

Mortalite post-operatoire dans le service
de chirurgie viscerale « a » du chu ibn sina rabat
entre 2000 et 2009

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr. Badr SERJI

Né le 05 Août 1981 à Oujda

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Cancer œsophage – Choc septique – Néoplasie – Urgence.

JURY

Mr. A. BELKOUCHI

Professeur de Chirurgie Générale

PRESIDENT &

RAPPORTEUR

Mr. A. AZZOUZI

Professeur d'Anesthésie et Réanimation

Mr. L. IFRINE

Professeur de Chirurgie Générale

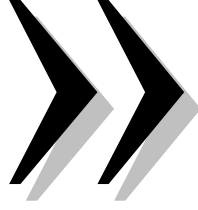
JUGES

Mr. R. MOHSINE

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. A. CHARIF CHEFCHAOUNI

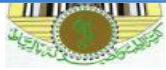
Professeur de Chirurgie Générale



سبحانك لا علم لنا إلا
ما علمتنا إنك أنت
العليم الحكيم



سورة البقرة: الآية: 31



DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Ahdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Naima LAHBABI-AMRANI
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur Mohammed BENABDELLAH

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Ahdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie

Mai et Octobre 1981

- 15. Pr. BENOMAR Said*
- 16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSOUA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENSALIM Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUAZZANI ép. TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh

Cardiologie

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie

55. Pr. OHAYON Victor*
56. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Décembre 1988

57. Pr. BENMAMOUCHE Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Nouredine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNAOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZZAZ Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUDA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*

Gastro-Entérologie
Médecine Interne

Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale

99. Pr. OUAALINE Mohammed*

100. Pr. SOULAYMANI ép. BENCHEIKH Rachida
101. Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed

Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

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

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
149. Pr. SLAOUI Anas

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAOUI Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amqrane*
170. Pr. BENZAOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAOUI Abbas
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
195. Pr. GAMRA Lamiae
196. Pr. GAOUZI Ahmed
197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
200. Pr. MOULINE Soumaya
201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
202. Pr. OUZEDDOUN Naima
203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
205. Pr. BEN AMAR Abdesselem
206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
207. Pr. BIROUK Nazha
208. Pr. BOULAICH Mohamed
209. Pr. CHAOUIR Souad*
210. Pr. DERRAZ Said
211. Pr. ERREIMI Naima
212. Pr. FELLAT Nadia
213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
214. Pr. HAIMEUR Charki*
215. Pr. KADDOURI Nouredine
216. Pr. KANOUNI NAWAL
217. Pr. KOUTANI Abdellatif
218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
220. Pr. NAZZI M'barek*
221. Pr. OUAHABI Hamid*
222. Pr. SAFI Lahcen*
223. Pr. TAOUFIQ Jallal
224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
226. Pr. KHATOURI Ali*
227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
230. Pr. ALOUANE Mohammed*
231. Pr. LACHKAR Azouz
232. Pr. LAHLOU Abdou
233. Pr. MAFTAH Mohamed*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie

236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
237. Pr. NASSIH Mohamed*
238. Pr. RIMANI Mouna
239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*
241. Pr. AIT OUMAR Hassan
242. Pr. BENCHERIF My Zahid
243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANYAzzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabih
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

PROFESSEURS AGREGES :

Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

280. Pr. AOUAD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane
287. Pr. BENNANI Rajae
288. Pr. BENOACHANE Thami
289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
290. Pr. BERRADA Rachid
291. Pr. BEZZA Ahmed*
292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
295. Pr. CHAT Latifa
296. Pr. CHELLAOUI Mounia
297. Pr. DAALI Mustapha*
298. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
300. Pr. EL HIJRI Ahmed
301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
302. Pr. EL MADHI Tarik
303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
304. Pr. EL OUNANI Mohamed
305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
306. Pr. ETTAIR Said
307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
308. Pr. GOURINDA Hassan
309. Pr. HRORA Abdelmalek
310. Pr. KABBAJ Saad
311. Pr. KABIRI EL Hassane*
312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
313. Pr. LEKEHAL Brahim
314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
315. Pr. MEDARHRI Jalil
316. Pr. MIKDAME Mohammed*
317. Pr. MOHSINE Raouf
318. Pr. NABIL Samira
319. Pr. NOUINI Yassine
320. Pr. OUALIM Zouhir*
321. Pr. SABBAH Farid
322. Pr. SEFIANI Yasser
323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
326. Pr. AMEUR Ahmed*
327. Pr. AMRI Rachida

- Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie
Urologie
- Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie

- 330. Pr. BELGHITI Laila
- 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
- 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
- 333. Pr. BENZEKRI Laila
- 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
- 335. Pr. BERADY Samy*
- 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
- 337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
- 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
- 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
- 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
- 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
- 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
- 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
- 344. Pr. EL MANSARI Omar*
- 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
- 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
- 347. Pr. HADDOUR Leila
- 348. Pr. HAJJI Zakia
- 349. Pr. IKEN Ali
- 350. Pr. ISMAEL Farid
- 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
- 352. Pr. KRIOULE Yamina
- 353. Pr. LAGHMARI Mina
- 354. Pr. MABROUK Hfid*
- 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
- 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
- 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
- 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
- 359. Pr. OUIJILAL Abdelilah
- 360. Pr. RACHID Khalid *
- 361. Pr. RAISS Mohamed
- 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
- 363. Pr. RHOU Hakima
- 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
- 365. Pr. SIAH Samir *
- 366. Pr. THIMOU Amal
- 367. Pr. ZENTAR Aziz*
- 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

- 369. Pr. ABDELLAH El Hassan
- 370. Pr. AMRANI Mariam
- 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
- 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
- 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
- 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
- 375. Pr. BOULAADAS Malik
- 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
- 377. Pr. CHERRADI Nadia

- Gastro-Entérologie
- Biochimie-Chimie
- Gynécologie Obstétrique
- Endocrinologie et Maladies Métaboliques
- Rhumatologie
- Dermatologie
- Gastro – Enterologie
- Médecine Interne
- Anatomie Pathologique
- Psychiatrie
- Chirurgie Générale
- Pédiatrie
- Chirurgie Pédiatrique
- Urologie
- Gynécologie Obstétrique
- Dermatologie
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Générale
- Gynécologie Obstétrique
- Cardiologie
- Ophtalmologie
- Urologie
- Traumatologie Orthopédie
- Traumatologie Orthopédie
- Pédiatrie
- Ophtalmologie
- Traumatologie Orthopédie
- Gynécologie Obstétrique
- Cardiologie
- Traumatologie Orthopédie
- Médecine Interne
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Traumatologie Orthopédie
- Chirurgie Générale
- Pneumo-phtisiologie
- Néphrologie
- Endocrinologie et Maladies Métaboliques
- Anesthésie Réanimation
- Pédiatrie
- Chirurgie Générale
- Anatomie Pathologique

- Ophtalmologie
- Anatomie Pathologique
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Gastro-Entérologie
- Chimie Analytique
- Anesthésie Réanimation
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Neurologie
- Anatomie Pathologique

- 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
- 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
- 382. Pr. HACHI Hafid
- 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
- 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
- 385. Pr. KHABOUZE Samira
- 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
- 387. Pr. LEZREK Mohammed*
- 388. Pr. MOUGHIL Said
- 389. Pr. NAOUMI Asmae*
- 390. Pr. SAADI Nozha
- 391. Pr. SASSENOU Ismail*
- 392. Pr. TARIB Abdelilah*
- 393. Pr. TIJAMI Fouad
- 394. Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

- 395. Pr. ABBASSI Abdelah
- 396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
- 397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
- 398. Pr. ALLALI fadoua
- 399. Pr. AMAR Yamama
- 400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
- 401. Pr. AZIZ Nouredine*
- 402. Pr. BAHIRI Rachid
- 403. Pr. BARAKAT Amina
- 404. Pr. BENHALIMA Hanane
- 405. Pr. BENHARBIT Mohamed
- 406. Pr. BENYASS Aatif
- 407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
- 408. Pr. BOUKALATA Salwa
- 409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
- 410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
- 411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
- 412. Pr. HAJJI Leila
- 413. Pr. HESSISSEN Leila
- 414. Pr. JIDAL Mohamed*
- 415. Pr. KARIM Abdelouahed
- 416. Pr. KENDOSSI Mohamed*
- 417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
- 418. Pr. LYACOUBI Mohammed
- 419. Pr. NIAMANE Radouane*
- 420. Pr. RAGALA Abdelhak
- 421. Pr. REGRAGUI Asmaa
- 422. Pr. SBIHI Souad
- 423. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
- 424. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

- 425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
- 426. Pr. AFIFI Yasser

Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rgumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Dermatologie

429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Ibtiissam
439. Pr. FAROUDY Mamoun
440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
441. Pr. HARMOUCHE Hicham
442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
444. Pr. JROUNDI Laila
445. Pr. KARMOUNI Tariq
446. Pr. KILI Amina
447. Pr. KISRA Hassan
448. Pr. KISRA Mounir
449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
451. Pr. MANSOURI Hamid*
452. Pr. NAZIH Naoual
453. Pr; OUANASS Abderrazzak
454. Pr. SAFI Soumaya*
455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
456. Pr. SEFIANI Sana
457. Pr. SOUALHI Mouna
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

**ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS**

1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
2. Pr. ALAOUI KATIM
3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
4. Pr. ANSAR M'hammed
5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
7. Pr. DRAOUI Mustapha
8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
9. Pr. ETTAIB Abdelkader
10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
12. Pr. REDHA Ahlam
13. Pr. TELLAL Saida*
14. Pr. TOUATI Driss
15. Pr. ZELLOU Amina

* Enseignants Militaires

Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Médecine Interne
Parasitologie
Radiothérapie
O.R.L
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Anatomie Pathologique
Pneumo-Phtisiologie
Pneumo-Phtisiologie

Biochimie
Pharmacologie
Histologie – Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biochimie
Biochimie
Pharmacognosie
Chimie Organique

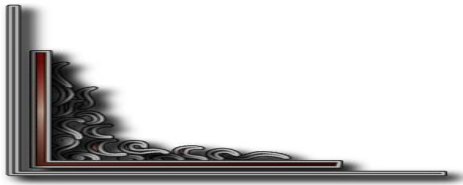


Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Remerciements





*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Je tiens à remercier les membres du jury qui ont accepté, sans réserve aucune, d'évaluer cette thèse à sa juste valeur, et de me faire part de leur remarques sûrement pertinentes qui, avec un peu de recul, contribueront, sans nul doute, au perfectionnement du présent travail.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A notre Maître, Président de jury et Rapporteur
Monsieur le Professeur **B**elkouchi **A**bdelkader,
Professeur de chirurgie générale

En présidant ce jury, vous nous faites un grand honneur, Je tiens à vous exprimer ma reconnaissance d'avoir accepté sans réserve, de diriger cette thèse. Vous vous y êtes grandement impliquée par vos directives, vos remarques et suggestions, mais aussi par vos encouragements dans les moments clés de son élaboration. Je tiens à vous remercier aussi pour cette liberté que vous m'avez permise, sans laquelle le chercheur ne saurait affirmer sa manière de penser et de procéder, sa manière d'être, bref toute sa personnalité.



Maître et Juge de thèse

Monsieur le Professeur **A**zzouzi **A**bderrahim

Professeur d'anesthésie-réanimation,

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse.

Vos qualités humaines et professionnelles sont exemplaires.

Nous vous prions de croire en l'expression de notre respect et reconnaissance d'avoir accepté de juger ce travail.



A notre Maître et Juge de thèse
Monsieur le Professeur Ifrine Lahssan
Professeur de chirurgie générale

C'est pour nous un grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi notre honorable jury.

Votre modestie, votre sérieux et votre compétence professionnelle seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.

Permettez-nous de vous présenter dans ce travail, le témoignage de notre grand respect.

C'est pour nous l'occasion de vous témoigner estime et respect.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A notre Maître et Juge de thèse
Monsieur le Professeur Mohsine Raouf,
Professeur de chirurgie générale.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger notre travail.

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction durant mes années de
résidanat, nous avons profité de votre enseignement.

Nous avons apprécié votre sympathie et vos qualités humaines.

C'est pour nous l'occasion de vous témoigner estime et respect.



Maître et Juge de thèse

Monsieur le Professeur

Charif Chefchaoui **ALMontacer**

Professeur de chirurgie générale

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

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mon Maître Monsieur le Professeur

Hadj Omar El Malki

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

Je tiens à vous remercier pour avoir mis à ma disposition toute votre connaissance, sans laquelle la réalisation du présent travail aurait été des plus difficiles. Vous avez été pour moi un professeur, un ami et un grand frère.





Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

à ma merveilleuse Mère, Khadija

C'est pour moi un jour d'une grande importance, car je sais que tu es à la fois fière et heureuse de voir le fruit de ton éducation et de tes efforts inlassables se concrétiser.

Aucun mot, aussi expressif qu'il soit, ne saurait remercier à sa juste valeur, l'être qui a consacré sa vie à parfaire mon éducation avec un dévouement inégal.

C'est grâce à **ALLAH** puis à toi que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.

Puisse **ALLAH** m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que tu m'as donné.

Puisse **ALLAH** t'accorder santé, bonheur et longue vie.

A mon très cher Père, **A**hmed



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

... toujours un exemple pour moi par
tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Tu m'as appris, le sens du travail, de l'honnêteté de la droiture
et de la responsabilité.

Ta bonté et ta générosité extrême sont sans limites.

Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien moral tout
au long de mes études.

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et
l'amour éternel pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien
être.

Je souhaite que cette thèse t'apporte la joie de voir aboutir
tes espoirs et j'espère avoir été digne de ta confiance.

Puisse Dieu te garder et te procurer santé et longue vie.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mes très chères sœurs Mouna et Meryem.

Aucune dédicace ne pourrait traduire ma gratitude et ma profonde reconnaissance et mon amour.

Vous me manquez énormément et chaque jour qui passe je ne cesse de remémorer tous les bons moments passés ensemble.

Soyez assurées de toute mon affection et ma tendresse,

Je vous dédie ce travail comme témoignage de mon respect et mon amour éternel.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A ma grande mère

A la mémoire de mes grands parents

A mes tantes et mes oncles

A mes cousins et cousines

A tous les membres de ma famille, petits et grands



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A tous mes amis :

Ouazni, Hani, Safae, Sakina et bien d'autres encore, vous étiez la bouffée d'oxygène qui me ressourçait dans les moments pénibles, de solitude et de souffrance, où l'on a terriblement besoin d'un petit mot, d'un petit geste, aussi humble soit-il, de soutien moral.

A tous ceux qui ont contribué de près

ou de loin à la réalisation de ce travail

A tous ceux que j'ai omis de citer

Sommaire

.....	1
II. RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE :	4
1. Caractéristiques de la population marocaine	5
2. Les causes de mortalité au Maroc	6
III. SCORE ASA	8
IV. ACTIVITE DU SERVICE DE CHIRURGIE « A »	11
V. MATERIEL ET METHODES	12
VI. TABLEAUX RECAPITULATIFS DES DECES	15
VII. RESULTATS :	30
A. Démographie et activités du service	31
B. Caractéristiques des patients décédés :	33
1. Fréquence	33
2. Répartition selon le sexe	33
3. Répartition selon l'âge	35
4. Selon le score ASA	36
5. Selon la cause d'hospitalisation.....	38
6. Selon le contexte de l'intervention	41
7. Cause de séjour en réanimation	42
8. Délai de survenue des décès	43
9. Lieu et heure du décès	44
10. Cause des décès.....	47
VIII. DISCUSSION	50
IX. CONCLUSION	59
RESUMES	61
BIBLIOGRAPHIE	65

es abrégations

ASA	: American Society Of Anesthesiologists
ADK	: Adénocarcinome
IDM	: Infarctus du myocarde
RCH	: Rectocolite ulcéro-hémorragique
IHC	: Insuffisance hépatocellulaire
Néo	: Néoplasie
VBP	: Voie biliaire principale
CHC	: Carcinome hépatocellulaire
HTP	: Hypertension portale
MICI	: Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
EP	: Embolie pulmonaire
HTA	: Hypertension artérielle
CHU	: Centre hospitalier universitaire



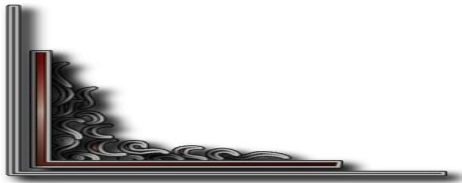
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

é post –opérateur dans le service de chirurgie viscérale «A»

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Introduction



I.INTRODUCTION :

Depuis de nombreuses décennies la mortalité a diminué alors que l'espérance de vie au sein de la population n'a fait qu'augmenter(1).

La mortalité post opératoire n'est pas à l'instar de cet évolution. En effet elle a pu bénéficier de l'amélioration des conditions de travail, du développement technologique, de la prise en charge des problèmes médicaux parallèles et de l'accès aux structures de soins.

A l'heure actuelle, très peu d'étude (2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6) ont porté sur les causes de mortalité d'un service de chirurgie viscérale à proprement dit. De plus l'analyse des taux brut de mortalité au sein d'un établissement ou d'un service ne reflète en rien la qualité des soins apportés ni l'efficacité de l'équipe médicale (7) car ne prennent pas en compte les caractéristiques de la population ou de la structure de soin, ni les moyens qui sont mis à sa disposition. De ce fait l'utilisation du taux de mortalité brut comme critère de comparaison entre 2 services ou 2 établissements de soins reste peu fiable. Certains auteurs ont proposé des scores adaptés qui essaient de prendre en compte les caractéristiques de la population étudiée mais aussi des pathologies et des thérapeutiques employées (7).

Devant la difficulté de cet appréciation beaucoup d'auteurs se sont intéressés à évaluer l'état général des patients candidats à la chirurgie, surtout avec le vieillissement constant qu'a connu la population durant les dernières années surtout dans les pays développés. Ces personnes représentent une

l élevé vu leurs conditions physiques et physiologiques plus ou moins dégradées (8). Le 2ème souci était aussi d'uniformiser l'appréciation de l'état des patients afin de pouvoir comparer les résultats des différentes séries.

Au décours de ce qu'on vient de citer, il est évident que l'objectif de notre travail n'est en aucun cas de comparer nos résultats avec d'autres services. Notre but essentiel est de déterminer l'incidence de la mortalité post opératoire au sein de notre service de chirurgie « A » à l'hôpital Ibn Sina, d'en préciser les principales causes et enfin de tirer des conclusions pour en sortir peut être avec une modification de la prise en charge des patients permettant une réduction de la mortalité.



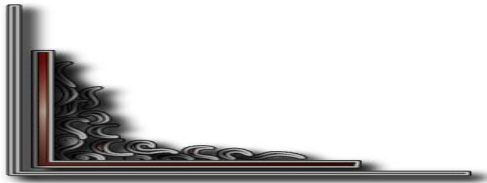
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

é post –opératoire dans le service de chirurgie viscérale «A»

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Rappel épidémiologique



1. Caractéristiques de la population marocaine

La population marocaine, comme pour la plupart des pays en voie de développement, est une population jeune. Malgré cela on constate ces dernières années un début de vieillissement du à plusieurs facteurs.

Tout d'abord la diminution de la fécondité depuis quelques années, ensuite l'amélioration des conditions de vie et de travail et la couverture médicale croissante, puis la prise en charge de plus en plus précoce des maladies chroniques via des campagnes de dépistage et enfin la mise en place de mesures préventives. Tous ont contribué à l'augmentation de l'espérance de vie.

En 1992, 6% de la population était âgée de 60 ans et plus, alors qu'en 2006 cette population atteignait 8%. Le taux d'accroissement démographique était de 1.7% en 1997, alors qu'il est de 1.4% en 2007(1).

A la naissance l'espérance de vie en 2007 était de 71.0 ans pour les hommes et de 73.5 ans pour les femmes, soit 72.2 ans pour la population totale.
(1)

Cette différence homme/femme s'explique en général par des facteurs comportementaux comme la consommation de tabac ou d'alcool et des facteurs environnementaux comme les conditions de travail.

Selon le rapport de l'organisation mondiale de la santé sur la région méditerranéenne (19) en 2003, on pouvait observer un taux de mortalité adulte au Maroc de 159 pour mille habitants pour les hommes et de 103 pour mille habitants pour les femmes avec un taux de mortalité de 5.8 pour mille habitants.

au Maroc :

En 2007, les hommes et les femmes marocains, décèdent en premier lieu de maladies cardio-circulatoires avec 21% des décès suivis des décès suites à des pathologies tumorales tout site confondu avec 10.4% puis en 3^{ème} position certaines affections dont l'origine se situe en période néonatale avec 8.4%. Les décès secondaires à des maladies métaboliques et nutritionnelles viennent en 4^{ème} position avec 6.8% puis les décès par maladies respiratoires 5.9% et les décès par maladies infectieuses 4.7%.(1)

Tableau 1 : Causes de mortalité au Maroc

Causes de mortalité au Maroc	
Maladies cardio-circulatoires	21%
Pathologie tumorale	10.4%
Affections dont l'origine se situe à la période néonatale	8.4%
Pathologies endocriniennes métaboliques et nutritionnelles	6.8%
Pathologies respiratoires	5.9%
Pathologies infectieuses	4.7%

ont représentées par :

- * Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
- * Troubles mentaux et du comportement
- * Maladies du système nerveux
- * Maladies de l'œil et des annexes
- * Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- * Maladies de l'appareil digestif
- * Maladies de la peau et du tissu cellulaire
- * Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- * Maladies de l'appareil génito-urinaire
- * Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- * Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.

Ainsi la population marocaine est une population jeune mais qui a tendance à vieillir et qui souffre de plus en plus de pathologie cardio-circulatoire. Les médecins en général et les chirurgiens en particulier seront ainsi amenés à opérer des patients de plus en plus âgés et qui souffrent de pathologie chronique, avec tout ce que ce genre de situation peut engendrer en matière de morbidité et de mortalité parmi la population.



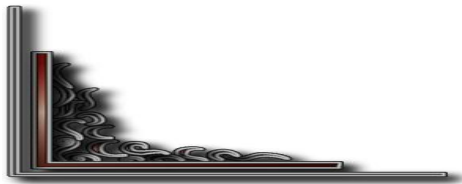
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

é post –opérateur dans le service de chirurgie viscérale «A»

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Score **ASA**



En vue de ces soucis d'évaluation, beaucoup de score ont été établis.

Le premier étant le score ASA (American Society Of Anesthesiologists grading) (9; 10; 11; 5), établi en 1941 et modifié en 1963, il se base sur des critères cliniques et anamnestiques préopératoires permettant de classer les patients en patients à faible ou à haut risque.

Son objectif initial, était l'évaluation de l'état du patient en pré opératoire afin de bien planifier et choisir la meilleure option thérapeutique.

Secondairement ce score a été utilisé pour comparer entre l'état préopératoire du patient et son devenir postopératoire. Mais son manque de performance dans ce but a été comblé par la mise au point de nouveaux scores plus précis et prenant en compte d'autres critères (biologiques, opératoires..)

Il s'agit de score tel le POSSUM (Physiological and Operative Severity for Enumeration of Mortality and Morbidity) en 1991 (12 ; 13), puis le p-POSSUM (p pour Porstsmouth modification) (14), le score APACHE 2 (Acute physiology and Chronic Health Evaluation) en 1985 (15 ; 16 ; 17 ; 18) puis APACHE 3.

Ces scores sont actuellement utilisés en réanimation puisque leur but principal étant l'évaluation du devenir du patient (comparaison entre morbidité et mortalité observées et celles attendues) qui permet d'évaluer l'activité du service.

mines puisqu'ils ne permettent pas de prédire à titre individuel quel sera le devenir du patient et sont difficilement applicables pour un service de chirurgie, ceci est dû surtout à leur complexité dans l'évaluation de patients à haut risque.

Ainsi seul le score ASA permet actuellement à la fois aux chirurgiens et aux anesthésistes de prendre une décision sur la conduite à tenir face à un patient nécessitant une intervention chirurgicale de façon clairement codifiée.

La classification ASA permet de distinguer 5 groupes de patients à risque opératoire croissant (9 ; 10):

- ASA I** : patient normal en bonne santé.
- ASA II** : patient atteint d'une affection organique peu sévère et non invalidante.
- ASA III** : patient atteint d'une affection organique sévère limitant son activité mais sans risque vital évident.
- ASA IV** : patient atteint d'une affection invalidante et mettant constamment sa vie en danger.
- ASA V** : patient moribond.

ICE DE CHIRURGIE «A »

Le service comporte 42 lits répartis en deux ailes d'un même étage, mais seulement 36 sont fonctionnels tout le temps, avec une grande salle de 6 lits présumée pour la réanimation mais qui est fermée. Les patients y sont répartis indifféremment en fonction des places disponibles.

Son activité est axée majoritairement sur la chirurgie cancérologique, hépatobiliaire, digestive et endocrinienne, ainsi que la chirurgie laparoscopie.

Il ne comporte pas d'unité de réanimation ou de soins intensifs.

Les patients ont été opérés dans deux salles du bloc opératoire central (salle V et salle IX), ce dernier comportait initialement 12 salles d'opération fonctionnant en horaire continue de 8 heures à 15 heures et en jours ouvrables. Actuellement après la rénovation du bloc opératoire qui a durée 3 ans (2006-2008), nous disposons uniquement d'une salle permanente (la salle V) et de 2 autres matinées par semaine dans la salle I que nous partageons avec la chirurgie « C » et la chirurgie plastique.

Certains patients ayant nécessité une reprise chirurgicale en urgence ou admis par les biais des urgences ont été opérés au bloc opératoire des urgences et réadmis systématiquement à la réanimation centrale.

La décision thérapeutique, pour les patients hospitalisés en chirurgie A ou dans un autre service, se fait de manière hebdomadaire au cours d'un staff réunissant les chirurgiens du service le jeudi après midi.



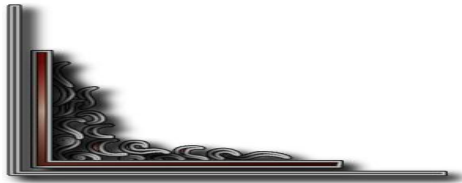
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

é post –opératoire dans le service de chirurgie viscérale «A»

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Matériel et méthodes



ODES :

Objectifs :

➤ **Réaliser une étude rétrospective sur les patients décédés en post opératoire dans le service de chirurgie viscérale « A » du CHU Ibn Sina de Rabat au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2009.**

➤ **Evaluer l'activité du service de chirurgie « A » à travers cet indice hospitalier qui est la mortalité post opératoire.**

Matériel et méthodes :

Nous avons donc réalisé le relevé exhaustif de tous les patients décédés en post opératoire dans le service ou dans le service de la réanimation centrale, mais aussi des patients sortis chez eux agonisant à la demande de la famille quand cela était notifié sur les différents registres consultés.

Ce relevé a été fait en se référant aux registres des entrants et sortants tenus par le major du service, au registre de mortalité du service, aux registres des comptes rendus opératoires du service de chirurgie « A » et l'étude des dossiers des patients décédés.

Nous avons fait également appel, pour la réalisation de ce travail, à l'étude du registre d'hospitalisation et de transfert du service de réanimation centrale et du service de statistique de l'hôpital Ibn Sina de Rabat.

Tous les décès survenus en post opératoires au cours des 30 premiers jours faisant suite à l'acte chirurgicale même si le patient a quitté l'hôpital ou quelque soit la durée du délai post opératoire si le patient est resté hospitalisé.

Tous les patients sortant agonisant au décours d'une intervention et identifiés grâce aux registres ont été inclus parmi les décès.

A partir de la liste recueillie nous avons consulté tous les dossiers et nous avons relevé pour chaque décès quand les données sur le dossier le permettaient :

- * Age et sexe
- * Motif d'hospitalisation
- * Antécédents et éléments de comorbidité
- * Score ASA
- * Type de chirurgie, son contexte.
- * Hospitalisation ou non en réanimation et le motif d'hospitalisation
- * Le délai de survenue du décès, son heure et le lieu
- * La cause du décès.

Les résultats obtenus sont exprimés en valeurs absolus, en pourcentage ou en moyenne.

STATISTIQUES DES DÉCÈS

Décès de l'année 2000

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
M.Z.	765	4725F0	F	70	Mucocèle appendiculaire : 13/11/2000	Hémorragie cérébrale 17/10/2000
E.B.	41	198G0	F	49	Tumeur de la voie biliaire principale : 28/01/2000	Cancer en fin de vie : 20/01/2000
Z.L.	279	1404F0	H	40	Hyperparathyroïdie : 12/04/2000	IDM : 13/04/2000
L.M.	639	13870	H	46	Tumeur du larynx : 07/09/2000	Cancer en fin de vie : 19/09/2000
O.B.	851	5279F0	H	70	Tumeur du cardia : 17/11/2000	Choc septique : 29/11/2000
D.H.	846	4963 E0	H	55	Tumeur du pancréas : 18/11/2000	Choc septique : 12/11/2000
A.F.	866	3683G0	F	43	Sarcome utérin : 01/12/2000	Choc hémorragique : 06/12/2000
H.F.	134	591F0	F	48	Dilatation kystique du cholédoque : 01/03/2000	Choc hémorragique : 09/03/2000
K.F.	179	800 E0	F	32	KHF : 29/03/2000	Choc septique : 01/04/2000
O.M.	496	2650 E0	H	70	ADK rectum : 23/06/2000	Choc septique : 19/07/2000
S.R.	787	4672 E0	F	60	Lithiase voie biliaire principale : 25/10/2000	Choc septique : 27/11/2000

s de l'année 2001

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
E.K.	1795	4925 E1	F	33	Tumeur de l'œsophage : 20/11/2001	Choc septique : 15/12/2001
G.R.		18105	F	30	RCH : 14/11/2001	Choc septique : 15/11/2001
K.B.	309	4798 E1	H	68	Tumeur du cardia : 10/12/2001	Choc septique : 13/12/2001
B.F.	1621	14936	F	47	Cancer thyroïde : 13/09/2001	Détresse respiratoire : 15/09/2001
T.A.	974	2376G1	F	61	Cancer thyroïde : 20/07/2001	Choc hémorragique : 27/07/2001
O.M.	1670	3997 E1	H	22	Tumeur de l'œsophage 08/10/2001	Choc septique : 26/10/2001
E.M.	1584	4379F1	H	73	Ampulome : 23/08/2001	Choc septique : 28/08/2001
B.F.	1320	2219F1	F	54	Cancer thyroïde : 30/04/2001	Cancer en fin de vie : 08/05/2001
H.A.	1474	2542 E1	H	61	Lithiase voie biliaire principale : 01/07/2001	Détresse respiratoire : 11/07/2001

s de l'année 2002

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
E.M.	1989	5596E1	H	75	Tumeur de l'œsophage : 29/01/2002	Détresse respiratoire : 07/02/2002
J.J.	2566	2756G2	H	71	Tumeur du pancréas : 26/09/2002	Cancer en fin de vie : 03/10/2002
R.B.	2747	3422G2	H	17	Crohn : 25/11/2002	Troubles métaboliques : 27/12/2002
K.S.	2598	5853F2	F	36	RCH : 20/09/2002	Choc septique : 29/10/2002
A.Z.	2581	2770G2	H	46	Sténose gastrique ulcéreuse : 18/09/2002	Choc septique : 05/02/2002
B.M.	2686	5299 E2	H	29	Tumeur du foie : 12/11/2002	Embolie pulmonaire : 13/11/2002
E.L.	2720	5745 E2	H	65	Tumeur de l'œsophage : 26/11/2002	Choc septique : 30/11/2002
F.A.	1990	3382F2	F	80	ADK rectum : 25/06/2002	Choc septique : 10/07/2002
H.A.	1991	426 E2	F	45	Tumeur de l'œsophage : 06/02/2002	Choc septique : 12/02/2002
I.I.	2123	1521F2	F	69	Tumeur de l'œsophage : 25/03/2002	Choc septique : 06/05/2002

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

				62	Tumeur de l'œsophage : 26/06/2002	Cancer en fin de vie : 28/06/2002
F.B.	2382	3757F2	H	55	Tumeur du pancréas : 09/07/2002	Cancer en fin de vie : 15/07/2002
B.G.	2513	4544F2	H	60	Tumeur du cardia : 12/09/2002	Choc septique : 17/09/2002
E.M.	2471	4284F2	F	62	ADK estomac : 07/08/2002	Cancer en fin de vie : 08/08/2002
T.M	1948	99G2	F	70	Eventration : 21/01/2002	Détresse respiratoire : 22/01/2002
N.A.	2673	5451F2	H	45	Tumeur du colon : 30/10/2002	Cancer en fin de vie : 31/10/2002
E.M.	2611	4856 E2	H	42	Tumeur du colon : 11/10/2002	Choc septique : 10/11/2002

écès de l'année 2003

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
A.F.	3418	4198 E3	F	39	Angiocholite : 10/09/2003	Choc septique : 11/09/2003
L.Y.	3232	2990F3	F	70	Cancer thyroïde : 10/06/2003	Choc septique : 20/06/2003
O.M.		3227	H	30	Crohn : 28/02/2003	Choc septique : 01/03/2003
A.A.	2997	2842	H	16	RCH : 19/02/2003	Choc septique : 12/03/2003
A.F.	2905	10G3	F	55	Cancer du hile hépatique : 23/01/2003	Choc hémorragique : 27/01/2003
B.M.		14833	H	19	Agression par arme blanche : 18/07/2003	Choc septique : 20/07/2003
Q.A.	3017	2858	H	80	Ulcère gastrique perforé : 27/02/2003	Choc septique : 28/02/2003
D.M.	3106	978G3	F	55	Tumeur du cardia : 08/04/2003	Choc septique : 24/04/2003
E.N.	3318	12391	H	46	Tumeur de l'œsophage : 04/07/2003	Choc septique : 22/07/2003
T.E.	3554	5516F3	H	34	ADK estomac : 22/10/2003	Choc septique : 07/11/2003

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

A.A.	3507	3070F3	H	70	ADK estomac : 10/11/2003	Choc septique : 12/112/2003
A.R.	3592	5837F3	F	34	Tumeur de l'œsophage : 15/12/2003	Cancer en fin de vie : 19/12/2003
A.R.	2972	751 E3	F	48	Colite tuberculeuse : 11/02/2003	Choc septique : 16/02/2003
Z.B.	3062	5300	F		KHF : 18/03/2003	Choc hémorragique : 18/03/2003
L.F.		11887	F	23	Infarctus entéro- mésentérique : 27/06/2003	Infarctus entéro- mésentérique : 28/06/2003
F.K.	3593	5564F3	F	35	Tumeur de l'ovaire : 17/11/2003	Choc hémorragique : 17/11/2003
C.H.	2766	3483 E3	65	65	Lithiase vésiculaire : 16/07/2003	IDM : 20/07/2003
K.M.	3505	4800 E3	H	68	Tumeur de l'œsophage	Choc septique : 07/10/2003
I.F.	3670	6402 F3	F	65	Goitre : 22/12/2003	Embolie pulmonaire : 27/12/2003

s de l'année 2004

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
K.G.	4266	15141	F	34	Tumeur de l'œsophage : 29/09/2004	Détresse respiratoire : 30/09/2004
E.L	4347	5191F4	H	60	Tumeur du cardia : 04/11/2004	Choc septique : 27/12/2004
T.A.	4369	2856G4	H	64	Tumeur du foie : 09/11/2004	Choc septique : 22/11/2004
B.H.	4164	10367	F	35	RCH : 29/06/2004	Choc septique : 29/06/2004
H.M.	3811	849F4	H	61	Tumeur du pancréas : 20/02/2004	Choc septique : 20/02/2004
E.O.	3913	1717 E4	H	50	Tumeur du pancréas : 03/04/2004	Choc septique : 07/04/2004
E.A.	3733	159F4	H	45	Tumeur du pancréas : 16/11/2004	IHC : 22/01/2004
E.M.	4367	2869G4	F	66	Carcinome hépatocellulaire : 03/11/2004	Choc hémorragique : 05/11/2004
E.F.	3884	3890	F	64	Cancer thyroïde : 12/03/2004	Détresse respiratoire : 13/03/2004

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A.M.	3709	6548 E3	H	67	Tumeur de l'œsophage : 19/01/2004	Choc septique : 21/01/2004
O.A.	3732	743G4	H	36	Tumeur du colon : 22/03/2004	Choc septique : 24/03/2004
E.M	3731	6295 E3	H	48	Tumeur du cardia : 20/01/2004	Choc septique : 08/02/2004
B.O.	3804	185F4	F	25	Tumeur de l'ovaire : 16/02/2004	Choc hémorragique : 19/02/2004
H.O.	3870	637G4	H	86	Carcinome hépatocellulaire : 15/03/2004	IHC : 21/03/2004
H.E.	4046	8630	H	28	HTP : 25/05/2004	Choc hémorragique : 11/06/2004
E.B.	4048	2768F4	H	84	ADK estomac : 16/06/2004	Détresse respiratoire : 16/06/2004
H.L.	4165	11193	F	17	Abscès hépatique : 25/06/2004	Choc septique : 26/06/2004
E.H.	4239	4541F4	F	50	Angiome hépatique : 13/09/2004	Choc hémorragique : 15/09/2004

s de l'année 2005

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
A.F.	4995	4405 E5	F	42	Tumeur de l'œsophage : 20/10/2005	Cancer en fin de vie : 21/10/2005
J.A.	4491	6333 E4	H	47	Tumeur du colon : 12/01/2005	Choc septique : 17/01/2005
I.F.	4918	4024F5	F	45	Tumeur de l'œsophage : 22/09/2005	Choc septique : 04/10/2005
B.M.	4716	2210F5	H	40	Tumeur du colon : 17/06/2005	Choc septique : 24/06/2005
E.M.	4644	1520 E5	H	76	Tumeur du cardia : 25/04/2005	Choc septique : 06/05/2005
H.F.	3993	5920 E4	F	50	Maladie de Caroli : 03/01/2005	Choc hémorragique : 03/01/2005
E.M.	4585	638F5	H	80	Tumeur du colon : 16/03/2005	Choc septique : 25/03/2005
C.K.	3515	5737F5	H	24	RCH : 15/12/2005	Choc septique : 16/12/2005
A.M.	4519	7145	F	30	Surrénale : 18/01/2005	Embolie pulmonaire : 24/01/2005

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

S.N.	1111	5655 E5	F	44	Tumeur du col : 10/05/2005	Cancer en fin de vie : 06/08/2005
A.M.	4486	5658 E4	H	80	Rate : 31/12/2004	IDM : 01/01/2005
S.A.	4780	2966F5	F	70	Tumeur de la vulve : 27/07/2005	Cancer en fin de vie : 28/08/2005
E.A.	4830	5299F5	H	49	Tumeur de l'œsophage : 13/12/2005	Intervention jugée lourde : 13/12/2005
B.M.	5061	5062F5	H	67	ADK estomac : 28/11/2005	Choc septique : 11/12/2005
S.H.	4556	19429	F		Tumeur du foie : 17/11/2004	Choc hémorragique : 17/11/2004
N.A	4604	1124 E5	H	72	Tumeur de la voie biliaire : 24/03/2005	Cancer en fin de vie : 26/03/2005
B.H.	4574	657F5	H	63	Tumeur du colon : 08/03/2005	Choc septique : 19/03/2005
B.R.	5068	2459G5	F	55	Surrénale : 02/12/2005	Intervention jugée lourde : 04/12/2005
N.A.	45 R	1027 E5	H	46	Tumeur du pancréas : 21/03/2005	IHC : 28/03/2005
B.L.	57 R	436F5	H	48	Cancer thyroïde : 16/02/2005	Choc hémorragique : 06/03/2005
R.M.	39 R		H	52	ADK rectum : 22/02/2005	Choc septique
A.K.	4617	9145	F	69	Lithiase résiduelle : 20/04/2005	Choc septique : 14/05/2005
E.J.	5020	4690 F5	F	60	ADK estomac : 02/11/2005	Choc hémorragique : 15/11/2005
A.M.	5082	5402F5	H	22	KHF : 07/12/2005	Choc hémorragique : 07/12/2005

s de l'année 2006

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
A.R.	5631	2288G6	H	50	Fistule digestive sur tuberculose : 07/08/2006	Choc septique : 08/08/2006
E.A.	5652	3702F6	H	32	Carcinome hépatocellulaire : 02/08/2006	IHC.
L.L.	298 R	13804	F	75	Péritonite par perforation grêliques : 19/08/2006	Choc septique : 03/09/2006
B.F.	5730	15250	F	68	Abcès hépatique : 22/09/2006	Choc septique : 30/09/2006
E.E.	5839	5427F6	H	60	Ampulome : 04/12/2006	Choc hémorragique : 05/12/2006
A.M.	53 R	2101	H	42	ADK estomac : 04/02/2006	Choc septique : 09/02/2006
B.A.	5505	1474G6	H	55	Tumeur de l'œsophage : 23/05/2006	Détresse respiratoire : 29/05/2006
L.R.	5405	1936F6	F	75	ADK rectum : 29/05/2006	Choc septique : 10/06/2006

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

E.S.	3871	19795	H	26	Ingestion caustique : 08/12/2006	Choc septique : 12/12/2006
Z.Z.	5426	2006 E6	H	75	Lithiase vésiculaire : 21/04/2006	IDM : 22/04/2006
E.M.	5529	2660 E6	F	27	Crohn : 07/06/2006	Choc septique : 13/06/2006
A.F.	5192	70G6	F	49	ADK rectum : 25/01/2006	Choc septique : 31/03/2006
T.R.	5547	1748G6	F	65	Crohn : 07/06/2006	Choc septique : 08/06/2006
B.S.	5623	2000G6	F	46	Tuberculose péritonéale : 11/07/2006	Choc septique : 21/07/2006
B.N.	5507	2105F6	F	30	Abcès pelvien : 30/05/2006	Choc septique : 06/07/2006
B.H.	5143	5578 E5	F	55	Tumeur du colon : 03/01/2006	IDM : 18/01/2006
S.B.	5197	21454	H	37	HTP : 19/01/2006	Choc hémorragique
A.M.	5317	1171 E6	H	54	Tumeur du pancréas : 13/03/2006	Choc septique : 22/03/2006
N.M.	5195	1279 E6	F	40	ADK rectum : 20/03/2006	Choc hémorragique : 22/03/2006

Deces de l'année 2007

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
B.K.	5998	581F7	F	60	ADK rectum : 05/03/2007	Choc septique : 06/03/2007
B.M.	6157	2436F7	F	58	ADK rectum : 11/07/2007	Choc septique : 09/08/2007
T.M.	6425	15858	H	55	Ingestion de caustique : 21/11/2007	Choc septique : 23/11/2007
H.M.	302 R	14239	H	43	RCH : 08/10/2007	Choc septique : 16/10/2007
A.A.	6390	14714	H	53	Néo VBP : 28/09/2007	Troubles métaboliques : 25/10/2007
N.N.	6092	1295G7	H	28	ADK estomac : 25/04/2007	Choc septique : 21/05/2007
N.Z.	6259	10356	F	70	ADK estomac : 23/07/2007	Choc septique : 26/07/2007
A.M.	6299	3368G7	F	62	Tumeur du pancréas : 09/08/2007	Cancer en fin de vie : 10/08/2007
M.H.	6412	3434F7	F	55	Lithiase vésiculaire : 28/10/2007	Choc hémorragique : 30/10/2007
A.A.	6386	3155F7	H	75	Tumeur de l'œsophage : 23/10/2007	Choc septique : 26/10/2007
B.F.	6255	2544F7	F	53	Cancer thyroïde : 06/09/2007	Choc septique : 23/09/2007
T.R.	6189	2084F7	F	68	Tumeur du mésentère : 22/06/2007	Cancer en fin de vie : 24/06/2007
B.F.	5927	141G7	F	68	Carcinome hépatocellulaire : 30/01/2007	Choc hémorragique : 31/01/2007

Décès de l'année 2008

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
B.M.	6624	1042	H	74	Tumeur du colon : 24/02/2008	IDM : 27/02/2008
M.A.	6846	1799 E8	F	45	RCH : 11/07/2008	Choc septique : 17/08/2008
I.R.	6901	1854H8	H	56	Tumeur de l'œsophage : 19/08/2008	Choc septique : 12/09/2008
R.A.	6369	1587H8	H	58	Phéochromocytome : 16/07/2008	Embolie pulmonaire : 16/07/2008
E.M.	6990	2434F8	H	39	Phéochromocytome : 12/11/2008	Embolie pulmonaire : 12/11/2008
I.B.	6856	1587H8	H	43	ADK rectum : 23/07/2008	Choc septique : 18/08/2008
J.A.	6851	2161G8	H	45	Tumeur de l'œsophage : 28/07/2008	Choc septique : 05/08/2008
J.A.	6975	12573	H	72	Tumeur du colon : 10/10/2008	Choc hémorragique

s de l'année 2009

Nom	NO	NE	Sexe	Age	Motif d'hospitalisation et date du CRO	Cause et date du décès
T.M.	7109	1F9	H	69	ADK rectum : 05/01/2009	IDM : 14/01/2009
A.L.	7448	1598H9	H	47	ADK cardia : 05/08/2009	Choc septique : 26/08/2009
L.F.		9143	F	38	Goitre plongeant : 11/08/2009	Détresse respiratoire : 14/08/2009
E.M.	7516	1672 E9	F	70	Goitre	Détresse respiratoire
B.F.	7579	11558	F	54	ADKrectum 13/10/2009	IDM : 14/10/2009
A.F.	7523	1758F9	F	64	Angiomatose colique : 16/09/2009	Infarctus entéro- mésentérique : 18/09/2009
C.N.	7147	1542F9	F	33	HTP : 09/07/2009	Choc hémorragique : 21/07/2009
B.B.	7114	1139F9	F	34	Ingestion caustique : 08/06/2009	Choc septique : 12/06/2009
A.R.	7306	887 E9	F	45	Traumatisme biliaire : 13/05/2009	Choc septique : 22/05/2009
D.F.	7310	4206	F	54	Abcès hépatique : 19/04/2009	Choc septique : 20/05/2009
E.A.	7711		H	71	Tumeur du pancréas : 22/12/2009	Choc hémorragique : 23/12/2009



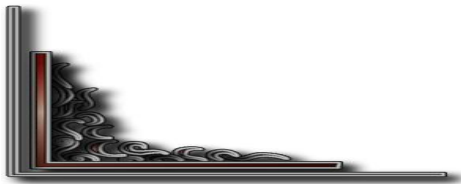
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

é post –opératoire dans le service de chirurgie viscérale «A»

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Résultats



VII. RESULTATS :

A. Démographie et activités du service :

Les données des registres du service nous ont permis de relever **9143** entrées du premier janvier 2000 au 31 décembre 2009.

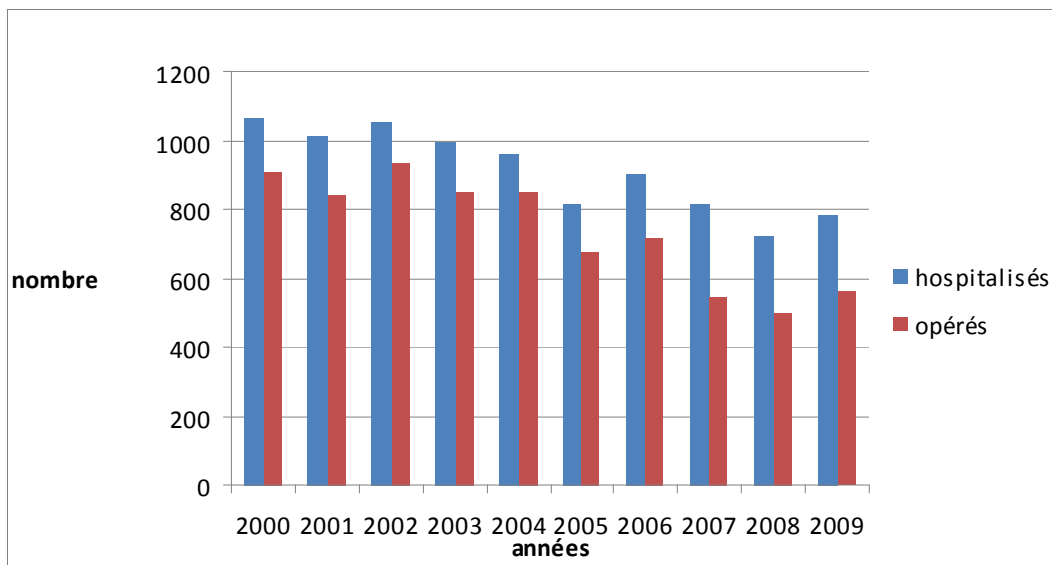
Au cours de cette même période **7368** interventions chirurgicales ont été réalisées, soit **80.58%** des patients hospitalisés.

Les patients de sexe masculin représente 39.20% des hospitalisés contre 60.8% pour les femmes.

La moyenne d'âge des hospitalisés est de **49.46 ans** avec des âges extrêmes de 11 ans et 94 ans.

hospitalisés et d’opérés en fonction des années

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d’hospitalisés	1067	1013	1053	1000	964	816	904	818	723	785
Nombre d’opérés	912	839	932	828	835	674	745	546	495	562
pourcentage	85.47	82.82	88.50	82.80	86.61	82.96	82.59	66.74	68.46	71.59



Graphique 1 : Nombre d’hospitalisés et d’opérés en fonction des années

La diminution de l’activité opératoire du service s’explique par les grèves en 2005 et la rénovation du bloc durant les années 2006, 2007 et 2008. En 2009, le service ne disposait plus que de 7 matinées opératoires au lieu de 10 avant la rénovation du bloc et probablement par l’orientation du service pour la chirurgie tertiaire et la cancérologie digestive.

B. Caractéristiques des patients décédés :

1. Fréquence :

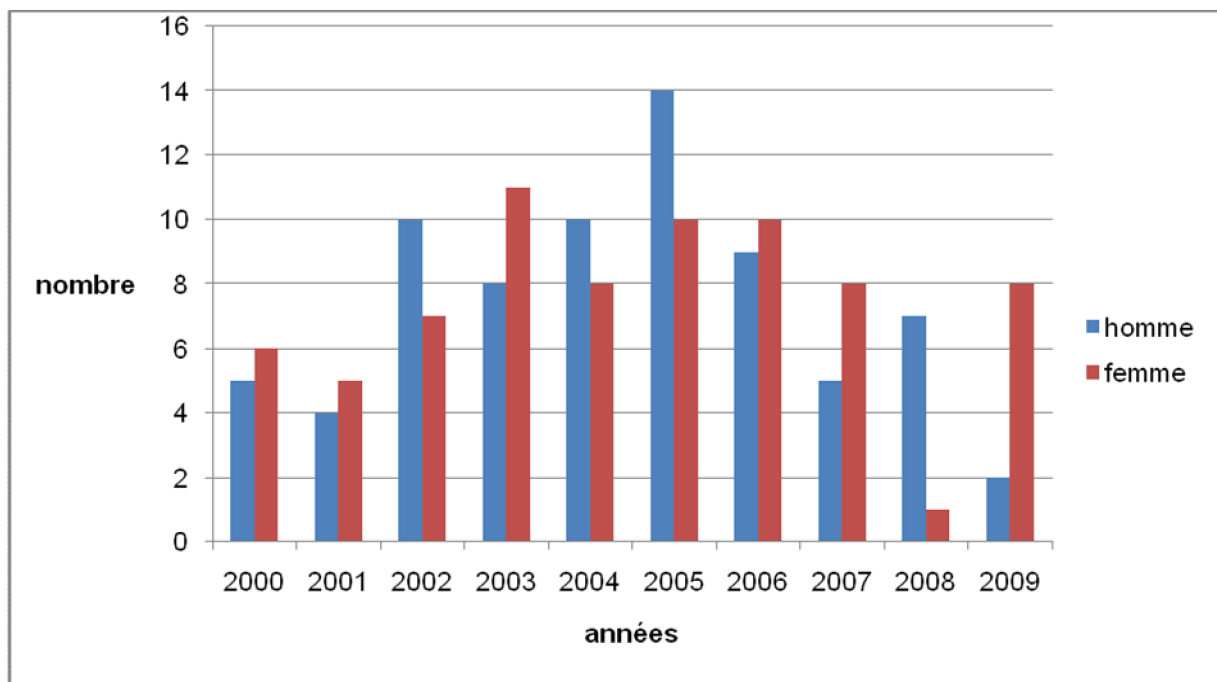
Nous avons 149 décès post opératoire entre janvier 2000 et décembre 2009, soit un taux de mortalité post opératoire de 2%.

2. Répartition selon le sexe :

Parmi les 149 décès, nous avons 75 hommes et 74 femmes soit un sexe ratio de 1.01 H/F (Tableau 3), alors que le nombre de femmes hospitalisées (60.8%) est plus important que le nombre d'homme (39.2%). Cela s'explique par le fait que le recrutement masculin est plus important pour les pathologies néoplasiques, alors que le recrutement des femmes se fait beaucoup plus pour des pathologies bénignes (thyroïdiennes 87% et biliaires 85%).

Tableau 5 : Répartition des décès selon les années et le sexe

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Homme	5	4	10	8	10	14	9	5	7	3	75
Femme	6	5	7	11	8	10	10	8	1	8	74
Nombre de décès	11	9	17	19	18	24	19	13	8	11	149



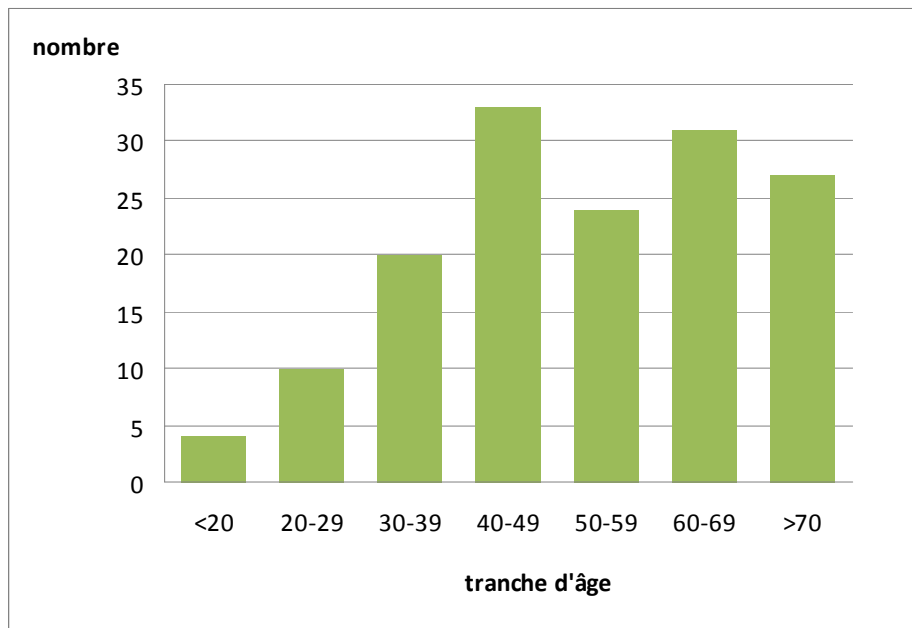
Graphique 2 : Répartition des décès selon les années et le sexe

3. Répartition selon l'âge :

La moyenne d'âge des patients décédés est de 54.90 ans avec des âges extrêmes de 16 ans et 86 ans. Le maximum de décès concerne la tranche d'âge entre 40-49 ans, sachant que la moyenne d'âge des hospitalisés est de 49.46 ans.

Tableau 4 : Répartition des décès selon les années et les tranches d'âge

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<20	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	4
20-29	0	1	1	1	2	2	2	1	0	0	10
30-39	1	2	1	5	3	1	3	0	1	3	20
40-49	5	1	4	2	2	8	4	2	3	2	33
50-59	1	1	1	3	2	3	4	5	2	2	24
60-69	1	3	5	3	6	5	3	3	0	2	31
>70	3	1	4	3	2	5	3	2	2	2	27



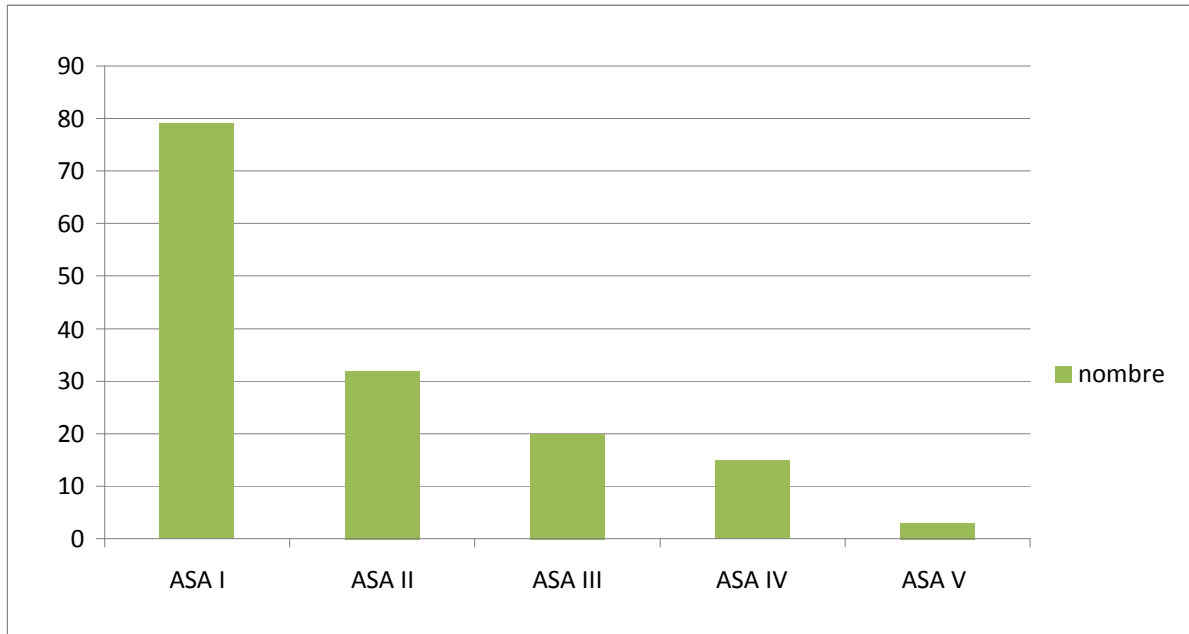
Graphique 2 : Répartition des décès selon les années et les tranches d'âge

Le score ASA des patients décédés a été relevé grâce à l'étude des dossiers. Cependant ce score a dû être apprécié de manière rétrospective dans certains cas en se référant aux données des dossiers.

On constate que 104 des patients décédés ont été classés ASA I ou ASA II en préopératoire, soit 74.8%. (Tableau 5)

Tableau 5 : Répartition des décès selon le score ASA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
ASA I	7	7	11	10	10	15	9	5	2	1	79
ASA II	2	1	4	2	3	5	2	4	5	4	32
ASA III	1	0	2	1	3	3	3	3	1	3	20
ASA IV	1	1	0	6	2	1	2	1	0	1	15
ASA V	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Total											149



Graphique 4: Répartition des décès selon le score ASA

Ces résultats s’expliquent par le fait que la majorité des décès sont survenus dans un contexte d’urgence ou de néoplasie et suite à des complications post opératoires.

sation.

Durant la durée de l'étude, 7368 interventions chirurgicales ont été pratiquées par les chirurgiens du service. Ces interventions concernent différentes pathologies qui sont répartis comme suit :

Tableau 6

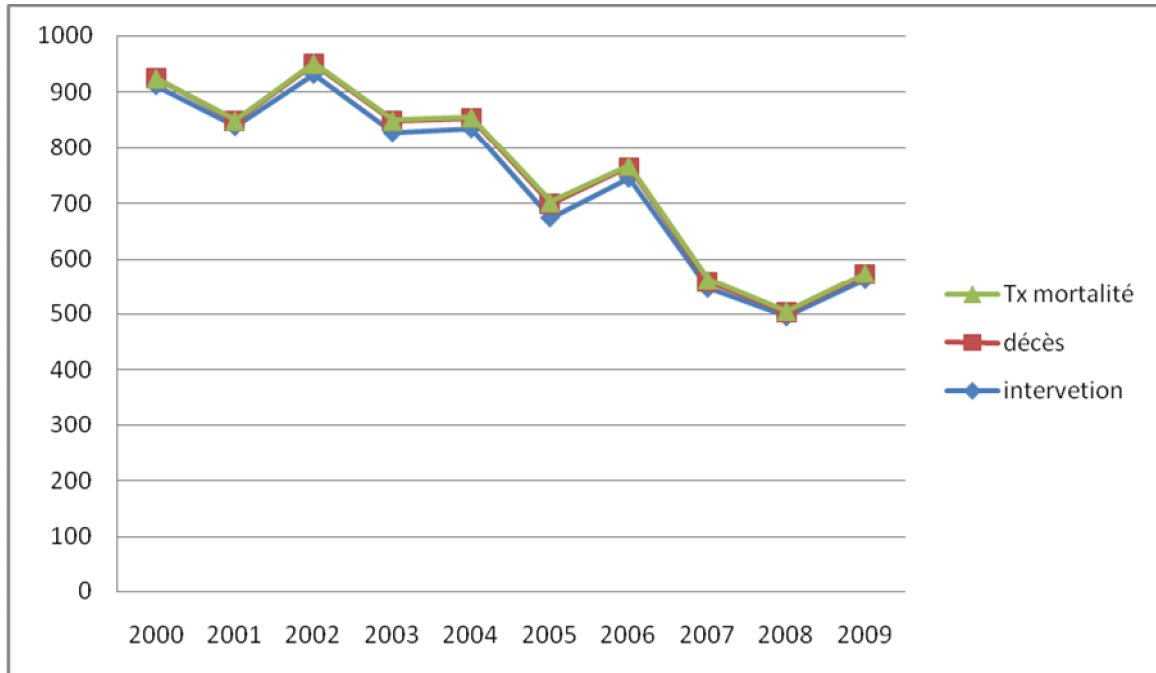
	Nombre d'opérés	Nombre de décès	Taux de mortalité opératoire %
Lithiase vésiculaire	1258	3	0.2
Cancer vésicule biliaire+ VBP	150	5	3.3
VBP	304	4	1.3
Cancer pancréas+ duodénum	293	12	4.0
CHC + autres tumeurs primitives	144	7	4.8
Métastases hépatiques	23	0	0
Pathologie bénigne du foie+ HTP	98	8	8.1
Kyste hydatique	401	3	0.7
Rate	113	1	0.8
Crohn	99	4	4.04
RCH	147	7	4.7
Pathologie bénigne œsophage + estomac+ sténose caustique	152	5	3.2

		9	2.5
Cancer œsophage+ cardia	247	27	10.93
Cancer colon	368	11	2.9
Pathologie grêle	88	3	3.3
Cancer rectum	315	11	3.4
Proctologie	198	0	0
Paroi	999	1	0.10
Thyroïde	670	3	0.4
Cancer thyroïde	107	7	6.5
Parathyroïde	77	1	1.2
Surrénales	123	4	3.2
Pathologies gynécologiques bénignes	88	0	0
Cancers gynécologiques	167	5	2.9
Divers	383	8	2.0
Total	7368	149	2.00

Hormis la pathologie lithiasique, la pathologie tumorale est le premier motif d'hospitalisation au sein du service, elle représente 30.9% des cas,

La case divers fait référence à des rétablissements de continuité, des colostomies ou iléostomies, des exploratrices, des biopsies et des jéjunostomies.

Sur le graphique qui suit nous pouvons voir l'évolution au cours des années du nombre de patients opérés, du nombre de décès ainsi que le taux de mortalité opératoire, et l'on remarque une corrélation entre ces 3 paramètres.



Graphique 5 : Le taux de mortalité et le nombre d'interventions en fonction des années

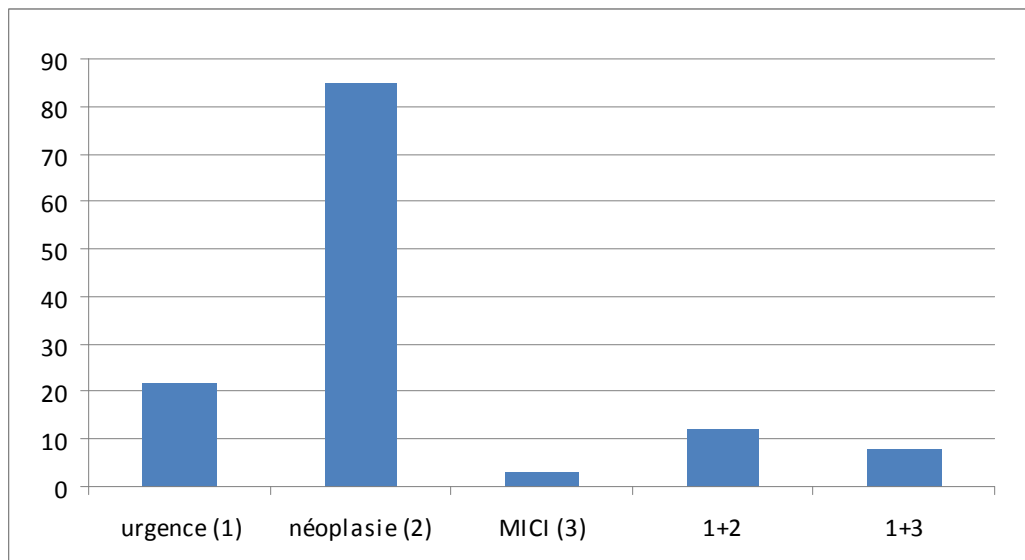
Intervention

Nous avons jugé nécessaire de préciser le contexte et les conditions de l'intervention chirurgicale pour chaque décès et qui souvent influence la survenue de complications pourvoyeuses de mortalité.

Dans 86.3% des décès survenus on retrouve un contexte de pathologie néoplasique ou un contexte d'urgence. (figure1)

Tableau 7 : Répartition des décès selon le contexte de l'intervention chirurgicale.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Urgence(1)	0	0	2	5	2	1	6	1	3	2	22
Néoplasique(2)	7	6	13	8	12	12	9	9	5	4	85
MICI(3)	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3
1+2	0	1	0	0	2	5	0	1	2	1	12
1+3	0	1	0	2	1	1	1	1	1	0	8



Graphique 6 : Répartition des décès selon le contexte de l'intervention chirurgicale.

Information :

La majorité des patients décédés ont bénéficié d'un séjour en réanimation et ceci pour 4 raisons en général :

- * Systématiquement après une chirurgie lourde pour surveillance post opératoire
- * Après survenue de complications per opératoires
- * A partir du service après complications post opératoires majeures.
- * Les patients admis en premier au service et qui nécessitent une réanimation préalable avant tout geste chirurgical.

Cent quatorze patients ont séjournés en réanimation dont plus de la moitié (67cas) l'était pour surveillance post opératoire au décours d'une chirurgie lourde. Après vient immédiatement les patients admis pour choc septique suivi des causes en rapport avec le terrain.

Souvent il existe plusieurs raisons expliquant l'admission en réanimation pour le même patient.

Tableau 8 : Répartition des décès selon la cause de séjour en réanimation

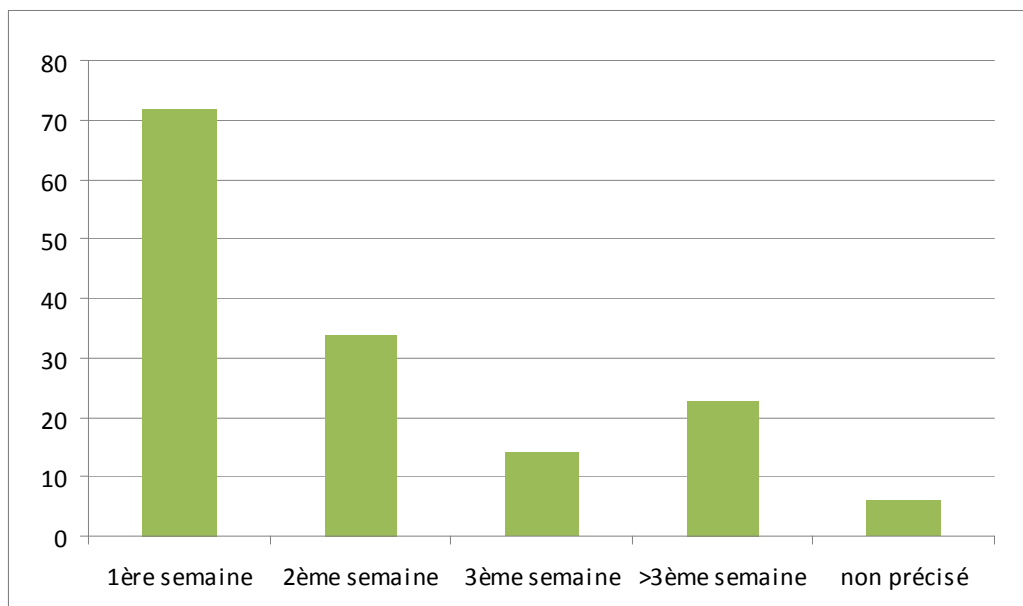
Causes de séjour en réanimation	Nombre
Séjour en réanimation	114
Intervention lourde	67
Cause en rapport avec le terrain	24
Défaillance cardiaque	3
Détresse respiratoire	13
Choc septique	36
Choc hémorragique	20
Insuffisance hépatocellulaire sévère	2

cès :

Le délai de décès post opératoire varie de zéro jour à 59 jours. La majorité des décès sont survenus durant la 1^{ère} semaine 47.9% faisant suite à l’acte opératoire.

Tableau 9 : Répartition selon le délai de décès post opératoire

Délai du décès	Nombre
J0 : bloc et après sortie du bloc	11
J1	25
J2	14
J3	7
J4	8
J5	7
2 ^{ème} semaine	34
3 ^{ème} semaine	14
>3 ^{ème} semaine	23
Non renseigné	6



Graphique 7 : Répartition selon le délai de décès post opératoire

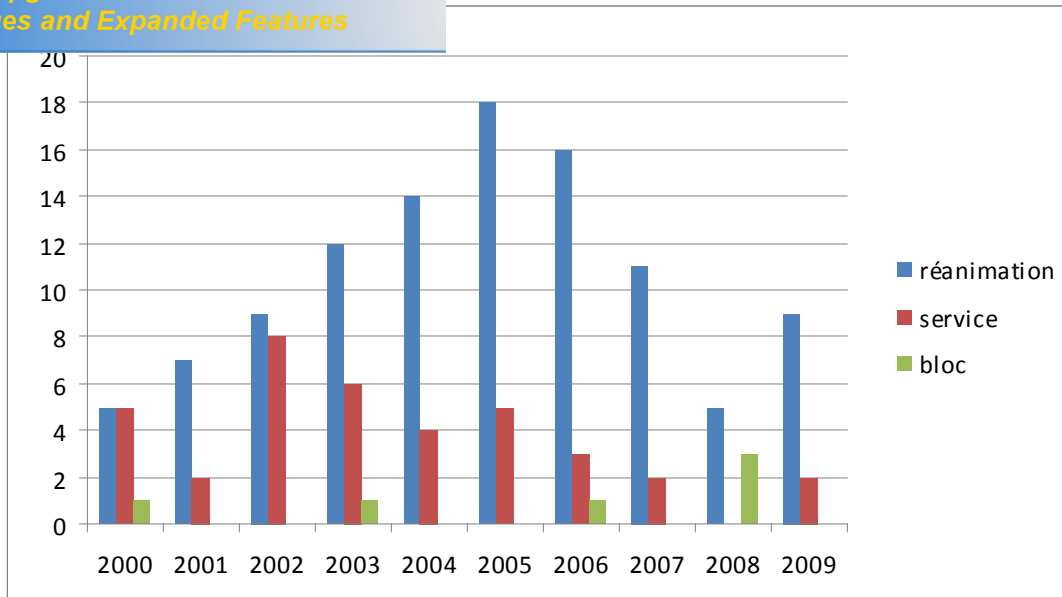
a. Lieu :

La majorité des patients (69.7%) sont décédés dans le service de réanimation après leur admission pour complication majeure ou pour suivi post opératoire pour intervention majeure (Tableau 10).

Les patients sortis agonisants ont été comptabilisés selon le dernier service d’hospitalisation avant que ne soit décidée la sortie.

Tableau 10 : Répartition selon le lieu du décès

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Réanimation	5	7	9	12	14	18	16	11	5	9	106
service	5	2	8	6	4	5	3	2	0	2	37
Bloc opératoire	1	0	0	1	0	1	0	0	3	0	6
Total											149



Graphique 8 : Répartition selon le lieu du décès

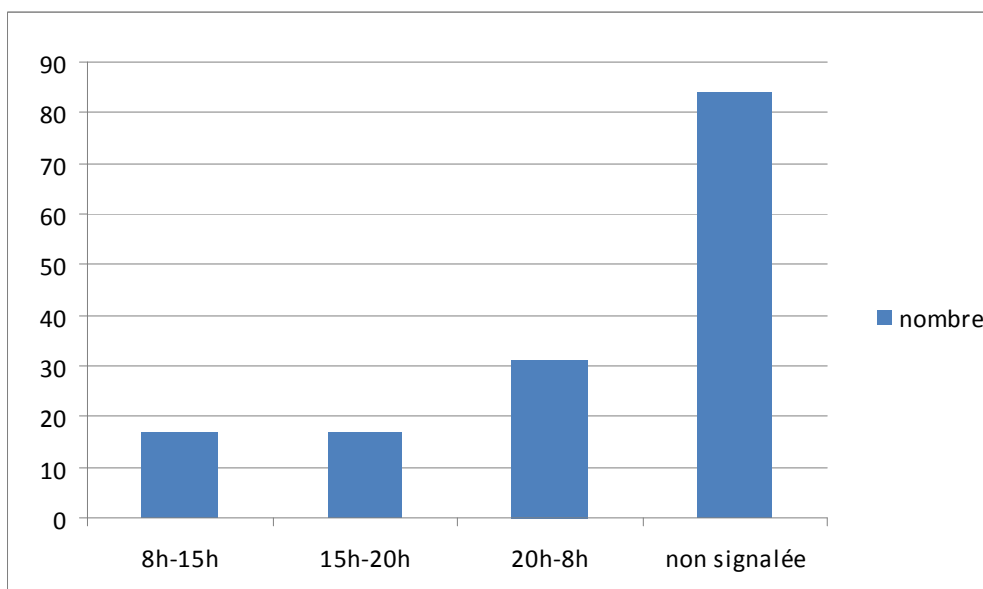
Les décès survenus au bloc opératoire sont au nombre de 6, il s'agit de :

- * 2 décès survenus en 2008 par embolie pulmonaire chez 2 patients opérés pour des phéochromocytomes
- * Un autre décès en 2008 au cours d'une reprise pour péritonite post opératoire chez un patient opéré pour un cancer du rectum.
- * 1 décès en 2005 chez un patient opéré pour un carcinome épidermoïde du 1/3 inférieur de l'œsophage au cours d'une oesophagectomie transhiatale.
- * Un décès en 2003, chez une patiente opérée pour une tumeur de l'ovaire avec un stade avancé qui a présenté une instabilité hémodynamique au cours de l'intervention.
- * Un décès en 2000, au cours d'une reprise chez un patient opéré pour dilatation kystique du cholédoque, le décès est survenu suite à un choc hémorragique par plaie de l'artère hépatique.

L’heure du décès n’a été précisée que dans 43% des cas. En la répartissant en 3 plages horaires on a obtenu les résultats suivants :

Tableau 11 : Répartition selon l’heure du décès

Heure du décès	Nombre
8h-15h	17
15-20h	17
20h-8h	31
Non signalée	84



Graphique 9 : Répartition selon l’heure du décès

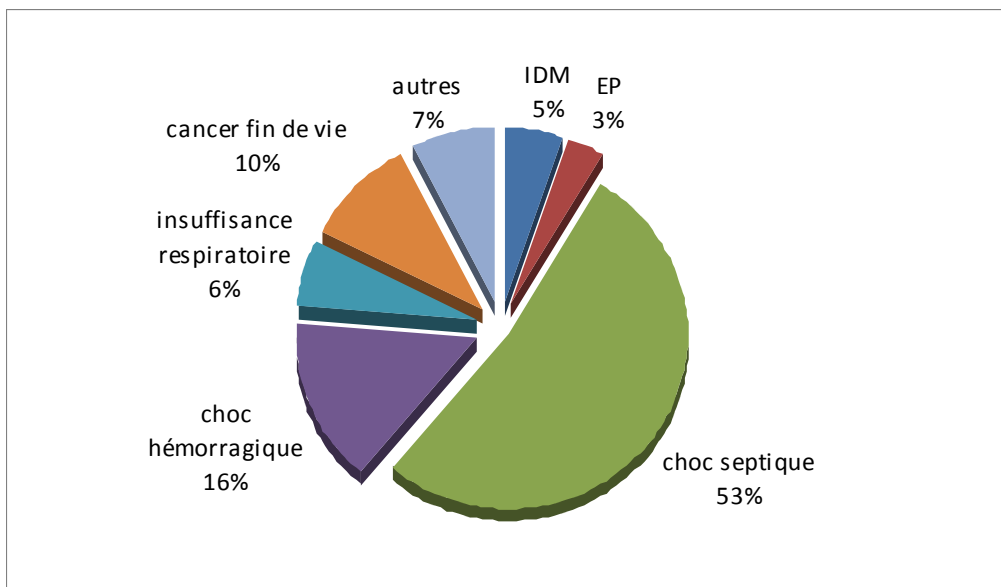
Le nombre de décès entre 20h-8h constitue pratiquement 50% des décès signalés et soulève une question primordial concernant la suffisance de surveillance et du nombre de personnel au cours des gardes de nuit.

La cause la plus fréquente de décès étant le décès par choc septique qui est dans la majorité des cas à point de départ digestif et beaucoup plus rarement à point de départ urinaire ou pulmonaire 52%.

Dans 10 cas, la cause du décès n’était pas mentionné sur le dossier et nous avons eu recours au chirurgien ayant opéré le malade pour la préciser.

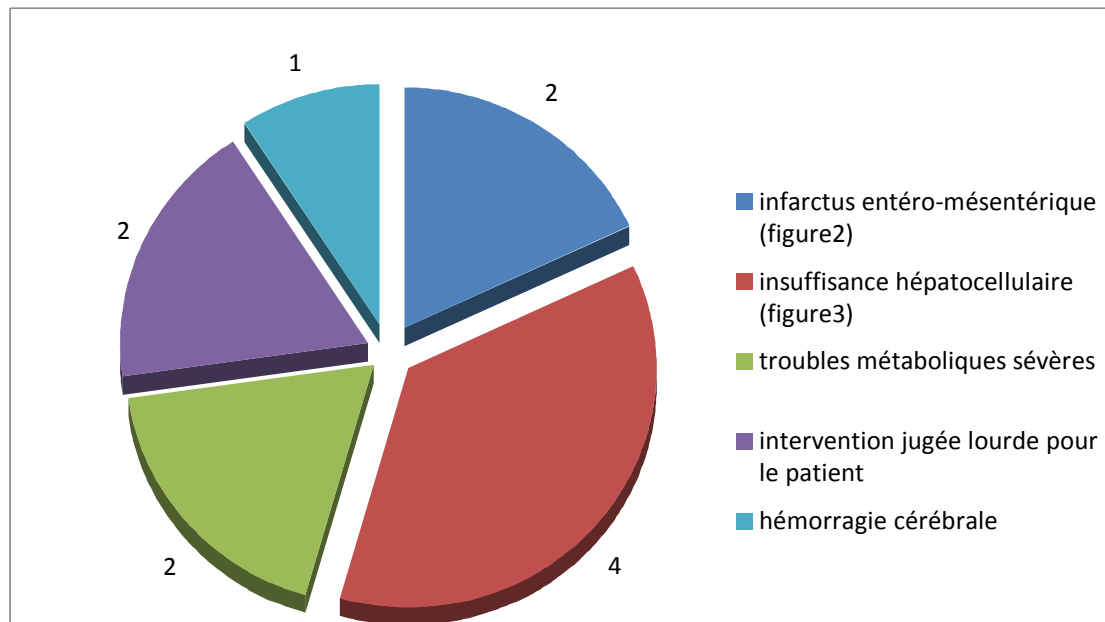
Tableau 12 : Répartition selon les causes de décès

Cause du décès	Nombre
IDM	8
Embolie pulmonaire	5
Insuffisance respiratoire	9
Choc septique	78
Choc hémorragique	23
Cancer en fin de vie	15
Autres	11



Graphique 10: Répartition selon les causes de décès

Le graphique qui suit détaille les autres causes de décès.



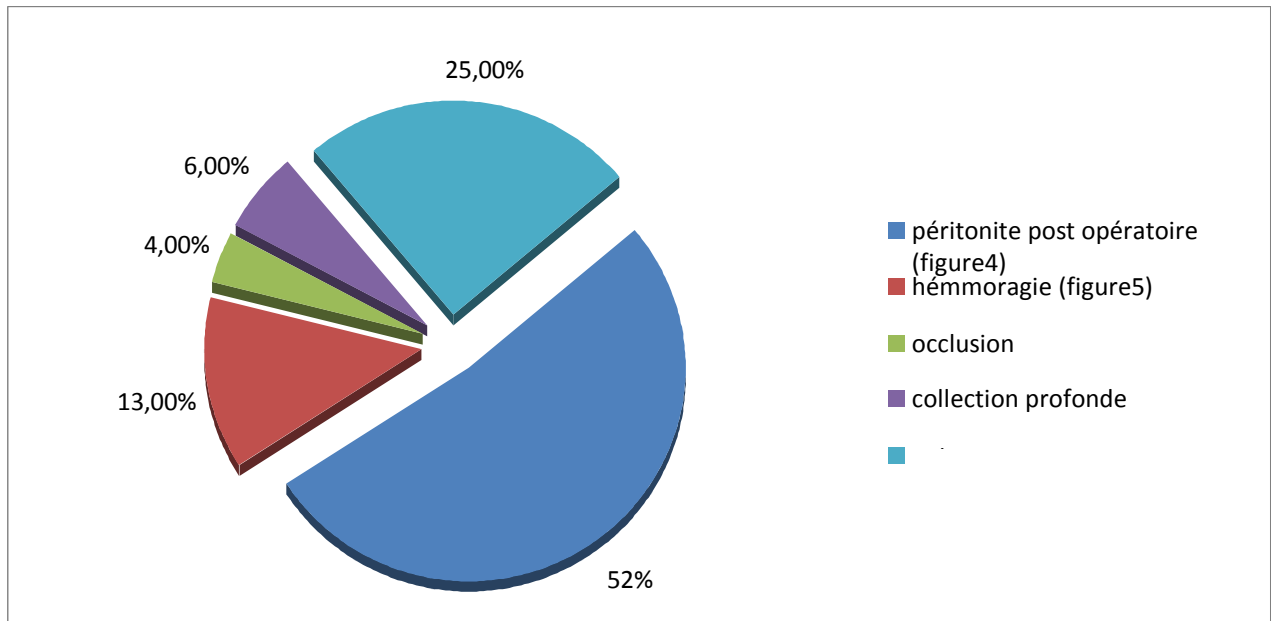
Graphique 11 : Les autres causes de décès

Le décès était imputable à la chirurgie dans 51 cas (33.78%), à la maladie dans 44 cas (29.72%), et pour des causes en rapport avec le terrain dans 20 cas (13.51%).

Dans 34 cas (22.97%) il y'avait intrications de plusieurs facteurs pouvant expliquer le décès.

ients soit 31.5% ont eu au moins une reprise chirurgicale.

Les différentes causes de ces reprises sont détaillées dans le graphique suivant :



Graphique 12 : Causes des reprises chirurgicales des patients décédés

Les autres causes de reprises sont représentés par :

- * 6 laparotomies exploratrices blanches devant des sepsis non expliqués
- * 2 trachéotomies en urgences.
- * 2 cas d'éviscération.
- * 1 cas de chylothorax.
- * 1 cas de cystostomie chirurgicale.



Fig.1 : Image pré-opératoire montrant l'état général d'un patient opéré pour colite aigüe grave sur RCH

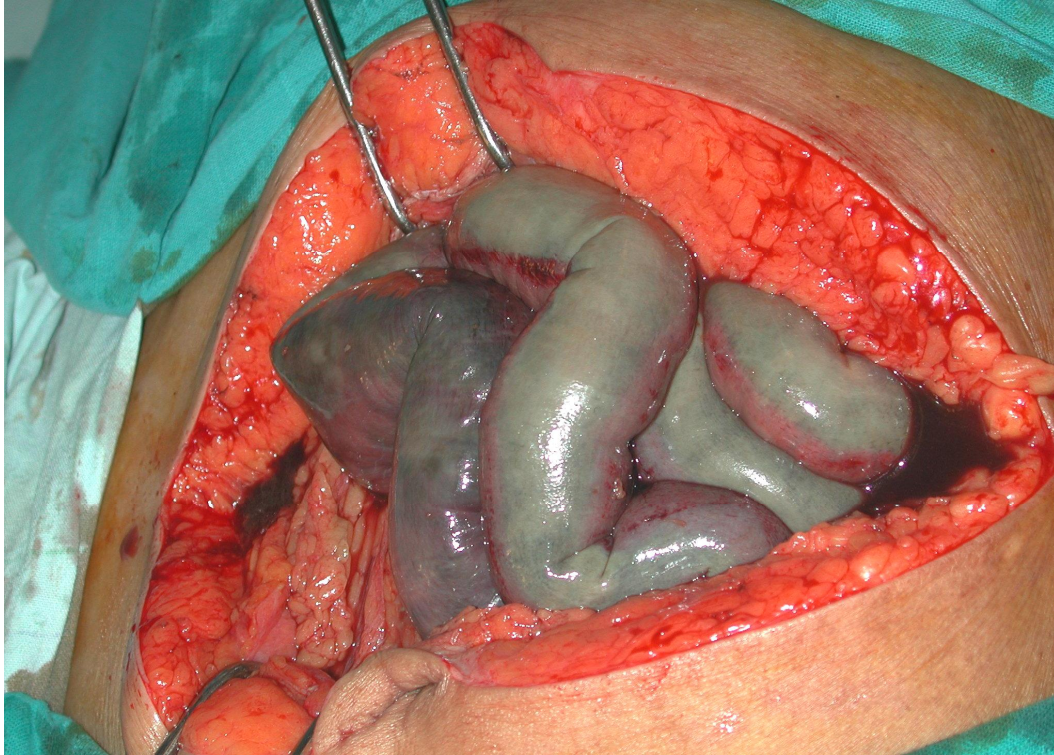


Fig.2 : Image per-opératoire d'un infarctus entéro-mésentérique étendu du grêle.

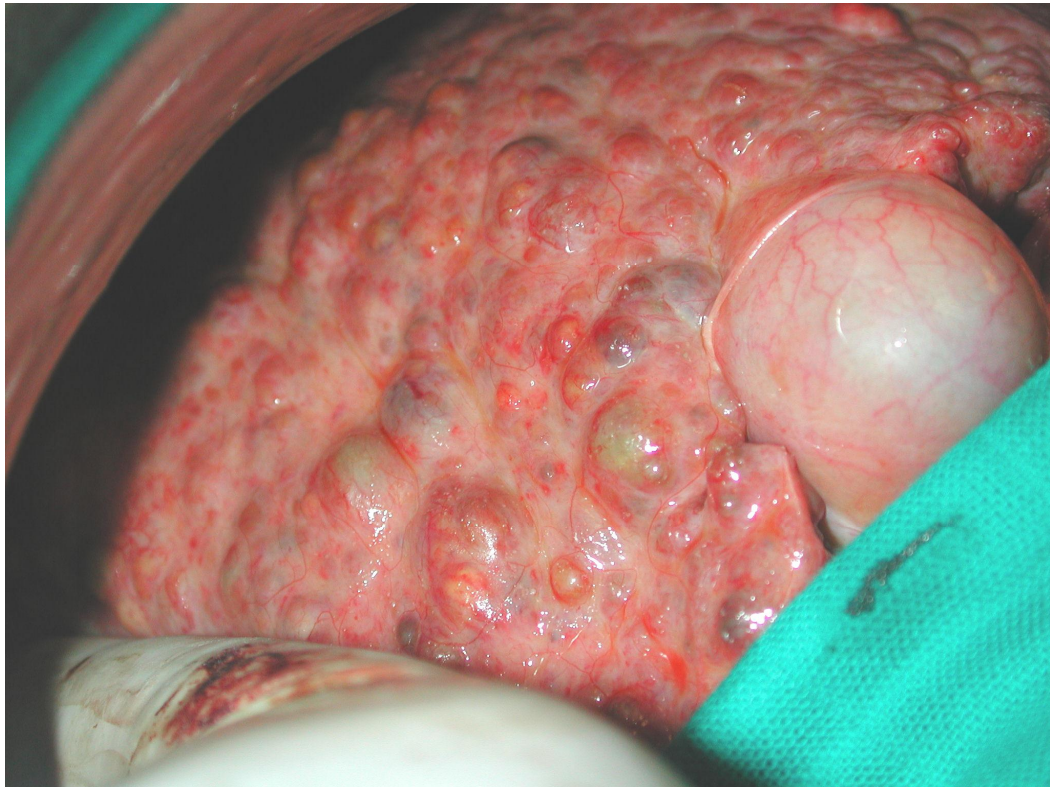


Fig.3 : Image per-opératoire montrant l'état de cirrhose avancée du foie chez un patient opéré pour un carcinome hépatocellulaire.

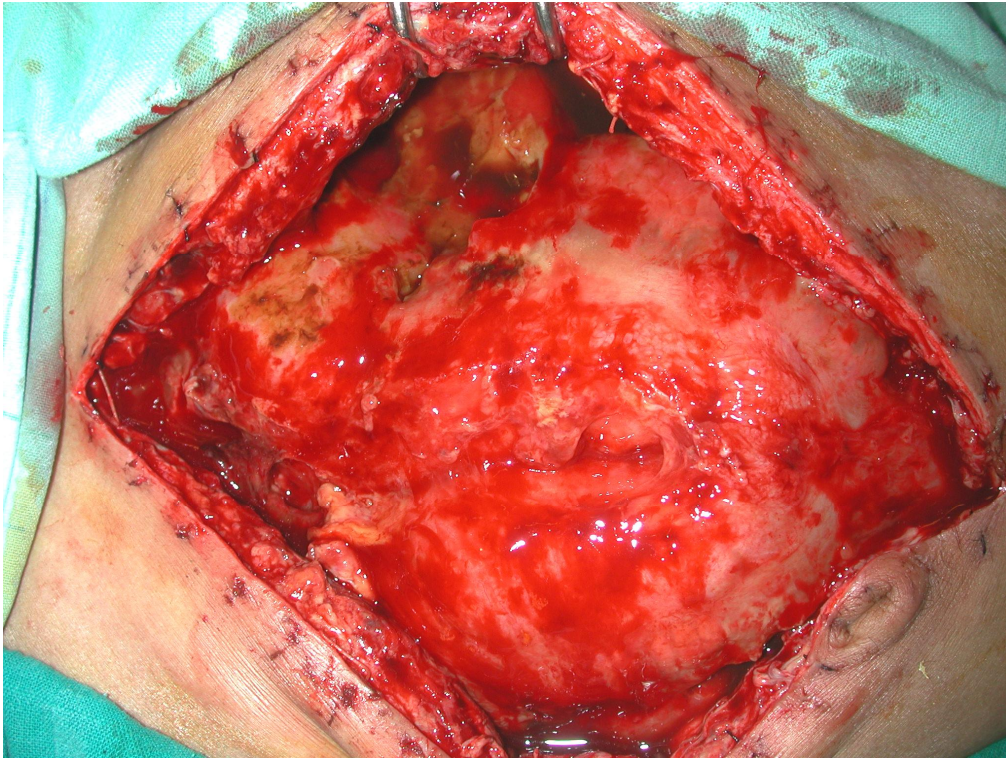


Fig.4 : Image per-opératoire d'une péritonite post opératoire par désunion anastomotique.

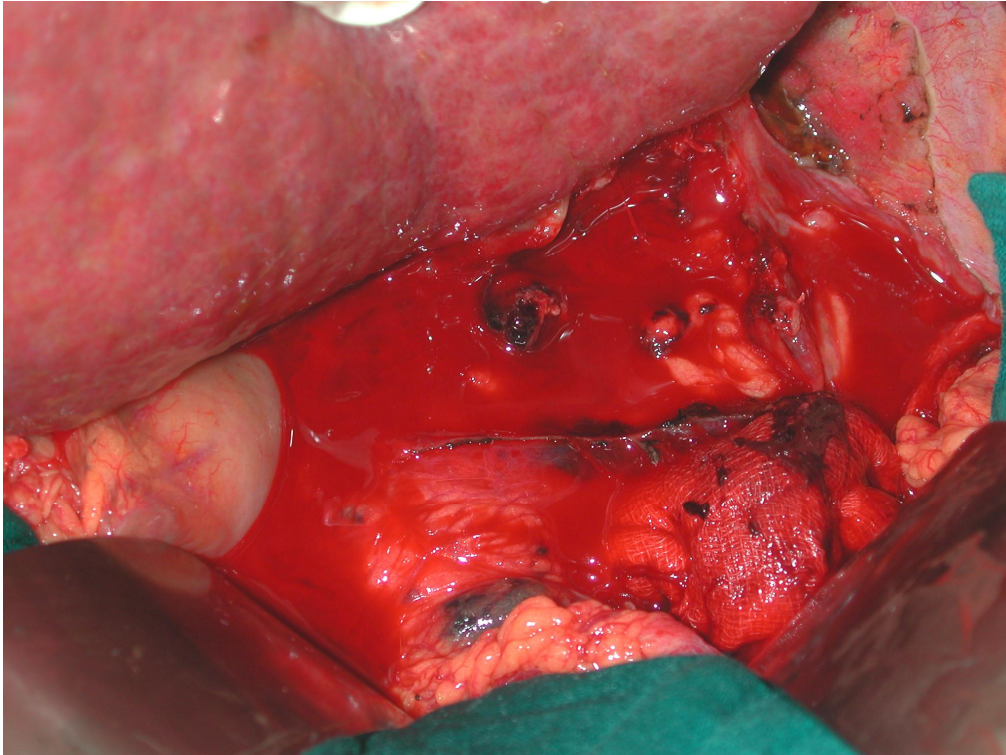


Fig.5 : Image per-opératoire d'un hémopéritoine post opératoire.



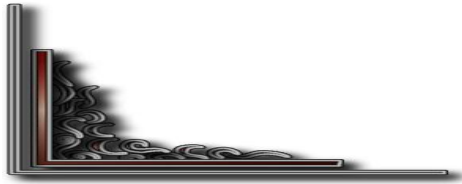
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

é post –opératoire dans le service de chirurgie viscérale «A»

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Discussion



Au cours de notre travail, notre premier objectif était d’avoir une idée sur le nombre et les principales causes de décès post opératoire dans le service, puisqu’aucune étude comparable n’a été faite depuis 1988 (20).

Au cours des différentes étapes aboutissant à la réalisation de cette étude, nous avons rencontré plusieurs difficultés concernant:

✱ L’identification des patients décédés : malgré l’existence d’un registre des décès au sein du service, celui-ci n’est pas tenu à jour régulièrement surtout pour les 2 dernières années d’étude. Les patients transférés au service de réanimation qui décèdent ou sortent agonisants ne sont pas généralement comptabilisés.

- ✱ Le recueil des différentes informations concernant les patients décédés :
- Certains dossiers sont incomplets ou alors perdus, pour y remédier nous avons eu recours aux registres des comptes rendus opératoires et aux dossiers de réanimations. Mais dans un petit nombre de cas il nous était impossible de recueillir certaines données.
 - Certains comptes rendus opératoires ne sont pas enregistrés sur les registres réservés à cet effet ni sur les dossiers, surtout quand il s’agit de reprises chirurgicales.

générale du service :

- En effet, le recueil de données basiques en matière d'épidémiologie comme le sexe, l'âge ou le motif d'hospitalisation est facile à retenir par l'informatisation des dossiers des patients ce qui aurait permis rapidement d'avoir une idée globale sur la mortalité du service.
- Le relevé de certaines interventions chirurgicales notamment des reprises chirurgicales réalisées surtout le weekend ou le soir et pour lesquelles le chirurgien ne donne pas de suite ou ne laisse pas de traçabilité sur les dossiers des patients.

Ainsi il nous était impossible d'avoir un aperçu très précis de l'ensemble de l'activité du service. Il aurait fallu pour être parfaitement exhaustif, reprendre un par un tous les dossiers des patients hospitalisés et les analyser.

Nous nous sommes limités à l'étude des 149 patients décédés.

En faisant une revue de la littérature nous avons constaté la pauvreté des publications concernant la mortalité globale dans un service de chirurgie viscérale. La majorité des études réalisées avaient pour but soit d'essayer d'identifier les facteurs prédictifs de mortalité post opératoire soit d'utiliser cette dernière comme facteur reflétant la qualité des soins dans un service ou une structure sanitaire. Mais aucune parmi elle ne s'est investie à essayer d'analyser la mortalité locale en prenant en compte les particularités de la structure étudiée (facteurs matériels et humains) et en tirant les conclusions qui s'imposent à la lumière des résultats trouvés afin d'améliorer cette mortalité.

Dans notre série, nous avons constaté que le nombre de décès chez l'homme et chez la femme était presque égal alors que le nombre d'hospitalisés est en faveur des femmes, ceci s'explique surtout par la pathologie opérée dans les 2 sexes, puisque les femmes sont beaucoup plus opérées pour des pathologies bénignes (lithiasique et thyroïdienne) que les hommes.

2. Age :

Avec le développement qu'a connu la médecine notamment en matière de réanimation et de chirurgie, tant sur le plan des connaissances scientifiques que sur l'accès aux technologies de pointes et ajoutés à cela la facilité d'accès aux soins, la démographie des patients hospitalisés et opérés a considérablement changé (1 ; 21 ; 22 ; 23 ; 19 ; 24).

En effet, de plus en plus de patients de plus de 70ans sont pris en charge dans des structures sanitaires avec une comorbidité importante (diabète, HTA....)

L'âge moyen des patients décédés dans notre série est de 54.90 ans, avec des extrêmes de 16 et 86 ans, contre une moyenne de 49.60 pour les patients opérés.

Cela laisserait croire que l'âge pourrait être un facteur prédictif de mortalité post opératoire, ce qui n'est pas vraiment le cas puisque c'est surtout l'âge physiologique que l'âge chronologique qui est pris en compte pour la décision chirurgicale. L'âge à lui seul ne peut être défini comme critère prédictif de mortalité post opératoire. (3 ; 4 ; 6 ; 8 ; 11 ; 25).

Ainsi l'opérabilité d'un patient se base beaucoup plus sur des scores préopératoires, qui prennent en considération des critères cliniques et biologiques (ASA, APACHE, POSSUM) ainsi que la procédure opératoire envisagée.

Dans la littérature (9; 11 ; 13 ; 26) plus ces scores sont élevés plus le risque de mortalité et de morbidité post opératoire est élevé.

Dans notre série, 74.8% des décédés étaient classés ASA I ou ASA II, cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de décès sont dus soit à des complications de l'acte chirurgical (33.09%) soit à la maladie elle-même (27.33%) qui est dans la majorité des cas néoplasiques (71.62%) et beaucoup plus rarement à des causes en rapport avec le terrain. Il souligne aussi la limite de ce score dans la prédiction du devenir de chaque patient en post opératoire.

4. Taux de mortalité :

Proye et al. (3 ; 4) en 1985 et 1990 rapporte un taux de mortalité post opératoire de 3.2% et 1.8% respectivement avec des variations allant de 14% à 1.75% en fonction du caractère urgent ou non de l'acte chirurgical. L'analyse des causes de décès retrouve les sepsis et les troubles cardio-respiratoires comme étant les principales causes de décès.

En 1988 Solovei et al (27) rapporte les décès survenus dans son service et analyse via des réunions mensuelles, les causes de mortalité et la responsabilité des médecins dans leur survenue. Il rapporte un taux de mortalité de 3.1% et 70% des patients décédés ont 70 ans et plus.

) rapporte une surmortalité importante (6% versus 20%) quand l'âge est supérieur à 70 ans ou une intervention réalisée en urgence.

Une autre étude réalisée au CHU de Rennes dans un service de chirurgie générale en 2003 (6) montre un taux de mortalité de 2.9% avec le sepsis comme principale cause de décès. Le taux de mortalité est de 6.5% lorsqu'on considère les patients de plus de 70 ans.

Dans notre service le taux de mortalité était de 2.3%(20) actuellement il est de 2%, la majorité des décès sont survenus dans un contexte d'urgence ou de pathologie néoplasique 85.1% des décès.

La comparaison des résultats entre ces différents services ne sera pas juste puisque chaque étude présente ses propres critères d'inclusion et d'exclusion et reflète une situation locale propre aux spécificités cliniques et chirurgicales de chaque établissement.

Un autre facteur influence le taux de mortalité post opératoire est le fait qu'il n'existe pas de définition précise et univoque de la mortalité post opératoire.

Certains ne comptabilisent que les décès précoces survenus au cours des 30 premiers jours post opératoires, d'autres considèrent tous les décès quelque soit le délai de survenue.

Une notion absente dans les études déjà cités est celle des patients sortis agonisants à la demande de la famille, nous avons essayé de les comptabiliser chaque fois que cela était possible en nous référant aux registres du service et de la réanimation.

En chirurgie digestive et d'urgence, les désunions anastomotiques et les états toxi-infectieux demeurent les causes essentielles de mortalité (2 ; 3 ; 8).

En effet, sur les séries déjà citées, la cause de mortalité la plus fréquemment retrouvée est le décès par sepsis (2 ; 3 ; 4 ; 6 ; 8).

C'est le cas également dans notre étude puisque le décès par sepsis représente 53% des causes de décès (78 cas) suivi de 23 cas par choc hémorragique soit 15%.

Une étude réalisée au CHU de Rennes (28) estimait à 3% l'incidence des infections nosocomiales et à 6% le nombre de décès liés à une infection nosocomiale (tout service confondu).

Le décès suite à des complications cardio-vasculaires est cité comme 2^{ème} cause de décès dans l'étude réalisé par Proye et al. (3; 4)

Ceci n'est pas le cas dans notre série ou seulement 8% des patients sont décédés de causes cardio-vasculaires évidentes.

Une étude réalisée par Tavernier et al. entre 1991 et 1996 (2) montre la faible incidence des décès d'origine cardiaque en matière de chirurgie digestive.

La chirurgie digestive est considérée comme étant une chirurgie à risque cardiaque intermédiaire. En effet en chirurgie générale, les patients ne meurent pas de causes cardiaques (2 ; 29 ; 30) contrairement à la population générale (1) : 20% des décès sont liés à des maladies cardio-vasculaires au Maroc.

Ceci peut s'expliquer par la prise en charge spécifique pré, per et post opératoire des patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires.

uligner que certains décès restent inexplicés

alors qu'aucune autopsie n'est réalisée pour établir la vraie cause.

En énumérant les différentes causes de mortalité, ces derniers ont été répartis en 3 catégories : décès liés à la chirurgie, à la maladie ou au terrain.

Les facteurs en rapport avec ces 3 derniers sont le plus souvent intriqués (3 ; 4 ; 16 ; 27 ; 31) ce qui rend difficile la possibilité de déterminer les décès qui auraient pu être évité (ceux liés à la chirurgie surtout).

Mac Donald (31) relève 89 morts évitables sur 543 dont 32 pour lesquelles le décès est lié à la chirurgie.

Dans notre série 51 décès soit 33.78% était directement imputable à la chirurgie.

6. Facteurs prédictifs de mortalité :

Parler de décès évitables nous amène à parler de facteurs prédictifs de mortalité post opératoire :

- * Browner et al (32) a retrouvé comme facteurs prédictifs de mortalité l'existence d'un cancer, d'une insuffisance rénale chronique, de maladies cardiovasculaires et pulmonaires associées.
- * Klotz er al (26) retrouve comme facteurs prédictifs la gravité de la procédure opératoire, le score ASA, l'existence de maladies respiratoires préexistantes et les cancers.
- * Bufalari et al (25) retrouve comme facteurs, les interventions en urgence, le score ASA élevé, les laparotomies, les cancers, les péritonites et les infarctus mésentériques.

décédés sont opérés pour cancer ou dans un cadre d'urgence dans 85.1% des cas.

Pour pouvoir déterminer éventuellement des facteurs prédictifs de mortalité il aurait fallu étudier tout les dossiers des patients opérés durant cette période (7368 dossiers) ce qui aurait demandé plus de temps et nécessiterait de mobiliser un personnel conséquent.

L'identification des facteurs prédictifs de mortalité a pour but d'identifier les patients à risque dans une population donnée, mais elle ne peut prétendre en aucun cas prédire exactement le devenir du patient après un geste opératoire.

Ce constat jette la lumière sur une situation qu'on rencontre de plus en plus fréquemment dans notre pratique quotidienne, il s'agit de plaintes déposées à l'encontre des médecins et surtout des chirurgiens par les familles des patients décédés.

En effet dans un service comme le notre, l'équipe chirurgicale est souvent amenée à prendre en charge et à opérer des patients dans un état précaire, avec des pathologies néoplasiques le plus souvent évolués et dont la chirurgie reste le dernier espoir comme alternative à l'abstention thérapeutique.

Cet aspect médico-légale de la question de mortalité doit pousser les différentes équipes chirurgicales à prendre plus de réflexions et de précautions au cours de la pratique quotidienne, mais ne doit en aucun cas constituer un moyen de pression ou une entrave au bon déroulement du travail.



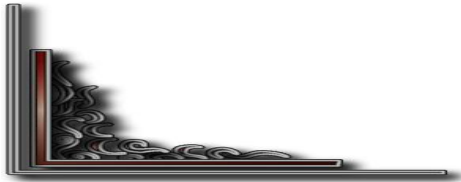
PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Conclusion



Le but de notre travail était de relever l'incidence des décès post opératoires au sein du service, de préciser les caractéristiques de la population décédée et les principales causes de décès :

- * Le taux de mortalité retrouvé est de 2%, il reste relativement faible compte tenu de la nature du service qui est un service universitaire, prenant en charge des malades à pathologie lourde et où les intervenants sont variés entre seniors et débutants.
- * la majorité des décès sont survenus chez une population âgée, atteinte d'une pathologie néoplasique ou opérée dans un contexte d'urgence.
- * Le sepsis a été retrouvé comme principale cause de décès.
- * Le cancer de l'œsophage est apparu comme la première pathologie pourvoyeuse de mortalité post opératoire au sein du service et nécessite donc une prise en charge plus prudente.
- * Plus d'un tiers des décès ont été imputés directement à la chirurgie et sont donc potentiellement évitables.
- * 76% des patients décédés ont séjourné en réanimation, ce chiffre incite à une collaboration et concertation plus étroite entre chirurgiens et réanimateurs.

L'étude de la mortalité post opératoire dans un service de chirurgie ne constitue pas un critère d'évaluation de l'efficacité d'une équipe médico-chirurgicale, mais permet, à travers une autoévaluation, de détecter les principaux facteurs favorisant la survenue des décès et de par là, l'amélioration d'une prise en charge plus adéquate des patients.



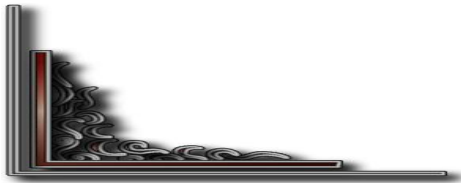
PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Résumés



RESUME

Thèse n° 33 : Mortalité post opératoire dans le service de chirurgie viscérale « A » du CHU Ibn Sina Rabat entre 2000 et 2009.

Auteur : **Badr SERJI**

Rapporteur : **Pr. Abdelkader BELKOUCHI**

Mots clés : Cancer oesophage, Choc septique, Néoplasie + urgence.

Le but de ce travail est de préciser l'incidence des décès post opératoires, les caractéristiques des patients décédés et les principales causes de décès post opératoire.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie viscérale « A » du CHU Ibn Sina de Rabat entre janvier 2000 et décembre 2009,

149 décès sont recensés durant cette période parmi les 7368 opérés. Le taux de mortalité post opératoire est de 2%. Parmi les patients décédés, 76% ont séjourné en réanimation, et 86% sont opérés dans un contexte d'urgence ou pour pathologie néoplasique.

La pathologie renfermant le plus fort taux de mortalité reste le cancer de l'oesophage avec 10,9% environ. Toutes les pathologies opérées, même bénignes, comportent un risque de mortalité même s'il est très faible.

La principale cause de décès retrouvée était le décès par sepsis 53%, suivi par le décès par choc hémorragique 15%. Dans 33.7% des cas le décès était directement lié à la chirurgie et donc potentiellement évitable.

L'étude de la mortalité post opératoire ne permet pas d'évaluer l'efficacité d'une équipe chirurgicale ni de la comparer à d'autres, néanmoins il permet de réaliser une autocritique permettant de faire évoluer la prise en charge et les conduites thérapeutiques au sein de la structure étudiée.

SUMMARY

Thesis n° 33: Postoperative mortality in the surgical department “A” of Ibn Sina Hospital University In Rabat between 2000 and 2009.

Author : Badr SERJI

Supervisor : Pr Abdelkader BELKOUCHI

Key words : Esophagus cancer, sepsis, neoplasia + emergency.

The purpose of this study is to clarify the incidence of post operative death, characteristics of deceased patients and the main causes of death.

This is a retrospective study in the department of visceral surgery "A", of Ibn Sina hospital university in Rabat between January 2000 and December 2009.

149 deaths were reported during this period among 7368 surgery, with a rate of postoperative mortality of 2%. Among the deceased patients, 76% have stayed in the intensive care unit, and 86% were made in a context of emergency or cancer.

The pathology containing the highest mortality rate remains cancer of the esophagus with approximately 10,9%, All conditions made, even benign, involve a risk of mortality even if it is sometimes almost near low.

The main cause of death was found is death by sepsis 53%, followed by death by bleeding 15%. In 33.7% of cases, death was directly related to surgery and therefore potentially avoidable.

The study of postoperative mortality did not assess the effectiveness of a surgical team or compare it to others. But it allows a self-critical to evolve the management and the behavior therapy within the studied structure.

ملخص

أطروحة رقم 33: الوفيات ما بعد الجراحة في قسم جراحة الأحشاء "أ" في المستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط بين عامي 2000 و 2009.

من طرف : بدر سرجي

المشرف: أ. عبد القادر بلكوشي .

الكلمات الرئيسية: سرطان المرئ، تعفن، ورم خبيث + طوارئ.

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد نسبة الوفيات ما بعد الجراحة، خصائص المرضى المتوفين والأسباب الرئيسية للوفاة بعد العملية الجراحية.

هذه دراسة استيعادية أجريت في قسم جراحة الأحشاء "أ"، في المستشفى الجامعي

ابن سينا بالرباط ما بين يناير 2000 وديسمبر 2009

تم الإبلاغ عن 149 حالة وفاة ما بعد الجراحة من بين 7368 عملية خلال هذه الفترة، مع معدل وفيات ما بعد الجراحة يقدر ب 2%. من بين المرضى المتوفين، 76% احتاجوا للاستشفاء بفترة م الإنعاش و 86% تم إجراء عملية جراحية لهم في سياق الطوارئ أو من أجل ورم خبيث.

مرض سرطان المرئ، يمثل أكبر نسبة وفيات ما بعد الجراحة ب 10,9%.

جميع الأمراض التي تستلزم جراحة حتى الحميدة منها تنطوي على خطر الوفاة ولو بنسبة ضئيلة.

السبب الأول للوفاة هو التعففات ب 53% من الحالات، ثم النزيف ب 15%.

33,7% من الوفيات لها علاقة مباشرة بالعملية الجراحية و بالتالي من الممكن

نظريا تفاديها.

إن دراسة الوفيات ما بعد الجراحة لا يمكن من تقييم فريق طبي أو مقارنته بفريق

آخر بقدر ما يسمح بإجراء نقد ذاتي هدفه تحديد الرعاية الطبية و طرق العلاج في القسم الذي تمت معاينته.



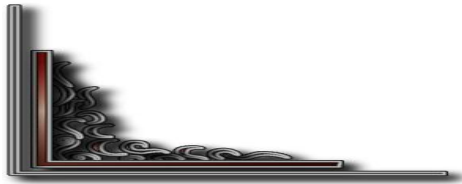
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

é post –opératoire dans le service de chirurgie viscérale «A»

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Bibliographie



Maroc : direction de la planification et des ressources financières, division de la planification et des études, service des études et de l'information, santé en chiffres 2007.

- [2] **B.Tavernier, R.SANCHEZ, F.PATTOU, J.MALLAT, M.SPERANDIO, C.PROYE :**

Mortalité post opératoire dans un service de chirurgie générale : incidence des décès d'origine cardiaque. Ann Fr Anesth Réanim, 2000 ; 1 :54-61.

- [3] **C.PROYE, D.CAMP, JP.TRIBOULET, B.CARNAILLE, P.CERIN, M.SAUTIER :**

Mortalité d'un service de chirurgie générale de CHU- Etude sur l'année 1985 : 1409 opérés, 45 décès postopératoires. J.Chir (PARIS), 1988 ; 125 : 255-259

- [4] **C.PROYE, J.C.MARTINOT, J.P.TRIBOULET, B.CARNAILLE, D.DROMER, D.CAMP :**

Mortalité d'un service de chirurgie générale de CHU- Etude sur l'année 1990 : 1492 opérés, 27 décès postopératoires, J.Chir (PARIS), 1991 ; 128 : 453-458.

- [5] **U.WOLTERS, T.WOLF, H.STUTZER, T.SCHRODER :**

ASA classification and perioperative variable as predictors of postoperative outcome. Br.J.Anesth; 77 : 217-222.

- [6] **X.CAMPION, ECOFFEY, CHAPERON, CADIC, OLIVIR, C.VIEUILLE :**

Causes de mortalité dans un service de chirurgie générale et viscérale au CHU de Rennes 2003.

Le taux brut de mortalité post opératoire est –il un critère pertinent d’efficacité d’une équipe chirurgicale ? Etude prospective des suites opératoires de 11756 patients. Ann. de Chirurgie 2005 ; 130 : 400-406.

[8] **A.GERSON GREENBURG, Ph.D.RICHARD, P.SAIK, J.J.COYLE, G.W.PESKIN :**

Mortality and gastrointestinal surgery in the aged. Arch Surg 1981 ; 116 : 789-791.

[9] **GOLUBOVI V, GOLUBOVIC S :**

ASA score as prognostic criterion for incidence of postoperative complications. Coll Antropol. 2002 Dec; 26 Suppl : 149-53.

[10] **J.R.LEGALL et PH, LOIRAT :**

Evaluation en réanimation, collection d’anesthésiologie et de réanimation. MASSON 1990.

[11] **L.GOFFI, V.SABA, R.GHISELLI, S.NECESIONE, A.MATTEI, F.CARLE :**

Preopérative APACHE 2 and ASA scores in patients having major general surgical operations : prognostic value and potential clinical applications. Eur J Surg 1999; 165 : 730-735.

[12] **COPELAND GP ET COLL. POSSUM :**

Un système de notation pour l’audit chirurgical. Br.J.Surg 1991 ; 78 : 356-60.

[13] **G.P.COPELAND, D.JONES, .M.WALTERS : POSSUM :**

A scoring system for surgical audit. Br.J.Surg 1991; 78 : 355-359.

- POSSUM and Portsmouth POSSUM for predicting mortality. Br J Surg. 1998; 85 : 1217-20.
- [15] **ARMAGANIDS, F.BEAUFILS, X.BONFILS, H.BURCHARDI , D.COOK, A.FAGOT-LARGEAULF, P.SUTER, L.THIJS, S.VESCONI, A.WILLIAMS :**
Facteurs pronostiques chez les maladies de réanimation. Rean. Urg. 1994, 3 (2bis), 143-152.
- [16] **J.C.WARDEN, C.L.BORTON :**
Mortality associated with anesthesia in South Wales 1984 -1990. Med J. August 1994; 161 : 585-593.
- [17] **KNAUS W.A, ZIMMERMAN J.E, WAGNER D.P, DRAPER E.A, LAWRENCEDE : APACHE :**
Acute physiology and chronic health evaluation : A physiologically based classification system. Crit. Care. Med, 1981,9, 591-597.
- [18] **KNAUS W.A, ZIMMERMAN J.E, WAGNER D.P, and DRAPPER E.A :**
APACHE 2 :
A severity of disease classification system. Crit Care Med, 1985. 13 : 818-829.
- [19] **WORLD HEALTH ORGANISATION. WHO**
Statical information system :
Maroc : Mortalité adulte (%), femmes, homes, 2003. www.santé.gov.ma.
- [20] **M.TEKIOUT :**
Analyse de la mortalité dans la Clinique chirurgicale « A » Hôpital Ibn Sina de 1980 à 1988. Thèse n° 143 – 1990.

P.M.K.VERCAERN, M.LUCAROTTI :

Surgical care and outcome for patients in their nineties. Br.J.Surg 1997;
84 : 496-498.

[22] N.J.NUSBAUM :

How do geriatric patients recover from surgery? Southern Medical
Journal 1996; 89; 950-957.

[23] ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE :

Comparaison entre pays dans une région de l’OMS : classement par
espérance de vie à la naissance (année), femmes, hommes, 2003 (dese) :
www.santé.gov.ma.

[24] WORLD HEALTH ORGANISATION.

WHO statical information system: Morocco : life tables, males, females,
2000. www.santé.gov.ma

[25] A.BUFALARI, M.FERRI, P.CAO, CIRICCHI, R.BISACCI, L.MOGGI :

Surgical care in octogenarians. Br.J.Surg 1996; 83 : 1783-1787.

**[26] H.P.KLOTZ, D.CANDINAS, A.PLATZ, A.HORVATH, D.DINDO,
R.SCHLUMPF, F.LARGIADER :**

Preopérative risk assesement in elective general surgery. Br.J.Surg.
1996; 83 : 1788-1791.

**[27] G.SOLOVEI, C.ESSO, A.ALAME, J.M.TEISSIER, J.Y.MEDINA,
J.M.FAVRIEL, H.AL HAREISS, A.ALFASSA KONDO :**

Etude statistique annuelle de mortalité dans un service de chirurgie
générale à orientation digestive et vasculaire de centre hospitalier general.
J.Chir (PARIS), 1988 ; 125 : 30-36.

P.JARNO, P.LEBEAU, J.CHAPERON,

Les médecins du CHU de Rennes : imputabilité des infections nosocomiales dans les décès hospitaliers.

[29] **D.T.MANGANO, W.S.BROWNER, M.HOLLENBERG, J.LI, I.M.TATEO :**

Long term cardiac following non cardiac surgery. JAMA 1992; 268 : 233-239.

[30] **S.J.HOWELL, Y.M.SEAR, D.YEATES, M.GOLDACRE, J.W.SEAR, P.FOEX :**

Risk factor for cardiovascular death elective surgery under general anaesthesia. Br.J.Anaesth 1998; 80 : 14-19.

[31] **P.J.Mc DONALD, G.T.ROYLE, I.YAYLOR, S.J.KARRAN :**

Mortality in a university surgical unit : what is an avoidable death? J.R.Soc.Med. 1991; 84 : 213-216.

[32] **W.S.BROWNER, J.LI, D.T.MANGANO :**

In-hospital and long term mortality in male veterans following non cardiac surgery. JAMA 1992; 268 : 228-231.

Serment

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.
- **A**ucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم ابقر اط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - < وأن أمارس مهنتي بأوازع من طمير وشرقي إاعلا طحة مريطي هادي الأول.
 - < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - < وأن أقوم بأواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - < وأن لا أسعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقبت من تهديد.
 - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

الوفيات مابعد الجراحة في قسم جراحة الأحشاء " أ " في المستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط بين عامي 2000 و 2009

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيد : بدر سرجي
المزاد في 05 غشت 1981 بوجدة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: سرطان المرئ - تعفن - ورم خبيث - طوارئ.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

السيد: عبد القادر بلكوشي

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: عبد الرحيم عزوزي

أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيد: لحسن إفرين

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: رؤوف محسن

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: شريف شفشاوني المنتصر

أستاذ في الجراحة العامة

أعضاء