



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

Année 2021

Thèse N° 179

Les complications de la chirurgie colorectale au service de chirurgie viscérale Hôpital Arrazi CHU Mohammed VI

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 11/10/2021

PAR

Mr. **Yassine OULKADI**

Né Le 30 Mai 1995 À Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Chirurgie colorectale - Complications - Postopératoire

JURY

M.	A. LOUZI Professeur de Chirurgie Viscérale	PRESIDENT
M.	K. RABBANI Professeur de Chirurgie Viscérale	RAPPORTEUR
Mme.	M. OUALI IDRISI Professeur de Radiologie	} JUGES
M.	A.FAKHRI Professeur agrégé d'Anatomie Pathologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

” رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي
نُذِرْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ ”

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.

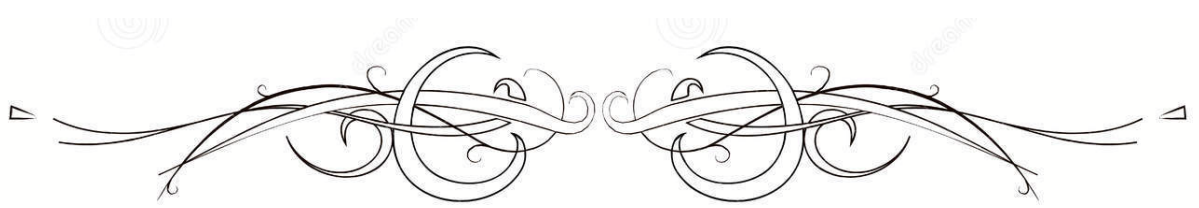
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

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

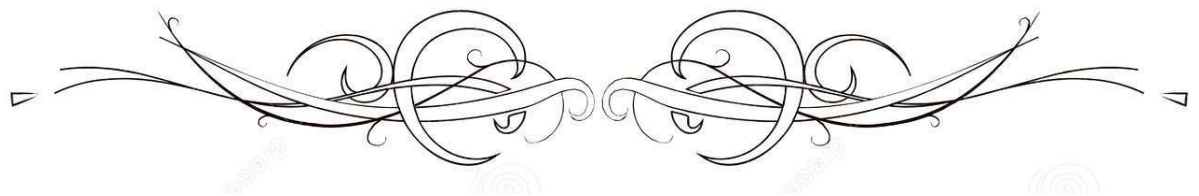
Je m'y engage librement et sur mon honneur.



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	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillofaciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie

AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie

BOUCHENOUF Rachid	Pneumo- ptisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
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 chir maxillofaciale	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 métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie

BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

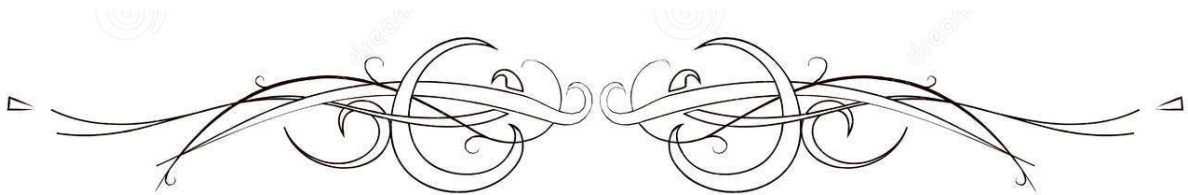
Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie

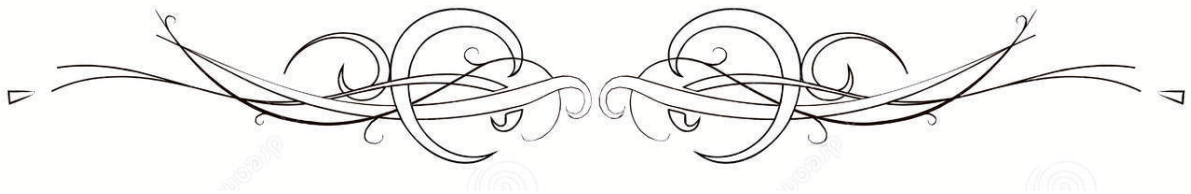
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgieréparatrice etplastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	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
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie- virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de	ROUKHSI Redouane	Radiologie

	Coordination bio- organique		
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie- mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRÊTÉE LE 01/02/2021



DEDICACES



Toutes les lettres

Ne sauraient trouver les mots qu'il faut ...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que...

Je dédie cette thèse à ...



A ALLAH LE TOUT PUISSANT.

Oh ! Mon seigneur, Tu m'as fait trébucher pour me permettre de mieux apprécier ta grandeur.

Gloire à Toi ! Nous n'avons du savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi L'Omniscient, Le Sage. [Sourate 1 versé : 32.]

A Ma Très Chère Maman :

Latifa BERRADA

Pour l'affection, la tendresse et l'amour que tu m'as toujours donné,

Pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve,

Pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester.

*Pour ton inéluctable patience et pour tous les efforts que tu as consenti pour mon
éducation et mon bien être.*

Sans tes précieux conseils, tes prières, ta générosité et ton dévouement,

je n'aurais pu surmonter le stress de ces longues années d'étude.

Tu as toujours été pour moi une école de patience, d'espoir et d'amour.

*Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ces enfants suivent le bon chemin
dans leur vie et leurs études*

*Aucune dédicace très chère maman, ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce
que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner durant mon
existence.*

*Puisse DIEU, le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude
d'esprit et te protège de tout mal.*

Je t'aime MAMAN...

A Mon Très Cher Père :

Nabil OULKADI

*Au grand homme, qui a toujours été l'idole de ses enfants,
qui m'a toujours poussé à me surpasser dans tout ce que j'entreprends,
qui m'a transmis cette rage de vaincre cette faim du savoir.*

Tu as toujours été mon école d'ambition, de perfectionnisme d'espoir et d'amour.

*Tu resteras toujours pour moi la lumière qui illumine mon chemin car c'est grâce à toi que
j'en suis arrivée là.*

Je ferais toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

*Tu as fait plus qu'un père puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans
leurs études et dans leur vie.*

*J'implore DIEU tout puissant, de t'accorder une bonne santé, une longue vie et
beaucoup de bonheur.*

Je t'aime PAPA...

A mes très chers frères :

Mohamed et Taha

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 extrême ont été
pour moi une source de courage, de confiance et de patience.*

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

A la Mémoire de mes grands parents maternels.

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 paternels

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

Pr Saad Berrada

Vous m'avez toujours rapproché et considéré comme votre fils ; me pressant chaque fois de trouver rapidement un thème.

Jamais je n'oublierai vos propos pleins de sagesse et d'instructions.

C'est ainsi que j'adore discuter avec vous sur tous les sujets afin d'apprendre encore et toujours encore.

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 chers oncles et tantes et leurs époux (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 chers 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

*Veillez-trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance, de ma gratitude
et mon respect le plus profond, en réponse de votre sympathie, gentillesse, votre aide
et l'amabilité avec laquelle vous m'avez entourés.*

Puisse Dieu vous protéger et vous prêter longue vie, santé et bonheur

A mes chers 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

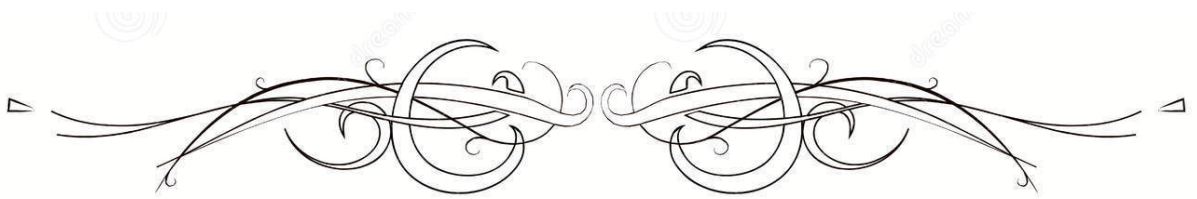
Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

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

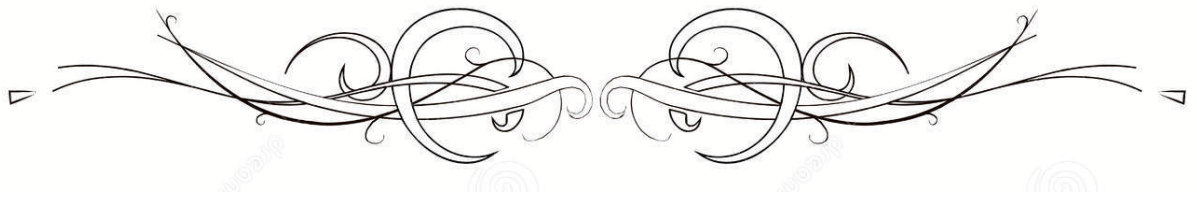
A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer

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 maitre et président de jury :

Professeur LOUZI Abdelouahed.

Professeur de l'enseignement supérieur de Chirurgie viscérale

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider
notre jury.*

*Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très
reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail.*

*Votre spontanéité, votre compétence pratique, vos qualités humaines et
professionnelles, votre simplicité, votre gentillesse, votre générosité, et bien d'autres
qualités nous ont particulièrement touchés.*

Veillez trouver ici, cher Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et Rapporteur de thèse

Professeur RABBANI Khalid

Professeur de l'enseignement supérieur 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.

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre
profond respect.*

A notre maitre et juge de thèse madame OUALI IDRISSE Meriem

Professeur de l'enseignement supérieur de Radiologie

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de
siéger parmi notre jury de thèse.*

*Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre
simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis.*

*Veillez trouver ici, cher Maitre, le témoignage de notre grande estime et de notre
sincère reconnaissance.*

A notre maitre et juge de thèse Monsieur le Professeur FAKHRI Anass,

Professeur agrégé en anatomie pathologie

Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur.

Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession.

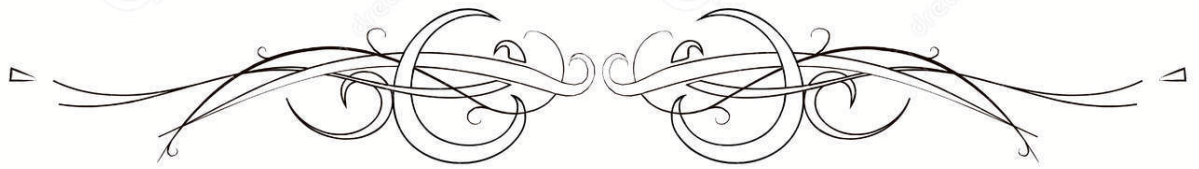
Nous vous remercions de votre enseignement et gentillesse.

*Qu'il me soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon
grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance.*

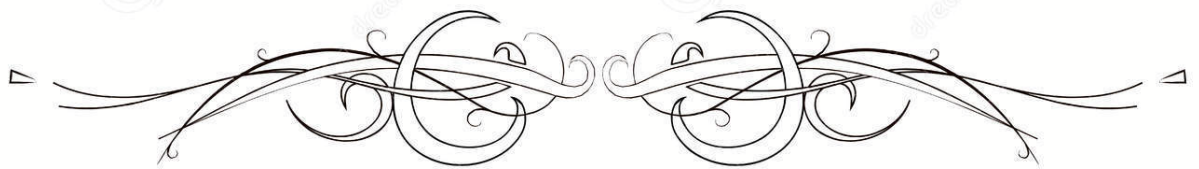
A tous nos professeurs de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech :

*Grand merci chers professeurs pour votre partage de connaissances, c'est grâce à
vous que nous avons appris c'est quoi le travail d'équipe et le respect des confrères.*

Nous vous seront toujours reconnaissant.

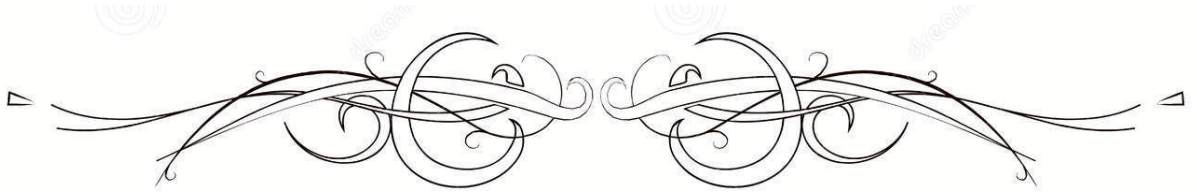


LISTE DES ABRÉVIATIONS

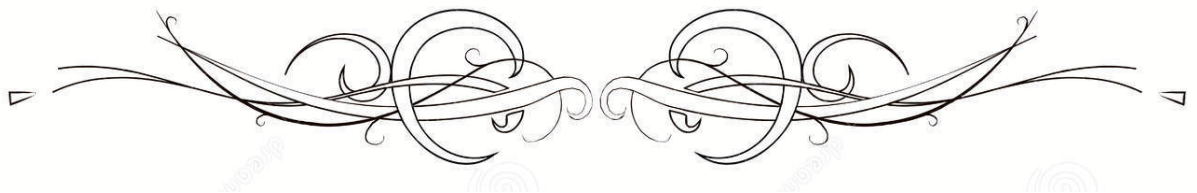


Liste des abréviations

CPO	:	Complications postopératoire
ATCD	:	Antécédents
RTH/CHT	:	Radiothérapie/chimiothérapie
AVK	:	Anti vitamine K
%	:	Pourcentage
CCR	:	Complication colorectale
MCC	:	Maladie cardiaque chronique
ISO	:	Infection du site opératoire
RCH	:	Rectocolite hémorragique
Nb	:	Nombre
IRCT	:	Insuffisance rénale chronique terminale
MICI	:	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
Tx	:	Taux
Post-op	:	Postopératoire

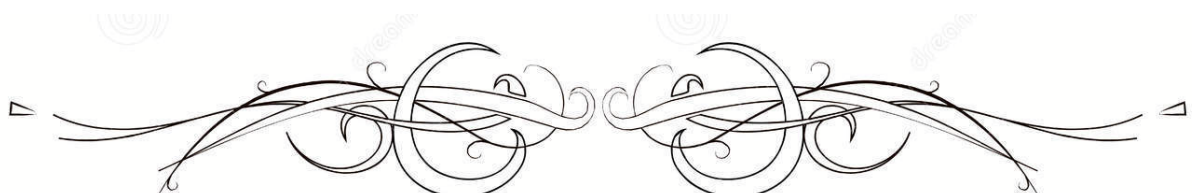


PLAN

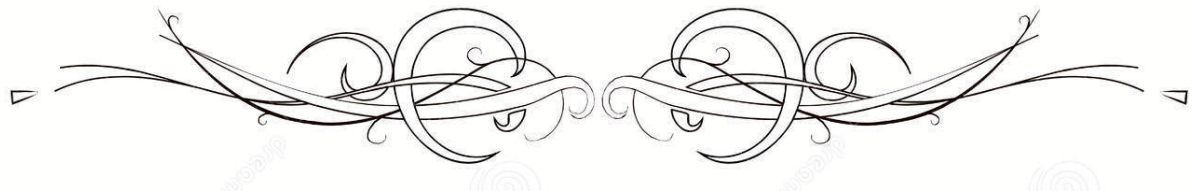


INTRODUCTION	01
RAPPEL ANATOMIQUE DE LA REGION COLORECTALE	03
I. Anatomie du Colon	05
1. Disposition et rapports anatomiques :	05
2. Vascularisation du colon:	08
II. Anatomie du Rectum	13
1. Disposition et rapports anatomiques :	13
2. Vascularisation du rectum:	15
MATÉRIELSETMÉTHODES	17
I. Problématique:	18
II. Objectifs:	18
1. Objectif général:	18
2. Objectifs spécifiques:	18
III. La population d'étude:	18
IV. Méthodologie:	18
1. Type de l'enquête:	19
2. Recueil des données:	19
3. Analyse des données:	20
4. Considérations éthiques:	20
RÉSULTATS	21
DISCUSSION	41

CONCLUSION	54
RESUMES	56
ANNEXES	60
BIBLIOGRAPHIE	65



INTRODUCTION



Les complications postopératoires (CPO) sont les phénomènes (accidents ou incidents) nouveaux survenant dans les suites opératoires (précoce ou tardive) et entraînant généralement l'aggravation de la situation antérieure soit par leur morbidité ou même leur mortalité. Elles se répartissent en complications précoces et tardives selon le délai de leur survenue.

Les complications post opératoires colorectales peuvent nécessiter une reprise chirurgicale dans 13% à 35% des cas. Elles constituent cependant un handicap majeur pour les patients.

Malgré les énormes progrès dans le domaine de la technique opératoire, de mise en point des matériels sophistiqués et de l'application des principes universels d'asepsie dans les blocs opératoires, les complications post opératoires colorectales restent en général fréquentes.

La majorité des complications graves sont communes à tous les types d'opération. Il s'agit de saignements (hématomes), d'ouverture de plaies, d'infections, ou de complications à distance comme les phlébites ou les embolies pulmonaires. D'autres concernent encore plus la chirurgie colorectale.



***RAPPEL ANATOMIQUE DE
LA REGION COLORECTALE***



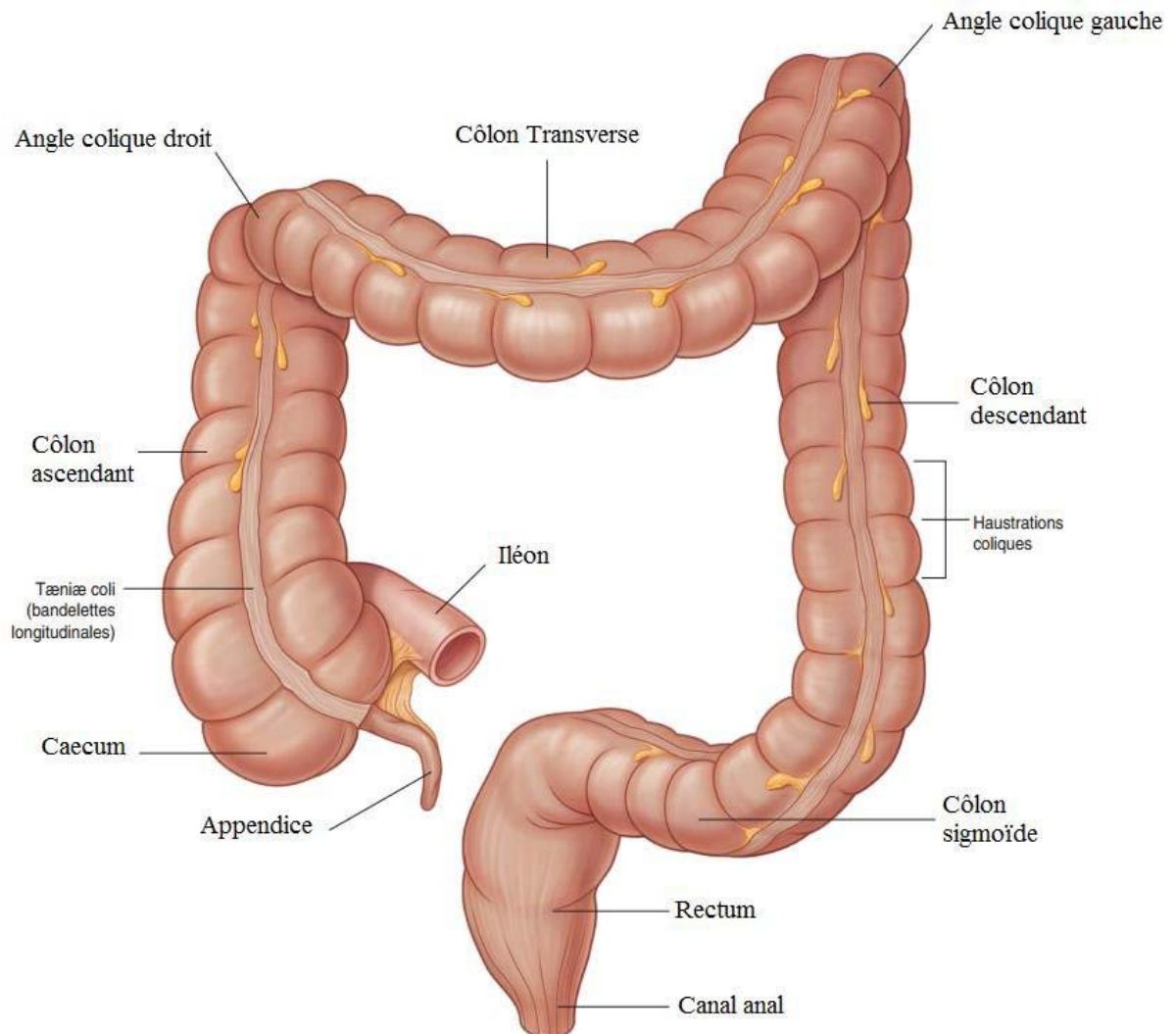


Figure 1 : Organisation anatomique du côlon [52]

I. Anatomie du Colon [52]

1. Disposition et Rapports anatomiques

1.1. Disposition générale :

Le colon correspond à la partie tube digestif comprise entre l'intestin grêle et le rectum. Il commence à la jonction iléo-cæcal et se termine au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne.

Il se dispose en U inversé dans la cavité. Il est divisé en segments :

Segments coliques fixes : Il s'agit de droite à gauche du caecum, du côlon ascendant, de l'angle colique droit, de l'angle colique gauche et du côlon descendant.

Segments coliques mobiles : il s'agit du côlon transverse et du côlon sigmoïde. D'un point de vu chirurgical, il existe deux territoires coliques vasculaires distincts anastomosés entre eux par une arcade (arcade de Riolan) et permettant une exérèse systématisée avec ligature première des vaisseaux en chirurgie carcinologique.

1.2. Rapports anatomiques

En fonction de la localisation, le cancer peut envahir les organes de voisinage : il s'agit essentiellement de l'uretère ou duodénum pour les cancers du côlon droit, estomac ou pancréas pour les cancers du côlon transverse ; uretère, vessie, utérus pour les cancers du sigmoïde...

a. Caecum

Le caecum répond en avant à la paroi antérieure de l'abdomen. Sur sa face postérieure, il répond par l'intermédiaire du fascia d'accolement au muscle psoas, à l'uretère droit. Sur sa face interne s'abouche l'intestin grêle par l'intermédiaire de la valvule iléo-caecale.

b. Côlon ascendant et angle colique droit

Il répond en avant aux anses grêle et par l'intermédiaire du grand épiploon à la face antérieure de l'abdomen. Il est fixé dans le flanc droit par le fascia de Toldt droit. La face postérieure du côlon est en rapport avec le rein droit, l'uretère droit et les vaisseaux génitaux droits. L'angle colique droit vient au contact de la 2ème portion du duodénum et la face inférieure du foie.

c. Colon transverse

A droite il répond en avant à la vésicule biliaire et au foie ainsi qu'à la paroi antérieure de l'abdomen. En arrière il est en rapport avec le duodénum et la tête du pancréas A gauche il répond à l'angle duodéno-jéjunal et à l'intestin grêle. En haut et à gauche il est en rapport avec la grande courbure gastrique puis le pôle inférieur de la rate.

d. Angle colique gauche

Il est situé profondément dans l'hypochondre gauche. En haut, il est en rapport avec le pôle inférieur de la rate. Il répond en arrière à la queue du pancréas ainsi qu'au pôle supérieur du rein gauche.

e. Côlon descendant

Il descend verticalement en suivant le bord externe du rein gauche puis du muscle psoas gauche. Les rapports postérieurs sont les plus importants. Ils se font par l'intermédiaire du fascia de Toldt gauche avec l'uretère gauche, les vaisseaux génitaux gauches.

f. Sigmoïde

Il contracte des rapports avec la vessie et le rectum chez l'homme et les organes génitaux chez la femme. Sa partie initiale est en rapport en arrière avec les vaisseaux iliaques ainsi que l'uretère gauche. En haut, il est toujours en rapport avec les anses intestinales.

2. Vascularisation du colon:

2.1. Artère mésentérique supérieure

▪ Origine:

Elle naît de la face antérieure de l'aorte abdominale au dessous du tronc cœliaque « L1

- Trajet: - longue de 20 à 25cm, elle se porte en bas et à droite, chemine à gauche de la veine mésentérique supérieure

- Elle est successivement:

- rétro-pancréatique: en arrière de l'isthme du pancréas
- pré-pancréatique: passe en avant du processus incinatus.
- pré-duodénale: en avant de D3 Elle pénètre dans le mésentère et devient intra-mésentérique 9

Elle se termine à quelques centimètres de l'angle ilio-caecal en

2 branches terminales: l'artère iléo-colo-bicaeco-appendiculaire et l'artère iléale gauche

Artères du caeco-appendice:

Ce sont les branches terminales de l'iléo-colo-bicaeco--appendiculaire

- Artère caecale antérieure .

Artère caecale postérieure

- Artère appendiculaire

Organisation des artères coliques:

Ce sont les branches droites de l'artère mésentérique supérieure:

- Artère colique droite supérieure
- Artère colique droite moyenne

- Artère colique droite inférieure ou iléo–colo–bicaeco–appendiculaire

Ces artères se portent vers la face médiale du colon et se bifurquent en 2 branches supérieure et inférieure qui s’anastomosent avec les branches homologues des autres artères pour former des arcades para–colique:

Arcade para–colique du colon transverse : arcade de Riouan.

Arcade para–colique du colon ascendant.

Les arcades para–coliques donnent les vaisseaux droits qui se distribuent aux faces antérieure et postérieure du colon

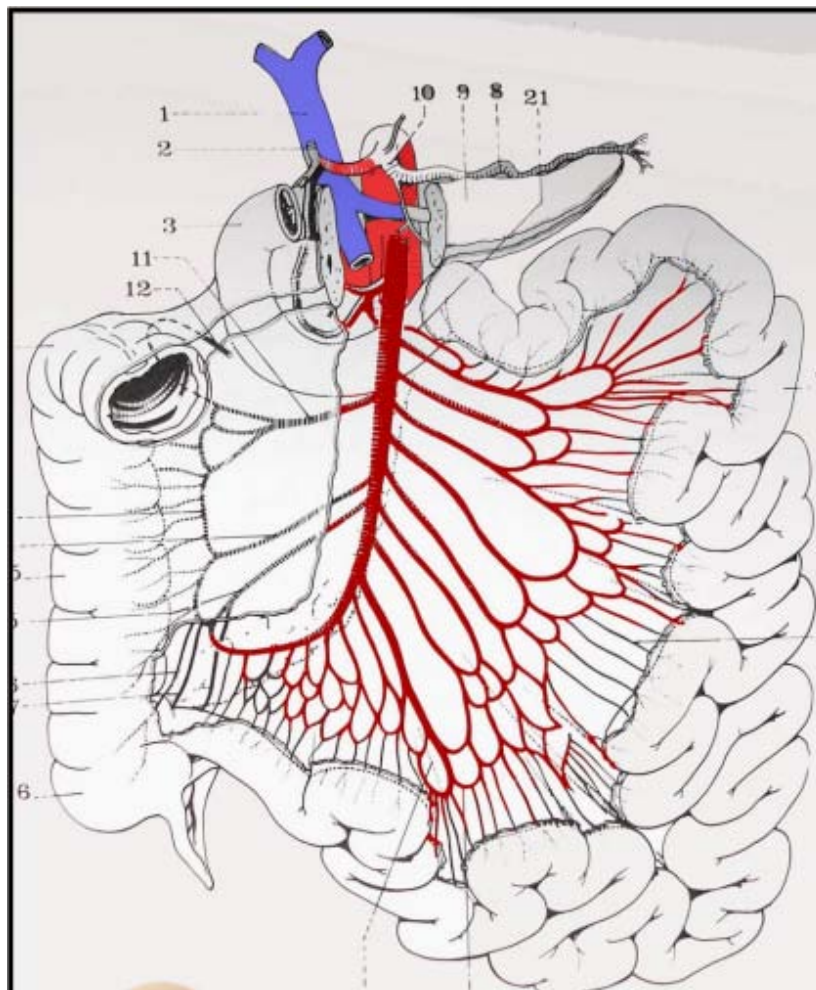


Figure 2 : Artère mésentérique supérieur [82]

2.2. Artère Mésentérique Inferieur

Elle vascularise la moitié gauche du colon transverse, le colon descendant, et le colon ilio-pelvien.

Elle naît de la face antérieure de l'aorte à hauteur de L3

Elle descend en bas et à gauche jusqu'à l'artère iliaque commune qu'elle croise

Elle se termine au niveau de S3 en donnant l'artère rectale supérieure qui se divise en 2 branches terminales.

Organisation des artères coliques:

Elles se distribuent au colon gauche par 3 branches:

- L'artère colique gauche supérieure
- L'artère colique gauche moyenne
- L'artère colique gauche inférieure ou tronc des sigmoïdiennes :

Elle donne les artères sigmoïdiennes gauche, moyenne et droite.

Les artères coliques gauches ont les mêmes ramifications que les artères coliques droites.

Les anastomoses para-coliques forment:

L'arcade para-colique du colon transverse ou arcade de Riouan:

Anastomose entre les artères coliques supérieures droite et gauche .

L'arcade para-colique du colon descendant et ilio-pelvien

- Vascularisation veineuse

Le drainage veineux du colon est tributaire du système porte par les veines mésentériques supérieure et inférieure

La disposition veineuse est analogue à la disposition artérielle

2.3. La veine mésentérique supérieure:

Elle commence à la jonction iléo-caecale

Chemine dans le mésentère à droite de l'artère mésentérique sup

Monte en avant de D3 et le crochet du pancréas et se place en arrière de l'isthme du pancréas ou elle se réunit avec le tronc spléno-mésaraïque pour former le tronc porte

Elle reçoit les veines du caeco-appendice et les veines coliques droites inférieure, moyenne et supérieure par le tronc gastro-colique de Henlé

2.4. La veine mésentérique inférieure:

Elle naît de la réunion des veines rectales supérieures à la jonction recto-sigmoïdienne

Elle monte en haut à gauche de D4

Elle se place ensuite en arrière du pancréas et se jette dans la veine splénique

Elle reçoit les veines coliques gauches inférieure, moyenne et supérieure.

LYMPHATIQUES Les vaisseaux lymphatiques du colon cheminent le long des vaisseaux mésentériques en passant par plusieurs lymphonœuds:

1. Les lymphonœudsépocoliques: situés dans la paroi du colon
2. Les lymphonœudsparacoliques: Situés le long des arcades artérielles
3. Les lymphonœuds intermédiaires :
Situés le long des artères coliques
4. Les lymphonœuds principaux:
Placés près de l'origine des artères coliques
5. Les lymphonœuds centraux :
Situés à l'origine des artères mésentériques

- LES NERFS

L'innervation du colon est assurée par les plexus inter-mésentérique, situé entre les ganglions mésentériques supérieurs et inférieurs.

Les fibres nerveuses sont satellites des artères coliques droites et gauches.

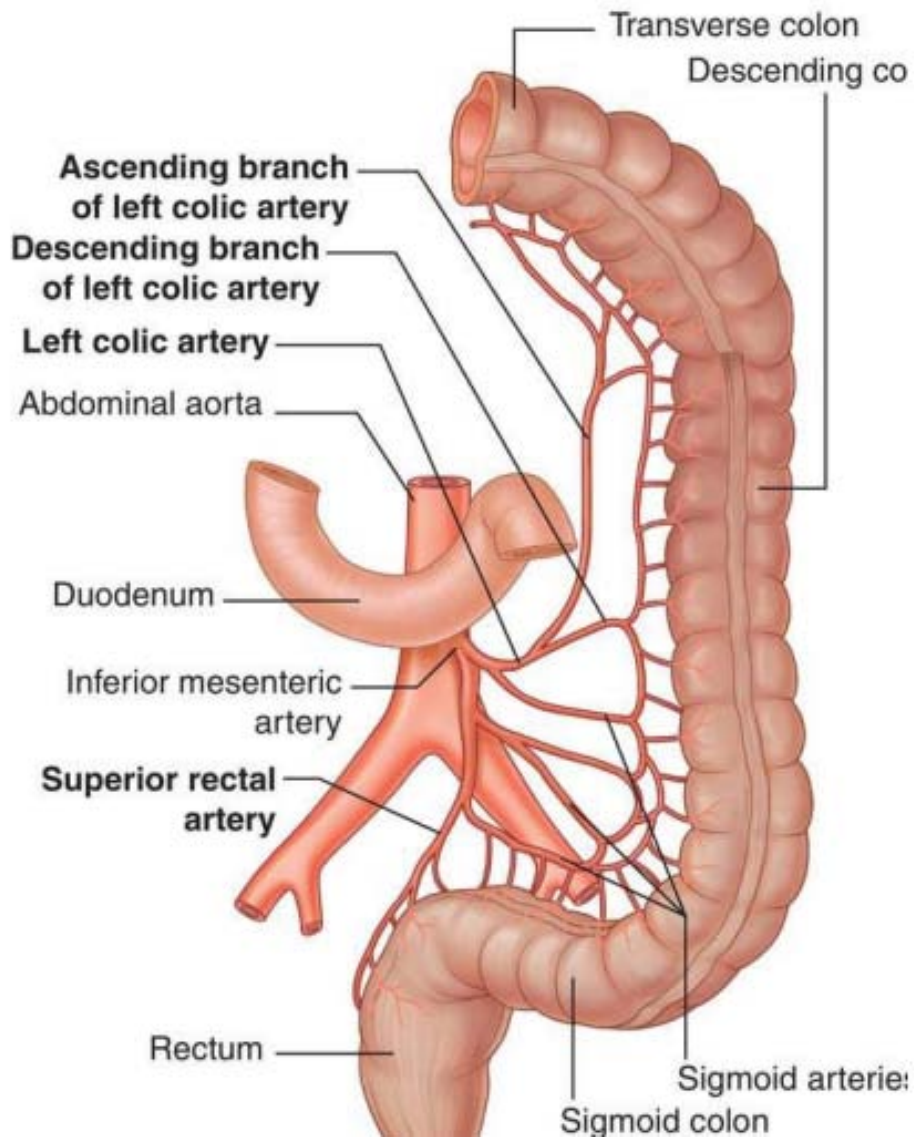


Figure 2 : Artère mésentérique inférieur [82]

II. Anatomie du Rectum [52]

1. Disposition et Rapports :

1.1. Disposition générale

- * Le rectum, segment terminal du tube digestif, fait suite au côlon sigmoïde au niveau de la troisième vertèbre sacrée et se termine à la ligne ano-cutanée ou marge anale.
- * Il a la forme d'un réservoir cylindrique de 12 à 15 cm de long qui traverse le petit bassin de haut en bas dans sa moitié postérieure en se moulant à la face antérieure de la concavité sacrée.
- * Anatomiquement, le rectum comporte deux parties : le rectum pelvien, ou ampoule rectale et le rectum périnéal ou canal anal (zone sphinctérienne, entourée de deux muscles, le sphincter anal interne et le sphincter anal externe).
- * Chirurgicalement ; on peut diviser le rectum en trois parties : haut, moyen et bas rectum.
- * Le péritoine tapisse la face antérieure et supérieure du rectum pelvien avant de se réfléchir sur les organes génitaux formant ainsi le cul-de-sac de Douglas. Ainsi, le rectum est divisé en deux parties par le péritoine : une partie supérieure qui est partiellement intrapéritonéale et une partie inférieure qui est sous-péritonéale, d'approche chirurgicale plus difficile.
- * Le rectum sous-péritonéal est entouré par le fascia pelvien composé de deux feuillets: le feuillet viscéral du fascia pelvien ou fascia recti et le fascia pariétal.
- * Le rectum est enveloppé, surtout sur sa face postérieure, d'un tissu cellulo-graisseux appelé mésorectum : Il s'agit d'un tissu cellulo-graisseux compris entre la musculature rectale et le fascia recti. Son envahissement constitue un facteur pronostic majeur et permet de définir : la clairance latérale : distance entre la limite externe de la tumeur et le fascia recti (plan de section chirurgicale circonférentielle).

1.2. Les rapports :

a. Les rapports postérieurs :

- * En arrière, les rapports s'effectuent avec l'aponévrose pré-sacrée qui tapisse le sacrum, le coccyx et les muscles pyramidaux et ischio-coccygiens.
- * Latéralement, cet espace rétro-rectale est fermé de façon plus ou moins complète par la partie toute postérieure des lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes. Comblé par un abondant tissu cellulo-graisseux, cet espace est pratiquement avasculaire et représente un plan de dissection au cours de la chirurgie.

b. Les rapports antérieurs :

Chez l'homme :

- * La partie supérieure, péritonisée du rectum réponds au cul de sac de Douglas
- * Le segment sous péritonéale de la face antérieure du rectum répond à l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers à la partie terminale des canaux déférents et la base prostatique. Plus en dehors aux vésicules séminales, à l'uretère. Plus en avant : la partie postérieure de la base vésicale puis à la face postérieure de la prostate.

Chez la femme :

- * La partie supérieure du rectum répond en avant au cul de sac de Douglas, formé par la réflexion du péritoine du rectum à la face postérieure du dôme vaginale et l'utérus.
- * Le segment sous péritonéale répond à la face postérieure du cul de sac vaginal postérieur dont le rectum est séparé par la cloison recto-vaginale.

c. Rapports latéraux :

La partie sus-péritonéale: Péritonisée, elle répond aux gouttières latéro-rectales qui peuvent contenir à droite, les anses grêles et parfois l'appendice en position pelvienne et à gauche le côlon sigmoïde. Chez la femme, ces gouttières logent en outre la trompe utérine et l'ovaire. La partie sous-péritonéale : Elle répond latéralement au plexus hypogastrique qui

sépare le rectum et sa gaine de l'espace pelvi-rectal supérieure. A ce niveau l'uretère qui se dirige en bas et en avant tend à s'éloigner progressivement de la face latérale du rectum

2. Vascularisation du rectum

Le sang artériel est apporté au rectum par trois paires d'artères rectales. L'artère mésentérique inférieure après avoir donné les artères sigmoïdiennes forme deux artères rectales supérieures : une ventrale et une dorsale, la première à gauche la seconde à droite. L'artère iliaque interne donne ensuite de chaque côté une artère rectale moyenne qui est une artère inconstante. Enfin l'artère pudendale interne qui fait suite à l'artère iliaque interne donne à gauche et à droite une artère rectale inférieure.

Il existe de grandes anastomoses entre ces artères, telles qu'on ne retrouve jamais d'ischémie au niveau du rectum contrairement à l'intestin grêle par exemple. À noter que les artères rectales inférieures forment aussi des anastomoses avec l'artère fémorale homolatérale.

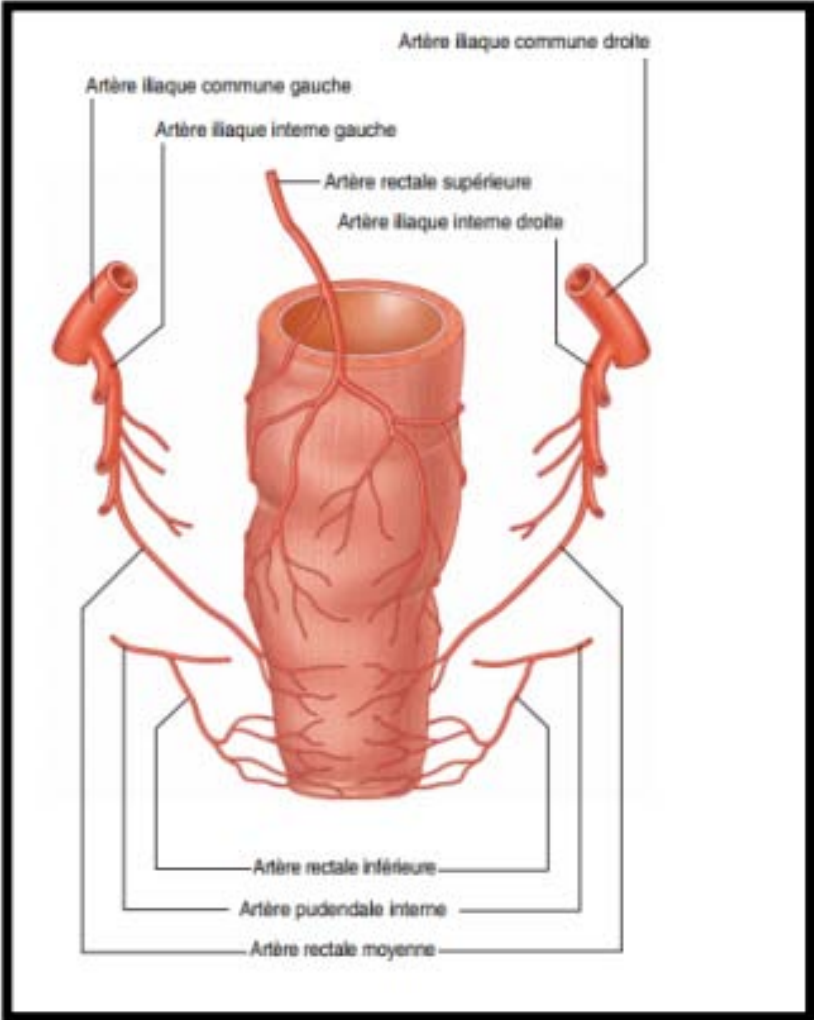
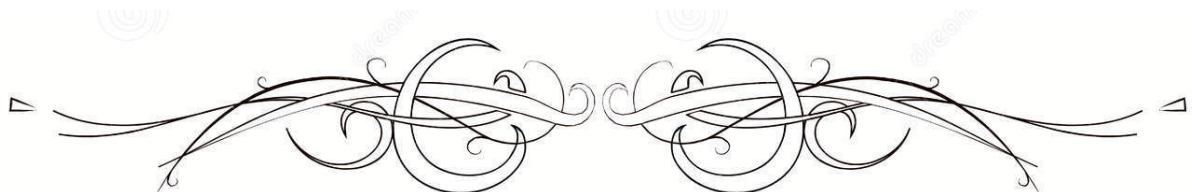
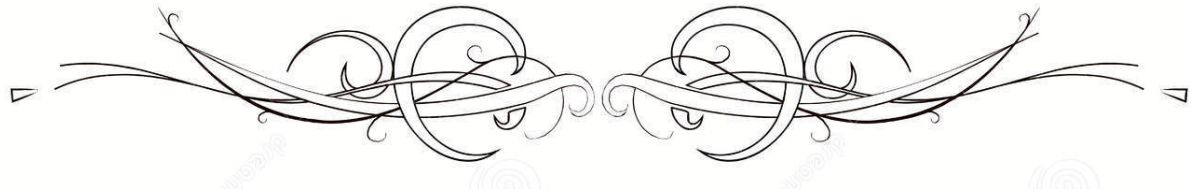


Figure 5 : Vascularisation artérielle du rectum



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Problématique:

Compte tenu de la gravité des CPO et de ses conséquences fatales, Cette étude a été menée pour déterminer les types de complications les plus courantes en Chirurgie colorectale, et déduire les résultats objectifs de l'activité globale du service concernant ce type de chirurgie.

II. Objectifs :

1. Objectif général:

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

2. Objectifs spécifiques:

Identifier les complications postopératoires

Déterminer la fréquence des complications postopératoires de la chirurgie colorectale dans le service de chirurgie viscérale.

Déterminer les principales pathologies concernées par les CPO de la CCR

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 5 ans (de Septembre 2016 à Septembre 2020) et ayant subi une intervention chirurgicale de type Colorectale.

On entend par intervention, la réalisation d'une ou plusieurs procédures chirurgicales HBP 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.

Tout patient opéré pour une pathologie autre que la pathologie colorectale

IV. Méthodologie:

1. Type de l'enquête:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur l'ensemble des patients opérés pour la pathologie colorectale au sein du service de chirurgie viscérale au CHU Md VI de Marrakech, durant une période étendue du 01 Septembre 2016 jusqu'à 01 Septembre 2020.

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.

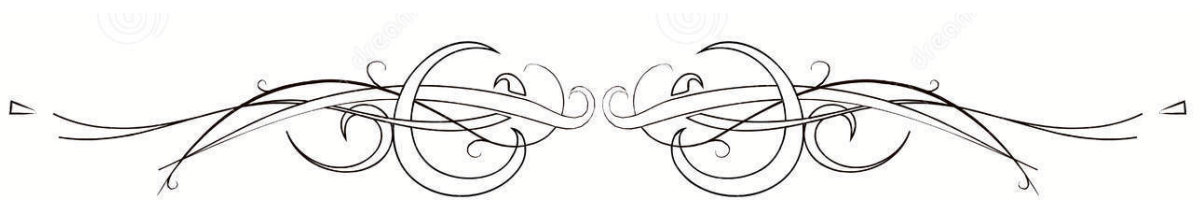
3. Analyse des données:

Les données ont été analysées par le logiciel Excel 2010.

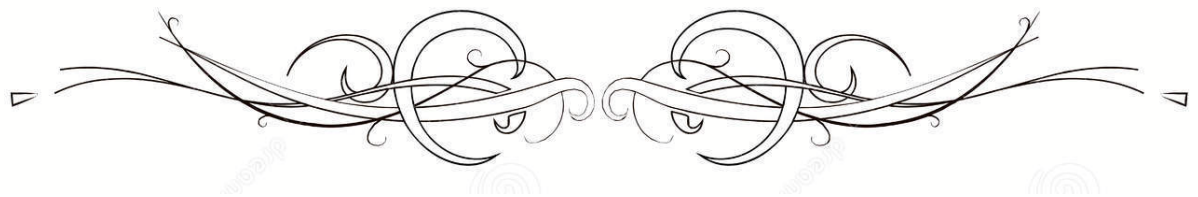
La saisie des textes et des tableaux a été réalisée sur le logiciel Microsoft Office Word 2007.

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. Pathologies tumorales :

Dans notre étude, nous rapportons 249 cas de chirurgies pour pathologies tumorales soit 12.45% de l'ensemble de la chirurgie Colorectale.

Tableau I : Répartition des chirurgies tumorales

	Nombre	%
Tm. Colon	55	21.07%
Tm. Rectum	194	74.32%

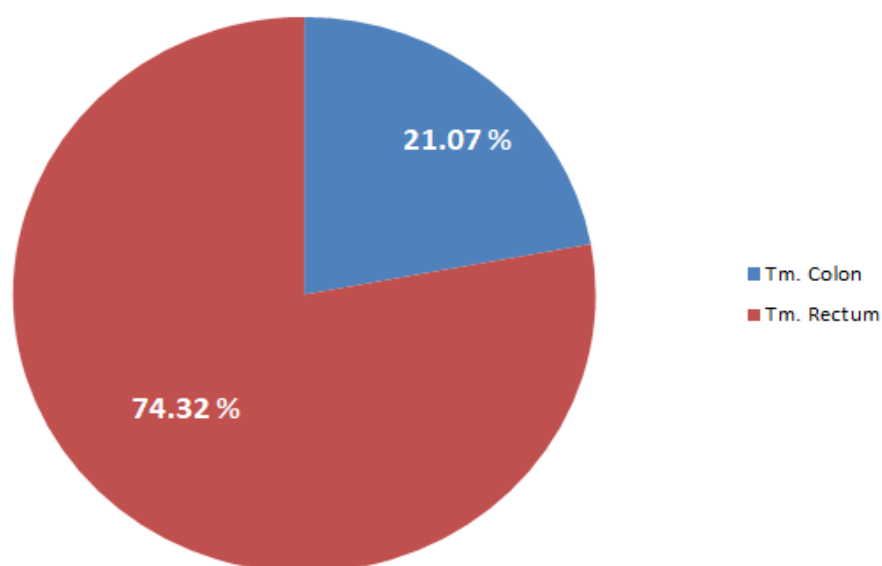


Figure 6 : Répartition des chirurgies tumorales

1. Répartition selon l'âge

La moyenne d'âge en général est de 58 ans avec des extrêmes allant de 20 à 85ans.

La tranche d'âge [16-30 ans] constitue 15 cas soit 6.02% ;

[31-40ans] constitue 15 cas soit 6.02 % ;

La tranche d'âge de [41-50 ans] constitue 38 cas soit 15.26% de la population étudiée ;

[51-60 ans] constitue 65 cas soit 26.10% ;

[61-70ans] constitue 62 soit 24.89% ;

[71-80ans] constitue 39 cas soit 15.66% ;

Et les patients âgés de plus 81 ans constitue 15 cas soit 6,02%.

La tranche d'âge [51-60ans] était majoritaire

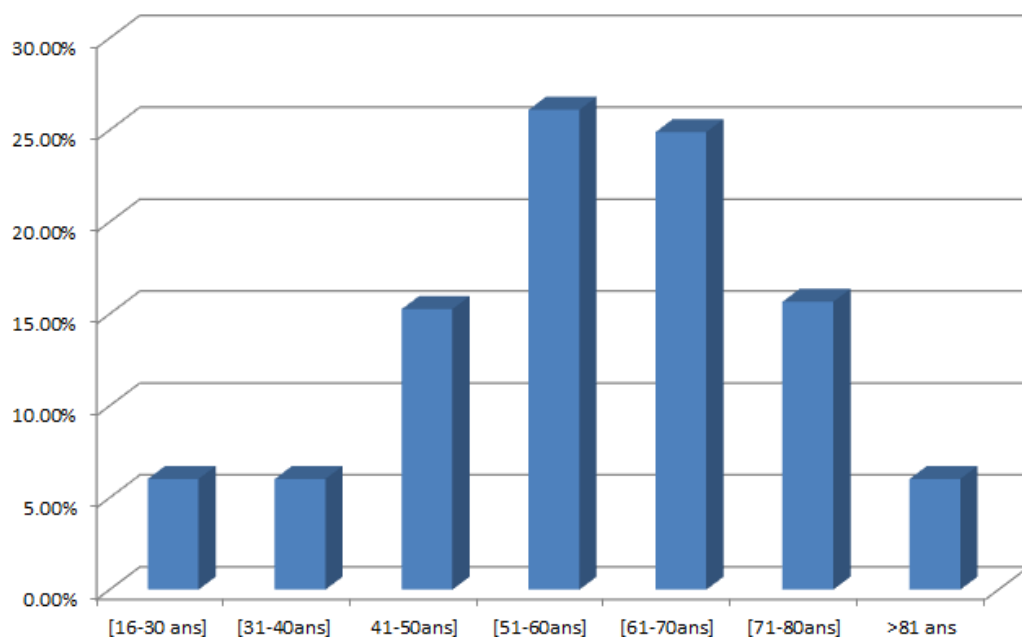


Figure 7 : Répartition selon l'âge

2. Répartition du sexe :

Le sexe masculin était majoritaire avec un pourcentage de 58% (146cas) contre 42% des femmes (103 cas). Le Sexe ratio est de 1.41H/F.

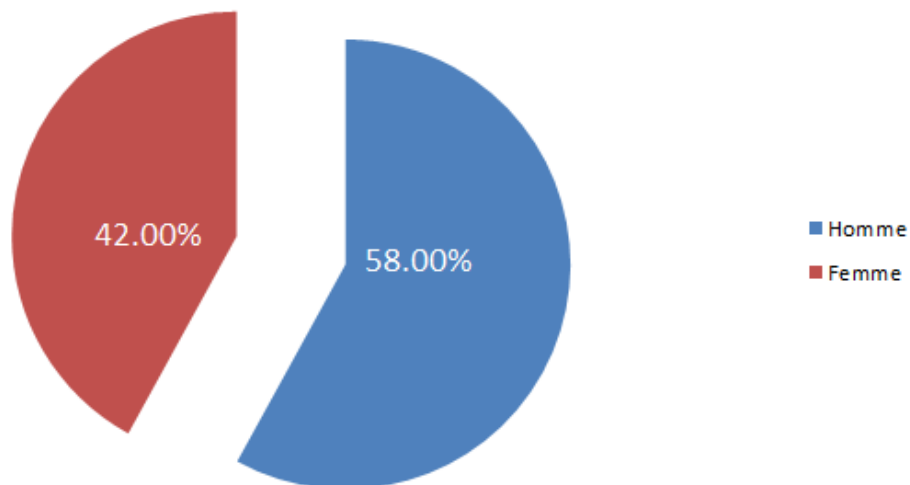


Figure 8 : Répartition selon le sexe

3. Les antécédents des patients :

- Les pathologies tumorales colorectales constituent 249 cas dans notre étude :
 - ♣ 79 cas avaient un antécédent chirurgical antérieur,
 - ♣ 45 cas étaient diabète type 2,
 - ♣ 38 cas ayant des habitudes toxiques (tabac, alcool..)
 - ♣ 25 cas ayant eu une RTH/CHT pré opératoire,
 - ♣ 21 cas présentaient une dénutrition,
 - ♣ 19 cas étaient suivis pour autres pathologies endocriniennes
 - ♣ 11 cas étaient suivis pour des pathologies cardiaques, dont 5 étaient sous AVK.
 - ♣ Et 8 cas avaient une insuffisance rénale, dont 3 étaient en IRCT.

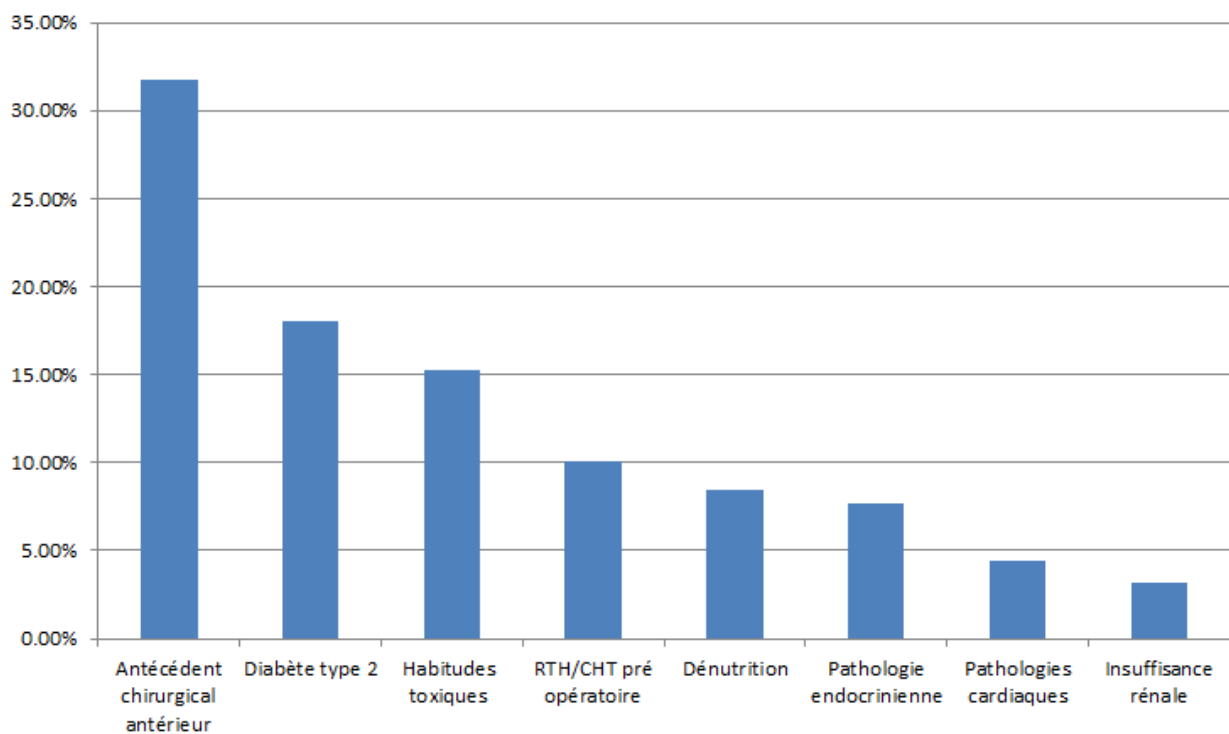


Figure 9 : ATCDS des patients admis pour pathologie tumorale

4. Complications post op :

Parmi 249 patients opérés pour pathologies tumorales, 101 patients (40.56%) ont présenté des complications post op :

Tableau II : Répartition des complications post opératoires des pathologies tumorales

	Nombre	%
Infection du site opératoire	14	13.86%
Hémorragies	7	6.94%
Infection respiratoire	8	7.92%
Infection urinaire	10	9.90%
Occlusion	13	12.80%
Septicémie	10	9.90%
Eviscération	2	1.98%
Fistule post op	7	6.91%
Péritonite	2	1.99%
Thrombophlébite	4	3.97%
Etat de choc	5	4.96%
Décès	19	18.81%
Total	101	100%

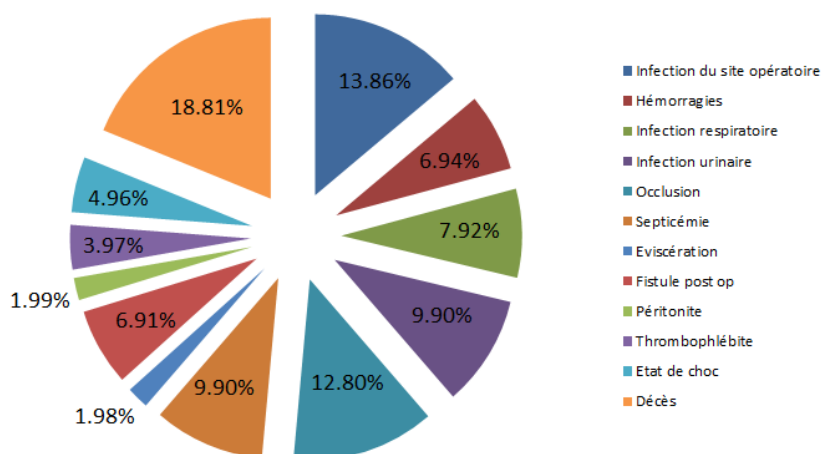


Figure 10 : Répartition selon les complications

II. Pathologies non-tumorales

1. Répartition des pathologies non tumorales

On a réparti les pathologies non tumorales en 3 catégories :

1.1. Occlusive

Nous rapportons :

- 40 cas d'occlusions sur brides soit 2.06%
- 10 cas d'occlusions sur hernie interne 0.51%
- 16 cas de volvulus iléo-caecal soit 0.82%
- 31 cas de volvulus sigmoïdien soit 1.59%

Tableau III : Répartition des chirurgies occlusives

	Nombre	%
Occlusions sur brides	40	2.06
Occlusions sur hernie interne	10	0.51
Volvulus iléo-caecal	16	0.82
Volvulus sigmoïdien	31	1.59

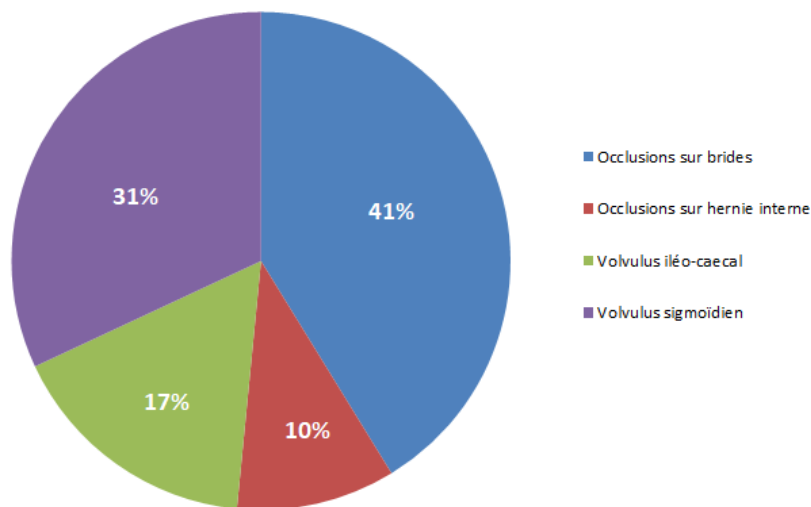


Figure 11 : Répartition des chirurgies occlusives

1.2. Inflammatoire :

Notre étude rapporte 52 cas dont 25 cas de maladie de Crohn soit 48.07% des maladies inflammatoires et 27 cas de rectocolite hémorragique soit 51.93% des maladies inflammatoires.

Tableau IV : Répartition des chirurgies inflammatoires

	Nombre	Pourcentage
Maladie de Crohn	25	48.07%
RCH	27	51.93%

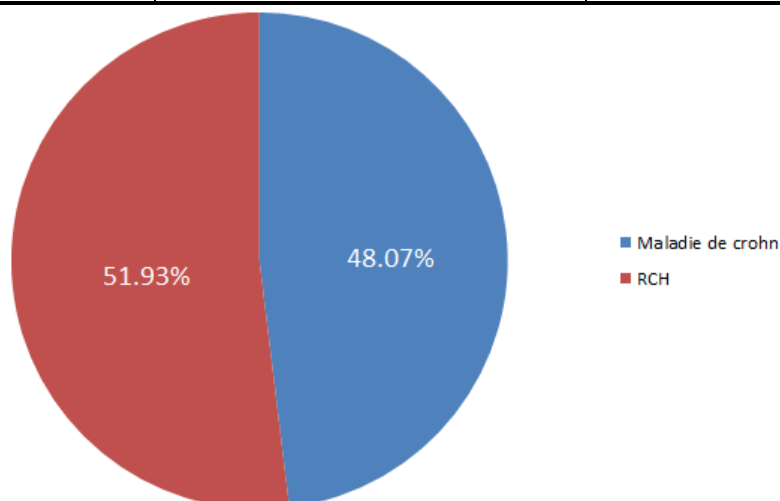


Figure 12 : Répartition des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

1.3. Infectieuse :

a. Les appendicites :

On rapporte 1095 cas d'appendicites soit 55.16% de la pathologie colorectale.

Répartition selon l'âge

La moyenne d'âge en général est de 49 ans avec des extrêmes allant de 16 à 80ans.

Répartition selon le sexe

Le sexe masculin était majoritaire avec un pourcentage de 60 % (657cas) contre 40% de sexe féminin (438 cas).

Le Sexe ratio est de 1.5 H/F

b. Les autres Pathologies infectieuses

On rapporte 492 de cas soit 24.78% dont :

- 142 cas de péritonite appendiculaire soit 28.86%,
- 341 cas d'abcès appendiculaires soit 69.30%,
- 09 cas 1.82%de péritonite par perforation colique post traumatique

Tableau V : Répartition des chirurgies infectieuses

	Nombre	%
Péritonite appendiculaire	142	28.86
Abcès appendiculaire	341	69.30
Péritonite post traumatique	09	1.82

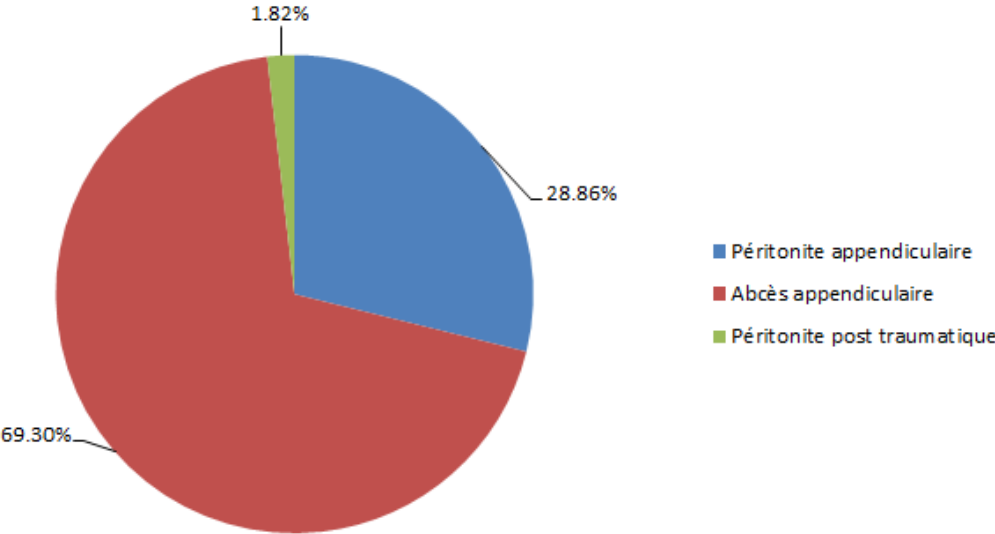


Figure 13 : Répartition des pathologies infectieuses

2. Répartition selon l'âge

La moyenne d'âge en général est de 54 ans avec des extrêmes allant de 16 à 80ans.

La tranche d'âge [16-30 ans] constitue 993 cas soit 57.21% ;

[31-40ans] constitue 316 cas soit 18.26 % ;

la tranche d'âge de [41-50 ans] constitue 245 cas soit 14.17% de la population étudiée

[51-60 ans] constitue 85 cas soit 4.95% ;

[61-70ans] constitue 60 soit 3.51% ; >70 constitue 32 cas soit 1.9% ;

La tranche d'âge [15-30ans] était majoritaire

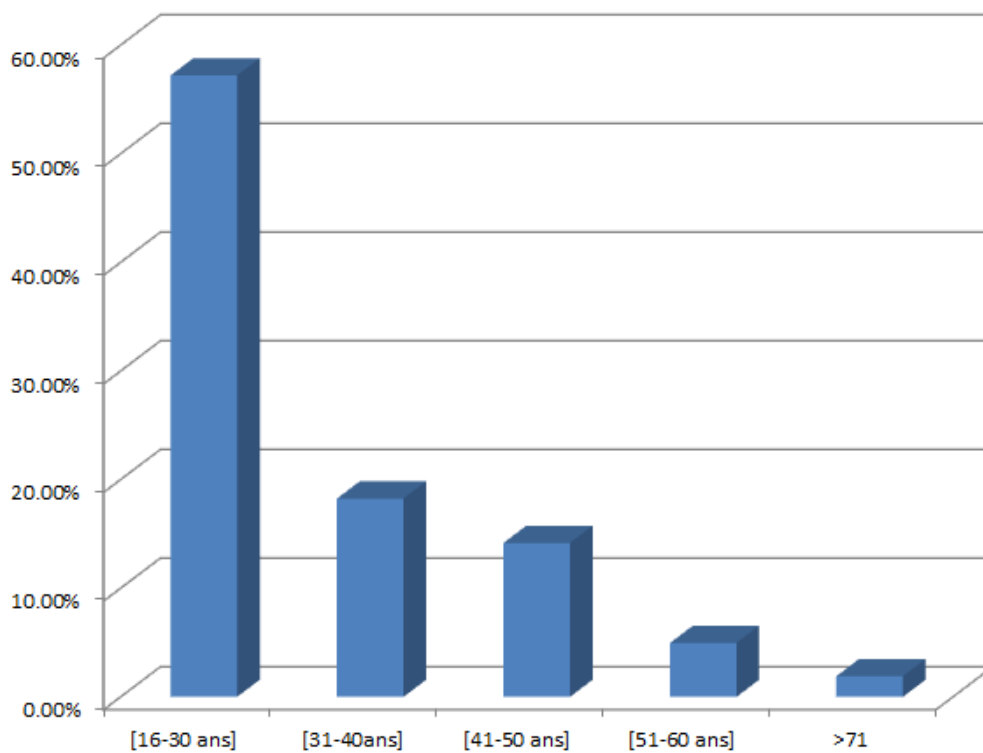


Figure 14 : Répartition selon l'âge

2.1. Répartition selon le sexe

Le sexe masculin était majoritaire avec un pourcentage de 61.26 % (1036cas) contre 38.76% de sexe féminin (672 cas).

Répartition du sexe : Le Sexe ratio est de 1.57H/F

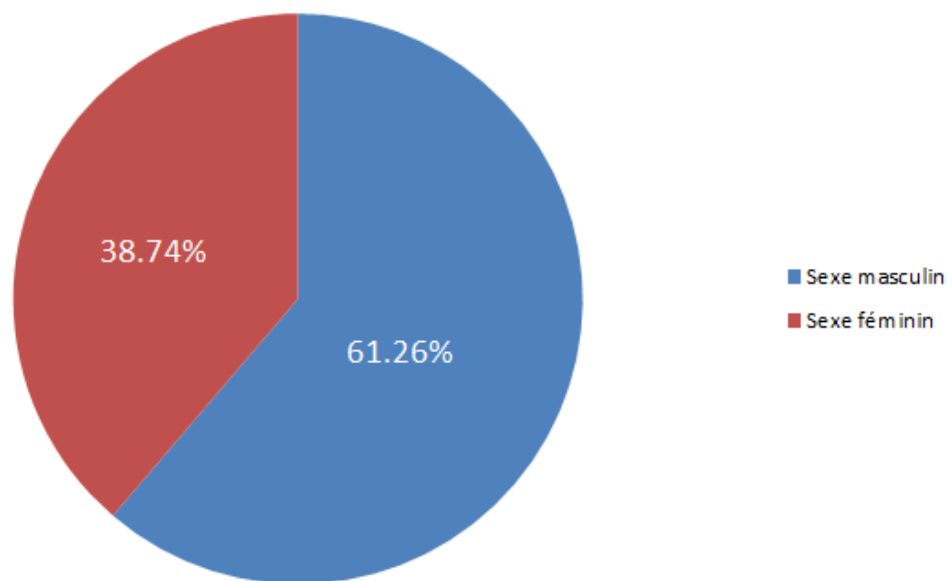


Figure 15 : répartition selon le sexe

2.2. Répartition selon les ATCDS

Parmi les 1736 patients opérés pour Pathologie colorectales non tumorales, 1087 n'avaient aucun antécédent pathologique particulier (62.61%), contre 559 patients avec des antécédents (37.38%) répartis comme suite :

- ♣ 138 cas avaient un antécédent chirurgical antérieur,
- ♣ 95 cas étaient diabète type 2,
- ♣ 140 cas ayant des habitudes toxiques (tabac, alcool..)
- ♣ 62 cas ayant eu une RTH/CHT pré opératoire,

- ♣ 21 cas présentaient une dénutrition,
- ♣ 52 cas étaient suivis de pathologie endocrinienne
- ♣ 41 cas étaient suivis pour des pathologies cardiaques.
- ♣ 10 cas avaient une insuffisance rénale.

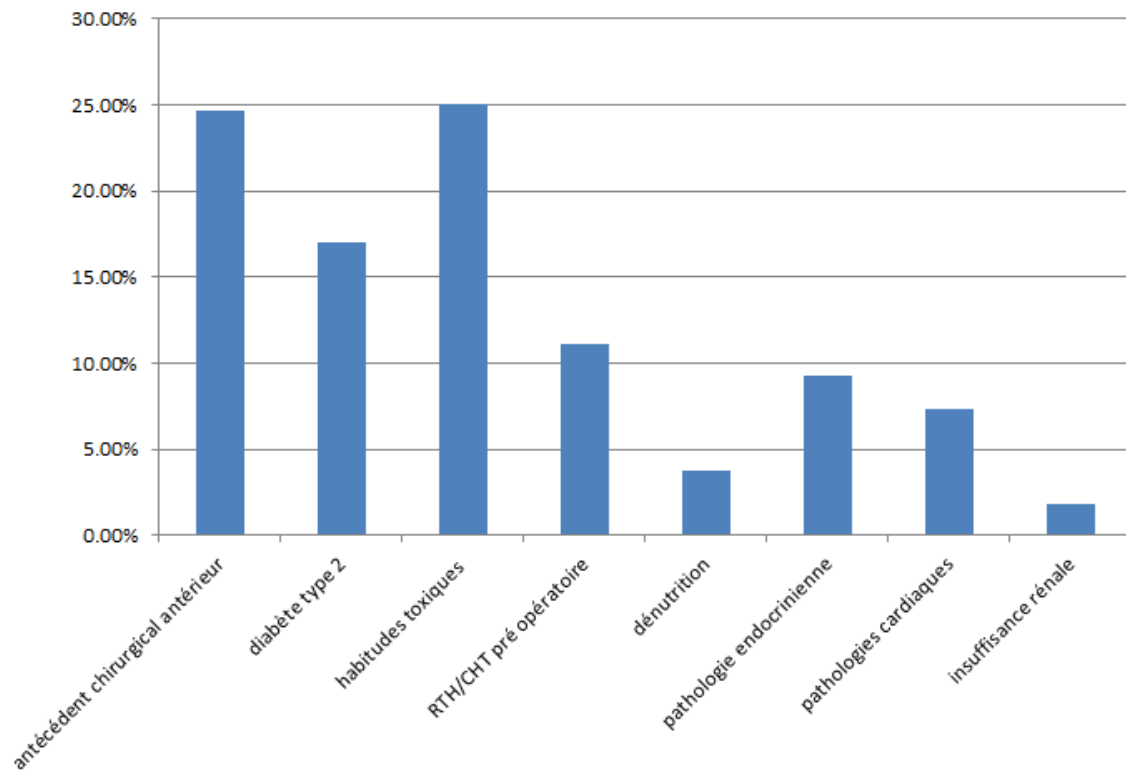


Figure 16 : ATCDS des patients admis pour pathologie non tumorale

2.3. Répartition selon les complications :

Parmi 1736 patients opérés pour pathologies non tumorales, 600 patients (34,56%) ont présenté des complications post op :

Tableau VI : Répartition des complications post opératoires non tumorales

	Nombre	%
Infection du site opératoire	84	14.00%
Hémorragies	67	11.16%
Infection respiratoire	56	9.33%
Infection urinaire	65	10.83%
Occlusion	78	13.00%
Septicémie	59	9.83%
Eviscération	12	2.00%
Fistule post op	52	8.66%
Péritonite	47	7.83%
Thrombophlébite	24	4.00%
Etat de choc	51	8.52%
Décès	5	0.83%
Total	600	100%

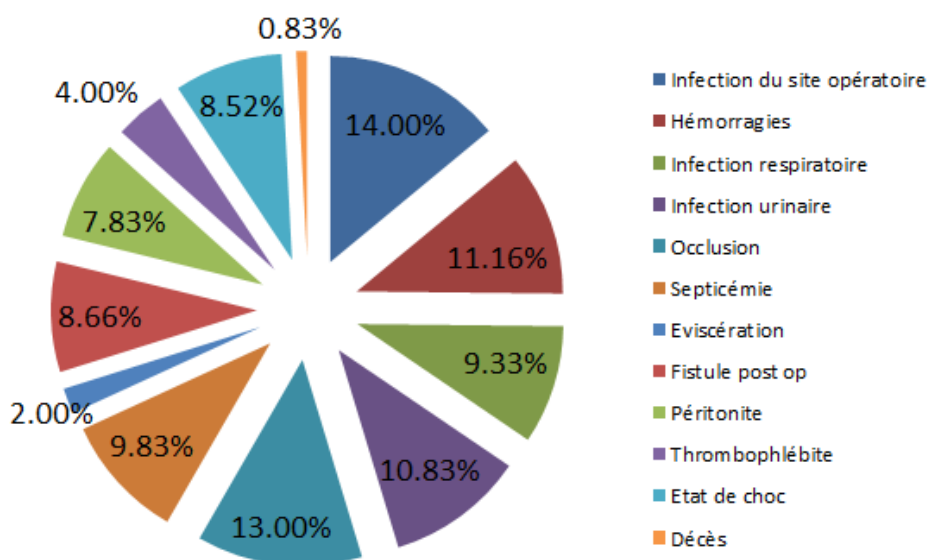


Figure 17 : Répartition selon les complications

III. Total chirurgie Colorectale :

Dans notre série nous rapportons 1985 cas.

1. Répartition selon l'âge

Tableau VII : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
16-30	1008	50.70%
31-40	332	16.72%
41-50	284	14.30%
51-60	151	7.60%
61-70	123	6.19%
71-80	39	1.96%
>80	85	4.28%

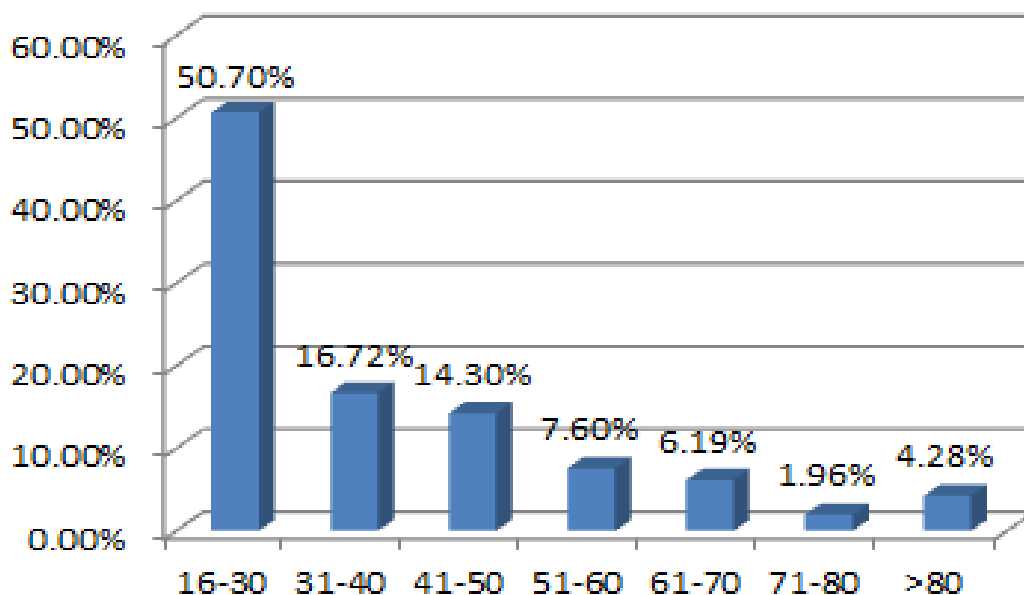


Figure 18 : Répartition d'âge

2. Répartition du sexe :

Le sexe masculin était majoritaire avec un pourcentage de 58.74% (1166cas) contre 41.26% des femmes (819 cas). Le Sexe ratio est de 1.42 H/F

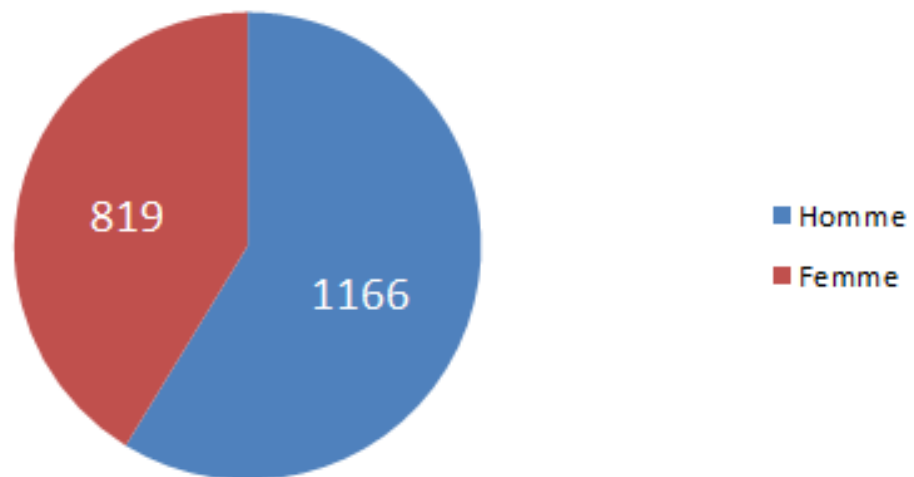


Figure 19 : Répartition du sexe

3. Antécédents :

- ♣ 217 cas avaient un antécédent chirurgical antérieur,
- ♣ 140 cas étaient diabète type 2,
- ♣ 178 cas ayant des habitudes toxiques (tabac, alcool..)
- ♣ 87 cas ayant eu une RTH/CHT pré opératoire,
- ♣ 42 cas présentaient une dénutrition,
- ♣ 71 cas étaient suivis de pathologie endocrinienne
- ♣ 52 cas étaient suivis pour des pathologies cardiaques, dont 5 étaient sous AVK.
- ♣ Et 18 cas avaient une insuffisance rénale, dont 3 étaient en IRCT.

Tableau VIII : Répartition des ATCDS

	Nombre de patients	Pourcentage
ATCDS Chirurgical antérieur	217	26.95%
Diabète type 2	140	17.39%
Habitudes toxiques	178	22.11%
RTH/CHT pré op	87	10.80%
Dénutrition	42	5.21%
Pathologie endocrinienne	71	8.81%
Pathologie cardiaque	52	6.45%
Insuffisance rénale	18	2.23%

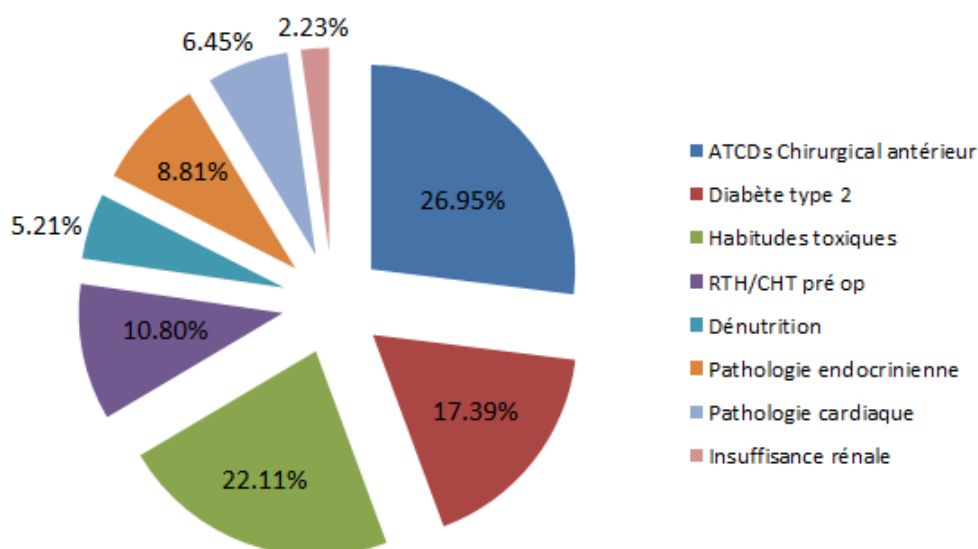


Figure 20 : Répartition des Antécédents

4. Complications post op

Sur la période étudiée, 849 patients ont présentés une ou plusieurs complications postopératoires soit 42.77% de la totalité des cas.

La totalité des complications se répartit comme ci-dessous

Tableau IX : Répartition de la totalité des complications post opératoire

	Nombre	%
Infection du site opératoire	98	13.98%
Hémorragies	74	10.55%
Infection respiratoire	64	9.12%
Infection urinaire	75	10.69%
Occlusion	91	12.98%
Septicémie	69	9.84%
Eviscération	14	1.99%
Fistule post op	59	8.41%
Péritonite	49	6.99%
Thrombophlébite	28	3.99%
Etat de choc	56	7.98%
Décès	24	3.42%
Total	701	100%

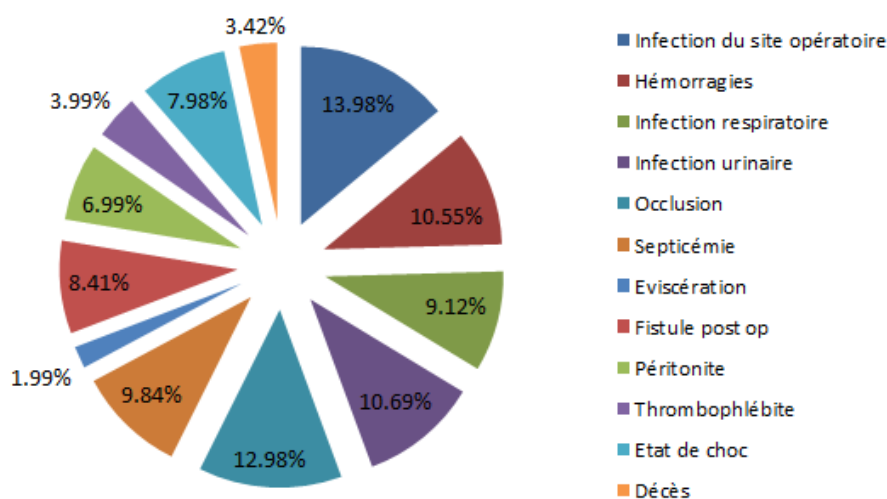


Figure 21 : Répartition des complications

5. Modalités chirurgicales :

Nous rapportons 196 cas soit 10% de patients opérés sous cœlioscopie et 1789 cas soit 90% par laparotomie. Les modalités chirurgicales des chirurgies colorectales sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau X : Répartition des modalités chirurgicales

	Nombre	%
Résection rectale antérieure	122	6.14%
Amputation abdominopelvienne + colostomie définitive	95	4.78%
Colostomie + abstention thérapeutique	102	5.13%
Hémi colectomie	130	6.54%
Appendicectomie	1182	59.94%
Résection colique segmentaire	194	9.77%
Rétablissement de continuité	124	6.24%
Débridement simple	23	1.15%
Colo proctectomie totale	13	0.65%

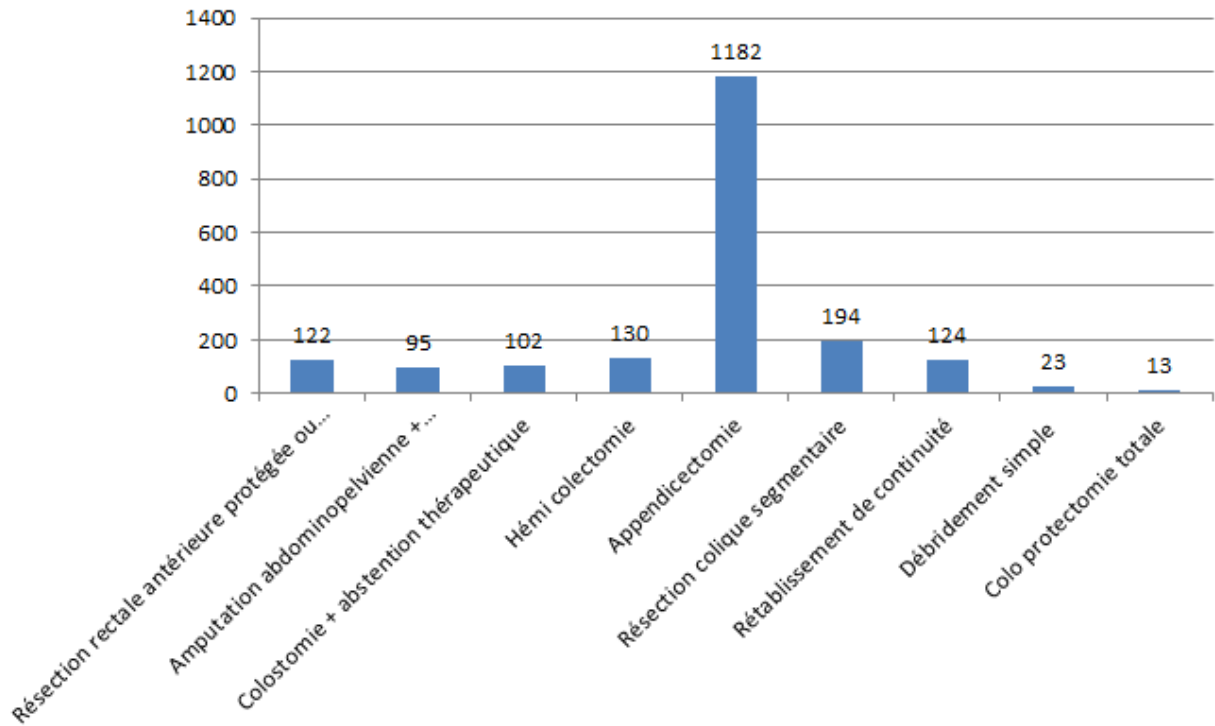
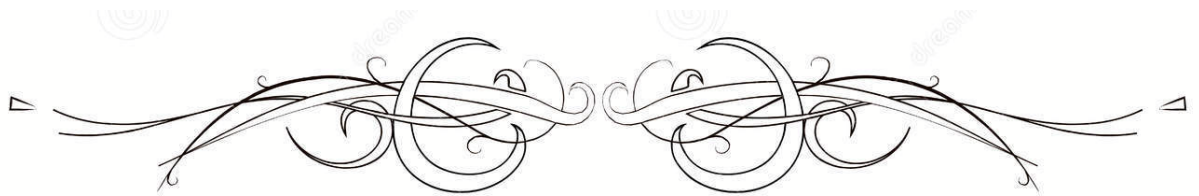
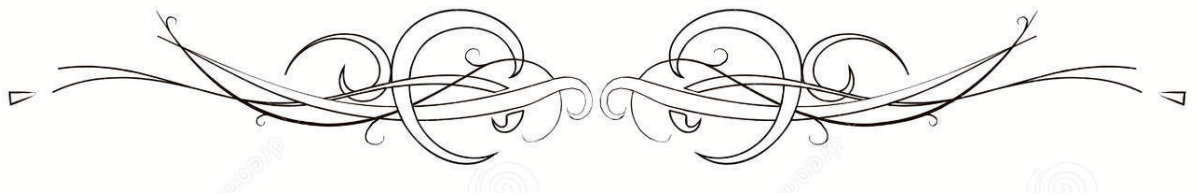


Figure 22 : Les modalités chirurgicales des chirurgies colorectales.



DISCUSSION



I. Pathologies tumorales :

1. Répartition de l'âge moyen selon les auteurs:

D'après l'étude faite au service de chirurgie viscéral de CHU Mohammed 6 Marrakech en 2017, L'âge moyen des patients admis pour cancer colorectale était de 54 ans tout sexe confondu avec des extrêmes d'âge allant de 18 à 100 ans [1]

D'après l'étude réalisée au CHU HASSAN II Fès, l'âge moyen était de 53,27 [2]

Au Maroc, L'âge moyen de survenue du Cancer colorectale est de 51.5 ans d'après l'estimation de l'INOest [3]

Dans la littérature, le Cancer colorectal est rare avant 50 ans, et ne représente que 6% des cas. Selon une étude épidémiologique menée aux Etats-Unis sur 139534 cas de CCR, 91,5% des patients étaient âgés de plus de 50 ans contre uniquement 8,5% moins âgés de 50 ans [4].

Tableau XII : Répartition du cancer colorectal selon l'âge dans plusieurs séries.

Série	Durée d'étude	Extrêmes d'âges	Moyenne d'âge
Tunisie [5]	2 ans	28-90 ans	57.51
Californie [6]	30 ans	-	68.2
Marrakech [1]	19 ans	18-100 ans	55,4
Canada [7]	5 ans	-	55
France [8]	1 ans	21-98 ans	66
Fès [9]	8 ans	17-90 ans	52
Notre série d'étude	5 ans	20-85 ans	58

L'âge moyen de nos patients est proche de la série Tunisie, Canada et Fès et inférieur aux séries Californie et France. Cette différence pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population.

Si entre autre on considère que cette jeunesse est un trait de caractère propre, on peut alors proposer d'autres explications en particulier d'ordre génétique.

2. Répartition du sexe selon les auteurs :

Le Cancer colorectal affecte presque autant d'hommes que de femmes et sa répartition selon le sexe est variable d'une série à l'autre. L'incidence mondiale montre 401000 nouveaux cas d'hommes enregistrés annuellement et 381000 nouveaux cas pour les femmes [10].

Selon des auteurs, le sexe-ratio (homme/femme) est une caractéristique épidémiologique qui différencie le cancer du rectum de celui du colon avec un chiffre voisin de 2 pour le rectum et de 1 à 1,5 pour le colon [11]

Une étude en France objective que le cancer colorectal a connu une grande hausse en termes d'incidence avec une nette prédominance masculine faisant un sexe ratio à 1,22 [12].

Une autre étude réalisée dans le Nord-Est de la France indique que, pour le cancer colorectal, le nombre estimé de cas incidents est pour les femmes en augmentation moyenne de 31% tous les dix ans et pour les hommes, en augmentation moyenne de 65%. Ces résultats concordent avec d'autres travaux, menés en Europe et dans le monde [13].

Selon l'étude réalisée au sein du service de chirurgie C hôpital IBN SINA Rabat, une prédominance masculine a été retrouvée. Sexe-ratio =1,66 [14].

Tableau XIII : Sexe ratio Homme/Femme : Comparaison entre différents pays et différentes séries nationales.

Série	Durée d'étude	%Homme	%Femme	Sexe Ratio
Cuba [15]	4 ans	48	52	0.92
Brésil [15]	5 ans	47	53	0.88
Argentine [15]	5 ans	53	47	1.12
France [16]	8 ans	55	45	1.22
Rabat [17]	7 ans	59	41	1.4
Fès [18]	9 ans	45	54	0.85
Marrakech [19]	19 ans	57	43	1.34
Notre étude	5 ans	58	42	1.41

Dans notre étude, le cancer colorectal connaît également une prédominance masculine, et survient avec un sexe ratio H/F de 1.41. Ce chiffre se rapproche de celui retrouvé dans plusieurs pays. Cette distinction homme/femme peut être expliquée par des variations hormonales, les habitudes alimentaires, le tabagisme...etc.

3. Distinction entre cancer du côlon et du rectum

Les cancers du côlon et du rectum sont le plus souvent décrits sous un seul terme celui du cancer colorectal. En effet, ils présentent des similitudes épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques. Plusieurs études préfèrent cependant, maintenir cette distinction et ainsi communiquer séparément les résultats sur le cancer du côlon et du rectum [20].

Plusieurs séries montrent que le cancer du rectum représente le plus grand pourcentage par rapport au cancer du côlon. Ceci est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIV : Fréquence des Cancers du Côlon et du Rectum

Série	Durée d'étude	Cancer du côlon %	Cancer du rectum %
France [41]	2 ans	70.3	29.9
Suède [21]	30 ans	63	37
Fès [1]	9 ans	31	69
Rabat [56]	10 ans	48.7	51.3
Marrakech [1]	18 ans	43.8	56.2
Notre série	5 ans	25.68	74.32

II. Pathologies non-tumorales

1. Pathologie inflammatoire

1.1. Répartition selon l'âge moyen selon les auteurs :

Tableau XV : Répartition des pathologies inflammatoire selon l'âge dans plusieurs séries.

Auteurs	Pays	Moyenne d'âge	
-	-	RCH	Crohn
Baños F.J. et al [56]	Colombie	38,46	38,46
Tursi A. et al [57]	Italie	42	38
ELAZZAOUI Z. et al [58]	Rabat	35,4	32,46
Notre série	Marrakech	34.6	

Dans de nombreuses études, la tranche d'âge la plus intéressée dans les MICI est située entre 18 et 40 ans. Selon une étude portugaise menée par Azevero et ses collègues, l'incidence de la maladie de Crohn était particulièrement élevée dans la tranche d'âge de 17 à 39 ans [59]

Notre étude concorde avec les données de la littérature avec une moyenne d'âge de 34.6 ans.

1.2. Répartition du sexe selon les auteurs :

Les MICI sont des atteintes qui ne semblent pas avoir une préférence de sexe. Cependant, certaines études montrent une prédominance féminine pour la Maladie de Crohn et une prédominance masculine pour la RCH [60,61]

Dans un travail mené par Tursi A., et al, en 2013, ce même constat avait été fait, à savoir une prédominance masculine dans les MICI [57]

Selon Malaty M.H., et al, une prédominance féminine avait été observée aussi bien sur le plan général en terme de MICI qu'en terme d'entité, MC ou RCH. Le sexe ratio F/H était de 1,184 [62]

Dans notre série, on constate une légère prédominance féminine aussi bien dans la MC que dans la RCH avec un Ratio H/F de 0.97

2. Pathologie occlusive :

2.1. Répartition selon l'âge moyen selon les auteurs :

Tableau XVI : Répartition des pathologies occlusive selon l'âge dans plusieurs séries.

Auteurs	Âge moyen
Bedioui (occident) [63]	55
Kossi , Finlande 2004 [64]	66.8
Hiki japon 2004 [65]	59.6
Harouna (Niger) [66]	32
Notre étude	47.5

2.2. Répartition du sexe selon les auteurs :

La fréquence de la pathologie occlusive colorectale est selon plusieurs auteurs Inégale, avec une nette prédominance masculine

Selon Harouna (Niger) , Il y'a une nette prédominance masculine avec un pourcentage de 84% contre 16% [66]

Selon une étude marocaine faite par El Hila , Le sexe-ratio H/F était de : 1.29 [67]

Dans notre série, le sexe ratio H/F était de 1.41

3. Pathologie infectieuse

3.1. Répartition selon l'âge moyen selon les auteurs :

Tableau XVII : Répartition des pathologies infectieuses selon l'âge dans plusieurs séries.

Auteurs	Effectif	Age moyen
YONG IL, 2006 Chine [68]	97	34
Oguntola A S et al, 2010 Nigeria [69]	299	25,79
Samake B A 2011 Mali [70]	410	24,65
Notre étude	1587	26

Dans la littérature la pathologie infectieuse est fréquente chez le sujet jeune, mais elle peut survenir à tout âge de la vie, sa fréquence est faible aux âges extrêmes de la vie. [71]

L'âge moyen dans notre série était 26 ans avec des extrêmes de 15 et 80 ans. La tranche d'âge de 15 à 30 ans avait été la plus représentée.

3.2. Répartition du sexe selon les auteurs :

Tableau XVIII : Répartition du sexe dans plusieurs séries.

Auteurs	Effectif	Sexe/Ratio
Oguntola A S et al, 2010 Nigeria [69]	299	1.1
OHENE, 2006 Ghana [72]	106	0.68
VILLAZON, D. O. 2004, Mexique [73]	638	1.7
Notre série	1587	1.6

Le sexe n'est pas un facteur de risque dans la littérature générale.

Le sexe masculin a été le plus représenté avec un sexe ratio de 1.6, cette notion a été démontré par plusieurs auteurs [74,75,69,73].

Plusieurs explications de cette prédominance masculine restent controversées et certaines études prouvent le contraire [76, 77].

III. Les complications postopératoires.

L'évolution post opératoire de la chirurgie colorectale est marquée de complications liées à l'insuffisance de prise en charge. Le but de cette étude était de décrire les complications post opératoires colorectale dans le service de chirurgie viscérale au CHU MED 6 Marrakech

Beaucoup de pathologies peuvent justifier une intervention chirurgicale dont certaines sont la complication d'autres.

1. Fréquence des complications post opératoire selon les auteurs

Dans notre étude, On classe les types de CPO selon leur fréquence :

Tableau XIX : Fréquence des complications post opératoire selon les auteurs

Série	Effectif	% de CPO
Pologne [43]	1384	10.2%
USA [44]	5157	9.8%
Suisse [45]	102775	3.6%
Cameroun [46]	265	12.45%
Mali [42]	290	6.66%
Notre série	1985	11.24%

Au cours de notre étude la fréquence des complications post opératoires a été de 11.24%. Ce taux est supérieur à celui observé en Suisse, USA Pologne et Mali et inférieur qu'en Cameroun.

Cette différence statistique peut s'expliquer par :

- Différentes définitions des complications postopératoires,
- Les différents moyens diagnostiques limités dans la recherche des complications médicales dans notre étude,

- Selon les différentes pathologies et techniques opératoires des différentes séries.
- La multitude des facteurs de risques

2. Infection du site opératoire

Comme toute autre chirurgie abdominale, la chirurgie colorectale peut être suivie de complications septiques. Le risque de survenue de ces incidents peut atteindre 14 à 35% [48,47].

La plus fréquente étant l'infection du site opératoire.

Tableau XX : Répartition des Infections du site opératoire selon les auteurs.

Série	Effectif	% ISO
Londres [22]	1362	1.1
Cameroun [23]	265	36.8
Brésil [24]	11930	29.8
Mali [25]	30	11.1
Notre étude	1985	13.98%

La lutte contre les infections du site opératoire réduit les coûts et le temps d'hospitalisation.

Leurs étiologies et les facteurs affectant leur survenue sont multiples.

Différentes mesures peuvent être prises pour réduire ces complications. on peut citer :

- Respecter strictement les mesures stériles et d'anticorrosion au bloc opératoire
- Améliorer le système de surveillance des infections nosocomiales.

3. L'hémorragie post opératoire

Le risque hémorragique d'un patient lors d'une chirurgie doit être évalué en préopératoire, incluant le risque hémorragique propre à la chirurgie et le risque hémorragique lié au patient lui-même (troubles de l'hémostase, traitement anti thrombotiques, etc.).[50]

Tableau XXI : Répartition des hémorragies post-opératoire selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Pourcentage
France	11 756	0.24%
Sénégal	412	1.70%
Allemagne	854	1.52%
Notre étude	1985	6.94%

L'hémorragie post opératoire peut survenir à l'occasion du lâchage tardif d'une suture vasculaire mal réalisée. La pathologie chirurgicale, les coagulopathies, la technique opératoire, le traitement anticoagulant sont entre autres des facteurs importants dans la survenue d'une hémorragie [29].

L'hémorragie post opératoire en elle-même est une complication multifactorielle et sa comparaison avec d'autres pays ne serait pas objective.

4. Les fistules post opératoire

Les fistules postopératoires (FPO) sont redoutées en chirurgie viscérale.

Leur incidence tend à diminuer grâce aux progrès dans le domaine de la pré habilitation et des techniques chirurgicales, un diagnostic plus précoce et une prise en charge médicale optimisée.[53] Ces complications sont le plus souvent dues à une fistule anastomotique ou une plaie iatrogène et concernent donc non seulement la chirurgie colorectale , mais toute types de chirurgies confondues.

Tableau XXII : Répartition des fistules postopératoire selon les auteurs.

Série	Effectif	%
Allemagne [28]	5693	3,60%
France, [29]	4718	2,10 %
Roumanie. [30]	928	6,25 %
Notre étude	1985	8.41%

Notre étude a enregistré un taux de 8.41% de fistules postopératoires qui est légèrement supérieur aux autres séries.

5. Éviscération post opératoire :

L'éviscération aiguë postopératoire est une extériorisation des viscères abdominaux à travers une plaie chirurgicale suturée, désunie par absence de cicatrisation de tous les plans pariétaux y compris la peau. [51]

Tableau XXIII : Répartition des éviscérations post-opératoire selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	%
Grèce	19206	0.46%
Angleterre	406	7.8%
Turquie	38	0.92%
Notre étude	1985	1.99%

6. Péritonite post opératoire

La péritonite postopératoire (PPO) est une complication grave de la chirurgie abdominale et pelvienne. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale, et son pronostic dépend de la rapidité et de la qualité du traitement, du terrain sous-jacent et de la cause.

Son incidence est variable en fonction des études et varie en générale de 3 à 9%.

Notre étude a objectivé un taux de PPO à 11.8%

La prise en charge thérapeutique est pluridisciplinaire. Elle comprend une récupération hémodynamique rapide et optimale, une antibiothérapie probabiliste choisie en fonction des caractéristiques bactériologiques de la structure hospitalière et du caractère nosocomial de l'infection et de l'adaptation au spectre antibiotique, ainsi que le geste chirurgical le plus parfait.

7. Occlusion postopératoire

Dans la littérature : pour S.Sarraf-Yazidi (78) et M.Ouaissi(79), la chirurgie colorectale semblerait être la plus exposée aux adhérences.

Tableau XXIV : Répartition des péritonites postopératoire selon les auteurs.

Auteurs	Pays	%
SC.Shih [80]	Chine	16
H.OuldMhalla	Maroc -Casablanca	1.9
Notre série	Maroc - Marrakech	12.98

8. Mortalité :

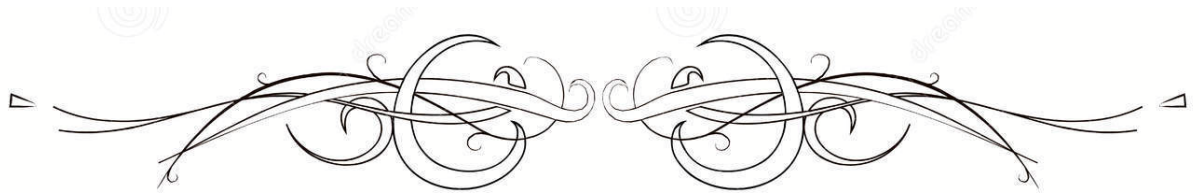
Tableau XXV : Répartition de la mortalité post-opératoire selon les auteurs.

Série	Effectif	%
France [30]	11756	0.24%
Sénégal [31]	412	1.70%
Allemagne [32]	854	1.52%
Notre étude	1985	1.92%

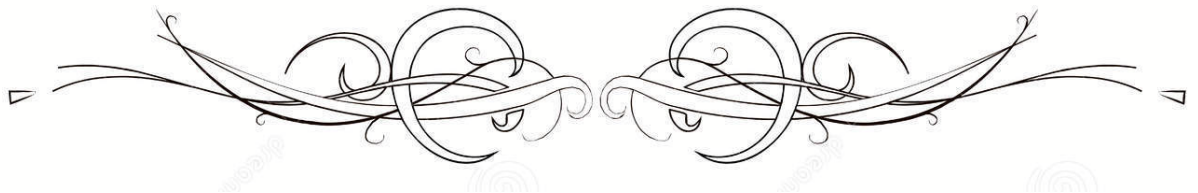
Le taux brut de mortalité postopératoire peut apparaitre comme un critère objectif d'appréciation de comparaison des résultats des équipes chirurgicales et des établissements hospitaliers [31]

La mortalité post-opératoire a été très diverses allant de 1,2 jusqu'à 12% pour le cancer colorectal [26, 27-28].

Notre série d'étude a rapporté un taux de mortalité de : 1.92%



CONCLUSION



L'étude nous a permis de faire l'état des lieux des complications post opératoires de la chirurgie colorectale dans le service de chirurgie viscérale au CHU Med VI Marrakech.

Nous avons retrouvé 11.24 % de complications parmi les patients opérés.

L'infection du site opératoire est la complication majoritairement retrouvée chez 13.98% des patients.

Les facteurs de risque identifiés sont : l'âge avancé, la chirurgie en urgence, et le syndrome métabolique (HTA, Diabète et obésité) trouvé chez la majorité des patients.

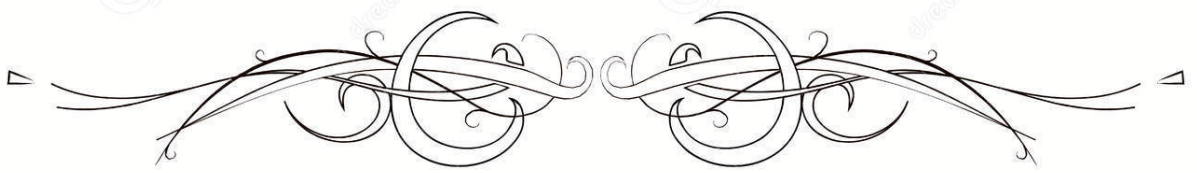
Malgré les progrès de la médecine, les CPO restent un problème de santé. Ils augmentent la morbidité et la mortalité.

Le retard de traitement est un facteur important dans la survenue des CPO.

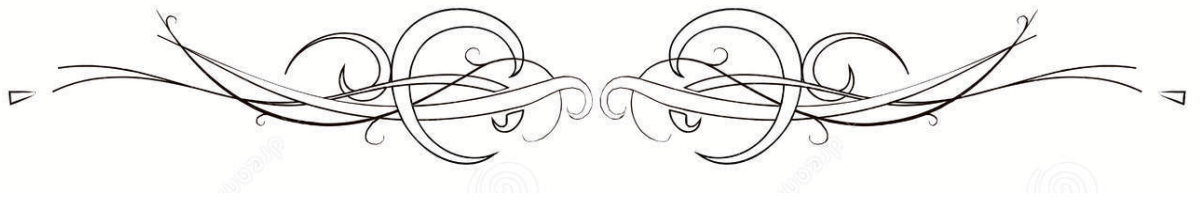
Une bonne réanimation préopératoire, peropératoire et postopératoire, une bonne préparation de la peau, une meilleure application des techniques chirurgicales et une stricte observation de la stérilité et des mesures antiseptiques peuvent réduire les CPO.

Les avantages des complications médicales en tant que facteurs prédictifs mortels indiquent qu'une prise en charge médicale efficace peut améliorer le pronostic.

Le pronostic dépend de la nature et de la gravité des complications.



RESUMES



Résumé

Notre étude à propos des complications postopératoires de la chirurgie colorectale était une étude rétrospective descriptive et analytique déroulée sur 5ans allant de Septembre 2016 jusqu'à Septembre 2020.

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquêtes. La collecte, l'analyse et le traitement ont été réalisé sur Microsoft office Excel 2010 et Word 2007.

La fréquence des complications post opératoires était de 11.24%. Le sexe n'était pas un facteur de risque influençant la survenue des CPO. La tranche d'âge la plus représenté était celle comprise entre [31–40]

Les complications infectieuses étaient les plus représentés avec 13.98%.

L'évolution était favorable chez la majorité des patients avec un taux de décès de 1.92%.

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 5 years going from September 2016 until September 2020.

The data were collected on survey cards. The collection, analysis and processing were carried out on Microsoft office Excel 2010 and Word 2007.

The frequency of postoperative complications was 11.24%. Gender was not a risk factor influencing the occurrence of postoperative complications. The most represented age group was that between [31-40].

Infectious complications were the most represented with 13.98% .

The outcome was favorable in the majority of patients with a death rate of 1.92%.

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 و تحليلية بأثر رجعي أجريت على مدى 5 سنوات بدءا من شتنبر 2016 حتى شتنبر 2020 .

تم جمع البيانات على بطاقات المسح .تم إجراء التحليل و المعالجة على Office Microsoft

Word و Excel كان تواتر مضاعفات ما بعد الجراحة 11.24%. لم يكن الجنس عامل خطر يؤثر على حدوث مضاعفات

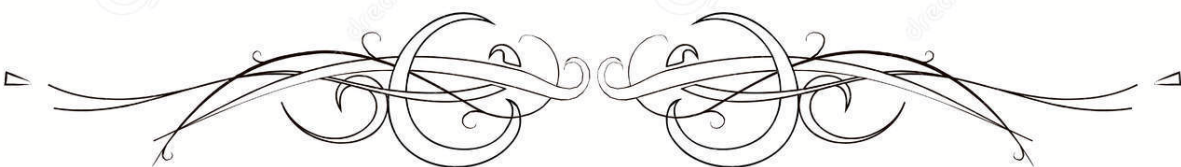
ما بعد الجراحة .كانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلا هي تلك التي تتراوح بين [31-40] . كانت المضاعفات المعدية

هي الأكثر تمثيلا بنسبة 13.98%.

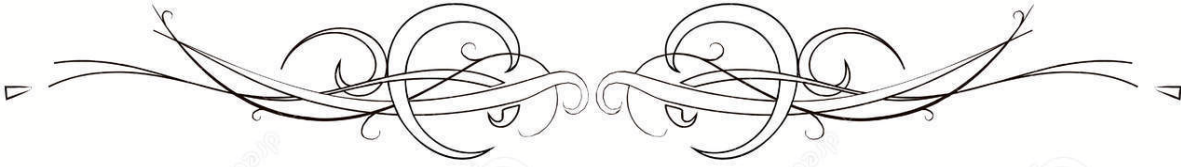
كانت النتيجة إيجابية في غالبية المرضى بمعدل وفيات قدره 1.92%.

إن غلبة المضاعفات الطبية كعوامل تنبؤية قاتلة تظهر بوضوح أن الرعاية الطبية الفعالة يمكن أن تحسن الإنذار ، لذا

فإن التكرار العالي للعدوى في موقع التشغيل يجعل من الضروري تعزيز تدابير النظافة المحيطة بإجراءات التشغيل.



ANNEXES



FICHE D'EXPLOITATION :

CHIRURGIE 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 Dys thyroïdie

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

**Les complications post opératoires de la chirurgie colorectale au service de chirurgie viscérale Hôpital
ERRAZI CHU MOHAMED VI**

- <Durée de l'intervention : <2H 2-4 H >4H
- < Type : coelio conventionnel coelio converti
- <Anastomose : manuelle mécanique
- <Incident per opératoire : perforation hémorragie contamination peropératoire
- <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 : amoxacclav C3G Flagyl autres
 - Coagulation : oui non
 - 1^{er} 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

COMPLICATIONS :

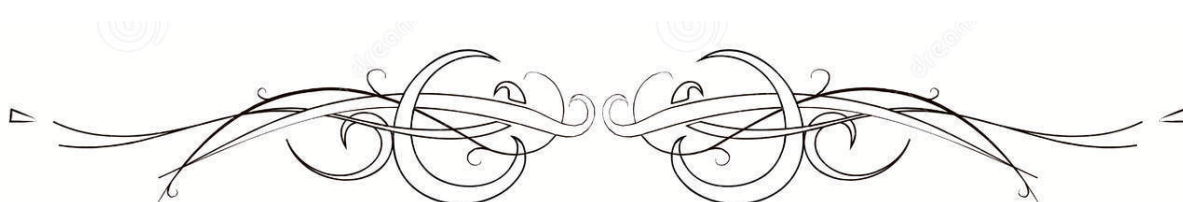
- Décès : USI per op service
- Complications infectieuses :
 - Infection de la paroi : oui non J : Prélèvements : oui non
 - Germe :
Antibiogramme :
 - Péritonite post op : oui non J :
Clinique : fièvre météorisme vomissements diarrhée
précocedéfense abdominale contracture abdominale douleur
provoquéeécoulement digestif anormale (par cicatrice par drainage)
 - Eviscération agitation troubles de conscience détresse
respiratoireDéfaillance viscérale
 - Biologie : hyperleucocytose >12000 CRP élevéePrélèvements : oui
non germe : Antibiogramme :

Radiologie : Rx thorax Echo abdominale TDM ASP

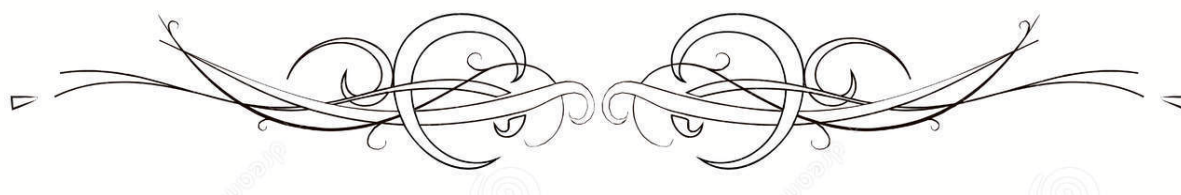
- Septicémie : oui J : Non
- Infection urinaire : oui J :
- Prélèvements : oui non germe :Antibiogramme Non
- Infection pulmonaire : oui J : Prélèvements : oui non germe :
Antibiogramme :Non
- Abcès pariétale : oui J : non

➤ 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



BIBLIOGRAPHIE



1. **Mr K. RABBANI**
Le cancer colorectal dans la région de Marrakech :
bilan de 19 ans 2017 Vol 126 p 5 6 7
2. **BenseddikNajoua**
Les aspects épidémiologiques des CCR (a propos de 116cas)
Thèse de doctorat en médecine, Fès, 2008, N° 060.
3. **Al Hilal.M**
Etude épidémiologie du cancer (malades de l'INO entre 1985–
2002) <http://www.cancer.ma/Publications/docs/bilan85-2002.aspx>
4. **National cancer Institute Colon and Rectal Cancer [en ligne]**
Disponible sur <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>
5. **Kassab, A., Landolsi, S., Miled, A., Ahmed, S. B., &Oifa, G. (2013).**
Existe-t-il une relation entre les habitudes alimentaires en Tunisie et le cancer colorectal?
Éléments de réponse à partir d'un échantillon
6. **Samadder, N. J., Curtin, K., Wong, J., Tuohy, T. M., Mineau, G. P., Smith, K. R.,&Provenzale, D. (2014).**
Epidemiology and familial risk of synchronous and metachronous colorectal cancer: a population-based study in Utah.
Clinical Gastroenterology and Hepatology, 12(12), 2078–2084.
7. **Boutaalla J. Thèse :**
Etude épidémiologique descriptive.
A propos de 549 Goujil B.
8. **Dreyer, C., Afchain, P., Trouilloud, I., & André, T. (2016).**
Nouvelles classifications moléculaires du cancer colorectal, du cancer du pancréas et du
cancer de l'estomac: vers un traitement à la carte ? *3T 3T Bulletin du Cancer, 3T 3T103(7), 643–650.*

9. **K. Rabbani**

Le cancer colorectal dans la région de Marrakech : *bilan de 19 ans*
Thèse

10. **Boyle P, Langman J.S.**

Epidemiology – ABC of colorectal cancer.
Br Med J 2000; 321: 805–08.

11. **Faivre J, Bouvier AM, Bonithon K C**

Epidemiology and screening of colorectal cancer.
Best Pract Res Clin Gastroenterology 2002; 16 (2) :187–99

12. **Belot, A., Velten, M., Grosclaude, P., Bossard, N., Launoy, G., Remontet, L., & Chérié-Challine, L. (2008).**

Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005
3T (p. 132). Saint-Maurice (France): Institut de veille sanitaire.

13. **Thomann G.**

Robotique chirurgicale.
Institut national de sciences appliquées de Lyon. 2014

14. **Guerbaoui**

M. Le cancer au Maroc. El Jadida :
Najah, 1ère édition 2000, 250 : 119–25

15. **Sierra, M. S., & Forman, D.**

(2016). Burden of colorectal cancer in Central and South America. *Cancer Epidemiology, 44, S74–S81.*

16. **Kudjawu, Y. C., Eilstein, D., Decool, E., De Maria, F., Beltzer, N., & Chatellier, G. (2015)**

Time to first treatment after colonoscopy in patients suffering from colon or rectum cancer in France.
Cancer epidemiology, 39(6), 877–884.

17. **Mrini, K., Essamri, O., Benbelbarhdadi, I., Ajana, F. Z., Afifi, R., Benazzouz, M., &Essaid, A.** (2009). (049).
Epidemiologic characteristics of rectal cancer: About a Moroccan experience from teaching hospital.
Arab Journal of Gastroenterology, 10(2), AB27.
18. **Sentissi, S., Galab, M., Amrani, L., Chaoui, Z., Kabbaj, N., Guedira, M., ... &Aqodad, N.** (2009).(004)
Epidemiological characteristics profile of the colorectal cancer:
A multicentric study. Arab Journal of Gastroenterology, 10(2), AB11.
19. **Baich H.**
Thèse : La prise en charge du cancer rectal CHU Mohammed VI, Marrakech 2007
20. **Benchimold ,Rahili**
A Tumeurs du colon et du rectum Revprat , 2002, 52 , 10, 1105–1114
21. **Birgisson, H., Talbäck, M., Gunnarsson, U., Pålman, L., &Glimelius, B. (2005).**
Improved survival in cancer of the colon and rectum in Sweden. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 31(8), 845–853.*
22. **MoonesingheLondres**
Development and validation of the Surgical Outcome Risk Tool (SORT) *Journal of Surgery · December 2014 DOI: 10.1002/bjs.9638.*
23. **Tonye et al :**
Complications postopératoires précoces dans les hôpitaux de district de la ville de Yaoundé. *Health Sci.*
Dis: Vol 16 (1) January - February - March 2015 Available at www.hsd-fmsb.org. P : 3-14
24. **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. *Infect Control HospEpidemiol 2009 ; 30(5) : 433–9.*

25. **Dorcas Laurel S. YEDE**
Les infections du site opératoire dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel
Touré Thèse de médecine Bamako 2016 -2017 124 : 69
26. **Luna-Pérez P, Rodríguez- Ramírez SE, De La Barrera MG, Zeferino M, Labastida S.**
Multivisceral resection for colon cancer.
J Surg Oncol 2002; 80:100-4
27. **Staib L, Link KH, Blatz A, Begger HG.**
Surgery of colorectal cancer: surgical morbidity and five- and ten-year results in 2400
patients--monoinstitutional experience. World J Surg 2002; 26:59-66.
28. **Kroneman H, Castelein A, Jeekel J.**
En bloc resection of colon carcinoma adherent to other organs: an efficacious
treatment?.Dis Colon Rectum. 1991; 34:780-3.
29. **Haberer JP. Consultation preanesthésique.** *Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et
Medicales Elsevier SAS, Paris),
Anesthésie-Réanimation, 36-375-A-05, 2001 : 12.*
30. **J.-F. GILLON**
Le taux brut de mortalité est-il un critère pertinent d'efficacité d'une équipe chirurgicale ?
Etude prospective des suites opératoires de 11756 patients.
doi:10.1016/j.anchir.2005.01.013. www.pubmed.gov
31. **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 ropos de 412 cas.Dakar Médical, 2001 ; 46 : 39-42.
32. **Kaserlicky Ma, Svabj. P.H.S**
(Prolene Hernia System) mesh- initial experience.RozhlChir.
2002 Nov; 81 Suppl 1:S27-30

33. **Georgescu I., Nemes R., Ghelase F., Valcea V., Surlin V., Martinl.**
Post operative intestinal fistulae. *Chirurgia (Bucur)*.
2000 may-Jun; 95 (3): 267-271
34. **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.*
35. **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
36. **E. Kelli, Blegole, J-M. Casanelli, B. Moussa, J. N'dri, H.A. N'guessan.**
Mali médical 2005; 1-2: 4-7.
37. **Potet F**
Histopathologie du tube digestif.
Masson, 1988 ; 225-231.
38. **Estour E, GERI J.P.**
Traitement cœlioscopique des péritonites et abcès appendiculaires primitifs : étude rétrospective à propos de 107 cas. *J Cœlio2003 ; 47 : 84-9*
39. **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.
40. **Dembele Lamine. Complicationspostopératoires en chirurgie générale au csref de la commune I [Thèse de doctorat]. [Bamako]: université de Bamako; 2016.**

41. **Eboreime O, Asogun ZI, Ahonsi B, Momoh M, Ohanaka EC.**
Fistule entero cutanée: une complication postopératoire évitable.
Disponible sur: www.wacsabidjan2011.org .

42. **Sylla Aboubakrin.**
Complications post opératoires dans le service de chirurgie de l'HDF de Kayes [Thèse de médecine].
[Bamako]: BAMAKO; 2011; 12M22

43. **Bielecki K, Rud PM.**
Postoperative complications in a teaching surgical ward.
Pol MerkurLebarski. 2006 Apr20(118); 413-5

44. **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 CollSurg. 2007. 204(6): 1127-36.

45. **Clavien Pa, Barkum j, De Loiveira MI.**
The Clavien-Dindo classification of surgical complications:
five year expérience. Ann Sug. 2009;250 (2): 187-96.

46. **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*

47. **De Oliveira ML, Winter JM, Schafer M , Jordan M Winter , Markus Schafer, Steven C Cunningham, et Al .**
Assessment of complications after pancreatic surgery:
A novel grading system applied to 633 patients undergoing pancreaticoduodenectomy.
Ann Surg 2006;244:931-937.

48. **Gouma DJ, van Geenen RC, van Gu-lik TM et Rob J. de Haan , Laurens T. de Wit , Olivier R. C. Busch et Al .**
Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy:
risk factors and the impact of hospital volume.
Ann Surg.2000;232:786–795.
49. **F. Bonhomme**
LE SAIGNEMENT AU BLOC
OPÉRATOIRE, https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Le_saignement_au_bloc_operatoire.pdf
50. **Pathologie Chirurgicale 2e édition 1975;**
617-DAT ; N°9836 : 497
51. https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/15_CANCERS_COLORECTAUX%202020.pdf
52. <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/4443/20M104.pdf?sequence=1>
53. **EL OUKLI, Yassir**
LES FISTULES DIGESTIVES POSTOPERATOIRES
54. **Thèse : Le cancer du côlon, étude rétrospective de 83 cas au service des urgences chirurgicales 22viscérales CHU Ibn Rochd, Casablanca, 2000.**
55. **Baños F.J., et al.« Phenotypes and natural history of Inflammatory Bowel Disease (IBD) in a referral population in Medellín, Colombia ».**[En ligne]. Rev Col Gastroenterol. (2010), Vol. 25, n° 3, P. 238–249. Format PDF, disponible sur :
http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n3/en_v25n3a03.pdf

56. Tursi A., Elisei W., Picchio M.

« Incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases in gastroenterology primary care setting ».

European Journal of Internal

Medicine. [en ligne], Décembre 2013, Vol.24, p. 852–856. Format PDF, disponible sur

:[http://ac.els-cdn.com/S0953620513001702/1-s2.0-S0953620513001702-](http://ac.els-cdn.com/S0953620513001702/1-s2.0-S0953620513001702-main.pdf?_tid=dcae8908-8469-11e4-98db0000aab0f6b&acdnat=1418655273_2825249fd702ab1a1178fd90693ad6f9)

[main.pdf?_tid=dcae8908-8469-11e4-](http://ac.els-cdn.com/S0953620513001702/1-s2.0-S0953620513001702-main.pdf?_tid=dcae8908-8469-11e4-98db0000aab0f6b&acdnat=1418655273_2825249fd702ab1a1178fd90693ad6f9)

[98db0000aab0f6b&acdnat=1418655273_2825249fd702ab1a1178fd90693ad6f9.](http://ac.els-cdn.com/S0953620513001702/1-s2.0-S0953620513001702-main.pdf?_tid=dcae8908-8469-11e4-98db0000aab0f6b&acdnat=1418655273_2825249fd702ab1a1178fd90693ad6f9)

57. Gismera C.S., Aladrén B.S.

« Inflammatory bowel diseases: A disease(s) of modern

times? Is incidence still increasing? ». *World Journal of Gastroenterology*. [En ligne].

Septembre 2008, Vol.14, n°36, p. 5491–5498. ISSN 1007–9327. Format PDF,

111

disponible sur : <http://www.wjgnet.com/1007-9327/pdf/v14/i36/5491.pdf>

58. Magro F., et al.

« Portuguese consensus on the best practice for the management of

inflammatory bowel disease: IBD ahead 2010 meeting results ». [En ligne]. *GE J Port*

Gastroenterol. (2012), Vol. 19, n°4, P.190–198. Format PDF, disponible sur :

[http://ac.els-cdn.com/S0872817812000379/1-s2.0-S0872817812000379-](http://ac.els-cdn.com/S0872817812000379/1-s2.0-S0872817812000379-main.pdf?_tid=2e0a18c0-6d31-11e5-8c27-00000aab0f02&acdnat=1444249549_07a155220f5ba244c134380fb18a0730)

[main.pdf?_tid=2e0a18c0-6d31-11e5-8c27-](http://ac.els-cdn.com/S0872817812000379/1-s2.0-S0872817812000379-main.pdf?_tid=2e0a18c0-6d31-11e5-8c27-00000aab0f02&acdnat=1444249549_07a155220f5ba244c134380fb18a0730)

[00000aab0f02&acdnat=1444249549_07a155220f5ba244c134380fb18a0730](http://ac.els-cdn.com/S0872817812000379/1-s2.0-S0872817812000379-main.pdf?_tid=2e0a18c0-6d31-11e5-8c27-00000aab0f02&acdnat=1444249549_07a155220f5ba244c134380fb18a0730)

59. Viazis N.

« Epidemiology of Inflammatory Bowel Diseases ». *Annals of gastroenterology*.

[En ligne]. (2006), Vol. 19, issue 2, p.155–157. Format

PDF, disponible sur :

[http://annalsgastro.gr/index.php/annalsgastro/article/viewFile/429/374.](http://annalsgastro.gr/index.php/annalsgastro/article/viewFile/429/374)

60. Cosnes J., et al.

« Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases».

[En ligne]. *Gastroenterology*. (2011), Vol. 140, P. 1785–1794. Format PDF,

disponible sur : [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(11\)00164-8/pdf.](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(11)00164-8/pdf)

61. **Malaty M.H., Hou J.K., Thirumurthi S.**
« Epidemiology of inflammatory bowel disease among an indigent multi-ethnic population in the United States ». [Enligne]. 124
Clinical and Experimental Gastroenterology. (2010), Vol. 3, P. 165–170. Format PDF, disponible sur: [file:///C:/Users/Wilfried/Downloads/CEG-14586-epidemiology-of-inflammatory-bowel-disease-among-an-indigent_120610\[1\].pdf](file:///C:/Users/Wilfried/Downloads/CEG-14586-epidemiology-of-inflammatory-bowel-disease-among-an-indigent_120610[1].pdf)
62. **H. Bedioui, A. Daghfous, M. Ayadi, R. Noomen, F. Chebbi, W. Rebai, A. Makni, F. Fteriche, R. Ksantini, A. Ammous, M. Jouini, M. Kacem, Z. Bensafta**
A report of 15 cases of small-bowel obstruction secondary to phytobezoars: *Predisposing factors and diagnostic difficulties Gastroentérologie Clinique et Biologique*
63. **Kossijyrki;SalminenPaulina T.P ;**
LaatoMattiK,surgical workload and cost of postoperative adhesion. -related intestinal obstruction : importance of previous surgery .
World journal of surgery 2004vol28 n7 p666-67022
64. **HikiN.Takeshita Y .Kubota K .T Sugi E .Yamagushi H .Shimizu Net AI :**
A seasonal variation in the onset of postoperative adhesive small bowel obstructionist *realted to changes in the climate Dig Liver Dis 2004 ;36 :125-9*
65. **Y. Harouna ; H. Yaya ; H. Abarchi, J. Rakoto Malala, M. Gazi, A. Seibou, I. Abdou, M. Moussa, L. Bazira**
Les occlusions intestinales : principales causes et morbi-mortalité à L'hôpital de *NIAMEY NIGER Médecine d'Afrique Noire ; 2001, vol. 48, no2, pp. 49-54*
66. **Moussa Badjan Sidibe**
Aspects épidémiologiques cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré ;
Thèse médicale ;BAMAKO.MALI.2003

67. **Yong JI Lw, Lo Cy, Lam Cm.**
comparative study of routine laparoscopic versus open appendicectomy
2006; 10: 188-92.2006
68. **Oguntola A S Aml, Oyemolade T. A.**
Appendicitis: Trends in incidence, age, sex, and seasonal variations in SouthWestern
Nigeria. Ann Afr Med 2010;9:213-7.
69. **Baba S.**
Prise en charge des appendicites dans le service de chirurgie 'A' du CHU du
point-'G' de 1998 à novembre 2010
These de Medecine 2011. N°174
70. **Adloff M.**
Chirurgie de l'appendice Iléo-cæcal Editions Techniques Encycl.
Méd. Chir.
*(Paris- France) Techniques chirurgicales Appareil digestif, 9066A 10-10,1989 ;
10P*
71. **Ohene Ym, Togbe B.**
An audit of appendicitis and appendicectomy in Kumasi,
Ghana.WestAfr J Med
2006;25:138-43.
72. **Villazon Davico O Eja, Cardenas Castaneda O, Valdes Castaneda A.,**
surgery. Abmi, 2004;69:58-64. RGM. Appendectomy by minimally invasive
surgery.
RevGastroenterolMex 2004;69:58-64.
73. **Maiga Idrissa Elhabib**
Etude épidémio-clinique et aspects thérapeutiques des appendicites aiguës à
l'hôpitalNianankoroFomba de Ségou.
These de Medecine 2009 .09M201

74. Barthelemy Poudiougou

Appendicites aiguës aspect épidémiologique et thérapeutique au CSReF CI
de Bamako

These de Medecine 2015.15M59

75. Jabahgi.S, Levy M.

Cœlioappendicectomie extra abdominal par voie trans-ombilicale au centre
hospitalier MARY Madeline de Forbach France.

Cœliochirurgie 2001 ; 40 : 62-64

76. Bamba O.

Appendicectomie coelioscopique dans le service de chirurgie « A » du CHU du
Point G.: USTTB ,FMOS.

Thèse de Médecine : Bamako ; 2007-88P ; 62.

77. Sarraf S Y, Shapiro ML. 18

Small bowel obstruction: The eternal dilemma of when to intervene.

Scand J Surg 2010;99:78-80.

78. Ouaisi M, Gaujoux S, Veyrie N, Denève E, Bergand C, Castel B et al.

Les adhérences postopératoires après chirurgie digestive et leurs préventions: revue de la
littérature.

J ChirVisc 2011;60:21-8

79. Shih SC, Jeng KS, Lin SC, Kao CR, Chou SY, Wang HY et al.

Adhesive small bowel obstruction:

How long can patients tolerate conservative treatment ? World J Gastroenterol

2003;9:603-5

80. Ould Mhalla H.

Les occlusions du grêle.

Thèse de Doctorat Médecine, Casablanca 2006;272:57-69.

81. Drake, Vogl, Mitchell,

Gray's Anatomy for Students,

3rd ed, 201

قَسَمُ الطَّبِيبِ

أَقْسَمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرِاقِبَ اللَّهَ فِي مَهْنَتِي وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا،
فِي كُلِّ الظَّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ، بِإِذْنِ وَسْعِي فِي اسْتِنْقَاذِهَا مِنَ الْمَلَائِكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ وَاسْتَرَ عَوْرَاتِهِمْ، وَآخَتَمَ سِرَّهُمْ، وَأَنْ أَكُونَ عَلَى
الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ
وَالْخَاطِئِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ، وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ
الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أَوْقِرَ مِنْ عِلْمَنِي وَأَعْلَمَ مِنْ يَصْغَرَنِي وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمَهْنَةِ
الطَّبِيبَةِ، مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى، وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مَصْدَاقَ إِيمَانِي
فِي سِرِّي وَعِلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

أطروحة رقم 179

سنة 2021

**مضاعفات جراحة القولون و المستقيم في قسم جراحة
الجهاز الهضمي المستشفى الجامعي محمد السادس
بمراكش**

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/10/11
من طرف

السيد ياسين اولقاضي

المزداد في 30 ماي 1995 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

جراحة القولون والمستقيم - مضاعفات - ما بعد الجراحة

اللجنة

الرئيس	ع. لوزي	السيد
المشرف	أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي خ. الرباني	السيد
الحكام	أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي م. والي الإدريسي	السيدة
	أستاذة في الفحص بالأشعة أ. فخري	السيد
	أستاذ مبرز في علم التشريح	