



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

Année 2020

Thèse N° 129

# Les complications de la chirurgie digestive au service de chirurgie viscérale Hôpital Arrazi CHU Mohamed VI

**THÈSE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/06/2020

PAR

**Mlle. Fatima Ezzahra TAOUBANE**

Née Le 09 Février 1993 À Marrakech

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

**MOTS-CLÉS**

Chirurgies digestives – Complications – Post opératoire

**JURY**

<b>M.</b>	<b>A. LOUZI</b> Professeur de Chirurgie Viscérale	<b>PRESIDENT</b>
<b>M.</b>	<b>K. RABBANI</b> Professeur de Chirurgie Viscérale	<b>RAPPORTEUR</b>
<b>M<sup>me</sup>.</b>	<b>M. OUALI IDRISSE</b> Professeur de Radiologie	} <b>JUGES</b>
<b>M.</b>	<b>A. FAKHRI</b> Professeur D'anatomie Pathologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





# *Serment d'hippocrate*

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

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

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

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

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

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

**Déclaration Genève, 1948**





---

***LISTE DES PROFESSEURS***

---



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

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

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nistrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI EI Ouafi EI Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH I Mohamed Amine	Urologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie –Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique	LOUHAB Nistrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabihrabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILAL Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAÏTY Brahim	Oto–rhino– laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUS Aïcha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie– réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino–laryngologie
DRAÏSS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo facial	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie -Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique ethygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MLIHA TOUATI	Oto-Rhino -

		Mohammed	Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardiovasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

#### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgiemaxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie

BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie – réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio- organique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



---

*DÉDICACES*

---



*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et  
ma reconnaissance et de dédier cette thèse .....*



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



*A MA TRÈS CHÈRE MÈRE NAÏMA MAAROUFI*

*A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans. A une personne qui m'a tout donné sans compter. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi. Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.*

*Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements. Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études. J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect. Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

*Je t'aime maman...*

***A MON TRÈS CHER PÈRE ABEDLHADI TAUBANE***

*A celui qui m'a aidé à découvrir le 'savoir' le trésor inépuisable.*

*De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études. Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines.*

*Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel... Ce travail est ton œuvre, toi qui m'as donné tant de choses et tu continues à le faire...sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas.*

***A MES TRÈS CHÈRES FRÈRES MAROUANE ET OTHMANE***

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement. Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore. Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis, votre aide et votre générosité extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.*

*Je dédie spécialement ce travail à mon frère MAROUANE qui n'a pas pu être à mes côtés en ce jour spécial.*

*J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur, amour et que vos rêves se réalisent.*



***A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS PATERNELS***

*La vie a fait que vous ne soyez plus là aujourd'hui*

*Je sais que vous auriez été fiers ...*

*Là où vous êtes reposez en paix*

***A MES GRANDS PARENTS MATERNELS***

*Je sais que vous êtes fiers de voir cet accomplissement se  
concrétiser*

*Puisse dieu vous accorder santé et longue vie pour être témoins du  
reste et de vous en réjouir*

***A MON CHER ONCLE DR KARIM MAAROUFI***

*Je te dédie ce travail et je te remercie de tout mon cœur pour tout  
le soutien et l'aide que tu m'as apporté.*

***A MES CHÈRES ONCLES ET TANTES ET LEURS EPOUX(SES)***

*Je vous dédie ce travail en gage de mon amour et de mon respect,  
et en souvenir aux bons moments de famille.*

***A MES ADORABLES COUSINS ET COUSINES***

*Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie  
pleine de réussite, de santé et de bonheur.*



*A TOUTE MA FAMILLE*

*En témoignage de mon attachement et de ma grande  
considération.*

*J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de  
mes sentiments les plus chaleureux.*

*Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à  
votre égard, et soit la preuve du désir que j'aie depuis toujours  
pour vous honorer.*

*Tous mes vœux de bonheur et de santé.*

*A MES CHÈRES AMI(E)S*

*Nous avons partagé ensemble plein de moments de joie et  
surmonté des moments de frustration.*

*Nos vies ont parfois pris des chemins parallèles, mais sans jamais  
vraiment se séparer*

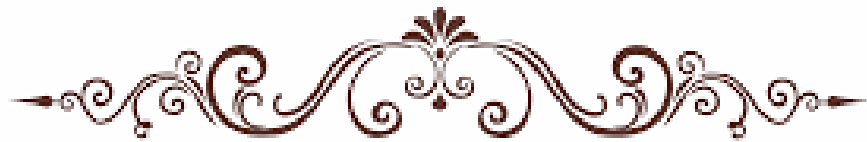
*Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.*

*A tous ceux qui d'une manière ou d'une autre a forgé ce que je  
suis aujourd'hui*

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

*A tous mes enseignants tout au long de mes études*

*À tous ceux qui ont choisi cette pénible voie et continuent de s'en  
féliciter.*



---

*REMERCIEMENTS*

---



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY*

*MONSIEUR LE Professeur LOUZI*

*Abdelouahed, professeur agrégé en chirurgie viscérale*

Vous nous faites l'honneur et le plaisir de présider notre jury. Votre compétence et vos qualités humaines vous valent le respect de tous. Que ce travail soit le gage de notre respectueuse considération.

*A notre maître et directeur de thèse Monsieur le  
Professeur RABBANI Khalid, professeur agrégé de  
chirurgie viscérale*

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines nous ont profondément marqués et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

*A notre maître et juge de thèse madame OUALI IDRISSE Mariam*  
*professeur agrégée de radiologie*

*Accepter de vous associer à ce jury de thèse représente pour moi grand honneur. Veuillez trouver ici, chère maître, le témoignage de ma gratitude et mes respectueux sentiments tout en vous exprimant ma profonde et sincère reconnaissance en vous témoignant estime et respect.*

*A notre maître et juge de thèse Monsieur le Professeur*  
*FAKHRI Anass, professeur agrégé en anatomie*  
*pathologie*

*Nous vous remercions d'avoir accepté d'être associé à ce travail. Vous nous avez accueillis avec modestie et beaucoup de sympathie. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde estime et reconnaissance.*



---

# *ABBREVIATIONS*

---



## Liste des abréviations :

<b>CPO</b>	: complications post opératoire
<b>ATCD</b>	: antécédents
<b>RTH/CHT</b>	: radiothérapie/chimiothérapie
<b>AVK</b>	: anti vitamine K
<b>LV</b>	: lithiase vésiculaire
<b>LVBP</b>	: lithiase de la voie biliaire principale
<b>PA</b>	: pancréatite aigue
<b>CRPE</b>	: cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique
<b>ISO</b>	: infection du site opératoire
<b>VBP</b>	: voie biliaire principale
<b>VB</b>	: vésicule biliaire
<b>DPC</b>	: Duodéno pancréatectomie Céphalique
<b>PPU</b>	: péritonite par perforation d'ulcère
<b>RCH</b>	: rectocolite hémorragique
<b>Nb</b>	: nombre
<b>IRCT</b>	: insuffisance rénale chronique terminale
<b>KH</b>	: kyste hydatique
<b>VHB</b>	: virus hépatite B
<b>VHC</b>	: virus hépatite C
<b>IHC</b>	: insuffisance hépato cellulaire
<b>MICI</b>	: maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
<b>Tx</b>	: taux
<b>Post-op</b>	: post-opératoire



---

# *PLAN*

---



<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b>	<b>3</b>
I. Problématique :	4
II. Objectifs :	4
1. Objectif général :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
III. La population d'étude :	4
IV. Méthodologie :	5
1. Type de l'enquête :	5
2. Recueil des données :	5
3. Analyse des données :	6
4. Considérations éthiques :	6
<b>RÉSULTATS</b>	<b>7</b>
I. Répartition de l'âge :	8
II. Répartition du sexe :	8
III. Les antécédents des patients:	9
IV. Types des chirurgies digestives ::	10
1. Chirurgie hépatopancréatico biliaire :	11
2. Chirurgies pariétales :	26
3. Chirurgies oeso gastrique :	29
4. Chirurgies grêle colo rectale :	32
<b>DISCUSSION</b>	<b>40</b>
I. Fréquence des complications post opératoire selon les auteurs :	41
II. Répartition du sexe selon les auteurs :	41
III. Répartition de l'âge moyen selon les auteurs :	42
IV. La mortalité post opératoire selon les auteurs :	43
V. Infections du site opératoire selon les auteurs :	43
VI. Les infections urinaires ;	44
VII. Les infections respiratoires :	45
VIII. L'hémorragie :	45
IX. Les fistules post op.	46
<b>CONCLUSION</b>	<b>47</b>
<b>RESUMES</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>70</b>



---

# *INTRODUCTION*

---



Les complications post opératoires (CPO) se définissent comme étant l'apparition de phénomènes (incidents ou accidents) nouveaux survenant dans les suites opératoires et entraînant généralement l'aggravation de la situation antérieure par leur morbidité et même leur mortalité. Elles représentent des indicateurs importants pour la qualité des soins en chirurgie.

Les CPO constituent un handicap pour les malades. Elles peuvent entraîner une situation critique pour un opéré, puisqu'elles peuvent nécessiter une reprise chirurgicale dans 13% à 35% des cas [1, 2].

Elles peuvent être réparties en complications précoces et tardives selon le délai de survenue [1], comme en complications infectieuses ou non infectieuses

En dépit d'énormes progrès dans le domaine de la technique opératoire (chirurgie de moins en moins invasive et de plus en plus performante et précise), de la mise au point des matériels sophistiqués de stérilisation des instruments et linges chirurgicaux et de l'application des principes universels d'asepsie dans les blocs opératoires, les CPO restent en général fréquentes [3].

Les complications post opératoires constituent un problème majeur visant à compromettre les succès de la chirurgie, à augmenter la durée d'hospitalisation, le coût de la prise en charge, et le taux de morbi-mortalité post opératoire. Elles représentent des indicateurs importants de la qualité de l'intervention et des soins post opératoires [2]. Toutefois plusieurs zones d'ombre persistent aussi bien sur la morbidité post-opératoire dans les hôpitaux que sur la nature des complications enregistrées dans ces structures.

C'est donc afin d'obtenir des résultats objectifs sur l'activité globale de tout le service que nous avons mené cette étude afin d'évaluer le bilan global de notre pratique chirurgicale au sein du service de Chirurgie Viscérale Hôpital Arrazi CHU Mohamed VI de Marrakech.



---

*MATÉRIELS*  
*ET*  
*MÉTHODES*

---



## **I. Problématique :**

Au regard de la gravité des CPO et des conséquences néfastes (morbidité, mortalité) qui en découlent, nous avons conduit cette étude afin de spécifier les types de complications les plus fréquentes et obtenir des résultats objectifs sur l'activité globale de tout le service.

## **II. Objectifs :**

### **1. Objectif général :**

Etudier les complications post opératoires dans le service de Chirurgie Viscérale au CHU MOMAHED VI.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Identifier les complications post opératoires
- Déterminer la fréquence des complications post opératoires dans le service de chirurgie viscérale.
- Déterminer les principales pathologies concernées par les CPO.
- Evaluer les types des CPO.
- Déterminer le taux de mortalité.

## **III. La population d'étude :**

La population étudiée est représentée par l'ensemble des patients âgés de plus de 16 ans hospitalisés au sein du service de chirurgie viscérale de l'hôpital Arrazi CHU Mohamed VI sur une période de 3ans (de mars 2016 à mars 2019) et ayant subi une intervention chirurgicale.

On entend par intervention, la réalisation d'une ou plusieurs procédures chirurgicales effectuées sur un patient lors d'une seule visite au bloc opératoire.

De cette étude nous avons exclu :

- Les dossiers incomplets
- Les patients qui ont subi des actes invasifs à visée diagnostique ou des actes de radiologie conventionnelle.
- Tout patient non opéré et hospitalisé dans le service.
- Tout patient opéré dans un autre établissement hospitalier.

## **IV. Méthodologie :**

### **1. Type de l'enquête :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur l'ensemble des patients opérés au sein du service de chirurgie viscérale au CHU Md VI de Marrakech, durant une période étendue du 01 mars 2016 jusqu'à 01 mars 2019.

### **2. Recueil des données :**

Tous les malades hospitalisés dans le service de Chirurgie Viscérale ont chacun un dossier dans lequel sont portées toutes les données sociodémographiques, cliniques, para cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

Nos renseignements ont été recueillis dans ces dossiers.

Par la suite, les variables suivantes ont été analysées : âge, sexe, date d'entrée, date de sortie et type d'intervention, bilan demandé en préopératoire, type d'anesthésie, le traitement antibiotique reçu, la durée d'hospitalisation, l'évolution post opératoire, les ré-hospitalisations ou reprises chirurgicales.

### **3. Analyse des données :**

Les données ont été analysées par le logiciel Excel 2007. La saisie des textes et des tableaux a été réalisée sur le logiciel Microsoft Office Word 2007.

### **4. Considérations éthiques :**

Des considérations éthiques ont été respectées tout au long de l'étude telles que le respect de l'anonymat et la non divulgation du secret médical.



---

## *RÉSULTATS*

---



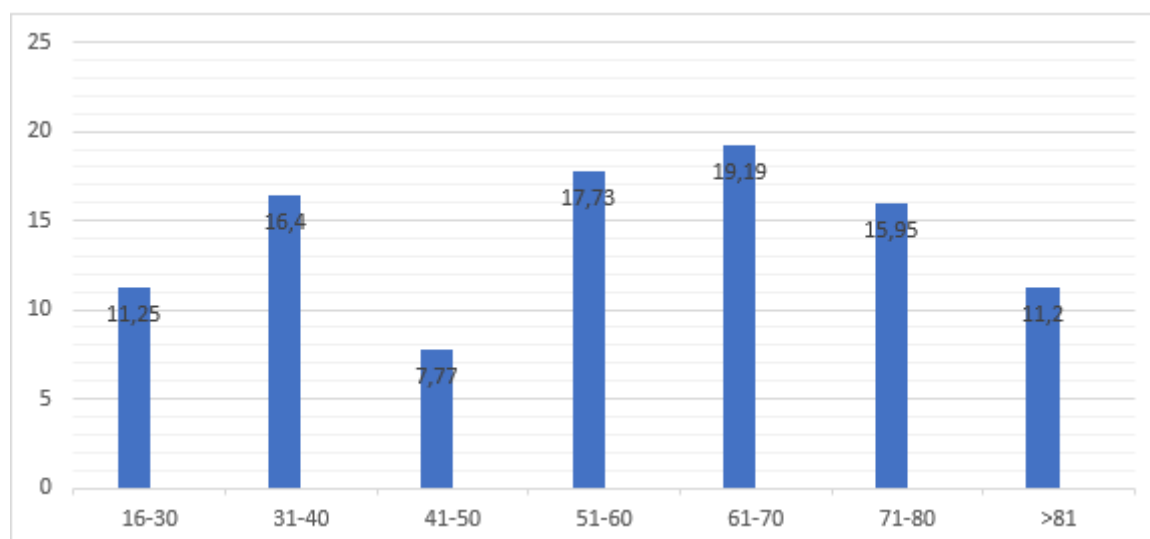
## I. Répartition de l'âge :

Durant la période d'étude, 3535 patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale au sein du service de chirurgie viscérale Hôpital Arrazi CHU Md VI.

La moyenne d'âge en général est de 51,5 ans avec des extrêmes allant de 16 à 85ans.

La tranche d'âge [16-30 ans] constitue 400 cas soit 11,25% ; [31-40ans] constitue 583 cas soit 16,40 % ; la tranche d'âge de [41-50 ans] constitue 07,77% de la population étudiée ; [51-60 ans] constitue 630 cas soit 17,73% ; [61-70ans] constitue 682 soit 19,19% ; [71-80ans] constitue 567 cas soit 15,95% ; et les patients âgés de plus 81 ans constitue 398 cas soit 11,20%.

La tranche d'âge[61-70ans] était majoritaire.

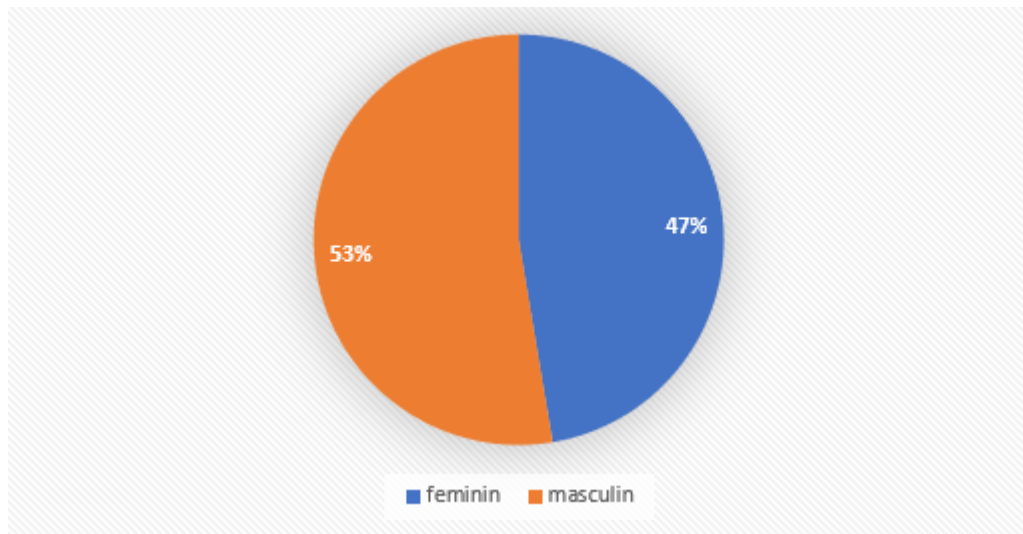


**Figure 1** : répartition des patients selon l'âge.

## II. Répartition du sexe :

Dans notre série, le sexe masculin était majoritaire avec un pourcentage de 52,64 % (1861 cas) contre 47,35%des femmes (1674 cas).

Le Sexe ratio général dans notre série est de 1,1.



**Figure 2 :** répartition des patients selon le sexe.

### **III. Les antécédents des patients :**

Pour les pathologies tumorales, parmi les 1092 cas rapportés dans notre étude :

- 96 cas présentaient une dénutrition,
- 167cas ayant des habitudes toxiques (tabac, alcool ...),
- 110 cas ayant eu une RTH/CHT pré opératoire,
- 350 cas avaient un antécédant chirurgical antérieur,
- 198 cas étaient diabète type 2,
- 87 cas étaient suivis de pathologie endocrinienne,
- 50cas étaient suivis pour des pathologies cardiaques, dont 27 étaient sous AVK.
- Et 34cas avaient une insuffisance rénale, dont 13 étaient en IRCT.

Pour les pathologies non tumorales, nous avons rapportés 783 :

- 30patients était dénutris.
- 198cas avaient des habitudes toxiques (tabac, alcool ...),

- 40 ont eu une RTH/CHT antérieur,
- 306 cas avaient un ATCD chirurgical antérieur,
- 86cas étaient diabétique,
- 67 cas étaient suivis de pathologie endocrinienne,
- 33 cas avaient des cardiopathies,
- Et 23 cas d'insuffisance rénale.

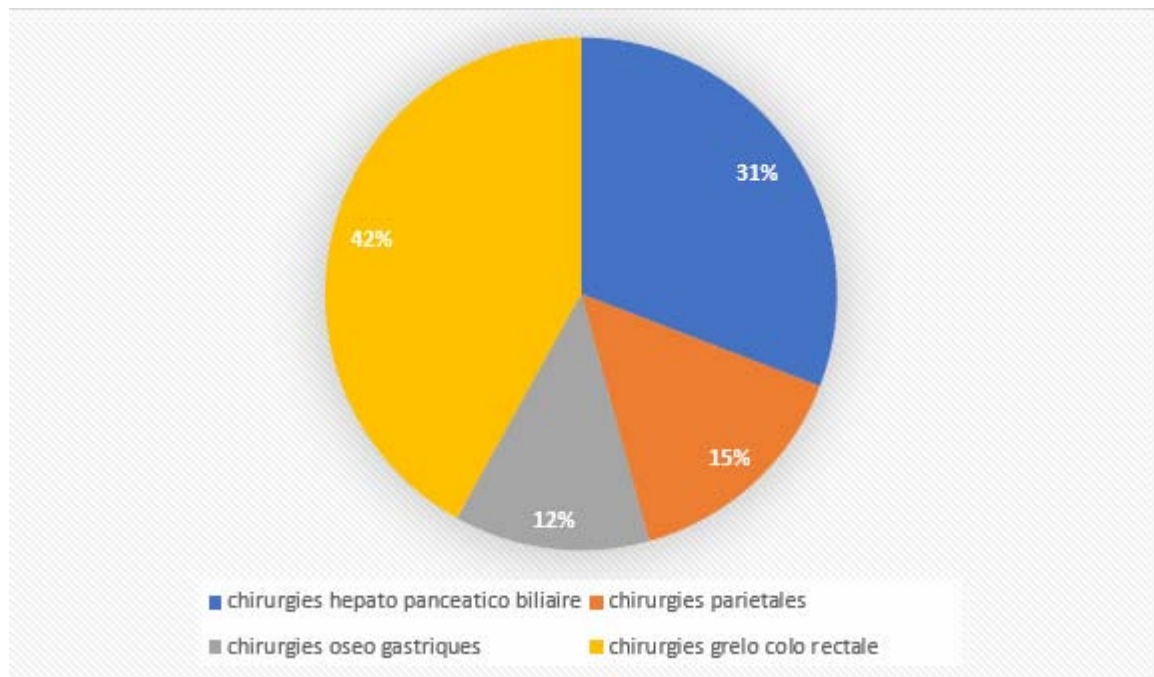
**Tableau I : Nombre de patients présentant des ATCD**

	Pathologie tumorale	Pathologie non tumorale
Dénutrition	96	30
Habitudes toxiques (tabac, alcool ...)	167	198
RTH/CHT préopératoire	110	40
Chirurgie antérieur	350	306
Endocrinopathies	285	153
Cardiopathies sous AVK	50	33
Insuffisance rénale	34	23

#### **IV. Types des chirurgies digestives :**

On a rapporté 1091 cas de chirurgies hépato pancréatico-biliaire ont été pratiqué dans notre service soit 30,86%, 525 cas de chirurgies pariétales soit 14,85%, 437 cas de chirurgies oeso-gastriques soit 12,36 % et 1482 cas de chirurgies grêlo-colo-rectales soit 41,91%.

Avec un total 3535 cas de geste pratiqué au cours de la période d'étude.

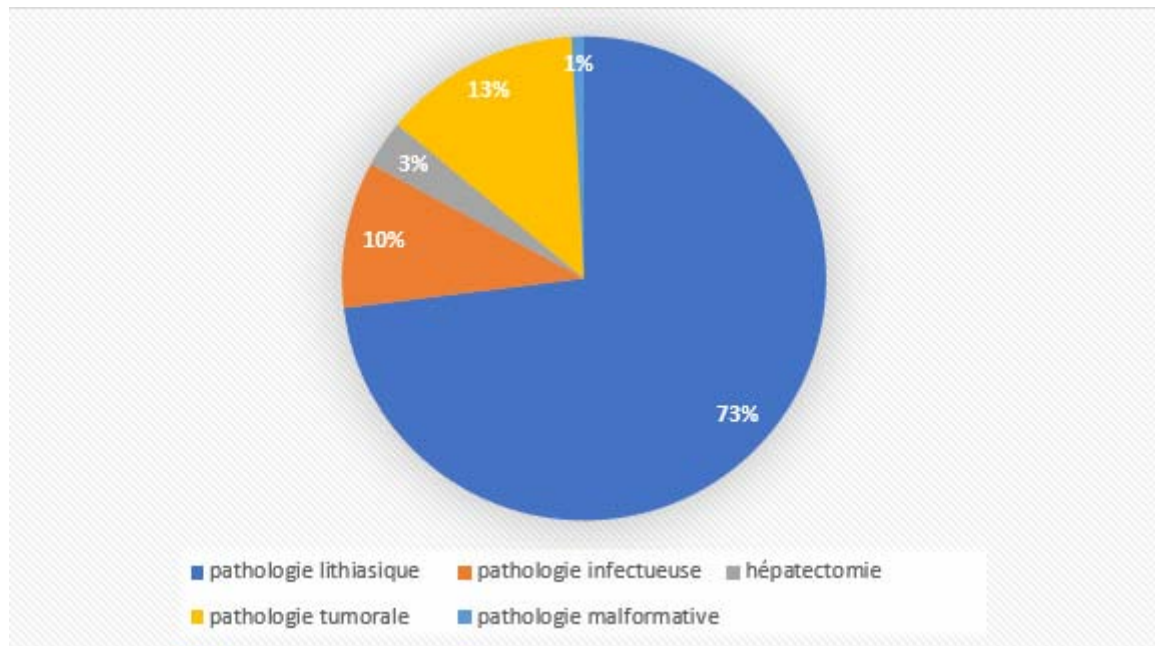


**Figure 3 : types des chirurgies digestives.**

### **1. Chirurgie hépato-pancréatico-biliaire :**

Dans notre étude, nous rapportons 1091 de cas de chirurgie hépato-pancréatico-biliaire avec un pourcentage de 30,86% des chirurgies digestives dont :

- 797 cas de pathologie lithiasique soit (73,05%),
- 107 cas de pathologie infectieuse soit (09,80%),
- 03,11% étaient pour des pathologies hépatiques soit 34 cas
- 144 cas de pathologie tumorale (13,19%)
- Et 09 cas de pathologies malformatives (0,82%).



**Figure 4 : répartition des chirurgies hépato-pancréatico-biliaire**

### **1.1. Pathologie lithiasique :**

#### **a. Lithiase vésiculaire simple ou compliquée (cholécystite / pancréatite aigüe) :**

Dans notre série, 572 patients ont bénéficié d'une cholécystectomie. Dont 368 cas de LV simple soit 64,33%, 92 cas de cholécystite soit 16,08 % et 112 cas de PA soit 19,58 %.

##### *a.1. Modalité chirurgicale :*

Parmi les 368 patients présentant une LV non compliquée :

- 354 cas ont bénéficié d'une chirurgie coelioscopique,
- 10 cas ayant eu une celioscopie converti
- Et 04 cas de cholécystectomie par voie sous costale droite.

Les 92 patients présentant une cholécystite, 08 cas parmi eux ont bénéficié d'une cholécystectomie sous coelioscopie, 07 cas ayant eu une coelioscopie convertie et 77 cas par laparotomie sous costale droite.

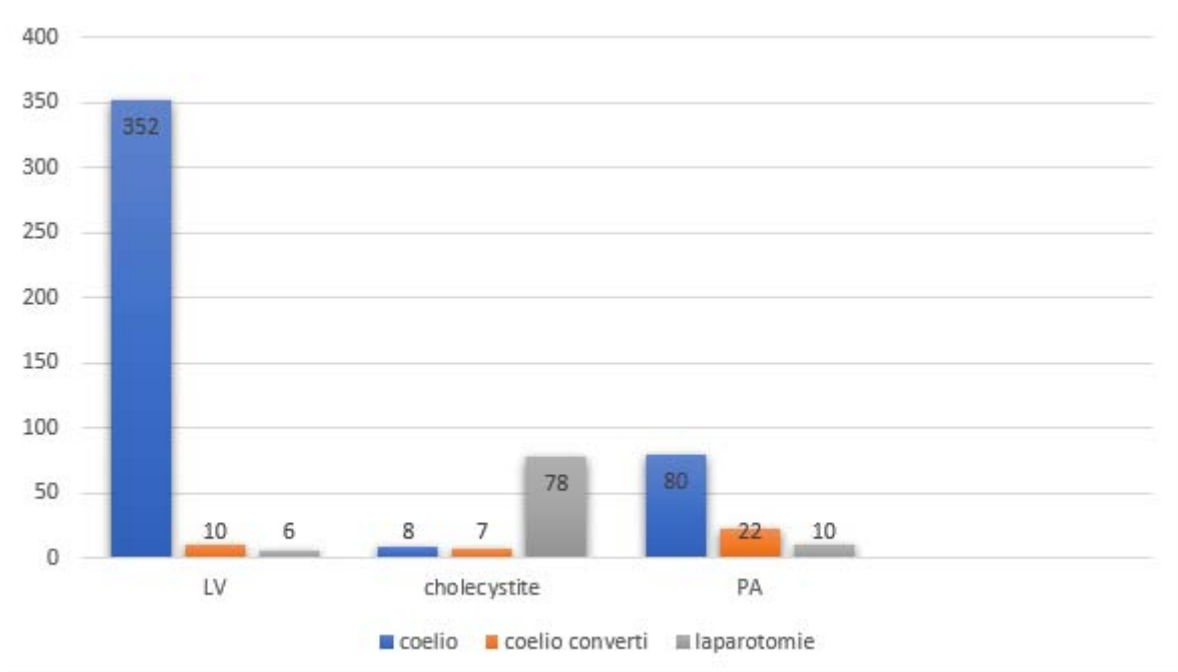
Les 112 patients présentant une pancréatite aigüe 34 cas opéré sous coelioscopie, 04 par coelioscopie converti et 74 cas par laparotomie sous costale droite.

Les différents stades de pancréatites aigües rapportées dans notre étude :

- 17 cas de PA stade A de Balthazar soit 15,18%,
- 13 cas de PA stade B soit 11,61%,
- 25 cas de PA stade C soit 22,32%,
- Et les stades D et E sont les moins représentés avec des pourcentages respectivement de 8,93% et 26,79%
- Et 17 cas de Pseudo kyste soit 15,18%.

Pour les PA stade E compliquée de pseudo kyste une cholécystectomie a été réalisé par laparotomie plus dérivation kysto-gastrique. Les PA stade E non opéré ont été exclu.

Les PA stade D et E sont opéré après refroidissement à délai de six semaines, et contrôle scanographique.



**Figure 5 : modalité chirurgicale des pathologies lithiasiques**

**Tableau II : La répartition des PA**

	Nb	%
PA stade A	17	15,18
PA stade B	13	11,61
PA stade C	25	22,32
PA stade D	10	8,93
PA stade E	30	26,79
Pseudo kyste	17	15,18
<b>Totale</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

- Le drainage a été réalisé dans 328 cas de LV soit 57,34%, 80 cas des cholécystites soit 13% et 102 cas de PA soit 17,38%.

*a.2. Durée du séjour post opératoire :*

- Pour les LV la durée de séjour varie entre 01 et 07 jours.
- Pour les cholécystites la durée de séjour varie entre 01 et 10 jours.
- Pour les PA la durée de séjour varie entre 03 et 22 jours.
- Pour les PA stade E compliquée de pseudo kyste la durée de séjour post op varie entre 04 et 08 jours.

**Tableau III : répartition de la durée de séjour**

Durée de séjour	Minimale	Maximale	Moyenne
LV	01	07	03
Cholécystite	01	10	05
PA	03	22	07
PA STADE E compliquée de pseudo kyste	04	08	04

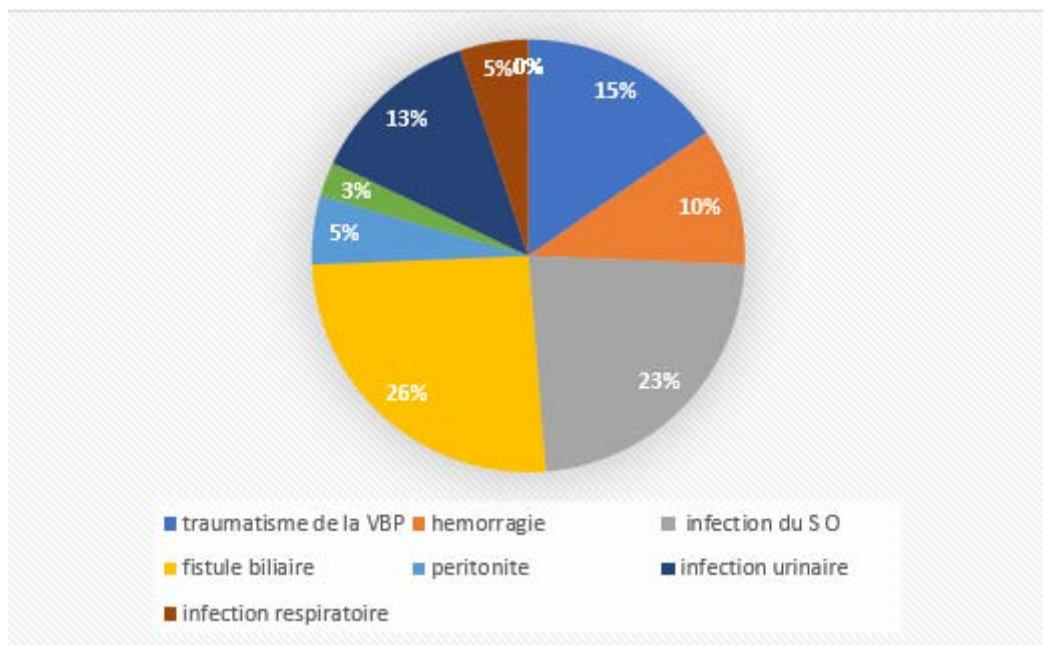
*a.3. Les complications :*

Dans notre étude, nous rapportons :

Au total, 39 patients ont présenté des complications post opératoire soit 06,81% de l'ensemble des LV.

**Tableau IV : Les complications des LV**

Les complications			
Complications générales		Complications spécifiques	
Péritonite postop	02 (05,1%)	Traumatisme de le VBP	06 (15,38%)
Infection respiratoire	02 (05,1%)	Hémorragies	04 (10,25%)
Décès	01 (2,5%)	Fistule biliaire	10 (25,64%)
Infection du SO	09 (23,07%)		
Infection urinaire	05 (12,82%)		
Eviscération	0		
Septicémie	0		
Etat de choc	0		
Thrombophlébite	0		
Occlusion intestinale	0		



**Figure 6 : Les complications des LV**

**b. Lithiase de la voie biliaire principale simple ou compliquée :**

Dans notre série, nous rapportons 225 cas dont 209 cas de LVBP simple soit 92,88% et 16 cas compliqué d'angiocholite soit 7,11%.

***b.1. Modalité chirurgicale :***

- Cholécystectomie plus dérivation cholédoquo–duodénale a été réalisé dans 104 cas soit 46,22 %.
- Cholécystectomie avec drainage biliaire externe par drain de Kherr a été réalisé dans 91 cas soit 40,44%.
- Cholécystectomie après CPRE a été réalisé dans 30 cas soit 13,33%.

***b.2. Durée de séjour post opératoire :***

La durée de séjour varie entre 04 et 10 jours.

**Tableau V : durée de séjour des LVBP**

	Minimale	Maximale	Moyenne
Durée de séjour	04	10	06

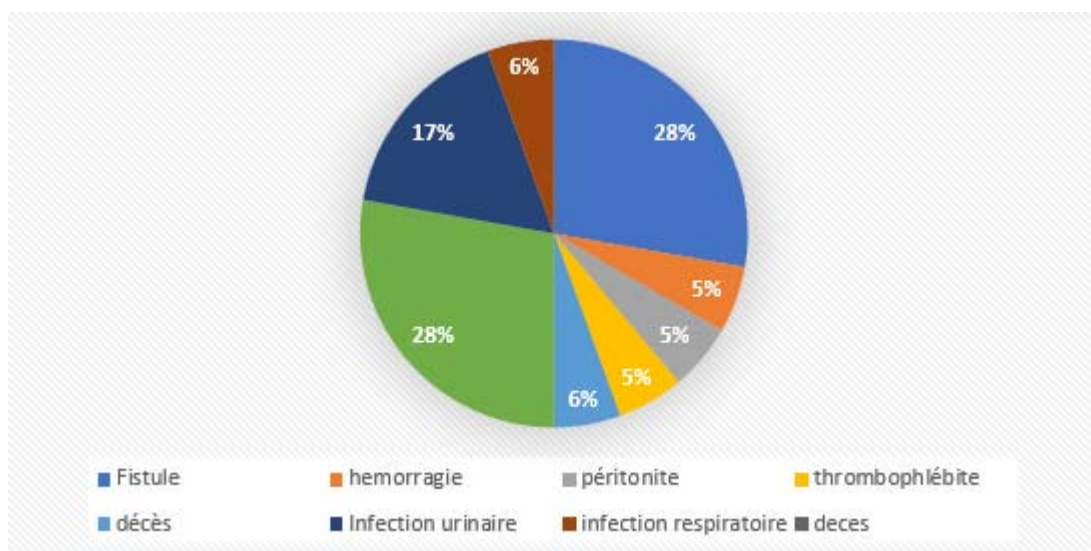
***b.3. Les complications :***

Dans notre étude, nous rapportons les complications suivantes :

Au total 18 patients ont présenté des complications soit 08% de l'ensemble des LVBP.

**Tableau VI : les complications des LVBP**

Les complications au cours des LVBP			
Complications générales		Complications spécifiques	
Péritonite postop	01 (5,55%)	Fistule	05 (27,7%)
Thrombophlébite	01 (5,55%)	Hémorragies	01 (5,55%)
Décès	01 (5,55%)		
ISO	05 (27,7%)		
Infection urinaire	03 (16,66%)		
Infection respiratoire	01 (5,55%)		
Septicémie	0		
Etat de choc	0		
Occlusion intestinale	0		
Eviscération	0		



**Figure 7** : Les complications de la chirurgie des LVBP

## 1.2. Pathologie infectieuse :

### a. Kyste hydatique simple ou compliqué :

Dans notre série, nous rapportons 97 cas dont 83 cas de kyste hydatique simple soit 85,56% et 13 cas compliqué soit 13,4%.

#### a.1. Modalité chirurgicale :

Nous rapportons que 60 cas ont bénéficié d'une résection du dôme saillant, 22 cas de résection du dôme saillant plus cholécystectomie, 02 cas d'hépatectomie et 13 cas associé au drainage biliaire.

Tous les patients ont bénéficié d'un drainage soit intra cavitaire, sous hépatique et parfois hépato diaphragmatique.

#### a.2. Durée de séjour :

La durée de séjour varie entre 02 et 14 jours.

**Tableau VII** : durée de séjour des KH

	Minimale	Maximale	Moyenne
Durée de séjour	02	14	08

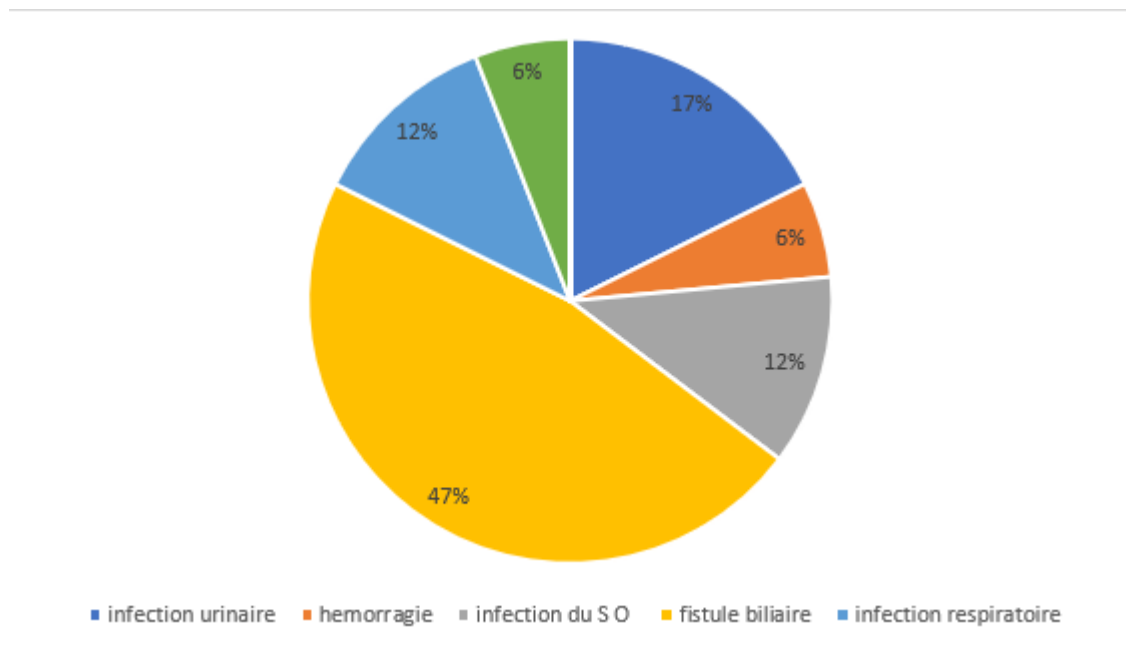
*a.1. Complications :*

Dans notre étude, nous rapportons les complications suivantes :

Au total 17 patient ont présentés des complications soit 17,52% de l'ensemble des KH.

**Tableau VIII : les complications post opératoire des KH**

	Nb	%
Traumatisme de la VBP	0	0
Hémorragie	1	05,88
Infection du S O	2	11,76
Infection urinaire	3	17,64
Infection respiratoire	2	11,76
Septicémie	0	0
Occlusion intestinale	1	05,88
Fistule biliaire	8	47,05
Péritonite post op	0	0
Eviscération	0	0
Thrombophlébite	0	0
Décès	0	0
Total	17	100



**Figure 8 : les complications post opératoire des KH**

**b. Abscès du foie :**

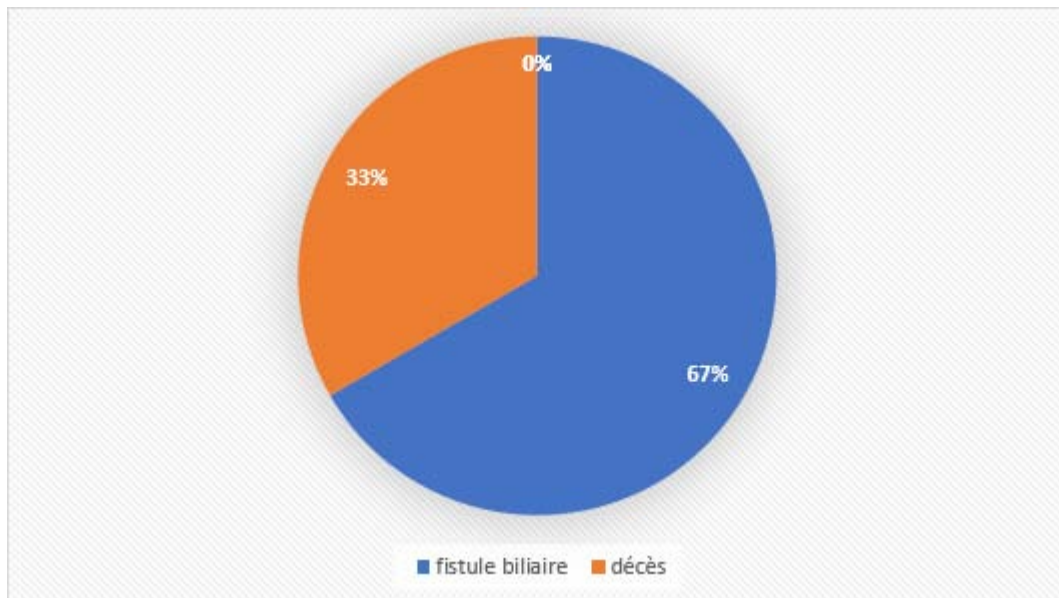
Dans notre série nous rapportons 48 cas.

La majorité ont bénéficié d'un drainage écho ou scanno-guidé.

Dix (10) patients seulement ont bénéficié d'une mise à plat de l'abcès avec lavage et drainage.

Parmi ces patients

- 2 cas ont été compliqués de fistule biliaire
- 1 patient est décédé



**Figure 9 : les complications des abcès**

**1.3. Les hépatectomies :**

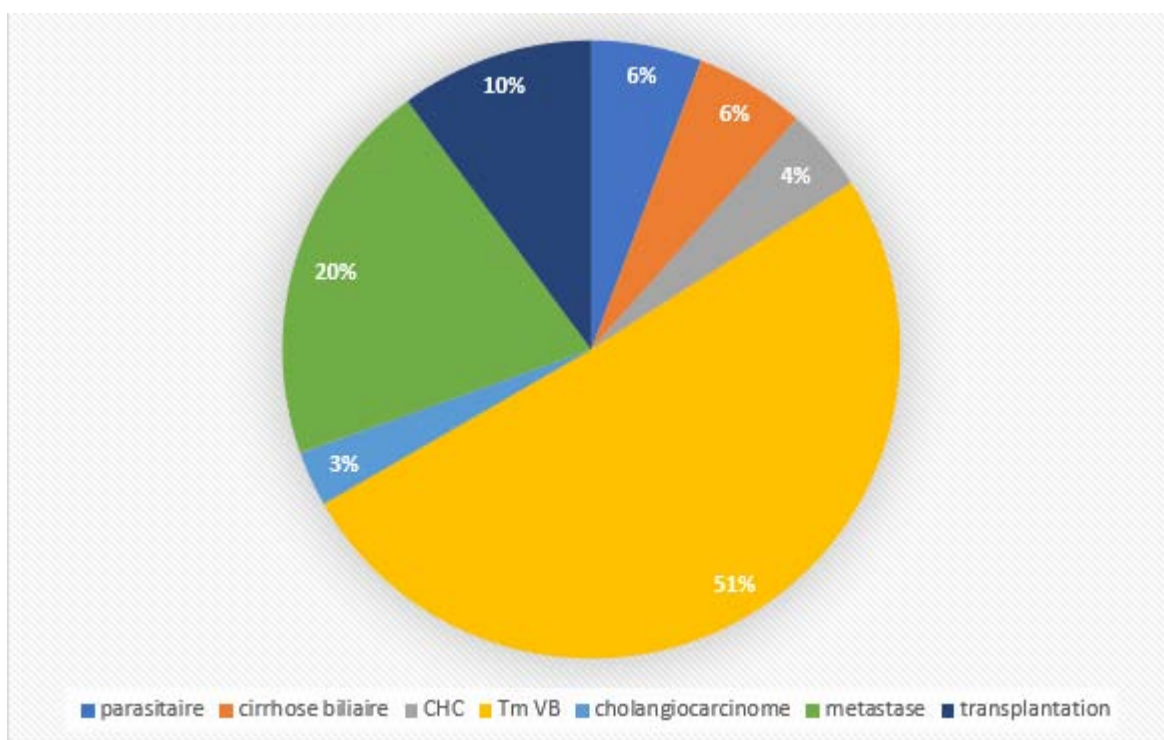
Dans notre série, 69 patients ont bénéficié d'une hépatectomie dont 35 cas présentaient une pathologie tumorale hépatique, et 34 patients présentaient autre pathologie du foie.

**a. Indication de l'intervention :**

Dans notre étude, nous avons eu 04 cas d'origine parasitaire, 04 cas de cirrhose biliaire, 03 cas de carcinome hépato cellulaire, 35 cas de tumeur de la vésicule biliaire, 02 cas de

cholangiocarcinome, 14 cas de métastase du foie droit, 07 cas de transplantation pour (dont 04 donneurs vivants sans ATCD et 03 receveurs : le premier présente une cirrhose post VHB, le deuxième présente une cirrhose sur VHC, et le troisième présente cirrhose iatrogène suite à une plaie par arme blanche).

Un drainage de la cavité abdominale a été réalisé dans 88% des cas. Aucun drainage biliaire n'a été effectué.



**Figure 10 : les indications des hépatectomies**

**a. Durée de séjour :**

La durée de séjour varie entre 07 et 20 jours.

**Tableau VIII : durée de séjour des hépatectomies**

	Durée de séjour
Minimale	7
Maximale	20
Moyenne	15

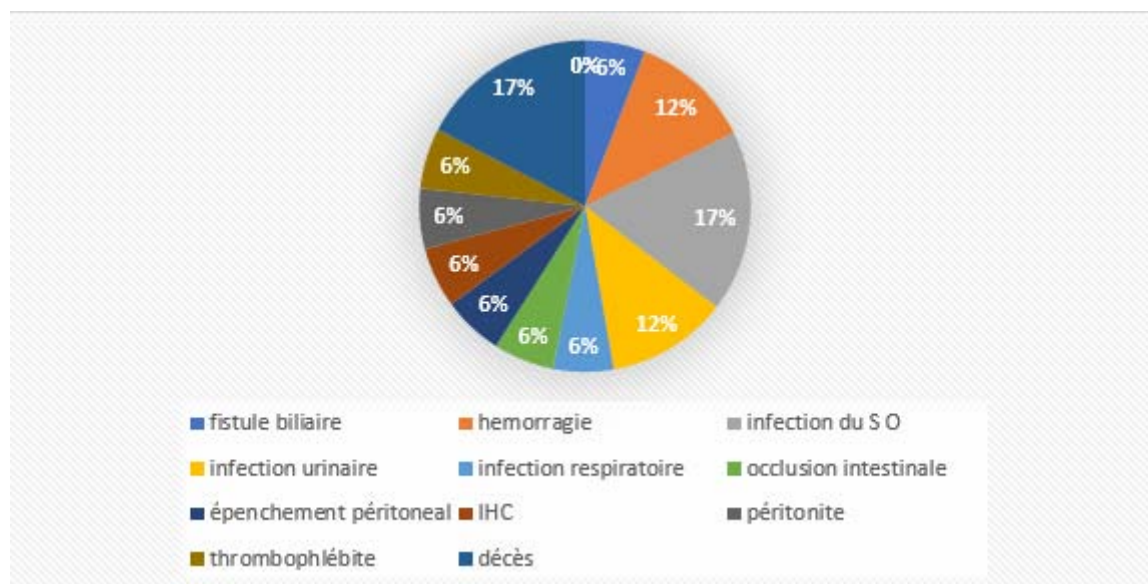
**b. Complications :**

Dans notre étude, nous rapportons les complications suivantes :

Au total 14 cas ont présenté des complications soit 47,05% des hépatectomies.

**Tableaux : les complications des hépatectomies**

	Nb	%
Fistule biliaire	01	06,25
Hémorragie	02	12,5
ISO	03	18,75
Infection urinaire	02	12,5
Infection respiratoire	01	06,25
Septicémie	0	0
Occlusions intestinales	01	06,25
Épanchement péritonéal	01	06,25
Eviscération	0	0
IHC	01	06,25
Péritonite	01	06,25
Thrombophlébite	01	06,25
Traumatisme de la VBP	0	0
Etat de choc	0	0
Décès	02	12,5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>



**Figure 11 : les complications post op des hépatectomies**

**1.4. Pathologies tumorales :**

Dans notre série, nous rapportons 144 cas.

**a. Modalité chirurgicale :**

*a.1. Tumeurs de la vésicule biliaire :*

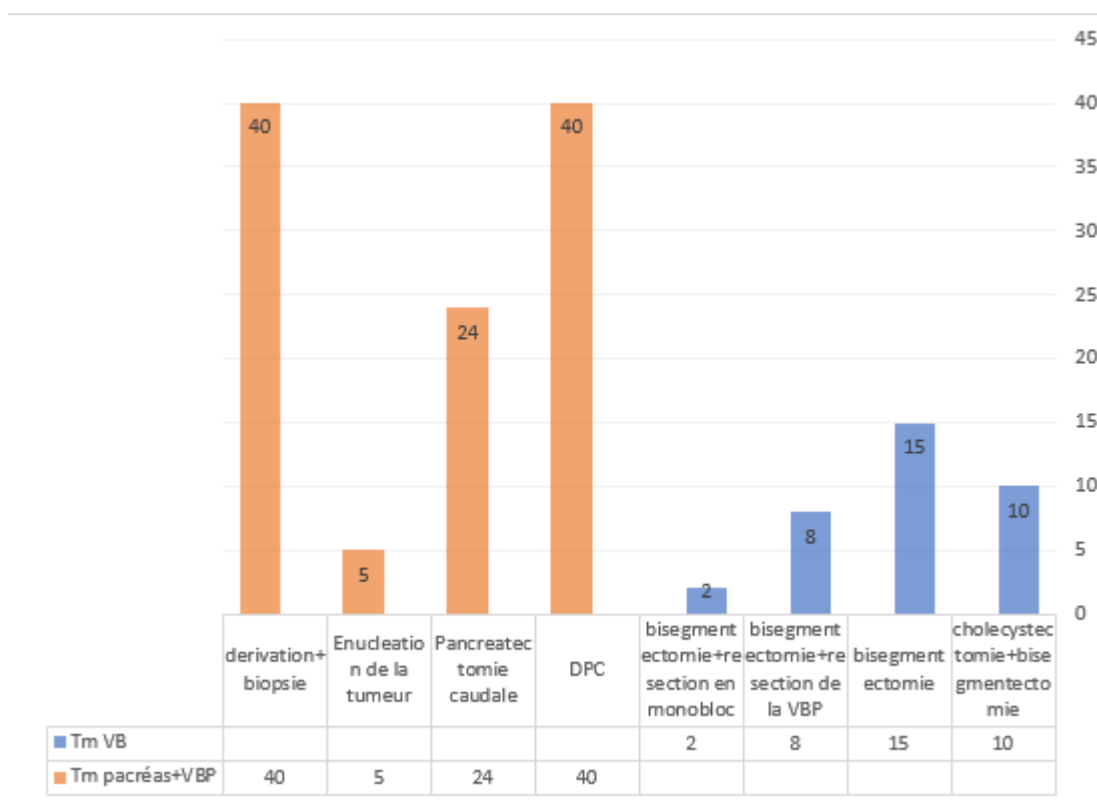
Nous rapportons 35 cas de tumeurs de la VB soit 24,3% dont 10 cas ont bénéficié d'une cholécystectomie plus bisegmentectomie, 15 cas ont eu une bisegmentectomie (malade déjà cholécystectomisé), 08 cas de bisegmentectomie plus résection de la VBP et 02 cas ont subi bisegmentectomie plus résection en monobloc (estomac + colon transverse).

*a.2. Tumeurs du pancréas et de la voie biliaire principale :*

Nous rapportons 109 cas soit 75,69% (80 cas de Tm du pancréas, 22 cas de Tm de la VBP, 05 cas d'ampullome Waterien, 02 cas d'insulinome.

Parmi eux, 40 cas ont bénéficié d'une DPC, 40 cas chez qui on a opté pour une dérivation plus biopsie, 24 cas de spléno-pancréatectomie caudale et 05 cas d'énucléation de la tumeur pancréatique.

Le drainage était systématique chez tous les patients.



**Figure12** : type de l'intervention en fonction de la localisation de la tumeur

**a. Durée de séjour post opératoire :**

La durée de séjour varie entre 04 et 26 jours.

**Tableau XI : durée de séjour des pathologies tumorales**

	Minimale	Maximale	Moyenne
<b>Durée de séjour</b>	04	26	15

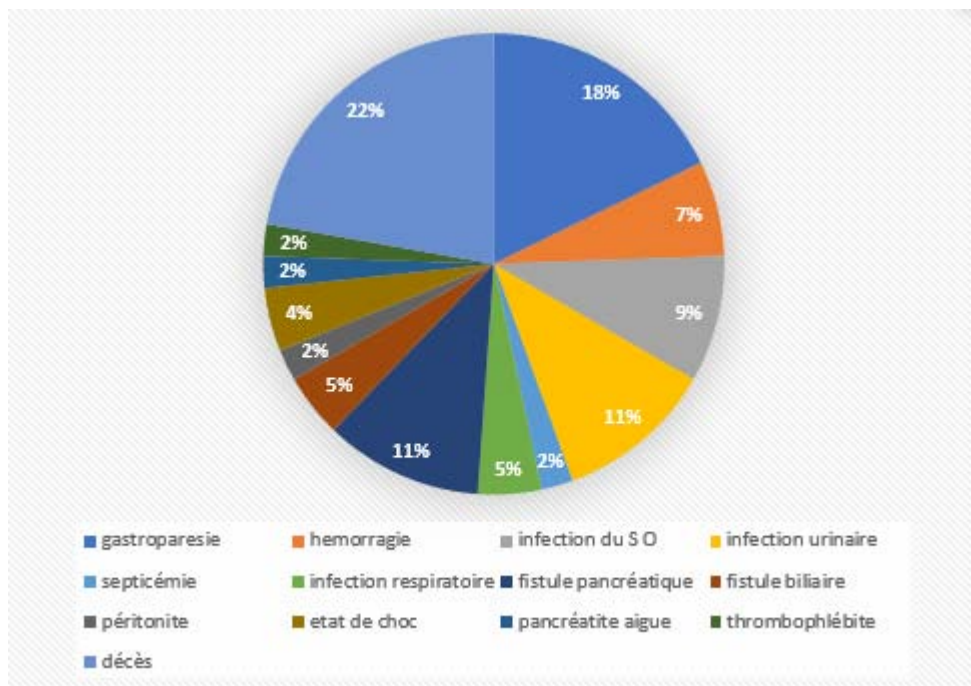
**b. Les complications :**

Dans notre étude nous rapportons les complications suivantes :

Au total 45 patients ont été compliqués soit 31,25% de l'ensemble des pathologies tumorales.

**Tableau XII : les complications des pathologies tumorales**

	Nb	%
Gastroparésie	08	17,77
Hémorragie	03	06,66
Infection du S O	04	08,88
Infection urinaire	05	11,11
Septicémie	01	02,22
Occlusion intestinale	0	0
Infection respiratoire	02	04,44
Fistule pancréatique	05	11,11
Eviscération	0	0
Fistule biliaire	02	04,44
Péritonite	01	02,22
Etat de choc	02	04,44
Pancréatite aigue	01	02,22
Thrombophlébite	01	02,22
Décès	10	22,22
Total	45	100



**Figure 13 : les complications post op**

**1.5. Pathologies malformatives :**

Dans notre série, nous rapportons 09 cas de dilatation kystique congénitale du cholédoque.

**a. Modalité chirurgicale :**

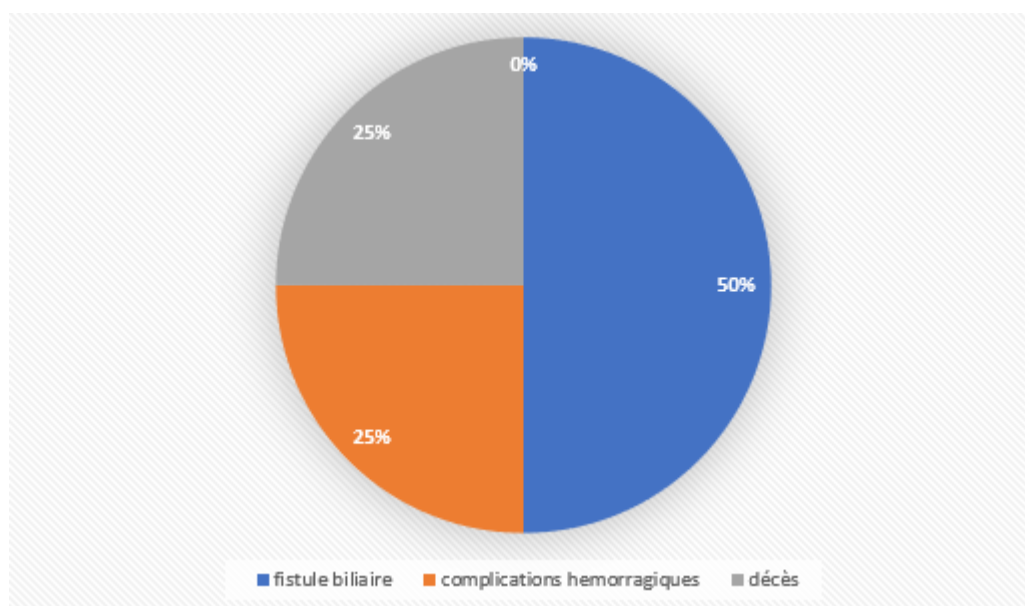
Tous les malades ont bénéficié d'une résection de la voie biliaire principale avec anastomose hépatico-jéjunale.

**b. Complications :**

Dans notre série les patients ont présenté les 04 complications (soit 44,44%) suivantes :

**Tableau XIII : les complications des pathologies malformatives**

Complications	Nb
Fistule biliaire	02
Complications hémorragiques	01
Décès	01

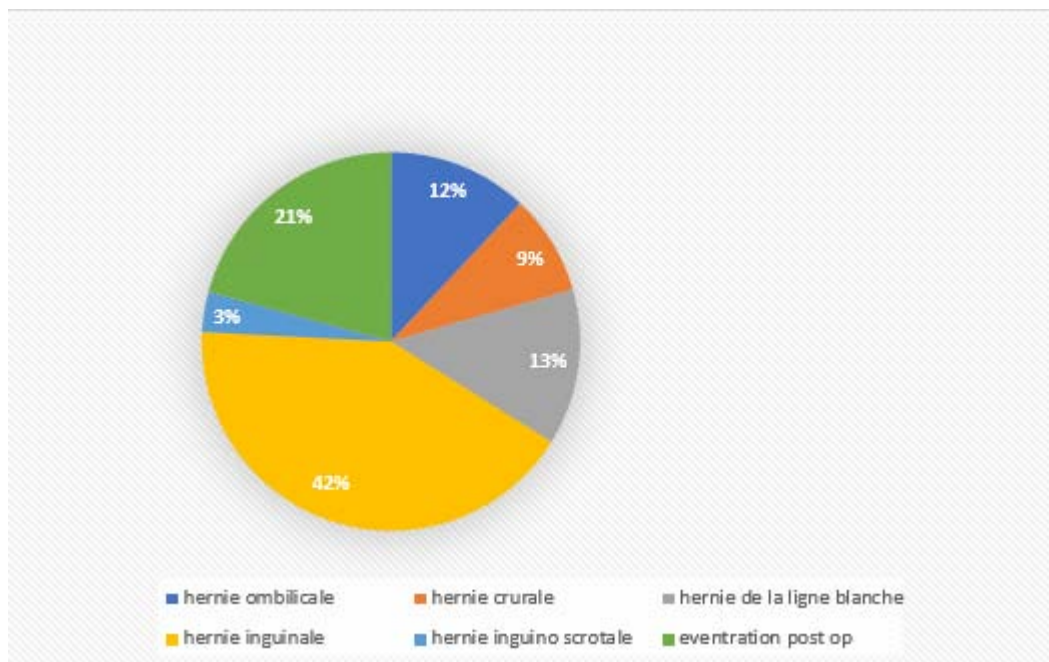


**Figure 14 : les complications des pathologies malformatives.**

## 2. Chirurgies pariétales :

Dans notre série, nous rapportons 525 cas soit 14,85% des chirurgies digestives.

- 63 cas d'hernie ombilicale soit 12%,
- 45 cas d'hernie crurale soit 08,57%,
- 70 cas d'hernie de la ligne blanche soit 13,33%,
- 220 cas d'hernie inguinale soit 41,9%,
- 18 cas d'hernie inguino-scrotale soit 03,42%.
- 109 cas d'éventration post opératoire soit 20,76%.



**Figure 15 :** répartition des chirurgies pariétales.

### 2.1. Modalité chirurgicale :

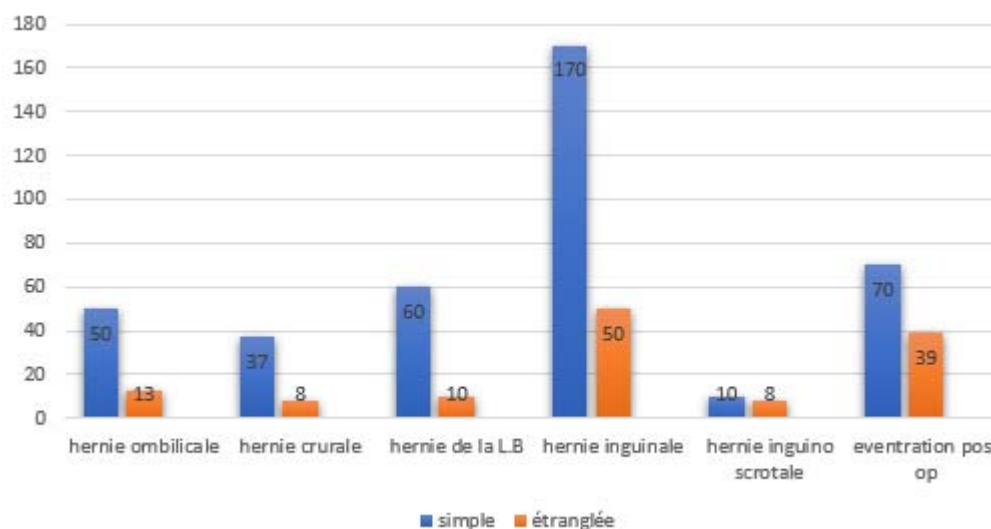
Dans notre étude, nous rapportons 397 cas non compliqués, réparti comme suit : 50 cas d'hernie ombilicale, 37 cas de hernie crurale, 60 cas d'hernie de la ligne blanche, 170 cas d'hernie inguinale, 10 cas d'hernie inguino-scrotale et 70 cas d'éventration post op.

Une mise en place d'une plaque biface a été pratiquée chez 20 cas présentant des

éventrations post opératoires et le reste ont bénéficié d'une plaque simple.

Nous rapportons aussi 128 cas étranglée soit 24,38% dont 13 cas d'hernie ombilicale, 08 cas d'hernie crurale, 10 cas d'hernie de la ligne blanche, 50 cas d'hernie inguinale, 08 cas d'hernie inguino- scrotale et 39 cas d'éventration post op.

Pour les hernies étranglées les 128 cas ont bénéficié d'une cure par Rafi.



**Figure 16 :** Modalité chirurgicale des chirurgies pariétales simples et étranglées

La résection intestinale a été faite pour les hernies étranglées compliquées de nécroses du tube digestif dans 07 cas d'hernie ombilicale, 02 cas d'hernie crurale, 05 cas d'hernie de la ligne blanche, 23 cas d'hernie inguinale, 03 cas d'hernie inguino- scrotale, 20 cas d'éventration post op.

Le drainage varie en fonction du type de la chirurgie.

### 2.1. Durée de séjour post opératoire :

La durée de séjour post opératoire varie entre 01 et 10 jours.

**Tableau XIII :** durée de séjour des chirurgies pariétales

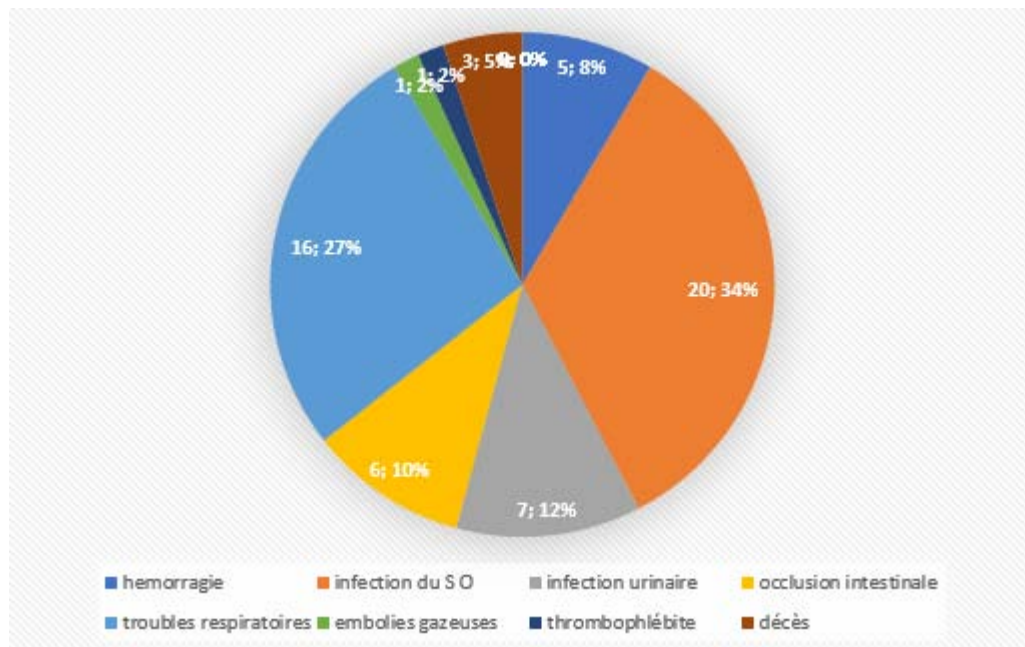
	Minimale	Maximale	Moyenne
Durée de séjour	01	10	05

**2.2. Les complications post opératoire :**

Dans notre étude, nous rapportons les complications suivantes : 59 cas ont présenté des complications soit 11,23% de l'ensemble des chirurgies pariétales.

**Tableaux : les complications des chirurgies pariétales**

	Nb	%
Hémorragies	05	08,47
ISO	20	33,89
Infection urinaire	07	11,86
Infection respiratoire	0	0
Septicémie	0	0
Occlusion intestinale	06	10,16
Troubles respiratoires	16	27,11
Fistule	0	0
Embolies gazeuses	01	01,69
Thrombophlébite	01	01,69
Etat de choc	0	0
Décès	03	05,08
Total	59	100



**Figure 17 : Les complications post opératoire des chirurgies pariétales**

### **3. Chirurgies œsogastriques :**

Dans notre série, nous rapportons 437 cas qui ont bénéficié de chirurgie œsogastrique soit 12,36% de l'ensemble de chirurgies digestives.

#### **3.1. Pathologie tumorale :**

Dans notre étude, nous rapportons 171 cas de tumeur de l'estomac soit 39,13%, 91 cas de tumeur de l'œsophage soit 20,82%.

#### **3.2. Pathologie non tumorale :**

Dans notre série, nous rapportons 77 cas de péritonite par perforation d'ulcère soit 16,93%, 52 cas de sténose inflammatoire soit 11,89%, 43 cas de perforation post traumatique soit 09,83% et 03 cas de corps étranger soit 0,68%.

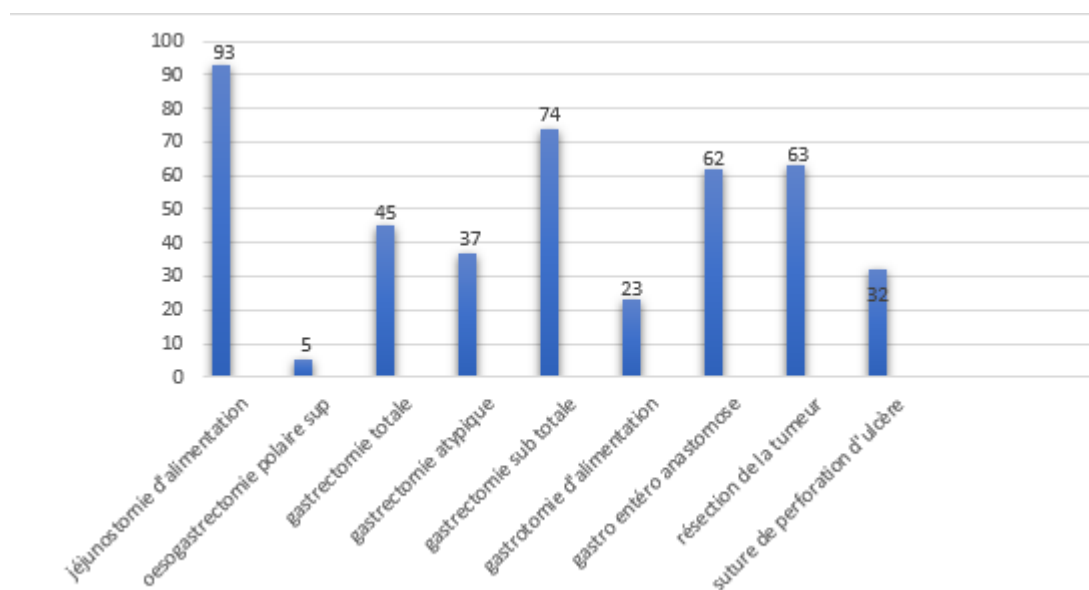
#### **3.3. Modalité chirurgicale :**

Les modalités chirurgicales des chirurgies œsogastriques sont comme suit :

**NB** : que les anastomoses digestives étaient mécaniques dans 90% des cas, le reste est manuelle.

**Tableau XVI : modalité chirurgicale des chirurgies œsogastriques**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Jéjunostomie d'alimentation	93	21,28
Oesogastrectomie polaire supé	05	01,14
Gastrectomie totale	45	10,29
Gastrectomie atypique	37	08,46
Gastrectomie subtotale	74	16,93
Gastrostomie d'alimentation	23	05,26
Gastro entéro anastomose	62	14,18
Résection de la tumeur	63	14,41
Suture de perforation d'ulcère	32	07,32
Gastrotomie avec extraction du CE	03	0,68



**Figure 18** : modalité chirurgicale des chirurgies œsogastriques

**3.1. Durée de séjour :**

La durée de séjour varie entre 05 et 25 jours.

**Tableau XVII** : durée de séjour des chirurgies œsogastriques

	Minimale	Maximale	Moyenne
Durée de séjour	05	25	15

**3.2. Complications :**

Dans notre étude, nous rapportons 69 cas de complications post opératoire soit 15,78 % de l'ensemble des chirurgies œsogastriques.

**Tableau XVIII : les complications des chirurgies œsogastriques**

	Nb	%
Hémorragies	08	11,59
Infection du S O	09	13,04
Infection urinaire	03	04,34
Pneumothorax/ pleurésie	02	02,89
Ascite chyleuse	01	01,44
Infection respiratoire	02	02,89
Septicémie	01	01,44
Occlusion intestinale	04	05,79
Fistule post op	05	07,24
Eviscération	02	02,89
Péritonite	05	07,24
Etat de choc	02	02,89
Thrombophlébite	04	05,79
Invagination sur sonde de jéjunum	04	05,79
Désinsertion de la sonde de jéjunum	03	04,34
Décès	14	20,28
Total	69	100

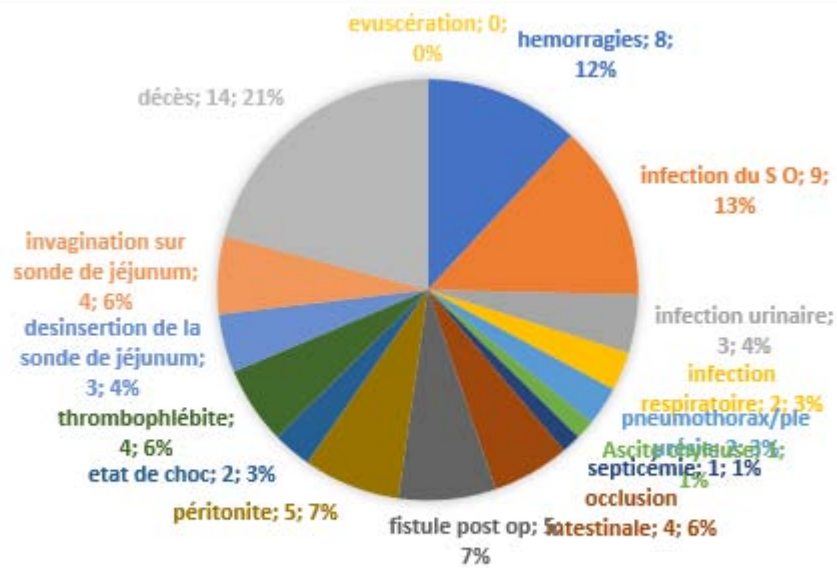


Figure 19 : les complications post op des chirurgies œsogastriques

#### 4. Chirurgies grêlo-colo-rectale :

Dans notre série, nous rapportons 1482 cas ayant une pathologie grêlo-colo-rectale soit 41,92%.

##### 4.1. Pathologies tumorales :

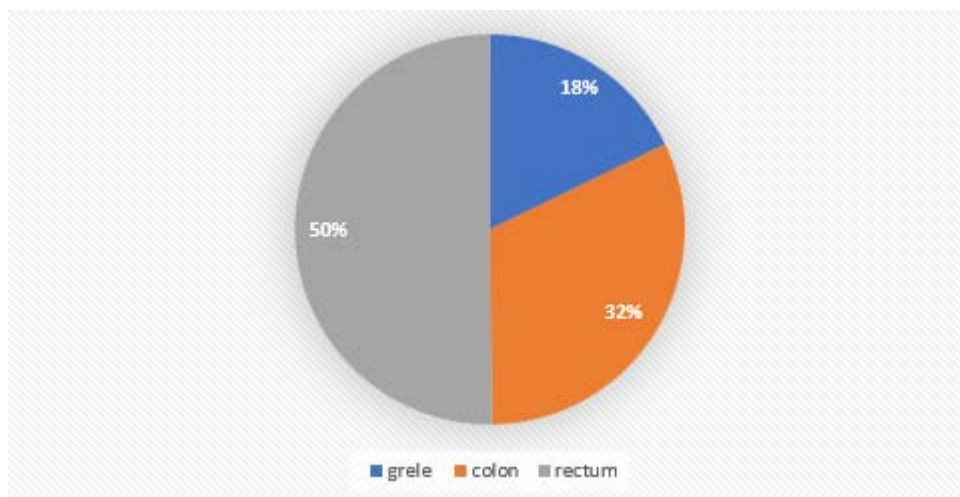
Les chirurgies d'urgence représentaient 22,13 % (Soit 328 cas) de l'ensemble des chirurgies.

Pour les chirurgies programmées, soit 275 cas de l'ensemble des chirurgies, on avait :

- 49 cas opérés pour pathologies grêliques,
- 88 cas pour pathologies coliques
- Et 138 cas de chirurgies rectales.

**Tableau XVIII : répartition des pathologies tumorales**

	Nb	%
Grêle	49	17,81
Colon	88	32
Rectum	138	50,18



**Figure 20 : répartition des chirurgies tumorales programmées**

**4.2. Pathologies non tumorales :**

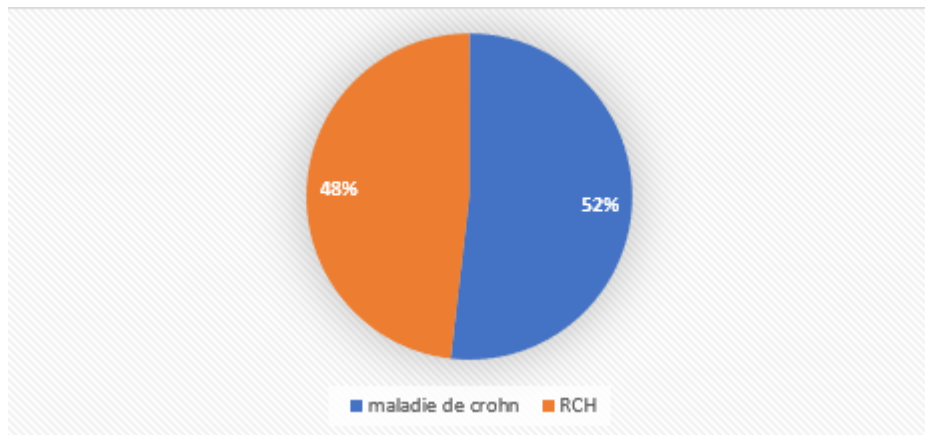
Nous rapportons 22 cas d’occlusions sur brides soit 01,48%, 128 cas d’occlusions par hernie étranglée (traité dans le chapitre précédent des chirurgies pariétales), 06 cas d’occlusion sur hernie interne 0,4%, 15 cas de volvulus iléo-caecal soit 01,01%, 24 cas de volvulus sigmoïdien soit 01,61%, 03 cas de volvulus grêlique soit 0,2%.

**a. Inflammatoire :**

Nous rapportons 46 cas soit 03,1% dont 22 cas de maladie de Crohn et 24 cas de rectocolite hémorragique.

**TableauXX : répartition des MICI**

	Nb	%
MALADIE DE CROHN	22	47,82
RCH	26	52,17

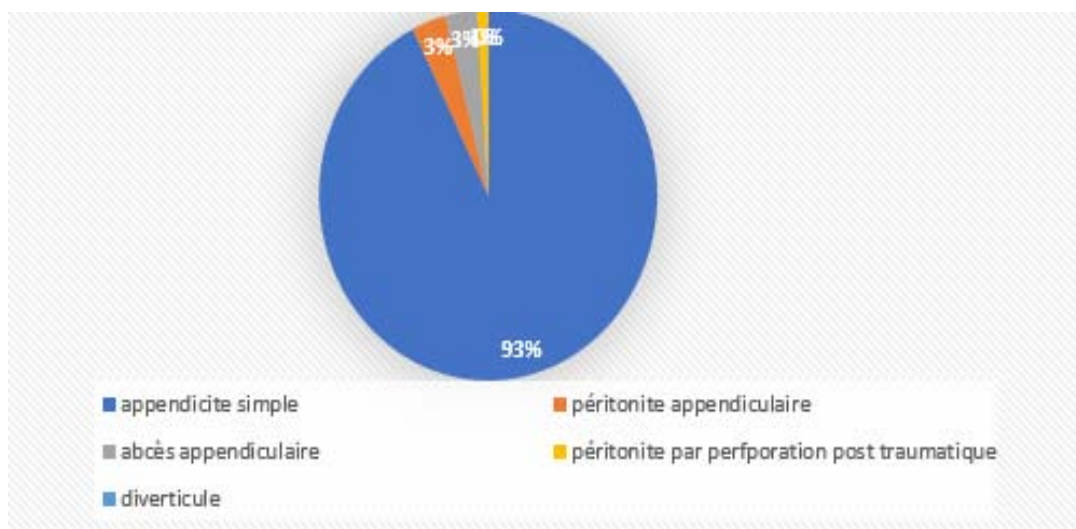


**Figure 21** : répartition des MICI

**b. Infectieuse :**

Nous rapportons 763 cas soit 51,48% dont :

- 707 cas d'appendicite simple soit 92,66%,
- 25 cas de péritonite appendiculaire soit 3,27%,
- 23 cas d'abcès appendiculaires soit 3,01%,
- Et 08 cas 1,04% de péritonite par perforation post traumatique (02 cas de perforation grêlique et 06 cas de perforation colique).



**Figure 22** : répartition des pathologies infectieuses

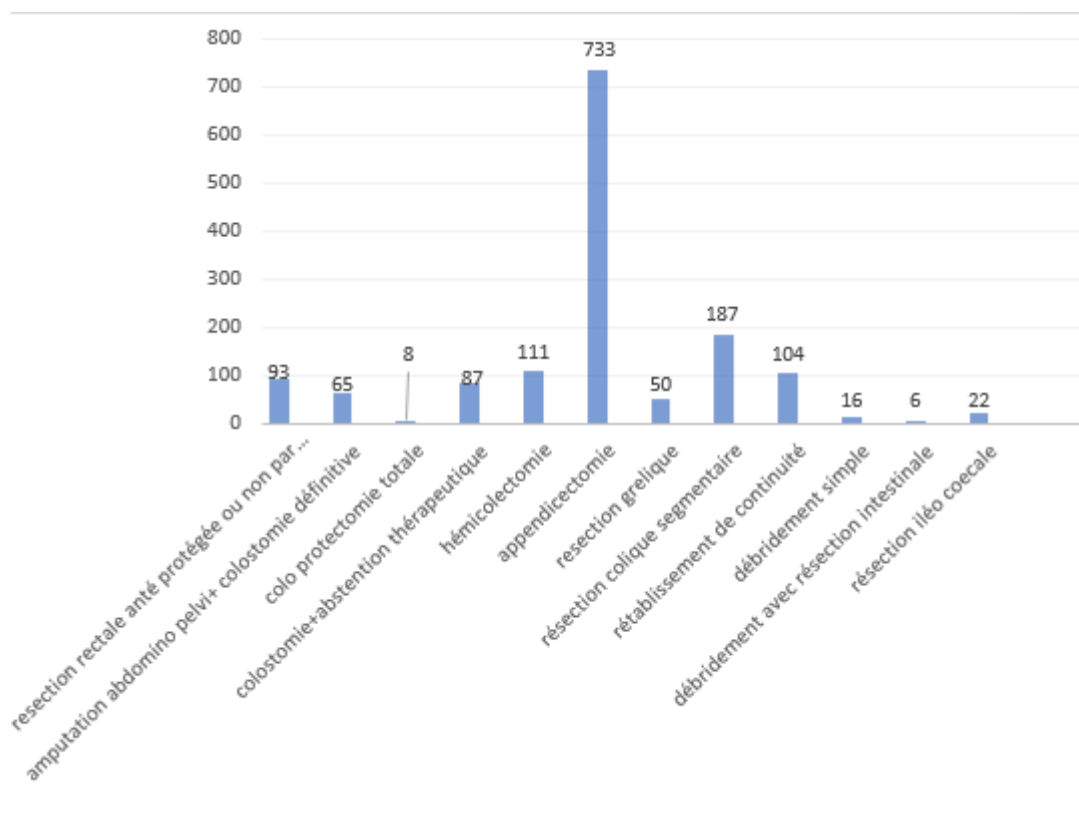
**4.3. Modalité chirurgicale :**

Nous rapportons 147 cas soit 10% de patients opérés sous coelioscopie et 1335 cas soit 90% par laparotomie.

Les modalités chirurgicales des chirurgies grêle-colo-rectales sont représentés dans le tableau suivant :

**Tableau XXI : modalité chirurgicale des chirurgies grêle colo rectales**

	Nb	%
Résection rectale antérieure protégée ou non par iléostomie	93	04,25
Amputation abdomino-pelvienne+colostomie définitive	65	03,03
Colostomie + abstention thérapeutique	87	03,17
Hémi colectomie	111	07,48
Appendicectomie	733	49,46
Résection grêlique	50	03,37
Résection colique segmentaire	187	11,94
Rétablissement de continuité	104	07,01
Débridement simple	16	01,07
Débridement avec résection intestinale	06	0,4
Résection iléo caecale	22	01,48
Colo proctectomie totale	08	0,53



**Figure 23 : les modalités chirurgicales des chirurgies grêlo–colo–rectales.**

Concernant les anastomoses réalisées dans notre série :

- 1402 cas soit 94,6% ont bénéficié d'une anastomose mécanique.
- 80 cas soit 5,39% ont bénéficié d'une anastomose manuelle.

**4.4. Durée de séjour :**

La durée de séjour varie entre 05 et 30 jours.

**Tableau XXII : durée de séjour des chirurgies grêlo colo rectales**

	Minimale	Maximale	Moyenne
Durée de séjour	05	30	22

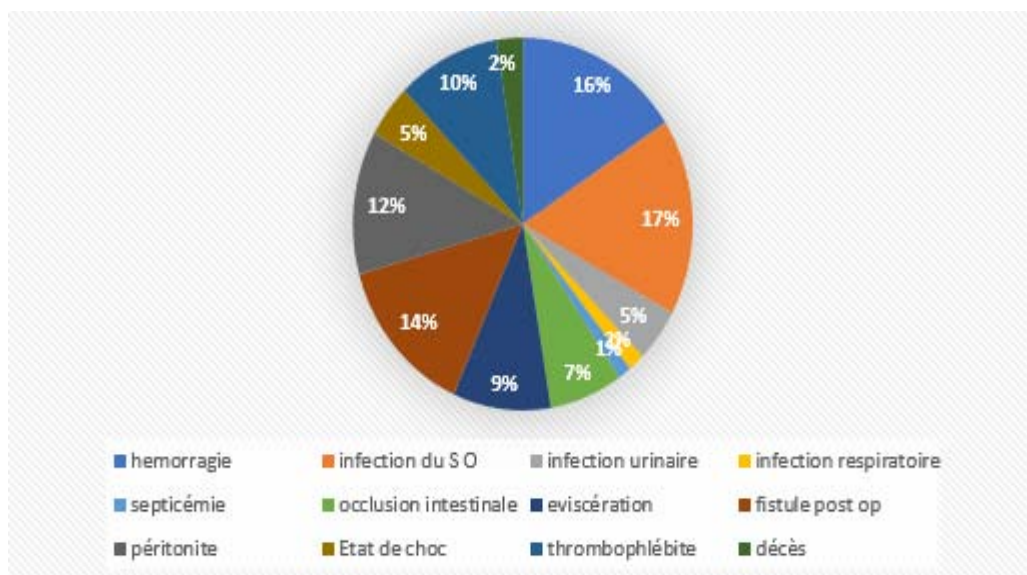
**4.5. Complications :**

Dans notre étude, 644 cas ont présenté des complications soit 43,45%.

Les ISO avec les hémorragies représentaient les complications les plus fréquentes avec respectivement 17,08% et 15,83%.

**Tableau XXIII : les complications des chirurgies grêle colo rectales**

	Nb	%
Hémorragies	102	15,83
Infection du S O	110	17,08
Infection urinaire	30	04,65
Infection respiratoire	10	01,55
Septicémie	08	01,24
Occlusion intestinale	45	06,98
Eviscération	60	09,31
Fistule post op	90	13,97
Péritonite	80	12,42
Etat de choc	30	04,65
Thrombophlébite	63	09,78
Décès	16	02,48
<b>Total</b>	<b>644</b>	<b>100</b>



**Figure 24 : complications post op**

➤ **Résumé des complications :**

Sur 3535 patients 914 patients ont présenté des complications soit 25,85%.

La répartition des complications selon le type de chirurgie est comme suit :

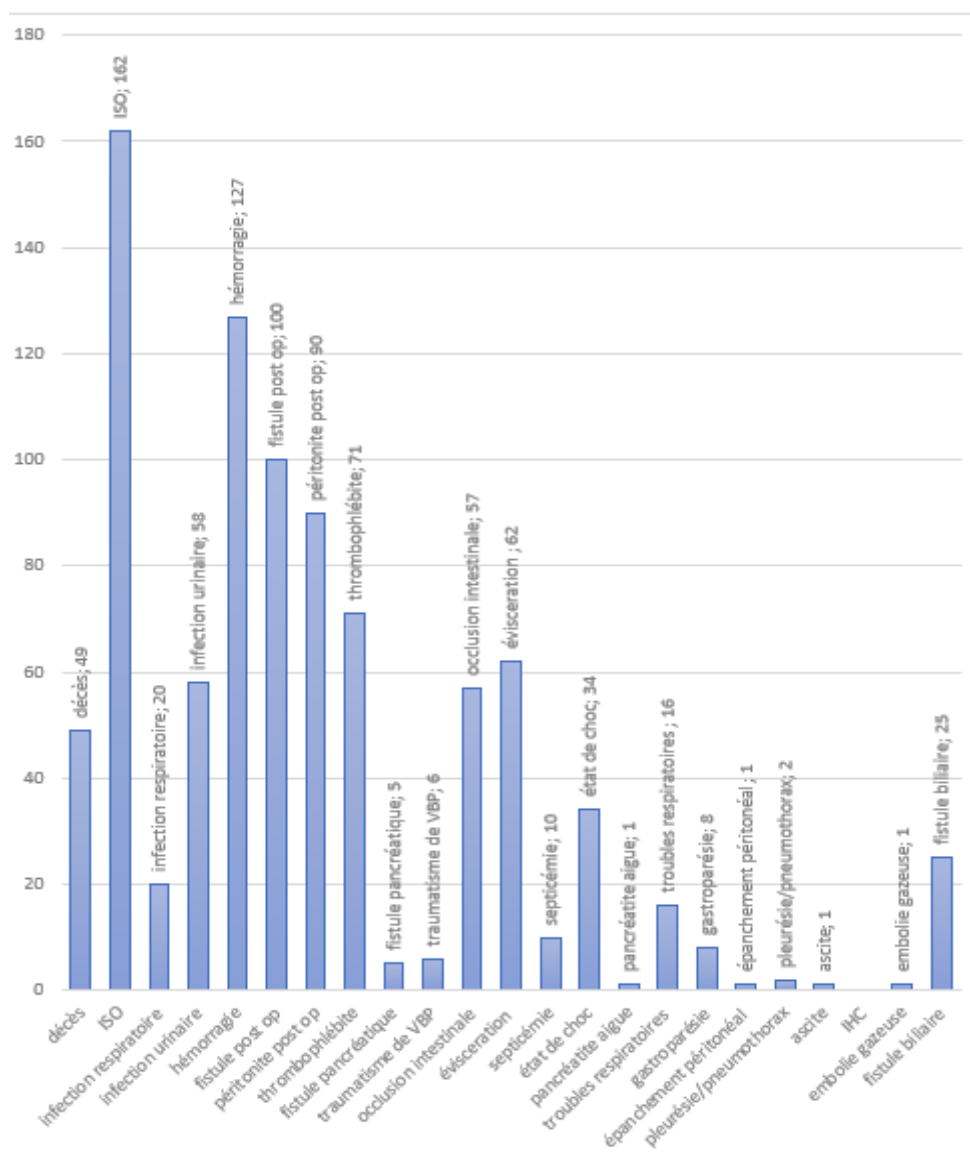
**Tableau XXIV : répartition des complications selon le type de chirurgie**

	Les complications
Chirurgie hépato pancréatico-biliaire	142
Chirurgie pariétale	59
Chirurgie œsogastrique	69
Chirurgie grêlo-colo-rectale	644

Dans notre étude, on a retrouvé :

- 49 décès soit 05,36%,
- 162 cas d'infection du site opératoire soit 17,72%,
- 20 cas d'infection respiratoire soit 02,18 %,
- 58 cas d'infection urinaire soit 06,34 %,
- 127 cas d'hémorragies soit 13,89 %,
- 100cas de fistule post opératoire soit10,94 %,
- 05 cas de fistule pancréatique soit 0,54%.
- 25 cas de fistule biliaire soit 02,73%.
- 90 cas de péritonite post opératoire soit 09,84 %,
- 71 cas de thrombophlébite soit 07,76%,
- 06 cas traumatisme de la VBP soit 0,65 %
- 57 cas d'occlusion intestinale soit 06,23 %
- 62 cas d'éviscération soit 06,78%
- 10 cas de septicémie soit 01,09%
- 34 cas d'état de choc soit 03,71%
- 01 cas de pancréatite aigüe soit 0,1 %
- 16 cas de troubles respiratoires soit 01,75%

- 08 cas de gastroparésie soit 0,87%
- 01 épanchement péritonéal soit 0,1%
- 02 cas de pleurésie/ pneumothorax soit 0,21%.
- 01 cas d'ascite chyleuse soit 0,1%
- 01 cas d'IHC soit 0,1%
- 01 cas d'embolies gazeuses soit 0 ;1%



**Figure 25 : Total des complications dans notre série**



---

## ***DISCUSSION***

---



## I. Répartition du sexe selon les auteurs :

Le tableau suivant représente la répartition du sexe selon les auteurs :

**Tableau XXV : répartition du sexe selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Sex-ratio
Dembele,Mali, 2016 [9]	300	2
Tony, Cameroun, 2015[8]	265	1,7
Eboreime, Nigeria, 2010 [10]	16	0,8
Bellomo, Australie 2002[11]	132	1,4
<b>Notre étude</b>	<b>3535</b>	<b>1,1</b>

Le sexe ne serait pas un facteur de risque influençant la survenue des complications postopératoires [7]. Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre le sexe des malades avec ou sans complications.

La sex-ratio de 1,1 (H/F) de notre étude est proche à celles des séries Camerounaise et Australienne.

## II. Répartition de l'âge moyen selon les auteurs :

Le tableau suivant représente la répartition de l'âge selon les auteurs :

**Tableau XXVI : répartition de l'âge selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Agemoyen
Proske, Allemagne, 2005 [12]	132	60 ans
Nan DN, Espagne, 2001 [13]	295	60,9 ans
LestevenC., France 2000[14]	157	54,5 ans
<b>Notre étude</b>	<b>3535</b>	<b>51,5ans</b>

L'âge moyen de nos patients est proche de la série française et inférieur aux séries espagnole et allemande. Cette différence s'explique par la jeunesse de la population.

### III. Fréquence des complications post opératoire selon les auteurs :

Le tableau suivant représente la répartition de la fréquence des complications post opératoires selon les auteurs :

**Tableau XXVII : fréquence des complications selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Tx de CPO</b>
Bielecki, Pologne, 2006 [4]	1384	10,2
Fink, USA, 2007 [5]	5157	9,8
Clavien, Suisse, 2009 [6]	102775	3,6
Sylla, Mali, 2011 [7]	290	22,4
Tony, Cameroun, 2015 [8]	265	12,45
Dembele, Mali, 2016 [9]	300	6,66
<b>Notre étude</b>	<b>3535</b>	<b>25,85</b>

Les CPO constituent un indicateur majeur pour apprécier la qualité des soins chirurgicaux. Leurs absences diminuent le coût et le délai d'hospitalisation. Les étiologies sont multiples ainsi que les facteurs qui peuvent influencer sa survenue.

Notre résultat est supérieur aux autres séries.

Les différences statistiques peuvent être liées à plusieurs facteurs :

- Les différentes définitions de la complication postopératoire,
- Les moyens diagnostiques limités dans la recherche des complications médicales
- Les pathologies et les techniques opératoires différentes selon les séries,
- Les facteurs de risque multiples.

#### IV. La mortalité post opératoire selon les auteurs :

Le tableau suivant représente la répartition de la mortalité selon les auteurs :

**Tableau XXVIII : répartition de la mortalité selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	%
Gilon, France, 2005 [15]	620/11756	5,3
Chichom, Cameroun, 2009 [16]	238/7714	3,1
Sylla, Mali, 2011 [7]	15/290	17,2
Tony, Cameroun, 2015 [8]	33/265	12,45
Dembele, Mali, 2016 [9]	20/300	6,67
<b>Notre étude</b>	<b>3535</b>	<b>05,36</b>

Le taux de mortalité postopératoire peut apparaitre comme un critère objectif d'appréciation et de comparaison des résultats des équipes chirurgicales et des établissements hospitaliers [17].

Notre taux de mortalité est similaire à l'étude française.

Les facteurs suivants peuvent être à l'origine de cette différence : les pathologies, les techniques opératoires et le type de complication.

#### V. Infections du site opératoire selon les auteurs :

Le tableau suivant représente la répartition des infections du site opératoire selon les auteurs :

**Tableau XXIX : répartition des ISO selon les auteurs**

Auteurs	effectif	Tx CPO
Brown, Russie, 2007 [18]	1453	9,5
Petrosillo, Italie, 2008 [19]	4665	3,2
Anderson, USA, 2008 [20]	7042	0,64
Biscione, Brésil, 2009 [21]	11930	29,8
Sylla, Mali, 2011 [7]	290	10,68
Tony, Cameroun, 2015 [8]	265	36,8
Dembele, Mali, 2016 [9]	300	5
<b>Notre étude</b>	<b>3535</b>	<b>17,72</b>

Avec une fréquence de 17,72% ; la suppuration du site opératoire représente la complication infectieuse la plus fréquente dans notre étude.

Ce résultat est statistiquement inférieur à l'étude brésilienne et camerounaise. Il est supérieur à celui d'Anderson, de Dembelle et Petrosillo.

Cette différence pourrait s'expliquer par :

- Le type de population (âge, conditions de vie, culture...)
- Les comorbidités (tares associées...)
- Les pathologies et les techniques chirurgicales différentes ainsi que le plateau technique

Dans notre étude le taux élevé de l'ISO est lié en partie à certains facteurs :

- ✓ L'insuffisance de mesures aseptiques et antiseptiques dans les salles opératoires,
- ✓ Le retard de prise en charge,
- ✓ L'absence de système de surveillance efficace des infections nosocomiales,
- ✓ L'absence d'examen microbiologique des germes,

## VI. Les infections urinaires ;

Infections urinaires post opératoire selon les auteurs.

**Tableau XXX : répartition des infections urinaires selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Narong M.N., Thailand, 2002. [22]	4193	76(1,81%)
Vasquez-A. P., Espagne, 2003. [23]	2794	41(1,50%)
Appelgren P., Suède, 2001.[24]	2671	36(1,34%)
<b>Notre étude</b>	<b>3535</b>	<b>58(06,34%)</b>

Notre taux d'infection urinaire post opératoire de 06,34 % est statistiquement supérieur aux autres études.

## VII. Les infections respiratoires :

Le tableau suivant représente la répartition des infections respiratoires selon les auteurs :

**Tableau XXXI : répartition des infections respiratoires post opératoire selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Vasquez-A. P., Espagne, 2003 [23]	2794	14 (0,5%)
Appelgren P., Suède, 2001 [24]	2671	94 (3,5%)
<b>Notre étude</b>	<b>3535</b>	<b>20 (02,18%)</b>

Nous avons enregistré un taux d'infection respiratoire inférieur au taux rapporté par la série suédoise et supérieur à la série espagnole.

## VIII. L'hémorragie :

Le tableau suivant représente la répartition de l'hémorragie selon les auteurs :

**Tableau XXXII : répartition Hémorragie post opératoire selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Pourcentage
J. F.-Gillon, France, 2005 [25]	11756	28 (0,24 %)
Dem A., Sénégal, 2001 [26]	412	7 (1,70 %)
Wasowiez D.K., Allemagne, 2000 [27]	854	2 (1,52 %)
<b>Notre étude</b>	<b>3553</b>	<b>127(13,89%)</b>

L'hémorragie post opératoire étant multifactorielle une comparaison de nos résultats à ceux des autres ne serait pas objective. Nous pouvons citer : la pathologie chirurgicale elle-même, les coagulopathies, la technique opératoire le traitement anti-coagulant.

## IX. Les fistules post op.

Le tableau suivant représente la répartition des fistules post opératoires selon les auteurs :

**Tableau XXXIII : répartition des fistules post op selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Effectif</b>	<b>pourcentage</b>
Bartels, Allemagne, 2001 [28]	5693	204 (3,60%)
Pesseaux P., France, 2003[29]	4718	103 (2,10 %)
Georgescu I., Roumanie, 2000. [30]	928	58 (6,25 %)
<b>Notre étude</b>	3553	100(10,94%)

Nous avons enregistré un taux de 10,94 % de fistules postopératoires qui est supérieur aux autres séries. Cette différence pourrait s'expliquer par le nombre élevé de résection et d'anastomose dans notre série.



## *CONCLUSION*



Malgré les progrès actuels de la médecine, les CPO demeurent un problème de santé. Elles augmentent le taux de morbidité, de mortalité.

Le retard de prise en charge est un facteur important dans sa survenue.

Une bonne réanimation pré, per et postopératoire, une bonne préparation cutanée, une meilleure application des techniques chirurgicales, une observation rigoureuse des mesures aseptiques et antisepsies, permettent de réduire les CPO.

Les complications infectieuses étaient les plus fréquentes suivi des hémorragies.

L'évolution était favorable chez la majorité des patients

La prédominance des complications médicales comme facteurs létaux prédictifs, montre bien qu'une prise en charge médicalisée efficace peut améliorer le pronostic.

Le pronostic dépend de la nature et de la gravité de la complication.



## *RESUMES*



## Résumé

Notre étude sur les complications post opératoires était une étude rétrospective descriptive et analytique déroulée sur 3 ans allant de Mars 2016 jusqu'à Mars 2019.

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquêtes. La collecte, l'analyse et le traitement ont été réalisés sur Microsoft office Excel et Word.

La fréquence des complications post opératoires était de 29,10%. Le sexe n'était pas un facteur de risque influençant la survenue des CPO. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre [61–70]. Les complications infectieuses étaient les plus représentées avec 04,58% suivi par les hémorragies 03,59% et les fistules post opératoires 03,62%.

L'évolution était favorable chez la majorité des patients avec un taux de décès de 0,7%.

La prédominance des complications médicales comme facteurs létaux prédictifs montre bien qu'une prise en charge médicalisée efficace peut améliorer le pronostic, ainsi la forte fréquence des infections du site opératoire rend indispensable un renforcement des mesures d'hygiène entourant l'acte opératoire.

## ABSTRACT

Our study on post-operative complications was a retrospective descriptive and analytical study carried out over 3 years going from March 2016 until March 2019.

The data were collected on survey cards. The collection, analysis and processing were carried out on Microsoft office Excel and Word.

The frequency of postoperative complications was 29.10%. Gender was not a risk factor influencing the occurrence of postoperative complications. The most represented age group was that between [61–70]. Infectious complications were the most represented with 04.58% followed by hemorrhages 03.59% and postoperative fistulas 03.62%.

The outcome was favorable in the majority of patients with a death rate of 0.7%.

The predominance of medical complications as predictive lethal factors clearly shows that effective medical care can improve the prognosis, so the high frequency of infections of the operating site makes it necessary to reinforce the hygiene measures surrounding the operating procedure.

## ملخص

كانت دراستنا حول مضاعفات ما بعد الجراحة دراسة وصفية وتحليلية بأثر رجعي أجريت على مدى 3 سنوات بدءاً من مارس 2016 حتى مارس 2019.

تم جمع البيانات على بطاقات المسح. تم إجراء التحليل والتحليل والمعالجة على Microsoft Office

Word و Excel

كان تواتر مضاعفات ما بعد الجراحة 29.10%. لم يكن الجنس عامل خطر يؤثر على حدوث مضاعفات ما بعد الجراحة. كانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي تلك التي تتراوح بين [61-70] كانت المضاعفات المعديّة هي الأكثر تمثيلاً بنسبة 04.58% يليها نزيف بنسبة 03.59% وناسور ما بعد الجراحة 03.62%.

كانت النتيجة إيجابية في غالبية المرضى بمعدل وفيات قدره 0.7%.

تظهر غلبة المضاعفات الطبية كعوامل مميتة تنبؤية بوضوح أن الرعاية الطبية الفعالة يمكن أن تحسن التكهن، لذا فإن التواتر العالي للعدوى في موقع التشغيل يجعل من الضروري تعزيز تدابير النظافة المحيطة بإجراءات التشغيل.



---

# *ANNEXES*

---



## FICHE D'EXPLOITATION :

### CHIRURGIE GRELO COLO RECTALE

#### IDENTITE :

- <Date d'entrée :
- < Date de sortie :
- < Nom :
- < Prénom :
- <IP :
- < Adresse / tel :
- < Poids / taille / sexe : homme  femme
- < IMC : <16,5 : dénutrition  16,5-18,5 : maigreur  18,5-25 : normale   
25-30 : surpoids  30-35 : obésité modéré  35-40 : obésité sévère  sup 40 :  
obésité morbide
- < Classification OMS : 0  1  2  3  4

#### ATCD :

- Personnels :
  - Médicaux** : diabète  HTA  TBK  cardiopathies  Anémie   
insuffisance  hépatique  insuffisance rénale  Dysthyroïdie   
immunosuppresseurs   
Corticothérapie  Dénutrition  MICI  polype adénomateux   
Autres
  - Chirurgicaux** : opéré : oui  date d'intervention :
  - Geste :
  - Suites post op :  
Non
  - Toxico allergique** : alcool  Tabac  allergie
  - RTH/CTH** : oui  séances :
  - Protocole :
  - Date :  
Non
- Familiaux : cas similaire  pas de cas similaire   
Pathologie tumorale  polypose recto colique familiale

## DIAGNOSTIC :

- <Pathologie : bénigne  maligne
- <Délai de consultation : 0-3 mois  3-6 mois  >6 mois
- <Délai de PEC : 0-3 mois  3-6 mois  >6 mois
- < Durée d'hospitalisation pré opératoire : <3jrs  3-7 jrs  >7jrs
- < Durée d'hospitalisation post opératoire : <3jrs  3-7 jrs  >7jrs
- < Coloscopie complète + biopsies : localisation : droit  gauche  transverse  rectum
- <Ana path : adénocarcinome Lieberkuhnien      carcinome médullaire
- Adénocarcinome colloïde      adénocarcinome mucineux
- <Classification TNM : T 1A  T 1B  T3  T4A  T4B
- N0  N1  N2  N3  N3A  N3B
- M0  M1
- < Para clinique :
- Biologie :
    - NFS : Hb
    - CRP :
    - GB : >10000
    - Urée/ créat : normale      anormale
    - Albuminémie :
    - ASP : oui  non

## L'INTERVENTION

- <Préparation pré opératoire :
- Toilette pré opératoire
  - Albumine oui  non
  - Alimentation parentérale oui  non
  - Transfusion : oui  non  CG  PFC
  - Régime sans résidu : oui      non
- < Chirurgie : propre  propre contaminée  contaminée  sale
- < L'intervention : hémi colectomie droite  hémi colectomie gauche  colectomie segmentaire
- Amputation abdomino périnéale  résection rectale  résection greliquie stomie
- Autres
- <Durée de l'intervention : <2H  2-4 H  >4H
- < Type : coelio  conventionnel  coelio converti
- <Anastomose : manuelle  mécanique
- <Incident per opératoire : perforation  hémorragie  contamination per opératoire



Non

- Infection pulmonaire : oui  J : Prélèvements : oui  non germe :

Antibiogramme : Non

- Abscès pariétale : oui  J : non

➤ **Complications non infectieuses :**

- Fistule : oui  non  J :

Interne externe anastomotique

Clinique : douleur fièvre arrêt du transit

- Hémorragie : oui  non  J :

- Occlusion intestinale : oui  non  J :

- Troubles mictionnels : oui  non  J :

- Thrombophlébite : oui non J :

Clinique : œdème du MI douleur

Imagerie : écho doppler D-dimères

- Embolie pulmonaire : oui non J :

Clinique : dyspnée hémoptysie DI basi thoracique cyanose

Imagerie : RT ECG écho Angioscanner

- Eviscération : oui  non  J :

- Colostomie : oui  non

- Nécrose de la colostomie : oui non

- Etat de choc : oui  non  J :

- Sexuelle : oui  non

éjaculation rétrograde impuissance

- Bilan post op :

NFS : Hb CRP :

GB : >10000

Ionogramme albumine :

- Imagerie : échographie ASP TDM

- Reprise chirurgicale : oui  non  à j post op :

Geste :

Type : coelio  conventionnel  coelio converti

- Evolution : favorable  défavorable

## FICHE D'EXPLOITATION :

### CHIRURGIE OESO GASTRIQUE

#### IDENTITE :

- <Date d'entrée :  
< Date de sortie :  
< Nom :  
< Prénom :  
<IP :  
< Adresse / tel :  
< Poids / taille / sexe : homme      femme  
< IMC : <16,5 :dénutrition      16,5-18,5 :maigreur      18,5-25 :normale  
25-30 :surpoids      30-35 :obésité modéré      35-40 :obésité sévère      sup  
40 : obésité morbide  
< Classification OMS : 0  1 2 3  4

#### ATCD :

- Personnels :
  - Médicaux** : diabète  HTA  TBK  cardiopathies  Anémie  
insuffisance hépatique      insuffisance rénale      Dysthyroïdie  
immunosuppresseurs  
Corticothérapie      Dénutrition      MICI      Autres
  - Chirurgicaux** : opéré : oui       date d'intervention :
  - Geste :
  - Suites post op :  
Non
  - Toxico allergique** : alcool       Tabac       allergie
  - RTH/CTH** : oui       séances :
  - Protocole :
  - Date :  
Non
- Familiaux : cas similaire       pas de cas similaire  
Pathologie tumorale

#### DIAGNOSTIC :

- <Pathologie :    bénigne       maligne  
<Délai de consultation : 0-3 mois       3-6 mois  >6 mois  
<Délai de PEC :0-3 mois       3-6 mois  >6 mois  
< Durée d'hospitalisation pré opératoire : <3jrs       3-7 jrs  >7jrs

<Durée d'hospitalisation post opératoire : <3jrs  3-7 jrs  >7jrs

<FOGD : localisation : antre cardia pylore fundus

<Ana path : adénocarcinome adénocarcinome diffus à c indépendante  
Carcinome épidermoïde lymphome non hodgkinien

<Classification TNM : T 1A  T 1B  T3  T4A  T4B   
N0  N1  N2  N3  N3A  N3B   
M0  M1

< Para clinique :

- Biologie :  
NFS : Hb CRP :  
GB : >10000  
Urée/ créat : normale anormale  
Albuminémie :

## L'INTERVENTION

<Préparation pré opératoire :

- Toilette pré opératoire
- Albumine oui  non
- Alimentation parentérale oui  non
- Transfusion : oui  non  CG PFC

< Chirurgie : propre propre contaminée contaminée sale

< L'intervention : gastrectomie totale gastrectomie subtotale gastrectomie atypique  
Autres

<Durée de l'intervention : <2H  2-4 H  >4H

< Type : coelio conventionnel coelio converti

<Anastomose : manuelle mécanique

<Incident per opératoire : perforation hémorragie contamination per opératoire

<Drainage : oui  type : lame  
Drain de rondon  
Localisation : CDS sous phrénique sous hépatique FID  
En regard de l'anastomose  
Non

<Sonde gastrique : oui  durée : <3jrs  >3 jrs   
Non

<Séjour en USI : oui  durée : <3jrs  >3 jrs   
Non

< Suites post op :

- Antibiothérapie : amoxaclav                      C3G                      Flagyl                      autres
- Coagulation : oui                      non
- 1<sup>er</sup> pst : J1                       J2
- Reprise du transit : J1                       J2                      J3
- Epreuve bleu de méthylène : J1                       J2                       J3                       J4
- Ablation de la sonde gastrique : J1                       J2                       J3                      J4
- Autorisation de l'alimentation : J1                       J2                       J3                      J4
- Ablation des drains : J1                       J2                       J3                       J4
- Durée d'hospitalisation post op : <5jrs                       5-10 jrs  >10 jrs

**COMPLICATIONS :**

- **Décès :** USI                      per op                      service
- **Complications infectieuses :**
  - Infection de la paroi : oui                       non                       J :
  - Prélèvements : oui                       non                       Germe :
  - Antibiogramme :
  - Péritonite post op : oui                      non                       J :
  - Clinique : fièvre                      météorisme                      vomissements                      diarrhée précoce
  - défense abdominale                      contracture abdominale                      douleur provoquée
  - écoulement digestif anormale ( par cicatrice                      par drainage                      )
  - Eviscération                      agitation                      troubles de conscience                      détresse respiratoire
  - Défaillance viscérale
  - Biologie : hyperleucocytose >12000                      CRP élevée
  - Prélèvements : oui                       non                       germe :
  - Antibiogramme :
  - Radiologie : Rx thorax                      Echo abdominale                      TDM                      ASP
  - Septicémie : oui                       J :
  - Non
  - Infection urinaire : oui                       J :                      Prélèvements : oui
  - non
  - germe :
  - Antibiogramme
  - Non
  - Infection pulmonaire : oui                       J :                      Prélèvements : oui                       non
  - germe :
  - Antibiogramme :
  - Non
  - Abscesses pariétaux : oui                      J :                      non

➤ **Complications non infectieuses :**

- Fistule digestive : oui  non  J :  
Interne externe
- Hémorragie : oui  non  J :
- Thrombophlébite : oui  non   
Clinique : œdème du MI douleur  
Imagerie : écho doppler D-dimères
- Embolie pulmonaire : oui  non   
Clinique : dyspnée hémoptysie DI basi thoracique cyanose  
Imagerie : RT ECG écho Angioscanner
- Eviscération : oui  non
- Etat de choc : oui  non
- Bilan post op :  
NFS : Hb CRP :  
GB : >10000  
Ionogramme albumine :
- Imagerie : échographie ASP TDM
- Reprise chirurgicale : oui  non  à j post op :  
Geste :  
Type : coelio conventionnel coelio converti
- Evolution : favorable  défavorable

## FICHE D'EXPLOITATION :

### CHIRURGIE PANCREATICO BILIARE

- < Date d'entrée :  
< Date de sortie :  
< Nom :  
< Prénom :  
< Poids / taille / sexe : homme      femme  
< IMC : <16,5 :dénutrition      16,5-18,5 :maigreur      18,5-25 :normale  
25-30 :surpoids      30-35 :obésité modéré      35-40 :obésité sévère      sup  
40 : obésité morbide  
< Classification OMS :0 : pas de restriction      1 : activité diminué      2 :capable de  
prendre soin de soi      3 : alité 50% du temps      4 : alité en permanence  
< Adresse / tel :  
< ATCD :  
• Personnels :  
Alcool      Tabac      TBK      cardiopathies      artériopathies      insuffisance  
hépatique      pancréatite chronique  
• Familiaux : kc familial
- < Para clinique :  
• biologie :  
NFS/ Pq :      Groupage / Rh :      transfusion sanguine :  
Urée / créat :      albuminémie :      lipasémie :  
Marqueurs tumoraux :      ASAT / ALAT :      PAL :      GGT :  
• Imagerie :  
Rx poumon  
Echo abdominale  
Echo endoscopie + biopsie :      adénocarcinome  
TDM : signes indirects :dilatation irrégulière du Wirsung / dilatation des VBIH /  
atrophie du corps  
Signes directs : lésion hypodense / effet de masse
- < Pathologie : bénigne      maligne  
< L'intervention : DPC      dérivation      double dérivation      bi segmentectomie  
Durée de l'intervention :      durée d'hospitalisation :  
Type : coelio      conventionnel      coelio converti  
Anastomose : manuelle      mécanique  
Préparation pré opératoire :

- Albumine
- Alimentation parentérale
- Transfusion : CG      PFC
- Incident per opératoire : traumatisme de la VBP
- Drainage : nombre :                      localisation :                      type :
- Séjour en USI : oui                       non
- Durée de séjour en USI :
- < Suites post op :
  - Antibiothérapie : amoxacclav                      C3G
  - Coagulation : oui                       non
  - 1er pst : J1                       J2
  - Reprise du transit : J1                       J2
  - Ablation du drain : J
  - Autorisation de l'alimentation : J1                       J2
- < Complications :
  - Décès : USI                      per op                      service
  - Infection de la paroi
  - Gastroparésie
  - Fistule pancréatique
  - Ischémie
  - Abscès intra abdominale
  - Hémorragie
  - Thrombophlébite
  - Eviscération
  - Péritonite post op
  - Pancréatite aigüe post op
  - Etat de choc
  - Bilan para clinique : échographie
  - Eprise chirurgicale : oui                       non                       à j :
  - Geste :
  - Evolution : favorable                      rechute

## FICHE D'EXPLOITATION :

### CHIRURGIE PARIETALE

#### IDENTITE :

- < Date d'entrée :
- < Date de sortie :
- < Nom :
- < Prénom :
- < IP :
- < Adresse / tel :
- < Poids / taille / sexe : homme      femme
- < Provenance : Milieu urbain      Milieu rural
- < Profession : Avec grand effort physique      Sans grand effort physique
- < IMC : <16,5 :dénutrition      16,5-18,5 :maigreur      18,5-25 :normale  
25-30 :surpoids      30-35 :obésité modéré      35-40 :obésité sévère      sup  
40 : obésité morbide
- < Classification OMS : 0      1      2      3      4

#### ATCD :

- Personnels :
  - Médicaux** : diabète      HTA      TBK      cardiopathies      Anémie
  - insuffisance      hépatique      insuffisance rénale      Dysthyroïdie
  - immunosuppresseurs
  - Corticothérapie      Dénutrition      MICI      Autres
  - Chirurgicaux** : opéré : oui       date d'intervention : Geste :
  - Suites post op :
  - Cure d'hernie/d'une éventration :  
Non
  - Toxico allergique** : alcool      Tabac      allergie
  - Facteurs herniogènes** : Travail de force      ATCD de hernie      Obésité
  - Grossesses répétées      Toux chronique      Trisomie 21      Constipation      Hérité  
autres
  - Gynéco-obstétricaux** : gestité :      parité :
  - voie accouchement : voie basse      césarienne
- Familiaux : cas similaire       pas de cas similaire

#### CLINIQUE :

- Début de la symptomatologie :
- Circonstances de découverte : Tuméfaction      Douleur      Complication  
Syndrome occlusif      Strangulation      Incarcération      Perforation

• Hernie :

Hernie de l'aîne	Type	Inguinale	Directe	
			Indirecte	
		Inguino-scrotale		
	Siège	Crurale		
		Droite		
		Gauche		
	Bilatérale			

Hernie abdominale	Type	Médiane	Ombilicale				
			Épigastrique				
		Latérale	De Spiegel		Siège	Droite	
			Lombaire			Gauche	
				Bilatérale			
	Taille	< 2cm					
		2-4 cm					
>4cm							

• Éventration :

Éventration	Médiane	M1 : sous-xiphœidienne	
		M2 : Épigastrique	
		M3 : Ombilicale	
		M4 : Sous ombilicale	
		M5 : Sus-pubinne	
	Latérale	L1 : Sous-costale	
		L2 : Flanc	
		L3 : Iliaque	
		L4 : Lombaire	
	Récidive	Oui	
		Non	
	Longueur en cm		
	Largeur en cm	W1 : < 4cm	
W2 : 4-10 cm			
W3 : > 10 cm			

**PARACLINIQUE :**

- biologie :
  - NFS : Hb
  - CRP :
  - GB : >10000
  - Urée/ créat : normale anormale
  - Albuminémie :
- Radiologie : Radiographie thoracique ASP Echographie abdominale TDM  
abdominale Echocardiographie autres

**INTERVENTION :**

- Circonstances del'intervention :
  - Programmée
  - Enurgence
- Délai de consultation : 0-3 mois  3-6 mois  >6 mois
- Délai de PEC : 0-3 mois  3-6 mois  >6 mois
- Durée d'hospitalisation pré opératoire : <3jrs  3-7 jrs  >7jrs
- Durée d'hospitalisation post opératoire : <3jrs  3-7 jrs  >7jrs
- Préparation pré opératoire :
  - toilette pré opératoire
  - Albumine oui  non
  - Alimentation parentérale oui  non
  - Transfusion : oui  non  CG PFC
- Chirurgie : propre propre contaminée contaminée sale
- Anesthésie
  - Générale
  - Rachianesthésie
  - Locale
- Voied'abord
  - Ciel ouvert:
    - o Type d'incision:
  - Cœlioscopie
  - TAPP
  - TEP
    - o Nombre de trocars:
    - o Taille destrocart:
    - o Siège destrocart:
    - o Coelio converti :
- Durée de l'intervention : <2H  2-4 H  >4H
- <Anastomose : manuelle mécanique

- Incident per opératoire : perforation      hémorragie      contamination per opératoire
- Modalités:
  - Technique:
  - Sac herniaire:
  - Contenu
    - Résection
    - Refoulement
    - Suture simple (Raphie):
    - Type de points:
    - Fils:
    - Prothèse:
    - Fixation
    - Oui (par):
    - Non
    - Fils
    - Tacks
    - Type de prothèse:
    - Emplacement de la prothèse:
  - Drainage : oui       type : lame      Drain de rondon
  - Localisation : CDS      sous phrénique      sous hépatique      FID
  - En regard de l'anastomose
  - Non
- Si compliquée:
  - Réintroduction du contenu dusac
  - Résection du contenu dusac
  - Anastomose:
  - Stomie:
- Séjour en USI : oui       durée : <3jrs  >3 jrs
- Non
- Suites post op :
  - Antibiothérapie : amoxacclav      C3G      Flagyl      autres
  - Coagulation : oui      non
  - 1<sup>er</sup> pst : J1       J2
  - Reprise du transit : J1       J2       J3
  - Autorisation de l'alimentation : J1       J2       J3       J4
  - Ablation des drains : J1       J2       J3       J4
  - Durée d'hospitalisation post op : <5jrs       5-10 jrs  >10 jrs

**COMPLICATIONS :**

- **Décès :** USI                      per op                      service
- **Complications infectieuses :**
  - Infection de la paroi : oui  non  J :  
Prélèvements : oui  non  Germe :  
Antibiogramme :
  - Péritonite post op : oui  non  J :  
Clinique : fièvre                      météorisme                      vomissements                      diarrhée précoce  
défense abdominale                      contracture abdominale                      douleur provoquée  
écoulement digestif anormale ( par cicatrice                      par drainage                      )  
Eviscération                      agitation                      troubles de conscience                      détresse respiratoire  
Défaillance viscérale  
Biologie : hyperleucocytose >12000                      CRP élevée  
Prélèvements : oui  non  germe :  
Antibiogramme :  
Radiologie : Rx thorax                      Echo abdominale                      TDM                      ASP
  - Septicémie : oui  J :  
Non
  - Infection urinaire : oui J : Prélèvements : oui  non  germe :  
Antibiogramme  
Non
  - Infection pulmonaire : oui  J : Prélèvements : oui  
non germe :  
Antibiogramme :  
Non
  - Abscessus pariétale : oui  J : non
  - Infection de la prothèse : oui  non  J :
- **Complications non infectieuses :**
  - Fistule digestive : oui  non  J :  
Interne                      externe
  - Hémorragie : oui  non  J :
  - Déhiscence : oui  non
  - Thrombophlébite : oui                      non  
Clinique : œdème du MI                      douleur  
Imagerie : écho doppler                      D-dimères
  - Embolie pulmonaire : oui  non   
Clinique : dyspnée                      hémoptysie                      DI basi thoracique                      cyanose  
Imagerie : RT                      ECG                      écho                      Angioscanner
  - Eviscération : oui  non





---

## ***BIBLIOGRAPHIE***

---



1. **Adriamanarivo ML, Rabenasolo MV, Rantolalala HYH, AndianandrassanaA.**  
La chirurgie pédiatrique dans un centre hospitalier de district de niveau II (CHU II) de Madagascar. Med Af. Noire, 2004; 51 (11)609–610.
2. **Balique JG.**  
Ré-interventions par laparoscopie pour complications post opératoires en chirurgie digestive après une première intervention pratiquée par laparoscopie.  
E-mémoires de l'académie Nationale de Chirurgie, 2005; 4 (4) :69.
3. **Coulibaly Y, Keita S, Diakita I, Kante L, Ouattara Y, Diallo G.**  
Complications post-opératoires en chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel TOURE.  
Mali médical, 2008; 23, (4):57–59.
4. **Bielecki K, Rud PM.**  
Postoperative complications in a teaching surgical ward. Pol MerkurLebarski. 2006 Apr20(118);413–5
5. **Fink AS, Hutter MM, Campbell DC, Henderson WG, Mosca C et al.**  
Comparison of risk-adjusted 30-day postoperative mortality and morbidity in department of veterans affairs hospitals and selected university medical centers: general surgical operations in women. J Am Coll Surg. 2007. 204(6):1127–36.
6. **Clavien Pa, Barkum j, De Loiveira MI.**  
The Clavien–Dindo classification of surgical complications: five year experience. Ann Sug. 2009;250 (2): 187–96.
7. **SYLLA Aboubakrin.**  
Complications post opératoires dans le service de chirurgie de l'HDF de Kayes [Thèse de médecine]. [Bamako]: BAMAko; 2011;12M22
8. **Tonye et al.**  
Complications postopératoires précoces dans les hôpitaux de district de la ville de Yaoundé. 2015;Vol 16 (1) January - February-March 2015 Available at. Disponible sur: [www.hsd-fmsb.org](http://www.hsd-fmsb.org)
9. **DEMBELE Lamine.**  
Complications postopératoires en chirurgie générale au csref de la commune I [Thèse de doctorat]. [Bamako]: université de Bamako;2016.

10. **Eboreime O, Asogun ZI, Ahonsi B, Momoh M, Ohanaka EC.**  
Fistule enterocutanée: une complication postopératoire évitable.  
Disponible sur: [www.wacsabidjan2011.org](http://www.wacsabidjan2011.org).
11. **Bellomo R, Goldsmith D, Russell S, Uchino S.**  
Postoperative serious adverse events in a teaching hospital: a prospective study. *MJA* 2002;176(5):216–218.
12. **J.M. PROSKE, W. RAUE, J. NEUDECKER, J.M. MULLER, W. SCHWENK.**  
Réhabilitation rapide en chirurgie colique : résultats d'une étude prospective.  
*Annales de chirurgie* 130 (2005) 152– 156.
13. **NAN DN, FERNANDEZ–AYALA M., FARINAS–ALVAREZC, MONS R., ORTEGA FJ, GONZALES–MACIAS J, FARINASM.**  
Nosocomial infections after lung surgery: incidence and risk factors.  
[www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov) PMID: 16236938
14. **LESTEVEN C., THIBON P., Le LOUTRE E., LEFRANCOIS.**  
Service de chirurgie digestive. Infection du site opératoire. *Pub med. CAEN* 2000.
15. **Gillon JF.**  
Le taux brut de mortalité est-il un critère pertinent d'efficience d'une équipe chirurgicale? Etude prospective des suites opératoires de 11756 patients. *Ann de chir.* 2005;130:400–406.
16. **Chichom A, Tchounzou R, Masso M, Pison C, Pagbe JJ et al.**  
Ré-interventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé: indications et suites opératoires (238 cas). *Masson.* 2009 ; 146(4):387–391.
17. **Medeiros AC, Aires N, Azevedo GD, Vilar MJ, Pinheiro LA, Brandao NJ.**  
Surgical site infection in a university hospital in northeast Brazil. *Pubmed.* 2005;9(4):310–4.
18. **Proske JM, Raue W, Neudecker J, Muller JM, Schwenk W.**  
Rehabilitation rapide en chirurgie colique : résultats d'une étude prospective. *Masson.* 2005;130: 152–156.
19. **Petrosillo N et al.**  
Surgical site infections in Italian Hospitals: a prospective multicenter study. *Pubmed.* 2008;08: 34.

20. **Anderson DJ, Chen LF, Sexton DJ, Kaye KS.**  
Complex surgical site infections and the devilish details of risk adjustment: important implications for public reporting. *Infect Control Hosp Epidemiol.* Pubmed. 2008;29 (10): 941–6.
21. **Biscione FM, Couto RC, Pedrosa M.**  
Accounting for incomplete post discharge follow– up during surveillance of surgical site infection by use of the national nosocomial infections surveillance system’s risk index. *Pubmed.* 2009;30(5): 433–9.
22. **VASQUEZ AP., LIZAN–GARCIA M, CASCALES–SANCHEZ P, VILLAR–CANPVAS MT, GARCIA–OLMOD.**  
Nosocomial infection and related risk factors in general surgery service: a prospective study. *J Infect,* 2003 Jan; 46 (1):17–22
23. **APPELGREN P, HELLSTROM I, WEITZBERG E, SODERLUND V, BINDSLEV L, RANSJOU.**  
Risk for nosocomial intensive care infection: a long term prospective analysis. *Jour Inf Stockholm* 2001; 5: 60–64.
24. **CREAMER E, CUNNEY, HUMPHREYS H, SMYTHEG.**  
Sixteen years surveillance of surgical sites in an Irish acute–care hospital. Department of Infection Control and Clinical Microbiology, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland. [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)
25. **J.–F. GILLON**  
Le taux brut de mortalité est–il un critère pertinent d’efficience d’une équipe chirurgicale ? Etude prospective des suites opératoires de 11756 patients.  
doi :10.1016/j.anchir.2005.01.013. [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)
26. **DEM A.,KASSE A. A.,DIOP M., FALL–GAYE M. C.,DIOP P.S., DOTOU C.,CISS M.L.,TOUREP.**  
Colpohystérectomies élargies avec lymphadénectomies pour cancer du col utérin à l’institut du cancer de Dakar : à propos de 412 cas.*Dakar Médical,* 2001 ; 46 : 39–42.
27. **KASERLICKY MA, SVABJ.**  
P.H.S (Prolene Hernia System) mesh– initial experience. *RozhlChir.* 2002 Nov; 81 Suppl 1:S27–30

28. **GEORGESCU I., NEMES R., GHELASE F., VALCEA V., SURLIN V., MARTINL.**  
Post operative intestinal fistulae. *Chirurgia (Bucur)*. 2000 may-Jun; 95 (3): 267-271
  
29. **PESSEAUX P, MSIKA S, ATALLA D, HAY JM, FLAMANT Y, FRENCH ASSOCIATION FOR SURGICALRESEACH.**  
Risk factors for post operative infectious complications in non colorectal abdominal surgery: a multivariate analysis based on a prospective multicenter study of 4718 patients. *Pressechir*. 2003; 45:12-13.
  
30. **RODRIGUEZ-HERMOZA JI, CODINA-CASADOR , RUIZ B, ROIG J, GIRONESS J, PUJADAS M, PONT J, ALDEGUER X, ACEROD.**  
Risk factors for acute abdominal wall dehiscence after laparotomy in adults. *Cir Esp*, 2005 May; 77(5): 280-6

# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

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

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

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

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه  
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 129

سنة 2020

# مضاعفات جراحة الجهاز الهضمي في قسم جراحة الجهاز الهضمي المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/06/29

من طرف

**الآنسة فاطمة الزهراء توبان**

المزودة 09 فبراير 1993 بمراكش

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

**الكلمات الأساسية:**

جراحة الجهاز الهضمي - مضاعفات - ما بعد الجراحة

## اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

**ع. لوزي**

أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي

**خ. رباني**

أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي

**م. والي الإدريسي**

أستاذة في الفحص بالأشعة

**أ. فخري**

أستاذ في علم التشريح

السيد

السيد

السيدة

السيد