact de l'AIA sur la fécondité dans cette étude est cependant à relativiser puisque le critère de jugement principal était le nombre de grossesse cumulée, critère extrêmement multifactoriel. Une étude plus récente, datant de 2007, a permis de modérer ces premiers résultats [57] en

étudiant un critère plus fin : l'assouvissement d'un désir de grossesse. Dans cette étude, après AIA, 72% des femmes avec désir de grossesse avaient au moins un enfant contre 88% dans le groupe témoin (femme appendicectomisées), suggérant une diminution de la fécondité après AIA de l'ordre de 20% par rapport à la population générale, donc bien moins importante que celle suggérée par l'étude d'Oslen [56].

Au total, ces études plaident en faveur d'une altération de la fécondité après coloproctectomie avec anastomose iléo anale. Par ailleurs pour les femmes en âge de procréer, les chances de mener une grossesse à terme sont divisées par cinq dans une enquête récente d'Olsen [56], cela s'explique probablement par les adhérences tubaires dues à la dissection pelvienne, c'est pourquoi chez une femme désirant une grossesse, la réalisation d'une AIR même temporaire pour quelque années, si bien sûr le rectum est conservable, mérite d'être discutée.

Par ailleurs, la laparoscopie est associée à moins d'adhérence ce qui rapporte un bénéfice sur la fertilité post opératoire [31].

- **L'incontinence sphinctérienne :**

Un mauvais état sphinctérien est évalué avant tout par le toucher rectal mais aussi par une manométrie anorectale, réalisée en cas de troubles sphinctériens connus et chez les personnes âgées de plus de 70 ans [58].

- **La certitude diagnostique :**

En cas de colite indéterminée, l'intervention de choix reste la colectomie subtotale suivie d'anastomose iléo rectale.

• **Le risque de cancer colorectal :**

Ce risque augmente pour un patient atteint de RCH d'autant plus si [53] :

- Pan colite évoluant depuis plus de 10 ans ;
- Maladie a débuté dans l'enfance ;
- Il existe une cholangite sclérosante associée ;
- Des lésions endoscopiquement suspectes de dysplasie sont présentes même si elles sont asymptomatiques.

Le risque de cancer rectal impose une surveillance endoscopique avec multiples biopsies tous les six mois après 10 ans d'évolution de la maladie quel que soit la date de la colectomie [59]. Dans tous les travaux sur l'AIR, aucun cancer n'a été observé avant le cap de 10 ans d'évolution de la RCH, et exceptionnellement avant le cap de 10 ans suivant la confection de l'AIR [60]. Une méta-analyse a évalué le risque de cancer colorectal dans la RCH à 2% après 10 ans d'évolution, 8% à 20ans et 18% à 30ans [61]. Plusieurs études plus récentes ont cependant revu ces chiffres à la baisse. Pour Rutter, le risque actuel de cancer était de 2,5% à 20 ans, 7,6% à 30 ans et 10,8% à 40 ans [62]. Dans l'étude de registre de Jess, il ne retrouvait de sur risque de cancer colorectal que dans certains sous-groupes, notamment les colites anciennes et les malades ayant une cholangite sclérosante associée [63]. En effet, le risque cumulé de développer un cancer sur rectum restant augmente avec le temps d'évolution de la maladie et diffère selon les séries :

<b>Les séries</b>	<b>Oklay et al [64] 1993</b>	<b>Eaden [61] 2001</b>	<b>Rutter [62] 2004</b>	<b>Colombel [65] 2004</b>	<b>Valeur [66] 2006</b>
<b>A 10ans</b>	0%	2%	-	0	2%
<b>A 20ans</b>	5%	8%	2,5%	6%	8%
<b>A 30ans</b>	12,9%	18%	7,6%	15%	18%

**Le risque cumulé de développer un cancer colorectal**

Chez les patients refusant la surveillance du rectum restant, une proctectomie est proposée même en l'absence de microrectie, cette décision doit être prise par le patient et son médecin en tenant compte des avantages et des inconvénients de chaque technique chirurgicale [67].

En résumé des indications, pour les femmes en âge de procréer ayant un désir de grossesse et les sujets ayant une mauvaise tonicité du sphincter anal (fréquente chez les sujets âgés), il est préférable de réaliser une anastomose iléo anale.

Ainsi, la conservation du rectum est discutée pour les patients atteints de RCH si :

- Le rectum est conservable (absence d'atteinte sévère, de micro rectum ou de lésions de dysplasie sur l'ensemble du cadre colique et du rectum) ;
- Durée d'évolution de la maladie moins de 10 ans ;
- Fonction sphinctérienne correcte.

### **3. LES SUITES POST OPERATOIRES :**

#### **3.1 La mortalité :**

La mortalité globale est de l'ordre de 1%.

Dans la série P.Valleur [66], la mortalité globale est de l'ordre de 0,6% alors qu'elle est de 0 à 0,35% dans la série de d'Y.Pannis [68].

<b>La série</b>	<b>La mortalité</b>
<b>Notre série</b>	1%
<b>P.Valleur [66]</b>	0,6%
<b>Y.Pannis [68]</b>	0,35%

#### **La mortalité globale**

Dans l'étude de Kaplan et al [69] incluant 7000 malades, les facteurs de risque de décès post opératoire étaient l'âge du malade supérieur à 60 ans et le caractère urgent de l'intervention.

Dans notre série, la mortalité après chirurgie d'urgence est de de 2,7 %, ce qui montre que la cause de décès est l'état très avancé de la maladie et le retard de la prise en charge. De même dans la série de Tottrup et al qui rapporte un taux de mortalité de 5,2 % chez les malades opérés en urgence [70], alors que dans la série de Daperno et al, le taux de mortalité lié à une poussée sévère de RCH a été considérablement réduit à 0 % depuis l'utilisation du traitement médical intensif et le recours à une colectomie précoce [71].

La mortalité après chirurgie électorive varie entre 1 et 3,4%, chez nous elle était nulle.

<b>La série</b>	<b>La mortalité après AIR</b>	<b>La série</b>	<b>La mortalité après AIA</b>
<b>Notre série</b>	0	<b>Notre série</b>	0
<b>F.Colombel [65]</b>	3,4%	<b>Wuthrich [49]</b>	0
<b>Parc et AL [72]</b>	2%	<b>Fazio et Al [73]</b>	1%

**La mortalité après chirurgie électorive selon la technique chirurgicale**

### **3.2 La morbidité :**

La morbidité globale est de l'ordre de 12,5% de l'ensemble des malades de notre série.

La morbidité post opératoire est plus marquée chez les sujets opérés en urgence (24,3%) vu leur état général (dénutrition, prémédication ...) contrairement au sujet opérés à froid (7,3%).

Dans la littérature, le taux de morbidité post opératoire d'une colite aigue grave est de 51 % [74]. Cependant une autre étude publiée en 2003 [5] rapporte un taux de morbidité de 33 % après une stratégie agressive impliquant une prise en charge chirurgicale précoce.

Deux autres études plus récentes rapportent un taux entre 25 % et 30 % notamment du fait de sepsis pelviens et de fistules anastomotiques [13,69], dans l'étude de Silva et al, les facteurs de complications étaient l'âge avancé du malade (OR=2) et le caractère urgent de l'intervention (OR=1,6) mais aussi l'existence d'au moins deux comorbidités (OR=1,9) [13].

Dans notre série, l'analyse des facteurs de risque de morbidité après chirurgie d'urgence a montré que l'hypoalbuminémie et la laparotomie sont associés à un taux important de morbidité.

Cette morbidité peut être réduite par la réalisation d'une colectomie totale avec double stomie et ultérieurement après 3 mois (ce délai correspondant au temps requis pour obtenir un péritoine non inflammatoire et une cavité péritonéale plus aisément dissécable) une AIA ou AIR peut être réalisée, ainsi par l'abord laparoscopique.

D'autres paramètres peuvent être inclus dans la morbidité comme la corticothérapie préopératoire supérieure à 40mg/jr. Dans toutes les études dans lesquelles ce paramètre a été étudié, une corticothérapie systémique pré opératoire est apparue associée à une morbidité post opératoire plus importante [75,76], par exemple, les malades ayant reçus une corticothérapie prolongée avaient 3,7 fois plus de risque de développer une complication et 5,5 fois plus de risque d'avoir une complication grave en période post opératoire dans l'étude de Reding et Al [77]. En effet une corticothérapie préopératoire est associée à une augmentation des complications infectieuses globales et majeures [75], une autre étude concernant 216 opérés [78] a montré qu'une intervention en urgence chez un malade qui a reçu une corticothérapie (intraveineuse ou oral) à 40 mg/jr augmente clairement le risque de complications septiques après AIA ou AIR. De même dans notre série, le taux de complications septiques est de l'ordre de 22% chez les malades qui ont reçu une corticothérapie préopératoire supérieure à 40mg/j, contre 10,5% chez les malades qui n'ont pas reçu de corticoïdes ou ayant reçu une dose inférieure à 40mg/jr.

Cette observation amène à proposer alors des interventions en plusieurs temps aux malades recevant plus de 40 mg de corticothérapie pour réduire la gravité des complications septiques.

Dans une méta-analyse de Yang et al, un traitement préopératoire par l'anti-TNF (Infliximab) était un facteur de risque des complications précoces (odd ratio=1,8) [79], et dans l'étude Selvasekar et al, l'utilisation d'anti-TNF était un facteur de risque des complications postopératoires infectieuses en analyse multivariée [80]. Cependant, trois études vont à l'encontre de ces résultats [81-83], l'attitude la plus sûre est néanmoins d'interrompre les anti-TNF 2 à 3 mois avant une intervention programmée pour RCH vu que la durée de vie de l'Infliximab est de 8 semaines. A l'opposé, les immunosuppresseurs comme l'azathioprine ne semblent pas augmenter le taux de complications post opératoires et peuvent donc être poursuivis [75].

Par ailleurs, après chirurgie élective, la morbidité post opératoire peut être influencée par la technique chirurgicale. Dans notre série, les suites post opératoires sont plus compliquées après AIA qu'après AIR à court terme (12,5% versus 4 %) et à moyen terme (18,75% versus 8%), ce qui concorde avec les données de la littérature :

	<b>Notre série</b>	<b>Colombel [65]</b>	<b>Fazio [73]</b>
<b>AIA</b>	31,25%	-	62,7%
<b>AIR</b>	12%	21,40%	-

**Taux de morbidité après AIA et AIR**

**•Les complications septiques :**

Il s'agit d'une complication redoutable, car elle met en jeu le pronostic fonctionnel des malades, l'infection peut siéger au niveau pariétal mais aussi pelvien nécessitant le maintien prolongé de l'iléostomie de dérivation.

L'infection du réservoir est observée chez 2,4% de nos malades après AIA, alors qu'elle varie entre 4 et 25 % suivant les études et diminue avec l'expérience de l'équipe chirurgicale [84-86]. Son diagnostic est évoqué devant un syndrome septique, une augmentation de la fréquence des selles, des douleurs abdominales, voire des signes d'irritation péritonéale. Le sepsis pelvien est pourvoyeur de sténose anastomotique, associé à de mauvais résultats fonctionnels et parfois à des échecs du réservoir [84]. Le plus souvent, il est la conséquence d'une fistule anastomotique, diagnostiquée chez 4 à 16 % des malades après AIA [85,86].

Dans la plupart des cas, la reprise chirurgicale précoce n'est pas nécessaire, une antibiothérapie plus ou moins associée à un drainage radiologique ou transanal (en cas de collection supérieur à 5 cm) et la conservation de l'iléostomie jusqu'à cicatrisation de l'anastomose (au moins 3 à 4 mois) suffisent à traiter le sepsis.

L'infection pariétale est observée chez 16% de nos malades après colectomie subtotale et l'analyse de ses facteurs de risque montre une association statistique entre l'hypoalbuminémie ( $p=0,16$ ), la laparotomie ( $p=0,16$ ) et la survenue d'infection pariétale, ce qui concorde avec la littérature dans une étude [26] qui montre une incidence des abcès de paroi significativement réduite après colectomie subtotale par laparoscopie. Le traitement repose essentiellement sur une antibiothérapie associée à des soins locaux.



**Figure 6** : Infection pariétale : photo Ch. C

- **L'occlusion :**

Dans notre série, l'occlusion est observée chez 8% des malades traités par colectomie subtotale, 12,5% après AIA alors qu'elle est nulle après AIR. Ce qui concorde avec les données de la littérature qui rapporte un taux plus important avec AIA (voir tableau ci-dessous) :

	<b>Année</b>	<b>Nombre de malades</b>	<b>Taux d'occlusions intestinales</b>
<b>Fazio [73]</b>	1995	1005	25,3%
<b>Meagher [79]</b>	1998	1310	15%
<b>Wutrich [49]</b>	2006	-	6,5%
<b>Chirurgie « C » [3]</b>	2007	23	4,3%
<b>Série de FES [87]</b>	2013	9	11,1%
<b>Notre série</b>	2014	16	12,5%

**Risque d'occlusion intestinal après AIA**

	<b>Année</b>	<b>Nombre de malade</b>	<b>Taux d'occlusions intestinales</b>
<b>Keighley [88]</b>	1993	-	2%
<b>Pastor et Al [89]</b>	1997	90	16%
<b>Chirurgie « C » [3]</b>	2007	45	4,4%
<b>Notre série</b>	2014	25	0

**Risque d'occlusion intestinale après AIR**

Il s'agit d'une complication fréquente après anastomose iléo anale, 20% des malades auront présenté au moins 1 épisode d'occlusion sur bride dans les 10 ans et 35 à 40 % dans les 20 ans qui suivent l'intervention [85,86]. Dans la majorité des cas, l'épisode est résolutif sous traitement médical (mise à jeun et pose d'une sonde nasogastrique en aspiration) mais un traitement chirurgical est nécessaire dans un cas sur quatre [13]. Vu la fréquence de cette complication et sa gravité potentielle (nécrose de l'intestin grêle), le patient doit être informé des symptômes d'occlusion digestive.

Les principales causes de l'occlusion post opératoire sont la sténose de l'iléostomie de protection, le volvulus, les brides, les sténoses anastomotiques. La laparoscopie semble diminuer la survenue d'adhérences et donc le risque d'occlusion, elle est de l'ordre de 11,1% après laparotomie alors qu'elle nulle après laparoscopie.

**•L'hémorragie**

5,4% de nos malades ont eu une hémorragie après colectomie subtotale. Dans la littérature, la survenue d'une hémorragie sur réservoir dans les 24 premières heures post opératoire est classiquement décrite mais survenait seulement chez 3 % des cas dans l'étude de Rottoli et al [85]. La persistance d'un saignement au-delà de 48 heures ou sa survenue tardive nécessitent un examen au bloc opératoire sous anesthésie générale afin de réaliser l'hémostase.

**•L'éviscération :**

Cette complication est présente chez 2,7% de nos malades après colectomie subtotale en urgence.



**Figure 7** : Lâchage de laparotomie et éviscération après colectomie subtotale avec double stomie : photo Ch. C

**•L'éventration**

Dans notre série l'éventration peut survenir à court terme (2,4% après AIR) ou à moyen terme (6,25% après AIA et 4 % après AIR).

**•La péritonite**

Dans notre série, 2,7 % des malades opérés en urgence ont présenté une péritonite et 2,4% à froid dont le traitement était chirurgical.

Quant aux fistules anastomotiques, elles sont nulles dans notre série alors qu'elles sont de l'ordre de 22% dans la série de Fès [87] et de 9,4% dans la série de Fazio [73] après AIA. Le traitement est surtout préventif par la réalisation d'une iléostomie de protection temporaire.

•**La rectite :**

Elle survient en cas d'anastomose iléo rectale trop haute, la plupart du temps après anastomose mécanique laissant le rectum en place. Son évolution est le plus souvent favorable sous traitement local (corticoïdes, acide 5-aminosalicylique), mais la réfection de l'anastomose est parfois nécessaire [84].

Dans notre série, 4% ont eu une rectite alors que dans la littérature, le taux de rectite varie selon les séries :

	<b>Nombre de malade</b>	<b>Taux de rectite</b>
<b>Chirurgie « C » [3]</b>	45	52,6%
<b>Bichat claud [64]</b>	-	60%
<b>Benzoubir [90]</b>	-	48,6%
<b>Notre série</b>	25	4%

**Le risque de rectite après AIR**

•**La pochite**

La définition de la pochite est d'abord clinique, puis complétée par des critères endoscopiques et une inflammation aiguë à l'examen histologique.

Cliniquement, la pochite aiguë se présente comme une dégradation brutale des résultats fonctionnels associant diarrhée, rectorragies, douleurs abdominales, impériosités et ténésmes pendant plus de 48 heures. Des manifestations extra-digestives (fièvre, arthralgies, réapparition d'un *Pyoderma gangrenosum*) sont observées dans environ 5% des cas.

Endoscopiquement, la pochite se traduit par des ulcérations superficielles ou profondes, variables en nombre, pouvant occuper l'ensemble du réservoir iléal [91].

Histologiquement, l'inflammation aiguë est caractérisée par la présence d'ulcérations, d'un infiltrat inflammatoire à polynucléaires ou d'abcès cryptiques. L'existence d'une inflammation chronique associée repose sur la découverte d'un infiltrat lympho-plasmocytaire souvent associé à une hyperplasie glandulaire et à une atrophie villositaire partielle ou plus rarement totale.

Cette complication représente dans la littérature la complication la plus redoutable, son taux varie selon les séries, 21 % dans la série de Jacobson [92], 23,5 % dans la série de Fazio [72], 24 % dans la série de Radcliff Hospital [93], 29 % dans la série de Benzoubir [90], alors que ce taux est nul dans notre série.

<b>La série</b>	<b>Le taux de pochite</b>
<b>Fazio [73]</b>	23,5%
<b>Benzoubir [90]</b>	29%
<b>Jacobson [92]</b>	21%
<b>Radcliff Hospital [93]</b>	24%
<b>Notre série</b>	0

**Le taux de pochite**

Son incidence augmente avec la durée de suivi puisque dans la série de Meagher [78], le risque est évalué à 18% à 1 an et 48% à 10 ans avec un risque d'échec et donc d'ablation du réservoir de 9% à 10 ans. Une autre étude en 2007 [86] rapporte un taux de 38 à 48 % à dix ans et 70 % à 20 ans, et l'équipe de la Mayo Clinic [94] rapporte des fréquences de 20% à un an, 32% à cinq ans, 59 % à dix ans et 70% à 20 ans.

Il est révélé cependant que les critères diagnostiques utilisés pour évoquer la pochite sont rarement précisés dans les études citées. La signification réelle de ces chiffres est difficile à apprécier dans la mesure où il n'est pas fait mention s'il s'agit de pochite suspecte cliniquement ou établie par l'histologie.

Les principales complications des pochites sont les abcès, les sténoses, les fistules, voire de rare cas d'adénocarcinome [2].

Il y'a deux types de pochites : aigue et chronique. La pochite aigue se manifeste par un épisode aigue répondant aux antibiotiques, la Ciprofloxacine semble le traitement le plus efficace, mais le Métronidazole ou la Rifaximine ont montré également leur efficacité [95]. La pochite chronique se définit par une pochite hémorragique, non réponse aux antibiotiques, récidive à l'arrêt ou présence de plus de 6 épisodes en moins de 6 mois. Le traitement repose essentiellement sur le Métronidazole associé à la Ciprofloxacine pendant 4 semaines [95]. En cas de pochite rebelle, on peut proposer des dérivés salicylés, des corticoïdes, des lavements d'acides gras à chaîne courte, voire des immunosuppresseurs [96].

Certains facteurs sont évoqués comme à risque de développer une pochite : la comorbidité respiratoire (OR = 3,4), une pancolite (OR = 2,4), une atteinte inflammatoire extradiigestive (atteinte rhumatologique, cholangite sclérosante primitive ; OR = 1,6) et la confection d'un réservoir en S (OR = 1,6) [97].

**•La sténose anastomotique :**

Les sténoses anastomotiques surviennent en général au cours des premières années chez les malades opérés par anastomose iléoanale sur réservoir en J, elles sont de l'ordre de 14% dans la série de Fazio et Cleveland Clinic [73] alors qu'aucun cas n'a été prescrit dans notre série.

Associées à une fistule, ou récidivante malgré plusieurs dilatations, elles doivent rechercher une maladie de Chron, sinon ces sténoses anastomotiques doivent être reconnues et traitées précocement par simple dilatation au doigt en consultation si la sténose est relative (ou s'il s'agit d'un diaphragme post opératoire) sinon, par dilatation à la bougie sous anesthésie générale. Négligées, elles risquent d'entraîner une dégradation du résultat fonctionnel [98]. Lorsque la sténose n'est pas dilatable, ou si elle récidive rapidement après dilatation, il est possible de réaliser des sphinctéroplastie. Dans les cas les plus compliqués, qui font suite à un sepsis post opératoire, avec fistule iléo périnéale ou iléo vaginale, il est possible de réintervenir soit par voie transanale, pour redescendre le réservoir en J en faisant une nouvelle anastomose iléo anale, soit au maximum par voie abdominale, notamment en cas de réservoir en J enfermé dans une gaine scléreuse pelvienne. Ces interventions permettent d'éviter la perte définitive du réservoir, et d'obtenir des résultats fonctionnels acceptables [99].

L'échec du réservoir est défini lorsqu'une iléostomie est présente au long cours, avec ou sans excision du réservoir. Dans notre série, l'échec du réservoir est nul, alors dans la série de Fazio [100], le réservoir était excisé chez 0,9% des patients sur un suivi de 4,9 ans et l'iléostomie était encore présente chez 1,1% des patients sur un suivi de plus de 5 ans. Cet échec est évoqué après avoir envisagé une chirurgie de rattrapage ou une réfection de l'AIA.

Trois facteurs d'échec ont une valeur statistiquement significative selon la série de Tulchinoky et Nicholls de 634 patients [101] :

- Une maladie de Chron ;
- Un réservoir en J ou S ;
- La présence d'infection pelvienne en post opératoire immédiat.

Une étude plus récente de Manilich et al en 2012 [102] a trouvé comme facteur de risque d'échec en analyse multivariée :

- L'indication opératoire pour maladie de Chron ;
- L'existence d'un diabète ;
- La confection d'une AIA manuelle.

La littérature rapporte la survenue de sténoses et de fistules du rectum dont les pourcentages varient selon les séries (tableau ci-dessous) mais dans notre série on n'a inscrit aucun cas de fistule ou de sténose rectale :

<b>La série</b>	<b>Sténose rectale</b>	<b>Fistule</b>
<b>Bichat Claude [64]</b>	1,4%	1,4%
<b>Benzoubir [90]</b>	1,3%	1,3%

**Les complications de l'AIR**

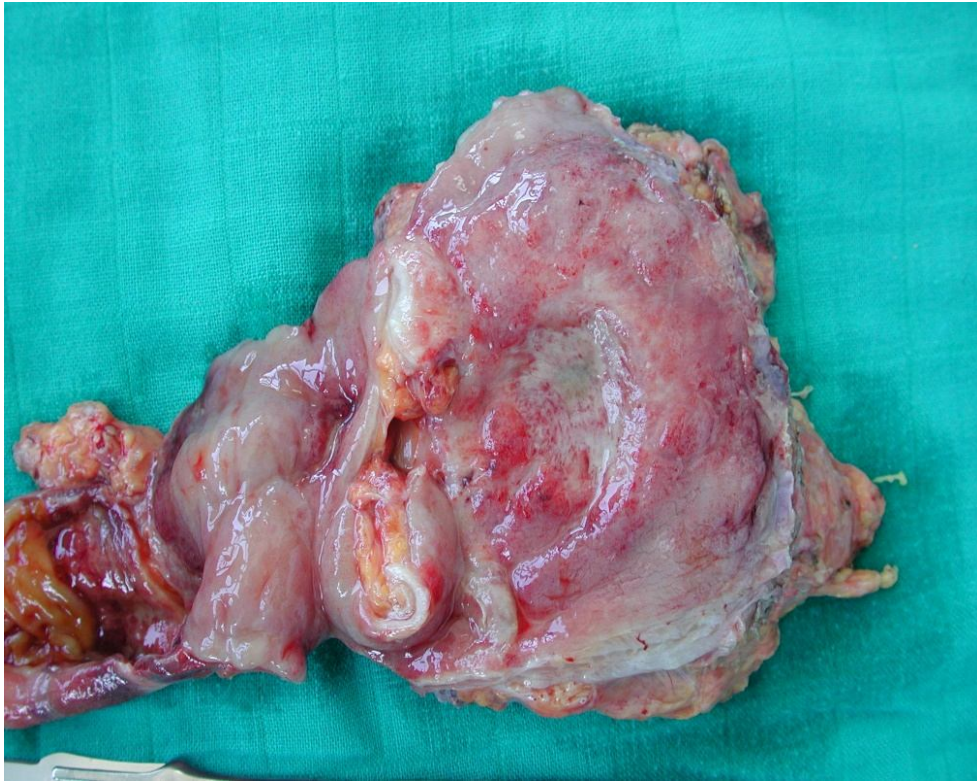
**•La cancérisation du moignon rectal :**

L'anastomose iléorectale expose cependant au risque de dégénérescence néoplasique sur le rectum restant et va donc nécessiter une surveillance à vie avec chromo-endoscopie et biopsies dont le but est de dépister la survenue d'une dysplasie ou d'un cancer à un stade précoce. Cette surveillance repose à l'heure actuelle sur la réalisation de rectoscopie avec biopsie étagée à vie mais se heurte de deux écueils : la nécessité d'une collaboration parfaite des malades et la difficulté à identifier d'éventuels foyers de dysplasie. Il n'existe pas de recommandation consensuelle pour le rythme de surveillance, il est suggéré par certains auteurs qu'au-delà de 10 ans d'évolution de la maladie, la réalisation d'une rectoscopie bisannuelle est souhaitable, il peut sembler raisonnable de proposer une surveillance annuelle, mais même avec cette souplesse le degré de collaboration des malades n'est pas garanti [103].

Grâce à cette surveillance, le taux de cancérisation du moignon rectale est en baisse passant de 4,7 % dans la série de Colombel [65] en 2002 à 2,2% dans notre service en 2007 [3] pour s'annuler dans notre série.

La constatation d'une dysplasie de haut grade impose une proctectomie, la constatation d'une dysplasie de bas grade nécessite une confirmation, si elle est confirmée, elle constitue pour un nombre croissant d'auteurs une indication à la proctectomie [104].

La répétition des poussées de rectites invalidantes ou la transformation cancéreuse sont à l'origine de dégradation du résultat fonctionnel et par la suite d'une exérèse rectale secondaire chez 21% à 49% des patients ayant eu une AIR dans les 10 ans qui suivent l'intervention [105]. Une étude récente de l'équipe de la Cleveland Clinic a rapporté les résultats à long terme de 86 AIR pour RCH, avec un suivi moyen de plus de 11 ans. Une proctectomie secondaire a été nécessaire chez un peu plus de 50 % des patients : la moitié pour rectite résistance au traitement médical et la moitié pour apparition d'une dysplasie ou d'un cancer [106], la transformation d'une AIR en AIA reste possible, et associée à un résultat fonctionnel similaire à celui observé après AIA d'emblée [107].



**Figure 8** : Tumeur rectale sur AIR : photo Ch. C

Donc les conditions de conservation rectale sont :

- Le rectum est conservable : absence d'atteinte sévère ou de microrectum ;
- La maladie évolue depuis moins de 10 ans ;
- Il n'y a pas de lésions de dysplasie, et a fortiori de cancer colorectal, sur l'ensemble du cadre colique et du rectum ;
- Une surveillance étroite, à vie, est possible et acceptée.

### **3.2 Les résultats fonctionnels :**

Le fonctionnement intestinal après traitement chirurgical n'a pu être évalué que chez 7 patients selon le score de Lichtiger.

Le score varie entre 0 et 21 points et la réponse clinique est définie par un score de moins de 10 points avec une diminution d'au moins quatre points, la rémission est définie par un score inférieur ou égal à 3.

Dans notre série, le score varie entre 2 et 9.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer la qualité de vie des patients opérés : les manifestations extra intestinales de la RCH en particuliers les arthralgies qui ne sont pas améliorés par l'intervention [105], la technique chirurgicale et les complications post opératoires inhérentes à la chirurgie (les occlusions intestinales ,responsables d'hospitalisations répétées, les épisodes récurrentes de pouchite ou de rectite, et les complications septiques). Selon Farouk et AL [78], un mauvais résultat fonctionnel est lié à la diminution de la compliance de la poche, à la dysmotilité et à l'altération du plancher pelvien induite par la fibrose pelvienne développée au décours du sepsis pelvien.

Globalement, les résultats fonctionnels post opératoire de nos malades sont satisfaisants et peuvent être évalués selon la fonction digestive et sexuelle.

#### **▪ La fonction digestive :**

Différents scores de qualité de vie digestive ont été évalués après AIR et AIA, d'un score à l'autre on retrouve ou non une différence entre ces deux techniques [108]. Cependant, en comparant le score général de SF-36 de patients ayant eu une AIA avec celui de la population générale, Andersson et al

retrouvaient une légère altération de la fonction digestive, en particulier la fréquence des selles nocturnes, l'incontinence et l'impériosité. En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence de qualité de vie globale entre AIA et AIR [109].

Dans un méta analyse portant sur 5000 patients opérés par AIA, il existait un taux de souillure diurne de 9 % et nocturne de 24 %, 37 % des patients portaient occasionnellement de garniture et 40 % d'entre eux avaient recours à un ralentisseur de transit [110]. Dans une étude récente portant sur plus de 2000 malades opérés par AIA [111], 85 % des patients avaient un résultat fonctionnel satisfaisant, avec ou sans d'occasionnels épisodes d'incontinence diurne ou nocturne et le nombre moyen de selles était de 5 le jour et de 0 à 1 la nuit. Une étude de la Cleveland Clinic [55] incluant 1895 AIA (dont plus de 90 % pour RCH) rapportait que 96 % des patients opérés étaient satisfaits des résultats de leurs interventions et que 98 % recommanderait l'AIA à d'autres patients. Dans cette étude, 15 % environ des patients présentaient des restrictions sociales, professionnelles ou sexuelles.

Dans notre série, l'incontinence sphinctérienne n'est présente que chez 6,8 % des malades, elle est plus marquée après AIA (4,5 %) qu'après AIR (2,3 %), ce qui concorde avec les données de la littérature :

<b>La série</b>	<b>Notre série</b>	<b>Chirurgie « C » [3]</b>	<b>Fazio [73]</b>	<b>Benzoubir [90]</b>	<b>Mayo Clinic [94]</b>
<b>AIA</b>	4,5%	15,4%	17%	0,4%	29%
<b>AIR</b>	2,3%	21%	-	-	-

**L'incontinence sphinctérienne après AIA et AIR**

▪ **Fonction sexuelle :**

Les conséquences de l'intervention chirurgicale sur la vie sexuelle des patients est un aspect souvent négligé et tabou dans notre société. Pourtant, entre 4 et 20 % des patients (quel que soit le sexe) présentent des troubles sexuelles après chirurgie [112, 113].

Ainsi, une étude réalisée entre 1996 et 2011 collectant 135 AIA montre que près d'une femme sur deux et d'un homme sur quatre souffre de troubles sexuels après AIA, et plus de 2/3 des patients présentent une dysfonction urinaire surtout l'hyperactivité vésicale, avec pour facteur de risque une sténose anastomotique [114].

Ces troubles sexuels sont influencés par la technique chirurgicale utilisée. Chez l'homme, après AIA, une éjaculation rétrograde est notée dans 1 à 2 % des cas, et une impuissance dans 0,1 à 1% des cas [78]. La dissection du rectum qu'implique la coloproctectomie expose à des risques de trouble sexuel quasi inexistant lors d'une AIR, l'innervation autonome urogénitale (le nerf hypogastrique, les plexus pelviens latéraux et les racines sacrées S1-S2-S3) peut être lésée entraînant une anéjaculation en cas d'atteinte des nerfs hypogastriques ou de leurs efférentes et une impuissance en cas d'atteinte des racines sacrées ou de leurs efférentes. Le risque sexuel doit être exposé au malade avant de retenir une option chirurgicale. En cas d'identification et de préservation des nerfs, les fonctions sexuelles sont conservées entre 85 % et 100% des cas [115,116].

Chez la femme, la réalisation d'une AIA augmente la prévalence de dyspareunie de 8% en préopératoire à 25 % en postopératoire [117], Une

dyspareunie peut être observée jusque chez 30% des femmes ayant une AIA [118,119], ainsi une réduction de la fertilité est observée après AIA, ce risque semble être plus grand après AIA qu'après AIR, la principale explication est probablement la formation d'adhérences post opératoires liées à la dissection pelvienne après AIA [120]. La réalisation de cette intervention par voie laparoscopique est associée à une fécondité satisfaisante et comparable à une population témoin de femme ayant eu une appendicectomie [121].

Quant à la voie d'accouchement à choisir après AIA, Remzi et Al ont montré que le taux de lésions occultes du sphincter externe s'élevait à 50 % après accouchement par voie basse sur AIA [122], tandis qu'il était significativement abaissé après césarienne programmée 13%. Ces lésions n'avaient cependant aucun retentissement sur la fonction sphinctérienne ni sur la qualité de vie des patients. Dans l'étude de Polle et Al [123], le sous-groupe de patients ayant un accouchement à risque (extraction instrumentale, déchirure ou épisiotomie, césarienne en urgence, poids de naissance supérieur à 4 kg) présentaient une incontinence significativement augmentée avec le temps, sur un suivi moyen de 7,2 ans. Les auteurs plaident pour une césarienne programmée après anastomose iléo anale.

### **3.3 Prévention des complications post opératoires :**

Plusieurs mesures sont à envisager en préopératoire afin de réduire au maximum le risque de complications post opératoire.

La corticothérapie doit idéalement être interrompue avant de réaliser une chirurgie électorive pour RCH, et l'utilisation des anti-TNF doit être prudente [17] de même l'ajustement de taux d'albumine plasmatique est primordial afin de minimiser le risque de complication septique et d'éviscération. La colectomie subtotale avec double stomie est recommandée dans un contexte de dénutrition, de corticothérapie au long cours ou d'urgence.

Une étude récente [124] a largement suggéré l'existence d'un risque thrombo-embolique plus élevé chez les malades porteurs de MICI par rapport à la population générale (risque relatif : 3,4), que les malades soient en poussée aigue, en rémission ou en postopératoire. Ces résultats plaident pour une thrombo-prophylaxie postopératoire prolongée des malades en postopératoire, pour une durée de 4 semaines.

La surveillance des dysplasies après AIR par endoscopie avec multiples biopsies est indiquée tous les 6 mois chez les malades à risque (à partir de 10 ans d'évolution de la maladie, quelle que soit la date de la colectomie).

### **3.4 Soutien psychologique :**

La prise en charge médico chirurgicale de tout patient atteint de RCH doit prendre en compte le retentissement psychologique de la maladie. L'intervention d'un psychologue est une décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant [123].



*Conclusion*

La rectocolite hémorragique est une maladie inflammatoire chronique qui affecte le rectum et le côlon.

Le recours à la chirurgie est nécessaire dans 30% des cas, dont les résultats dépendent :

- De l'indication opératoire en urgence ou différée,
- Du stade d'évolution de la maladie,
- De l'état général du malade,
- Et de la technique chirurgicale.

Aussi la mortalité est plus élevée après chirurgie d'urgence.

Alors que la morbidité post opératoire, paraît être influencée par l'hypoalbuminémie, par la voie d'abord (la laparotomie) et la chirurgie en urgence.

Les facteurs prédictifs de morbidité post opératoire sont dominés par l'indication opératoire en urgence.

Les deux principales interventions chirurgicales réalisées sont l'anastomose iléoanale sur réservoir en J et l'anastomose iléo rectale.

Pour une prise en charge optimale de nos patients et afin de leur donner les meilleurs chances, ils résultent de notre travail de privilégier une prise en charge multidisciplinaire (médical, chirurgical et en réanimation) qui permettrait de réguler le recours à la chirurgie en urgence et de poser l'indication opératoire après échec du traitement médical ni précocement ni tardivement pour minimiser le risque de complications post opératoires.

La voie d'abord laparoscopique qui doit être aujourd'hui considérée comme la voie d'abord de référence compte tenu de ses bénéfices par rapport à la laparotomie en terme de morbidité, durée d'hospitalisation, douleur post opératoire et de fertilité chez la femme.



*Résumés*

## RESUME

**Titre :** la rectocolite hémorragique : l'évolution post traitement chirurgical.

**Auteur :** Mlle BENZOUINA Hajar

**Rapporteur :** Pr. HRORA Abdelmalek

**Mots clés :** RCH- AIA – AIR – laparoscopie-résultats

La rectocolite hémorragique est une maladie inflammatoire chronique recto colique qui évolue par poussées aiguës entrecoupées de périodes de rémissions. Le traitement chirurgical est indiqué en urgence devant des formes compliquées ou en différé en cas d'échec du traitement médical.

A la lumière de 42 observations colligées au service de chirurgie « C » de CHU Rabat, nous allons faire le point sur les résultats de la chirurgie et dégager certains facteurs prédictifs des complications post opératoires.

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique de janvier 2006 à octobre 2014, portant sur 42 patients opérés pour RCH, dont l'âge moyen est de 38 ans avec un écart type de 12,7 ans, sans prédominance de sexe.

Le traitement chirurgical était réalisé en urgence dans 88 % des cas pour poussée aiguë grave et en différé dans 12% des cas, l'anastomose iléo rectale était réalisée dans 61% des cas contre 39% d'anastomose iléo anale et la laparoscopie a concerné 26% des cas. La mortalité globale était de 1% et la morbidité globale était de 12,5%. La mortalité intéresse seulement les malades opérés en urgence (2,7%). La morbidité est plus importante en urgence (24,32%) qu'à froid (7,5%) et dû essentiellement à l'infection pariétale (16%) et à l'occlusion (8%). Ces complications sont plus présentes lors de laparotomie (37%) que laparoscopie (20%).

Au terme de cette étude, les facteurs prédictifs des complications post opératoires sont la voie d'abord (laparotomie), l'état général (l'hypo albuminémie) et l'indication opératoire en urgence, donc il est souhaitable d'opérer plutôt et d'autant que faire se peut par laparoscopie.

## **SUMMARY**

**Title:** ulcerative colitis: post surgical evolution

**Author:** BENZOUINA Hajar

**Protractor :** Pr. HRORA Abdelmalek

**Keywords:** RCH- AIA - AIR - laparoscopy- results

Ulcerative colitis is a chronic inflammatory disease sided colonic that cute evolves in spurts interspersed with periods of subsidence. Surgical treatment is indicated for emergency to complicated shapes or delayed in case of failure of medical treatment.

In the light of 42 observations collected for surgical service "C" CHU Rabat. we are starting to survey the results of surgery and release certain predictive factors of the complications comment operating.

We led a retrospective, descriptive and analytical study from, January 2006 till October 2014, Concerning 42 patients operated for RCH, whose median age is of 38 years with a standard deviation of 12,7 years, without ascendancy of sex.

The surgical treatment was realized as a matter of urgency in 88 % of the cases for grave acute push and postponed in 12 % of the cases, the rectal anastomose iléo was realized in 61 % of the cases against 39 % of anal anastomose iléo and the laparoscopy concerned 26 % of the instances. The global death rate was 1 % and the global morbidity was 12,5 %. The mortality interests only the sick operated as a matter of urgency (2,7 %). The morbidity is more significant as a matter of urgency (24,32 %) than under cold conditions (7,5 %), and owed essentially to the parietal infection (16 %) and in the occlusion (8 %). These complications are more present during laparotomy (37 %) than laparoscopy (20 %).

In the term of this study, the predictive factors of the complications comment operating are the way at first (laparotomy), the general state (the hypo albuminémie) and the operating indication as a matter of urgency, hence it is recommended to operate rather and especially as to make can by laparoscopy.

## ملخص

**العنوان:** التهاب المستقيم والقولون النزيفي: التطور بعد العلاج الجراحي

**الكاتبة:** الأنسة بنزويينة هاجر

**المقرر:** البروفيسور حرورة عبد المالك

**الكلمات المفتاحية:** المفارغة اللفائية الشرجية-المفارغة اللفائية المستقيمية-تنظير البطن-نتائج

التهاب المستقيم والقولون النزيفي مرض التهابي مزمن للمستقيم والقولون يتطور عن طريق تفاقم حاد تتخلله فترات سكون. يوصى بالعلاج الجراحي الاستعجالي بالنسبة للحالات المعقدة أو ببرودة بعد فشل العلاج الطبي.

على ضوء 42 معاناة سريرية مختارة في مصلحة الجراحة "س" بالمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط، سوف نقوم برصد نتائج الجراحة واستخلاص بعض العوامل التي تكمن من التنبؤ بالمضاعفات ما بعد الجراحية.

قمنا، ما بين يناير 2006 وأكتوبر 2014، بدراسة استرجاعية، وصفية وتحليلية همت 42 مريضا خضعوا للجراحة بسبب التهاب المستقيم والقولون النزيفي، متوسط سنهم 38 سنة مع انحراف معياري بلغ 12.7 سنة، دون تفاوت كبير في الجنس.

أنجز العلاج الجراحي استعجاليا بالنسبة ل 88% من الحالات بسبب احتداد خطير، وبرودة بالنسبة ل 12% من الحالات، تم القيام بالمفارغة اللفائية المستقيمية في 61% من الحالات، مقابل 39% من المفارغة اللفائية الشرجية والجراحة بتنظير جوف البطن همت 26% من الحالات. بلغت نسبة الوفيات الإجمالية 1%، وكانت النسبة الإجمالية للمرضية هي 12.5% همت الوفيات فقط المرضى الذين خضعوا للجراحة بكيفية استعجالية (2.7%). كما أن المرضية أهم بعد الجراحة الاستعجالية (24.32%) مقارنة مع الجراحة ببرودة (7.5%)، والتي تعود أسبابها بصفة خاصة للتعفن الجداري (16%) وانسداد الأمعاء (8%). هذه المضاعفات حاضرة في الجراحة بتنظير جوف البطن (37%) أكثر منها في الجراحة عن طريق فتح البطن (20%).

توصلنا في نهاية هذه الدراسة إلى أن العوامل المتوقعة لمضاعفات ما بعد الجراحة تتعلق بطريق التدخل (الجراحة بتنظير جوف البطن)، الحالة العامة للمريض (انخفاض الزلال)، بالإضافة للتدخل الجراحي الاستعجالي، الأمر الذي يجعل من المستحسن إجراء العملية في مرحلة مبكرة والجراحة عن طريق فتح البطن، كلما كان ذلك ممكنا.



*Annexes*



- Evolution :-durée d'évolution :
  - nombre de poussé /an :
  - localisation

	Initial	Cumulé
-cecum		
-colon ascendant		
-colon transverse		
-colon descendant		
-sigmoïde		
-rectum		
-pan colite		

:

- Gravité de la maladie selon les critères de TRUELOVE et WITTS :

	oui	Non
-Nbr d'émissions $\geq 6$ /jr		
-Rectorragies importantes		
-T $\geq 37$ :		
-FC $\geq 90$ bat/min		
-HG $\leq 10$ g/dl		
-VS $\geq 30$		
-Albuminémie $\leq 35$ g/l		

### **Traitement :**

- Traitement médical :

-Corticothérapie : -per os -intra veineux -dose -durée -évolution

-Dérives salicylés :

-sulfasalazine (SALAZOPYRINE) :-per os -intraveineux -dose -durée -évolution

- mesalazine (PENTASA) : -per os -intraveineux -dose -durée -évolution

-osalazine(DIPENTUM) : -per os -intraveineux -dose -durée -évolution

-Immunosuppresseurs : (IMUREL, METHOTREXATE, CICLOSPORINE)

- Anti TNF  $\alpha$  :

-Traitement d'entretien :-AMINOSALICYLES :-dose -durée -évolution

-AZATHIOPRINE :-dose -durée -évolution

▪ Traitement chirurgical :

❖ **L'indication**

➤ **En urgence** :-poussé sévère de RCH avec pan colite -hémorragie sévère

- péritonite

- mégacôlon toxique

➤ **A froid** : -forme chronique invalidante avec échec du traitement médical

-cancérisation

❖ **La voie d'abord** :

-laparotomie

-laparoscopie

❖ **Le geste** :

	1 temps	Délai	2temps	Délai	3 temps
-procto colectomie totale avec anastomose iléo anale sur réservoir en J					
-colectomie totale avec anastomose iléo rectale					

❖ **Les suites opératoires** :

• favorable :

• la morbidité :

-A court terme :

La complication	Après le premier temps	Après le 2 ème temps	Après le 3 ème temps
- occlusion			
-éviscération			
-éventration			
-péritonite			
-infection pariétale			
-infection du réservoir			
-hémorragie			
-suppurations pelviennes			
-sténose anastomotiques			
-fistules anastomotiques			
-trouble hydro électrolytiques post stomie			

-A moyen terme :

Pochite	
Iléite	
Sténose	
Rectite	
Dégénérescence rectale	
Poussée sur rectum restant	
Occlusion	
Eventration	

- décès :-délai :  
-la cause :

❖ **l'évaluation de l'état fonctionnel** : score de LICHTIGER



*Bibliographie*

- [1] **A. Buisson, G. Bommelaer, L. Peyrin-Biroulet,**  
Rectocolite hémorragique: épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, histoire naturelle et stratégie thérapeutique  
Gastro-entérologie [43559] Doi: 10.1016/S1155-1968(12)43559-3.
- [2] **Pardi D.S., D'Haens G., Shen B., Campbell S., Gionchetti P.**  
Clinical guidelines for the management of pouchitis Inflamm Bowel Dis 2009; 15: 1424-1431.
- [3] **H.NAJOUI**  
Expérience de la clinique chirurgicale « C »  
Thèse N° :118, 2007 à Rabat.
- [4] **M. El Yousfi, N. Aqodad, D.A. Benajah, M. El Abkari, A. Ibrahimi**  
La recto-colite hémorragique à Fès: quels aspects épidémiologiques et cliniques?  
Gastroentérologie Clinique et Biologique. Vol 33, N° HS1 - mars 2009- p. 194
- [5] **Alves A., Panis Y., Bouhnik Y., Maylin V., Lavergne-Slove A., Valleur P.**  
Subtotal colectomy for severe acute colitis: a 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and early surgical policy J Am Coll Surg 2003; 197: 379-385

[6] **Ouaissi M., Alves A., Bouhnik Y., Valleur P., Panis Y.**

Three-step ileal pouch-anal anastomosis under total laparoscopic approach for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease J Am Coll Surg 2006 ; 202 : 637-642

[7] **Truelove SC, Jewell DP.**

Intensive intravenous regimen for severe attacks for ulcerative colitis. Lancet 1974; 1:1067-70.

[8] **[8] Chapman RW, Selby WS, Jewell DP.**

Controlled trial of intravenous métronidazole as an adjunct to corticosteroid in severe ulcerative colitis Gut 1986; 27:1210-2.

[9] **D'Haens G., Sandborn W.J., Feagan B.G., Geboes K., Hanauer S.B., Irvine E.J., et al.**

A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis Gastroenterology 2007; 132: 763-786

[10] **Carbonnel F., Lavergne A., Lemann M., Bitoun A., Valleur P., Hautefeuille P. , et al.**

Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity Dig Dis Sci 1994; 39: 1550-1557

- [11] **Travis S., Stange E., Lémann M., Oresland T., Bemelman W.A., Chowers Y. , et al.**

European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management J Crohns Colitis 2008; 2: 24-62

- [12] **Laharie D., Bourreille A., Branche J., Allez M**

Groupe d'études thérapeutiques des affections inflammatoires digestives, et al. Ciclosporin versus infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial Lancet 2012; 380: 1909-1915

- [13] **De Silva S., Ma C., Proulx M.C., Crespin M., Kaplan B.S., Hubbard J., et al.**

Postoperative complications and mortality following colectomy for ulcerative colitis Clin Gastroenterol Hepatol 2011; 9: 972-980

- [14] **Bitton A., Buie D., Enns R., Feagan B.G., Jons J.L., Marchall J.K., et al.**

Treatment of hospitalized adult patients with severe ulcerative colitis: Toronto consensus statements Am J Gastroenterol 2012; 107: 179-194

- [15] **Gan S.I., Beck P.L. A**

New look at toxic megacolon: an update and review of incidence, etiology, pathogenesis, and management Am J Gastroenterol 2003; 98: 2363-2371

- [16] **BOUHNİK Y, Arnaud ALVES, Philippe BEAU, Frank CARBONNEL, Patrik LEVY.**

Traitement de la rectocolite hémorragique. Gastroenterol Clin Biol 2004; 28:984-991

- [17] **Dignass A., Lindsay J.O., Sturm A., Windsor A., Colombel J.F., Allez M., et al.**

Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management J Crohns Colitis 2012; 6: 991-1030

- [18] **Marteau P, Philippe SEKSIK, Laurent BEAUGERIE, Yoram BOUHNİK, Jean-Marie REIMUND, Luc GAMBIEZ, Bernard FLOURIE, Philippe GODEBERGE.**

Recommandations pour la pratique Clinique dans le traitement de la rectocolite ulcérohémorragique.

Gastroenterol clini Bio 2004; 28:955-960

- [19] **Cohen JL, Strong SA, Hyman NH, et al**

Practice parameters for the surgical treatment of ulcerative colitis. Dis Colon Rectum 48:1997–2009

- [20] **Biancone L, Michetti P, Travis S, et al**

European evidence based Consensus on the management of ulcerative colitis: Special situations. J Crohns Colitis 2:63–92 (2008).

- [21] **Farraye FA, Odze RD, Eaden J, et al (2010)**

AGA medical position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 138:738–45

- [22] **Dunker M.S., Bemelman W.A., Slors J.F.M., van Hogezaand R.A., Ringers J., Gouma D.J.**

Laparoscopic-assisted vs. Open colectomy for severe acute colitis in patients with inflammatory bowel disease (IBD); a retrospective study in 42 patients.

*Surg. Endosc.* 2000; 14: 911-914.

- [23] **Seshadri P.A., Poulin E.C., Schlachta C.M., Cadeddu M.O., Mamazza J. Does**

A laparoscopic approach to total abdominal colectomy and proctocolectomy offer advantages?

*Surg. Endosc.* 2001; 15: 837-842.

- [24] **Marcello P.W., Milsom J.E., Wong S.K., Brady K., Goormastic M., Fazio V.W.**

Laparoscopic total colectomy for acute colitis. A case-control study *Dis.*

*Colon Rectum* 2001; 44: 1441-1445.

- [25] **Marceau C., Panis Y., Alves A., Bouhnik Y., Lavergne-Slove A., Valleur P.**

Colectomie subtotale par laparoscopie pour colite aiguë sévère compliquant une maladie inflammatoire chronique intestinale: résultats d'une étude cas- témoins chez 82 patients. *Ann. Chir.* 2004; 129: 543-544

- [26] **Marceau C., Alves A., Ouaissi M., Bouhnik Y., Valleur P., Panis Y.**

Laparoscopic subtotal colectomy for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease: a case-matched study in 88 patients *Surgery* 2007; 141: 640-644

- [27] **Ahmed Ali U., Keus F., Heikens J.T., Bemelman W.A., Berdah S.V., Gooszen H.G. , et al.**

Open versus laparoscopic (assisted) ileo pouch anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD006267

- [28] **Tilney H.S., Lovegrove R.E., Heriot A.G., Purkayastha S., Constantinides V., Nicholls R.J. , et al.**

Comparison of short-term outcomes of laparoscopic vs open approaches to ileal pouch surgery *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 531-542

- [29] **Fleming F.J., Francone T.D., Kim M.J., Gunzler D., Messing S., Monson J.R. A**

Laparoscopic approach does reduce short-term complications in patients undergoing ileal pouch-anal anastomosis *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 176-182

[30] **Bell RL, Seymour NE.**

Laparoscopic treatment of fulminant ulcerative colitis. *Surg Endosc* 2003

[31] **Hull T.L., Joyce M.R., Geisler D.P., Coffey J.C.**

Adhesions after laparoscopic and open ileal pouch-anal anastomosis surgery for ulcerative colitis *Br J Surg* 2012; 99: 270-275

[32] **Lefevre J.H., Bretagnol F., Ouaissi M., Taleb P., Alves A., Panis Y.**

Total laparoscopic ileal pouch-anal anastomosis: prospective series of 82 patients *Surg Endosc* 2009; 23: 166-173

[33] **Maggiore L., Bretagnol F., Alves A., Panis Y.**

Laparoscopic subtotal colectomy for acute or severe colitis with double-end ileo-sigmoidostomy in right iliac fossa *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010; 20: 27-29

[34] **Fowkes L, Krishna K, Menon A, Greenslade GL, Dixon AR.**

Laparoscopic emergency and elective surgery for ulcerative colitis.

*Colorectal Dis* 2008 ; 10: 373–8

[35] **Watanabe K, Funayama Y, Fukushima K, Shibata C, Takahashi K, Sasaki I.**

Hand-assisted laparoscopic vs. open subtotal colectomy for severe ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 2009; 52: 640–5

**[36] Telem DA, Vine AJ, Swain G et al.**

Laparoscopic subtotal colectomy for medically refractory ulcerative colitis: the time has come. *Surg Endosc* 2010; 24: 1616–20.

**[37] [Gu J, Stocchi L, Remzi F, Kiran R.P.**

Factors associated with postoperative morbidity, reoperation and readmission rates after laparoscopic total abdominal colectomy for ulcerative colitis. *Colorectal Disease* 2013. The association of coloproctology of Great Britain and Ireland .15, 1123-1129; 16:1778-82

**[38] Bernstein C.N., Fried M., Krabshuis J.H., Cohen H., Eliakim R., Fedail S., et al.**

World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010 *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16: 112-124

*Ann. Chir.* 2004; 129: 543-544.

**[39] Parks AG, Nicholls RJ**

Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978; 2:85-88.

**[40] Ambroze WL Jr, Pemberton JH, Dozois RR, Carpenter HA, O'Rourke JS, Ilstrup DM.**

The histological pattern and pathological involvement of the anal transition zone in patients with ulcerative colitis.

*Gastroenterology* 1993; 104:514-518.

- [41] **Regimbeau JM, Panis Y, Pocard M, et al (2001).**

Handsewn ileal pouch-anal anastomosis on the dentate line after total proctectomy: technique to avoid incomplete mucosectomy and the need for long-term follow-up of the anal transition zone. *Dis Colon Rectum* 44:43–51

- [42] **Remzi FH, Fazio VW, Delaney CP, et al (2003).**

Dysplasia of the anal transitional zone after ileal pouch-anal anastomosis: results of prospective evaluation after a minimum of ten years. *Dis Colon Rectum* 46:6–13

- [43] **Lovegrove RE, Constantinides VA, Heriot AG, et al (2006).**

A comparison of hand-sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis (IPAA) following proctocolectomy: a meta-analysis of 4183 patients. *Ann Surg* 244:18–26

- [44] **Williamson MER, Lewis WG, Sagar PM, Holdsworth PJ, Johnston D.**

One stage restorative proctocolectomy without tempory ileostomy for ulcerative colitis. A note of caution. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1019-1022.

- [45] **Mennigen R., Senninger N., Bruwer M., Rijcken E.**

Impact of defunctioning loop ileostomy on outcome after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis *Int J Colorectal Dis* 2011; 26: 627-633

- [46] **Lovegrove R.E., Tilney H.S., Remzi F.H., Nicholls R.J., Fazio V.W., Tekkis P.P.**

To divert or not to divert a retrospective analysis of variables that influence ileostomy omission in ileal pouch surgery Arch Surg 2011; 146: 82-88

- [47] **Heuschen U.A., Hinz U., Allemeyer E.H., Lucas M., Heuschen G., Herfarth C.**

One- or two-stage procedure for restorative proctocolectomy: rationale for a surgical strategy in ulcerative colitis Ann Surg 2001; 234: 788-794

- [48] **Van Westreenen H.L., Visser A., Tanis P.J., Bemelman W.A.**

Morbidity related to defunctioning ileostomy closure after ileal pouch-anal anastomosis and low colonic anastomosis Int J Colorectal Dis 2012; 27: 49-54

- [49] **Philippe WITHRICH**

Complications opératoires, résultats fonctionnels, et qualité de vie après coloproctectomie totale et anastomoses iléo anale avec réservoir iléal: l'expérience Genevoise.

Thèse présentée à la Faculté de Médecine de L'Université de Genève n°10472, 2006.

**[50] Stephane Nahon, Gilles Macaigne**

Ulcerative colitic: female fecondity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample Olsental. Gastroenterology. 2002, 122, 15-9

**[51] Parc Y., Klouche M., Bennis M., Lefevre J.H., Shields C., Tiret E.**

The continent ileostomy: an alternative to end ileostomy? Short and long-term results of a single institution series Dig Liver Dis 2011; 43: 779-783

**[52] Tekkis P.P., Heriot A.G., Smith J.J., Das P., Canero A., Nicholls R.J.**

Long-term results of abdominal salvage surgery following restorative proctocolectomy Br J Surg 2006; 93: 231-237

**[53] P. Mariani, Y. Panis, P. Valleur**

Journal de Chirurgie Viscérale. Vol 136, N° 1 - mai 1999.

**[54] Hahnloser D., Pemberton J.H., Wolff B.G., Larson D.R., Crownhart B.S., Dozois R.R.**

The effect of ageing on function and quality of life in ileal pouch patients: a single cohort experience of 409 patients with chronic ulcerative colitis Ann Surg 2004; 240: 615-621.

**[55] [55] Delaney CP, Fazio VW, Remzi FH, et al (2003).**

Prospective, age-related analysis of surgical results, functional outcome, and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis. Ann Surg 238:221–8.

- [56] **Olsen K.O., Juul S., Berndtsson I., Oresland T., Laurberg S.**  
Ulcerative colitis: female fecundity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample  
Gastroenterology 2002; 122: 15-19.
- [57] **Lepisto A., Sarna S., Tiitinen A., Jarvinen H.J.**  
Female fertility and childbirth after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis Br J Surg 2007; 94: 478-482.
- [58] **Takao Y., Gilliland R., Nogueras J.J., Weiss E.G., Wexner S.D.**  
Is age relevant to functional outcome after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis? Prospective assessment of 122 cases Ann Surg 1998; 227: 187-194.
- [59] **Laurent Beaugerie**  
Rectocolite hémorragique: anastomose iléo-rectale ou iléo-anale?  
Gastroentérologie clinique et biologique Vol 24, N° 5 –juillet 2000 p. 39.
- [60] **[60] Baker WN, Glass RE, Ritchie JK, Aylett SO.**  
Cancer of the rectum following colectomy and ileorectal anastomosis for ulcerative colitis.  
Br J Surg 1978; 65:862-8.
- [61] **Eaden J.A., Abrams K.R., Mayberry J.F.**  
The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis Gut 2001; 48: 526-535

- [62] **Rutter M.D., Saunders B.P., Wilkinson K.H., Rumbles S., Schofield G., Kamm M.A., et al.**

Cancer surveillance in longstanding ulcerative colitis: endoscopic appearances help predict cancer risk *Gut* 2004; 53: 1813-1816

- [63] **Jess T., Simonsen J., Jorgensen K.T., Pedersen B.V., Nielsen N.M., Frisch M.**

Decreasing risk of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease over 30 years *Gastroenterology* 2012; 143: 375-381

- [64] **Christian Steller, Jean Vilote, Loic Larvol**

L'anastomose ileorectale est-elle encore une alternative thérapeutique valable dans le traitement de la recto-colite hémorragique? Analyse du résultat fonctionnel, endoscopique et histologique de 75 observations.

*Gastro-entérale clinique et biologique*, 1993, 17, 175-180.

- [65] **<http://www.fmcgastro.org/default.aspx?page=72>**

CARTOT A, CHU LILE

Pochites : prise en charge.

FMC-HGE, 2004.

- [66] **[http://www.hepatoweb.com/DES/exposes/DES12\\_2006-MARTEAU/RCH\\_VALLEUR.pdf](http://www.hepatoweb.com/DES/exposes/DES12_2006-MARTEAU/RCH_VALLEUR.pdf)**

RCH: le traitement chirurgical: indications et résultats.

**[67] Jones HW et al.**

Surveillance in ulcerative colitis: burden and benefit. Gut 1988; 29: 325-31

**[68] [http://www.afsa.asso.fr/presse/72afa\\_an.htm](http://www.afsa.asso.fr/presse/72afa_an.htm)**

L'anastomose iléo-rectale et l'anastomose oléo anale dans les maladies inflammatoires intestinales

Lettre de l'alfa n°10-Dec.1997

P.Y.Pannis

**[69] Kaplan G.G., McCarthy E.P., Ayanian J.Z., Korzenik J., Hodin R., Sands B.E.**

Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis Gastroenterology 2008; 134: 680-687

**[70] Trottup A, Erichen R, Svaerke C, Laurberg S, Srensen HT.**

Thirty-day mortality after elective and emergency total colectomy in Danish patients with inflammatory bowel disease: a population based nationwide cohort study. BMJ Open; 2012; 2(2):e000823

**[71] Daperno M, Sostegni R, Scaglione N, Ercole E, Rigazio C, Rocca R, Pera A** Outcome of a conservative approach in severe ulcerative colitis. Digestive and liver Disease 36(2004)21-28

**[72] Parc R, Legrand M, Frileux P, Tiret E, Ratelle R.**

Comparative clinical results of ileal-pouch anal anastomosis and ileorectal anastomosis in ulcerative colitis.

Hepatogastroenterology 1989; 36:235-9.

**[73] Fazio V.W., Ziv Y., Church J.M., Oakley J.R., Lavery I.C., Milsom J.W., et al.**

Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients

Ann. Surg. 1995; 222: 120-127.

**[74] Teeuwen PH, Stommel MW, Bremers AJ, et al**

Colectomy in patients with acute colitis: a systematic review. J Gastrointest Surg 13:676–86 (2009)

**[75] Aberra F.N., Lewis J.D., Hass D., Rombeau J.L., Osborne B., Lichtenstein G.R.**

Corticosteroids and immunomodulators: postoperative infectious complication risk in inflammatory bowel disease patients Gastroenterology 2003; 125: 320-327

**[76] Lake J.P., Firoozmand E., Kang J.C., Vassiliu P., Chan L.S., Vukasin P., et al.**

Effect of high-dose steroids on anastomotic complications after proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis J Gastrointest Surg 2004; 8: 547-551

**[77] Reding R, Michel la, Donckier j, de Canniere I, Jamart j.**

Surgery in patients on long-term steroid therapy, a tentative model for risk assessment.

Br.J Surg 1990, 77: 1175-8

**[78] Meagher A.P., Farouk R., Dozois R.R., Kelly K.A., Pemberton J.H. J**

Ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: complications and long-term outcome in 1310 patients

Br. J. Surg. 1998; 85: 800-803.

**[79] Yang Z., Wu Q., Wu K., Fan D.**

Meta-analysis: pre-operative infliximab treatment and short-term post-operative complications in patients with ulcerative colitis Aliment Pharmacol Ther 2010; 31: 486-492

**[80] Selvasekar C.R., Cima R.R., Larson D.W., Dozois E.J., Harrington J.R., Harmsen W.S. , et al.**

Effect of infliximab on short-term complications in patients undergoing operation for chronic ulcerative colitis J Am Coll Surg 2007; 204: 956-962

**[81] Bregnbak D., Mortensen C., Bendtsen F.**

Infliximab and complications after colectomy in patients with ulcerative colitis J Crohns Colitis 2012; 6: 281-286

- [82] **Norgard B.M., Nielsen J., Qvist N., Gradel K.O., de Muckadell O.B., Kjeldsen J.**

Pre-operative use of anti-TNF-alpha agents and the risk of post-operative complications in patients with ulcerative colitis - a nationwide cohort study *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 35: 1301-1309

- [83] **Coquet-Reinier B., Berdah S.V., Grimaud J.C., Birnbaum D., Cougard P.A., Barthet M., et al.**

Preoperative infliximab treatment and postoperative complications after laparoscopic restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis: a case-matched study *Surg Endosc* 2010; 24: 1866-1871

- [84] **Sagar P.M., Pemberton J.H.**

Intraoperative, postoperative and reoperative problems with ileoanal pouches *Br J Surg* 2012; 99: 454-468

- [85] **Rottoli M., Remzi F.H., Shen B., Kiran R.P.**

Gender of the patient may influence perioperative and long-term complications after restorative proctocolectomy *Colorectal Dis* 2011; 14: 336-341

- [86] **Hahnloser D., Pemberton J.H., Wolff B.G., Larson D.R., Crownhart B.S., Dozois R.R.**

Results at up to 20 years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis *Br J Surg* 2007; 94: 333-340

**[87] CHIS de Fès, Docteur El Matiallah Med Amine**

Résultats fonctionnels après coloproctectomie totale et anastomose iléo anale avec réservoir iléal des patients opérés pour RCH (à propos de 9 cas), 2013.

**[88] Keighley MRB, Grobler S, Bain I.**

An audit of restorative proctocolectomy.

Gut 1993; 34: 681-4.

**[89] 19-J R, OA KLAY D.G, V W FAZIO, F CLAVORY, K.EASLEY**

Complications and quality of life after ileorectal anastomosis for ulcerative colitis.

Am.J.Surg. 1984, 23, 30

**[90] Clinique Medicale « B » Chis De Rabat. Benzoubir N**

Devenir des malades opérés pour RCH (à propos de 105 cas).

**[91] Di Febo G, Miglioli M, Lauri A, Et Al.**

Endoscopic assessment of acute inflammation of the ileal reservoir after restorative ileo-anal anastomoses.

Gastro intest Endosc 1990; 36: 6-9.

**[92] Therese Jacobson, Rn, M S N**

Stricture and pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis.

Ostomy care, GWOCN, November 97.

**[93] Romanos J, Samarasekera Dn, Stebbing Jf, Et Al**

Outcome of 200 restorative proctocolectomy operations: the John Radcliffe Hospital experience. *British Journal of Surgery* 1997; 84:814-818.

**[94] Hahnloser D., Pemberton J.H., Wolff B.G., et al.**

Results at up to 20 years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis

*Br J Surg* 2007; 94 (3): 333-340.

**[95] Shen B et al.**

Combined ciprofloxacin and timidazole therapy in the treatment of chronic refractory pouchitis. *Dis Colon Rectum* 2007

**[96] Van Assche G., Dignass A., Bokemeyer B., Danese S., Gionchetti P., Moser G. , et al.**

Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 3: special situations *J Crohns Colitis* 2013; 7: 1-33

**[97] Lipman J.M., Kiran R.P., Shen B., Remzi F., Fazio V.W.**

Perioperative factors during ileal pouch-anal anastomosis predict pouchitis *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 311-317

**[98] Fleshman JW, Cohen Z, McLeod RS, Stern H, Blair J.**

The ileal reservoir and ileo-anal anastomosis procedure. Factors affecting technical and functional outcome.

*Dis Colon Rectum* 1998; 31:10-16.

**[99] Fazio VW, Wu JS, Lavery IC.**

Repeat ileal pouch-anal anastomosis to salvage septic complications of pelvic pouches. Clinical outcome and quality of life assessment.

Ann Surg 1998; 228:588-597.

**[100] Fazio VW, O'Riordain MG, Lavery IC, et al.**

Long-term functional outcome and quality of life stapled restorative proctocolectomy.

Annals of Surgery 1999, 230 (4): 575-586.

**[101] Tulchinsky H, Hawley PR, Nicholls J,**

Long -term failure after restorative proctocolectomy for umcirative colitis. Annals of surgery 2003; 238(2):229234.

**[102] Manilich E., Remzi F.H., Fazio V.W., Church J.M., Kiran R.P.**

Prognostic modeling of preoperative risk factors of pouch failure Dis Colon Rectum 2012; 55: 393-399

**[103] A. Alves a, C Penna b**

Traitement chirurgical d'une rectocolite hémorragique chez une jeune femme.

10.1016/j.anchir.2005.11.011.

**[104] FRANCK CARBONNEL**

AKOS (Traité de Médecine) [4-0510].

**[105] Leijonmarck CE, Lofberg R, Ost A, Heller G.**

Long-term results of ileorectal anastomosis in ulcerative colitis in Stockholm County.

Dis Colon Rectum 1990; 33: 195-200.

**[106] Da Luz Moreira A, Kiran RP, Lavery I (2010).**

Clinical outcomes of ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. Br J Surg 97:65–9

**[107] Daude F, Frileux P, Penna C, et al (1993).**

Transformations of ileo-rectal anastomosis into ileo-anal anastomosis in hemorrhagic rectocolitis. Indications and results]. Ann Chir 47:1014–9

**[108] Van Duijvendijk P., Slors J.F., Taat C.W., Oosterveld P., Vasen H.F.**

Functional outcome after colectomy and ileorectal anastomosis compared with proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis in familial adenomatous polyposis Ann Surg 1999; 230: 648-65

**[109] Andersson T., Lunde O.C., Johnson E., Moum T., Nesbakken A.**

Long-term functional outcome and quality of life after restorative proctocolectomy with ileo-anal anastomosis for colitis Colorectal Dis 2011; 13: 431-437

- [110] Lovegrove R.E., Tilney H.S., Heriot A.G., Von Roon A.C., Athanasiou T., Church J., et al**

A comparison of adverse events and functional outcomes after restorative proctocolectomy for familial adenomatous polyposis and ulcerative colitis *Dis colon rectum* 2006; 49: 1293-1306

- [111] Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, et al (2007).**

Results at up to 20 years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Br J Surg* 94:333–40

- [112] Chapman J.R., Larson D.W., Wolff B.G., et al.**

Ileal pouch-anal anastomosis: does age at the time of surgery affect outcome?

*Arch Surg* 2005; 140 (6): 534-539 (9-40, discussion).

- [113] Hueting W.E., Gooszen H.G., van Laarhoven C.J.**

Sexual function and continence after ileo pouch anal anastomosis: a comparison between a meta-analysis and a questionnaire survey.

*Int J Colorectal Dis* 2004; 19 (3): 215-218.

- [114] Yann Harnoy**

Facteurs de risque de dysfonction urinaire et sexuelle après anastomose iléo-anale pour rectocolite hémorragique.

*Journal de Chirurgie Viscérale* Volume 151, numéro 4S, pages A13-A14 (octobre 2014).

- [115] **Pocard M, Zinzindohoue F, Haab F, Caplin S, Parc R, Tiret E.**

A prospective study of sexual and urinary function before and after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for rectal cancer.

Surgery 2002; 131: 368-72.

- [116] **Havenga K, Enker WE, McDermott K, Cohen AM, Minsky BD, Guillem J.**

Male and female sexual and urinary function after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for carcinoma of the rectum.

J Am Coll Surg 1996; 182: 495-502.

- [117] **Cornish JA, Tan E, Teare J, et al (2007).**

The effect of restorative proctocolectomy on sexual function, urinary function, fertility, pregnancy and delivery: a systematic review. Dis Colon Rectum 50:1128–38

- [118] **Counihan TC, Roberts PL, Schoetz DJ, Jr., Coller JA, Murray JJ, Veidenheimer MC.**

Fertility and sexual and gynecologic function after ileal pouch-anal anastomosis.

Dis Colon Rectum 1994; 37: 1126-9.

- [119] **Damgaard B, Wettergren A, Kirkegaard P.**

Social and sexual function following ileal pouch-anal anastomosis.

Dis Colon Rectum 1995; 38: 286-9.

[120] **Ording Olsen K, Juul S, Berndtsson I, Oresland T, Laurberg S.**

Ulcerative colitis: female fecundity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample.

Gastroenterology 2002; 122: 15-9.

[121] **Beyer L, Maggiori L, Birnbaum D, et al (2012).**

A total laparoscopic approach reduces the infertility rate after ileal pouch-anal anastomosis: a two-center study. Ann Surg.

[122] **Remzi F.H., Gorgun E., Bast J., Schroeder T., Hammel J., Philipson E. , et al.**

Vaginal delivery after ileal pouch-anal anastomosis: a word of caution  
Dis Colon Rectum 2005; 48: 1691-1699

[123] [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

HAS/ Service des affections de longue durée et accords conventionnés.

[124] **Grainge MJ, West J, Card TR (2010).**

Venous thromboembolism during active disease and remission in inflammatory bowel disease: a cohort study. Lancet 375 :657–63

## *Serment d'Hippocrate*

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

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

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
  - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
  - < وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
  - < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
  - < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
  - < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
  - < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
  - < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
  - < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
  - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .
- والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط  
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 102

سنة: 2015

## إتهاب المستقيم والقولون النزيفي، التطور بعد العلاج الجراحي

مصلحة الجراحة "س"

المركز الاستشفائي الجامعي بالرباط

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: .....

من طرفه

الآنسة: هاجر بنزوبينة

المزودة في 17 فبراير 1990 بسلا

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: المفارغة اللفائية الشرجية - المفارغة اللفائية المستقيمية - تنظيف البطن - نتائج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد أحلات

مشرف

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: عبد المالك حرورة

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: محمد الرايس

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: مصطفى عليلو

أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيدة: فاطمة الزهرة أجنة

أستاذة في الجهاز الهضمي

أعضاء