

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N°.....

THESE

**LES COMPLICATIONS DE L'ILÉOSTOMIE
CHEZ L'ENFANT DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU
GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 03/06/2022 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par **M. Mohamed S.DIALLO**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

Président : Pr BROULAYE SAMAKE

Membre : Dr DJENEBA KONATE

Membre: Dr DIAKARIDIA TRAORE

Co-directeur: Dr ISSA AMADOU

Directeur : Pr YACARIA COULIBALY

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut, tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance que j'ai envers vous qui avez contribué à l'aboutissement de ce jour.

Aussi tout simplement que je dédie ce travail... A ALLAH Au nom d'Allah, Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux. Dis :<<Il est Allah, unique. Allah, le seul à être imploré pour ce que nous désirons. Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus. Et nul n'est égale à lui>> (sourate Al-ikhlas). Et que la prière et le salut soient sur le serviteur d'Allah, notre Prophète Mouhamad (Saw), sa famille et ses compagnons jusqu'au jour de la résurrection.

Gloire à ALLAH, le tout puissant, pour avoir toujours guidé mes pas et pour m'avoir donné la force d'y croire et la patience d'aller jusqu'au bout de mon rêve ! Qu'ALLAH me pardonne pour toutes les imperfections que j'aurais faites depuis le début de ce travail. Qu'il nous accorde sa grâce.

A ma Patrie, le Mali

Chère Patrie, tu m'as vu naître et grandir pour devenir ce que je suis aujourd'hui en me donnant une formation de base et universitaire de haut niveau. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire de te servir avec loyauté et dévouement.

A mon très cher père, DIALLO SIAKA, l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bienfaits et m'a inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Ton honnêteté, ton ardeur dans le travail et tes grandes qualités humaines font de toi un exemple à suivre. En ce jour, ton garçon, espère être à la hauteur de tes espérances. Que ce travail soit l'exaucement de tes vœux et le fruit de tes innombrables sacrifices consentis pour mes études et mon éducation et témoigne de l'amour, de l'affection et du profond respect que j'éprouve à ton égard. C'est ta réussite avant d'être la mienne. Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te protéger et t'accorder santé, bonheur et longue vie.

A ma très chère et adorable mère KODIO SALIMATA, je vous dédie le fruit de ton amour, de ta tendresse et de ton abnégation. A toi maman, l'être le plus cher, qui a su être à mon écoute, me reconforter, calquer mes humeurs. Tu n'as cessé de lutter pour m'éduquer, me rendre heureux. Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, mon ultime respect, ma gratitude et ma reconnaissance. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A mes très chers frères et sœurs Diallo Fousseyni, Diallo Abdoulaye, Diallo Modibo, Diallo Aboubacar, Diallo Assetou, Diallo Safoura ... Avec toute mon affection, je vous souhaite tout le bonheur du monde et beaucoup de réussite. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès.

A mes oncles et tantes je ne peux exprimer avec des mots tout l'amour et l'affection que j'ai pour vous.

J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés, et je vous souhaite beaucoup de bonheur et de réussite. Veuillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et mon grand attachement.

A mon très chère frère Togo Abdoul Aziz, une personne que j'admire énormément et que je ne trouve pas de mots pour exprimer mes sentiments à son envers... Pour tes précieux conseils, ta disponibilité, ton aide, ton soutien, ta modestie, pour toute l'estime et l'admiration que j'ai pour toi je te dédie ce travail.

A mes ami(e)s de peur d'en oublier, je me garde de citer. La bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme. A tous, bonheur, succès et réussite. Comme le dit un adage, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on reconnaît ses vrais

amis. Je vous dis simplement un grand merci. Que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère. A tous ceux dont j'ai oublié de citer. Merci pour tout

A tout le personnel du service de chirurgie pédiatrique du CHU-Gabriel Touré je ne peux exprimer à travers ces quelques lignes tous les sentiments d'amour, de respect et de reconnaissance que je vous porte. Vous avez été une source de courage, de motivation et de force pour moi. Ce travail est le vôtre. Je prie toujours Dieu pour qu'il vous apporte le bonheur, la joie de vivre et vous aide à réaliser tous vos vœux. AMEN

REMERCIEMENTS

-A tous mes maîtres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour l'enseignement reçu.

Au Professeur COULIBALY Yacaria, Chef de service, merci d'avoir éveillé en nous cet intérêt pour la chirurgie pédiatrique. Votre grandeur d'âme, votre jeunesse d'esprit et surtout votre dynamisme n'ont pas manqué de nous impressionner. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement, vos conseils, le savoir-faire que vous nous avez transmis. Puisse le seigneur vous combler de grâces.

A Docteur ISSA Amadou, votre rigueur scientifique et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié de tous. Votre apport pour la réalisation de ce travail, fut plus que considérable. Tout en espérant continuer à apprendre à vos côtés, veuillez recevoir cher maître toute ma reconnaissance et mon estime.

A Docteur COULIBALY Oumar, vous avez toujours répondu à nos sollicitations quelles qu'elles soient. Nous avons été satisfaits par tous vos enseignements. Votre simplicité, votre dévouement au travail et surtout votre personnalité joviale sont tant de qualités qui font de vous un aîné exemplaire. Recevez ici, grand frère tout le respect que je voue à votre personne.

Aux docteurs Kamaté Benoi, Doumbia Aliou, Djiré Mohamed Kassoum, Daou Moussa.

Vous avez été plus que des maîtres pour moi, trouvez en ce document le fruit de vos propres efforts. A tous les médecins spécialistes En particulier à vous Dr Coulibaly Youssouf et Dr Traore Mahamadou pour les conseils, les enseignements et les beaux moments passés ensemble.

A toute la 11^{ème} Promotion du numerus clausus de la FMOS, en souvenir des bons moments passés ensemble.

A mes aînés de la chirurgie générale et pédiatrique du CHU-GT Dr Maiga M, Dr Togola Baba Emmanuel, Dr Traoré Mahamadou, Dr Koné Amadou, Dr Konaté Assanatou, Dr Konaté Gaoussou, Dr Dorcas Laurel, Dr Diarra Moussa, Dr Haidara A, Dr Diarra Fatoumata, Diarra Idrissa, Dr Bah Mahamadou Aliou, Dr Diarra Seybou, Dr Sangaré Sidiki, Dr Sylla Salim, Dr Maïga Abdrahamane, Dr Diallo Moussa O, Dr Camara Sadio, Dr Hervé Dopgang, Dr Coulibaly Mariam, Dr Coulibaly Moussa, Dr Samaké Ibrahima, Dr Seydou Fily Traoré, Dr Aremu Y, Dr Traore A, Traore F, Dr Koné J , Dr Diarra H, Dr Sissoko M, Dr Djiré M , Dr Tapily A, Dr Dembélé S, Dr Keita V, Dr Mariko.

Merci de nous avoir montré le chemin, vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup édifiés.

Aux thésards de la chirurgie pédiatrique Diarra Adama, Keita Mariam, Lanzeni Diallo, Niaré Mahamadou, Dembélé Moustapha, Keita Naremba, Touré BH, Goita Sidi, Mamadou coulibaly, Diakité Adam, Traore Samba, Bahasseye Maiga, Thomas Doumbia, Soumaila Traore, Abdoulaye, Youba, Tembely, Frederic , Bathily K, Oumar Traore, Famakan, Ouattara Merci pour votre franche collaboration. A mes cadets de la chirurgie pédiatrique pour l'ambiance du travail et les entraides. Bon courage et bon vent.

A tout le personnel médical et infirmier de la chirurgie générale et pédiatrique, du service d'accueil des urgences, de la réanimation, de la pédiatrie, pour votre franche collaboration et les moments partagés.

A l'ancien Chef de service Feu Professeur Mamby Keita, vous nous avez appris la nécessité de se remettre en question et de n'être jamais satisfait des résultats obtenus, que le paradis soit votre dernière demeure.

Aux secrétaires du service Feu Tanty Koromba, Mme Guissé et Kadidiatou. Merci pour vos aides et bénédictions. A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis de citer. Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

A mes amis :

Dr Bah Sékou, Naremba Keita, Mamadou Coulibaly, Dr Mamadou Bassirou Touré, Dr Ousmane N'Djim, Samba Traore, Sidi Goita, Soumaïla Traore, Kaou Bathily.

Recevez ici toute ma gratitude pour vos soutiens, vos encouragements et les bons moments partagés ensemble.

A toute la 11^{ème} promotion de numéris clausus de la FMOS Feu Pr Gangaly DIALLO. En souvenir des bons moments passés ensemble.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Broulaye SAMAKE

- **Professeur titulaire en Anesthésie Réanimation
à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- **Chef de Service d'Anesthésie du CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine
d'urgences du Mali (SARMU Mali)**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation de l'Afrique Noire
Francophone (SARANF)**
- **Membre de Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres. C'est avec abnégation que vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et surtout votre détermination pour la formation des étudiants. Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile et votre disponibilité ont forcé en nous l'estime, l'admiration.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profond respect

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Djénèba KONATE

- **Maitre-assistante en Pédiatrie à la FMOS**
- **Ancienne Interne des Hôpitaux**
- **Spécialiste en Pédiatrie**
- **Praticienne Hospitalière au CHU Gabriel Touré**
- **Spécialiste en Néphrologie Pédiatrique**

Cher Maitre,

C'est avec un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre modestie et votre intérêt pour le travail bien fait font de vous un maitre admirable apprécié par tous. Soyez rassurer de notre reconnaissance la plus profonde.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Diakaridia TRAORE

- **Chef d'unité de chirurgie pédiatrique de l'hôpital mère-enfant de Luxembourg**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens Etrangers de Marrakech**
- **Membre de la Société Africaine de Chirurgie Pédiatrique.**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Issa Amadou

- **Maître-assistant en Chirurgie pédiatrique a la FMOS**
- **Spécialiste en Orthopédie Traumatologie Pédiatrique**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie**
- **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**
- **Membre du GFPAOP (Groupe Franco-Africain d'Oncologie pédiatrique)**

Cher Maître,

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre travail. Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse imposent le respect et représentent le model que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.

C'est l'occasion de vous exprimer notre admiration pour votre compétence professionnelle et pour votre grande sympathie. Comptez sur notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Yacaria COULIBALY

- **Professeur Titulaire en chirurgie pédiatrique à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie pédiatrique**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie**
- **Chevalier de l'ordre de mérite en santé**

Cher Maître

Vous nous avez accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. C'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement. Votre franc parlé, votre capacité intellectuelle, et votre rigueur dans le travail bien fait suscitent l'admiration de tous. Veuillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute notre reconnaissance. Soyez rassuré de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

A S P : Abdomen sans préparation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

D E S : Diplôme d'études spécialisées

ENI : Ecole Nationale d'Ingénierie

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

GT : Gabriel Touré

Fig. : Figure

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

I I A: Invagination Intestinale Aigue

USA: Unites States of America

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge.	44
Tableau II : Répartition des patients selon le sexe	45
Tableau III: Répartition des patients selon leur provenance.....	45
Tableau IV: Répartition des patients selon les indications	45
Tableau V: Répartition des patients selon le type de l'iléostomie	46
Tableau VI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	46
Tableau VII : Répartition des patients selon la période de complication.	47
Tableau VIII : Répartition des patients selon les complications précoces.....	47
Tableau IX: Répartition des patients selon les complications tardives.....	48
Tableau X: Indications et complication précoce.....	50
Tableau XI : Indications et complications tardives.....	51
Tableau XII: Type de l'iléostomie et complications précoces.....	51
Tableau XIII: Type de l'iléostomie et complications tardives.....	52
Tableau XIV: Répartition des patients selon les complications locaux.....	53
Tableau XV: Répartition des patients selon les complications générales.....	53
Tableau XVI: Répartition des patients selon le traitement.	54
Tableau XVII : Répartition des patients selon l'évolution.	54
Tableau XVIII: Décès et l'âge.	55
Tableau XIX: Décès et sexe	55
Tableau XX: Décès et indications.....	56
Tableau XXI: Décès et complications précoces.....	56
Tableau XXII : Décès et complications tardives.....	57
Tableau XXIII : Fréquence et auteurs	59
Tableau XXIV : Age moyen et auteurs :	59
Tableau XXV : Indications et auteurs	60
Tableau XXVI : Complications et auteurs	61
Tableau XXVII: Type de complications et auteurs.....	62
Tableau XXVIII : Complication présentée et auteurs.....	62

Liste des figures

Figure 1: Vascularisation artérielle du grêle [20]	12
Figure 2: Vascularisation veineuse de l'intestin grêle et du colon [20].....	13
Figure 3: Iléostomie continente de Brooke [21]	17
Figure 4 : Technique de réalisation d'une iléostomie sur baguette [22].....	19
Figure 5: Technique de réalisation de l'iléostomie continente de Kock [22].	21

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	1
OBJECTIFS.....	5
1-Général :	5
2-Spécifiques :	5
I- GENERALITES	7
1. Définition :	7
2. Historique :	7
3-Epidémiologie :	7
4-Rappels anatomiques et physiologiques :	8
5-Les iléostomies :	15
5.5- Les complications :	27
II-METHODOLOGIE	38
1-Cadre et lieu de l'étude :	38
2-Type d'étude	40
3-Periode d'étude	40
4-Echantillonnage :	40
5-Critères d'inclusion :	40
6-Critères de non inclusion :	41
7- Patients et méthodes: L'étude a comporté :	41
III-RESULTATS	44
IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION:.....	59
CONCLUSION :	65
RECOMMANDATI ONS :	66
REFERENCES	68
Annexes	74

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

L'iléostomie est définie comme l'abouchement chirurgical de l'iléon à la peau en dehors de la cavité abdominale [1].

L'iléostomie est une solution alternative permettant de drainer en amont d'une anse intestinale en occlusion ou de protéger une anastomose intestinale d'aval en dérivant transitoirement le flux intestinal. Sa réalisation dans la méconnaissance des règles élémentaires risque d'exposer le patient à des complications qui mettent en jeu le pronostic vital [2].

Aux Etats-Unis, le taux de complication d'iléostomie est de 76% d'après les travaux de Michael et Foster [3].

Aux Etats-Unis (Philadelphie), en 2017, Elisabeth C dans son étude, a eu 24 cas d'iléostomies dont 13 % de complication [4].

En Allemagne, en 2018, Sternau, dans leur étude ont enregistré 76 cas d'entérostomies digestives dont 63 (82,9 %) d'iléostomies [5].

Au Pakistan, en 2020, Ayeshu dans son étude a retrouvé 84 cas d'iléostomies avec 72,6% de complication [6].

En 2020, Mana dans son étude, a eu 129 cas d'iléostomies dont la prévalence totale des complications était de 73,2 % [7].

Au Niger, Harrisou, en 2018 ont trouvé 248 cas d'iléostomie soit 75,1 % avec un taux de complication de 57,3 % [8].

Au Mali, en 2020, Diesta dans sa thèse a enregistré 176 cas d'iléostomies chez l'adulte dont 36 cas de complications en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré [9].

Les pathologies d'urgence avec syndrome occlusif telles que les péritonites typhiques, péritonites traumatiques, l'atrésie du grêle, mais aussi les invaginations intestinales nécrosées, le volvulus du grêle représentent les principales indications des iléostomies en chirurgie pédiatrique [10].

Les complications que sont entre autres la dénutrition, les irritations péri-stomiales, la déshydratation, les déhiscences, les sténoses, les prolapsus etc....font toutes leur gravité. Elles sont estimées à 5 % et 70 % [11].

Cet pendant la gestion est souvent difficile dans notre milieu à cause de la non disponibilité des poches de stomies, leur coût élevé et de l'absence des somatothérapeutes [12].

La fermeture des stomies temporaires se fait entre six (6) semaines et trois (3) mois, elle peut même se réaliser au 10^e jour selon certains auteurs [12].

Cette étude a été initié afin de mettre à jour les données sur les complications de l'iléostomie de l'enfant dans notre service avec comme objectifs :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Général :

Etudier les complications de l'iléostomie chez l'enfant dans le service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Toure.

2-Spécifiques :

1-Déterminer la fréquence hospitalière de l'iléostomie chez l'enfant en chirurgie pédiatrique.

2- Déterminer les indications de l'iléostomie chez l'enfant en chirurgie pédiatrique.

3-Déterminer les complications de l'iléostomie chez l'enfant en chirurgie pédiatrique.

4-Analyser les résultats de la prise en charge des complications de l'iléostomie chez l'enfant en chirurgie pédiatrique.

GENERALITES

I- GENERALITES

1. Définition :

L'iléostomie est définie comme l'abouchement chirurgical de l'iléum à la peau en dehors de la cavité abdominale [1].

2. Historique :

Du grec « stoma » qui veut dire bouche ; les stomies digestives sont des opérations palliatives temporaires ou définitives consistant à fistuliser à la peau un segment du tube digestif sain en amont ou en aval d'une lésion, soit pour suppléer l'alimentation (œsophagostomie, gastrostomie ou jéjunostomie), soit pour décompresser et drainer le tube digestif en occlusion, soit enfin pour protéger une anastomose digestive en dérivant transitoirement le flux intestinal (iléostomie ou colostomie) [2], mode de terminaison habituel de toutes les résections intestinales, il y a deux siècles, elle remonte à 1700 avec LITTRE[13]. Créée en 1818 par MAUNOURY, l'iléostomie latérale fut exécutée pour la première fois à Paris en 1838 par Gustave MONOD. Mais c'est en 1857 qu'elle fut connue par Auguste NELATON qui précisa ses indications dans l'occlusion intestinale et régla sa technique [13].

3-Epidémiologie :

La stomie devenue une pratique courante dans la chirurgie digestive, est très répandue à travers le monde. En France, on estime à environ 80,000 cas de stomies dont 80 % de stomies digestives pour la plupart des colostomies (75 %) [14]. En Allemagne, ROSEN a réalisé 294 stomies en 1999 dont 26,8 % étaient des iléostomies et 73,1 % des colostomies [15].

En 1998, on comptait en Suisse, 11,000 stomisés et 1,500 nouveaux cas par an [13]. En Angleterre 13500 à 20800 stomies sont réalisés par an. [16] En Afrique la pratique n'en demeure pas moins fréquente. Ainsi une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique au CHU de YOPOUGON, a trouvé une fréquence 18,26 % chez des enfants de 0 jours à 12 ans. [5] Z.Z. SANOGO et col dans une étude de 2002 au service de chirurgie "A" du CHU du

Point G au Mali a montré que sur 887 laparotomies 103 ont bénéficié d'une stomie soit 11,74 % [17]. En 2009 les stomies ont représenté 5,10 % des interventions du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré [16].

4-Rappels anatomiques et physiologiques :

4.1-Le péritoine :

4.2-Anatomie macroscopique [18]:

C'est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, notamment la partie sous-diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil uro-génital. On reconnaît au péritoine :

- un feuillet pariétal appliqué sur les parois des cavités au niveau abdominal et pelvien. Ce feuillet est doublé profondément, dans toute son étendue, par une couche de tissu cellulaire graisseux ou cellulo-adipeux appelé fascia propria.

- un feuillet viscéral, ou péritoine viscéral, constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.

- des replis membraneux qui relient le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ces replis engainent des pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Chacun d'eux se compose de deux feuillets séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissu cellulo-adipeux renfermant des vaisseaux et des nerfs. Ces feuillets séreux émanent du péritoine pariétal, s'avancent dans la cavité abdomino- pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral de part et d'autre de la zone suivant laquelle les vaisseaux et les nerfs abordent l'organe auquel ils sont destinés. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent, suivant le cas, le nom de méso, d'épiploon ou de ligament. On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso côlon, suivant qu'il soit en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjuno-iléon ou le colon. On nomme ligaments, les replis du péritoine qui relient à la paroi des organes intra-abdominaux ou pelviens, ne faisant pas partie du tube digestif (foie, utérus, etc....). On donne le nom

d'épiploon aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux.

Péritoine viscéral, péritoine pariétal, méso, épiploons et ligaments sont des parties d'une même membrane, partout continue, et qui limite une cavité virtuelle: la cavité péritonéale.

Cette cavité péritonéale ne contient normalement que 50 à 100 cm³ de liquide séreux, entièrement close, si ce n'est pas au niveau des trompes de Fallope.

4.3-Anatomie microscopique :

Le péritoine est constitué par une couche de cellules mésothéliales, doublée en profondeur par du tissu conjonctif peu dense. Le liquide péritonéal normal contient 2 à 2500 cellules par mm³, comprenant des macrophages, de cellules mésothéliales desquamées, quelques lymphocytes.

4.5-Innervation :

L'innervation sensitive des deux feuillets est notablement différente. Celle du feuillet pariétal est assurée par les fibres afférentes somatiques. Il n'est pas exagéré de dire que si la séreuse pariétale n'était pas richement innervée, le diagnostic de péritonite serait infaisable à l'examen direct. Au contraire, le feuillet viscéral est beaucoup moins bien pourvu en récepteurs sensitifs ; ceux-ci aboutissant au sympathique abdominal.

4.5- Physiologie :

Le péritoine agit comme une membrane dialysant, sa grande surface (égale à celle de la peau, environ 2m²) lui permet de résorber rapidement une solution introduite dans l'abdomen ; celle-ci commencera par se mettre en équilibre avec le liquide de l'hôte, en leur cédant ou leur soutirant des électrolytes par jour.

Ce suc de pH=7,6 ; légèrement alcalin, renferme de l'eau et du mucus.

Il est rapidement absorbé par des villosités Et sert au transport des substances contenues dans le chyme lorsqu'elles entrent en contact avec les villosités.

Les enzymes intestinales sont élaborées dans les cellules épithéliales qui tapissent les villosités. Toute la digestion effectuée par ces enzymes a lieu à l'intérieur des cellules, à la surface de leur micro villosités. Parmi ces enzymes :

- la maltase, l'invertase et la lactase pour la digestion des glucides ;
- la ribonucléase et la désoxyribonucléase pour la digestion des acides nucléiques.

4.6- Iléum: [18, 19]

4.6.1 Anatomie macroscopique :

L'intestin grêle est la portion du tube digestif qui s'étend de l'estomac au colon. C'est un organe de digestion et d'absorption.

- **L'iléum:** Mesure 3,6m de longueur et rejoint le gros intestin à la valvule iléo-cæcale. L'iléum comme le reste de l'intestin grêle est un conduit musculo-membraneux plus ou moins aplati à l'état de vacuité, revêtant une forme régulièrement cylindrique quand il est distendu par les aliments et les gaz. L'iléum a une coloration rosée, légèrement pale ; Il décrit une série d'anses (14 à 16 anses intestinales) ; dont chacune a une longueur de 20 cm.

4.6.2 Anatomie microscopique :

Sur le plan histologique, la paroi de l'iléum est constituée par 4 tuniques, de dehors en dedans : la séreuse, la musculaire, la sous-muqueuse et la muqueuse.

- La séreuse : Se continue le long du bord adhérent des anses intestinales avec les feuilles du mésentère.

- Les tuniques musculaires et sous muqueuse sont identiques à celles du duodénum.

- La tunique muqueuse présente : des villosités ; des valvules conniventes dont les dimensions et le nombre diminuent graduellement de l'angle duodéno-jéjunal vers la terminaison du jéjuno-iléon, elles disparaissent complètement à 50cm environ en amont du gros intestin ;

- des follicules clos : On trouve dans le jéjuno-iléon, des plaques de Peyer qui sont des amas de follicules clos dessinant à la face de la muqueuse des plaques

blanchâtres d'aspect gaufré, de forme elliptique de 4 à 6cm de longueur. Elles siègent particulièrement sur la deuxième moitié du jéjuno-iléon et sur le bord libre de l'intestin

4.6.3 Rapports :

L'iléum tient de multiples rapports avec les autres organes intra abdominaux :

- En arrière : avec la paroi abdominale postérieure et organes retro péritonéaux (gros vaisseaux para vertébraux, partie sous méso colique, du duodénum, les reins, les uretères, le colon ascendant et surtout le colon descendant) ;
- En avant : il est en contact avec le grand épiploon qui couvre directement la masse intestinale et l'abdominale antérieure ;
- En haut : il répond au colon transverse ;
- En bas : il est en contact avec le colon pelvien.

4.6.4 Vaisseaux et nerfs :

- Les artères proviennent de l'artère mésentérique supérieure ;
- Les veines sont disposées comme les artères et se jettent dans la grande veine mésentérique ;
- Les lymphatiques qui sortent de la paroi de l'iléum sont les chylifères d'ASELIUS. Ils vont directement, soit aux éléments du groupe juxta intestinal, soit à ceux du groupe intermédiaire. Ces deux groupes communiquent eux-mêmes avec le groupe central dont les afférentes conduisent la lymphe de l'iléum dans le tronc lombaire gauche ou dans la citerne de PECQUET ;
- Les nerfs viennent du plexus solaire par le plexus mésentérique supérieur.

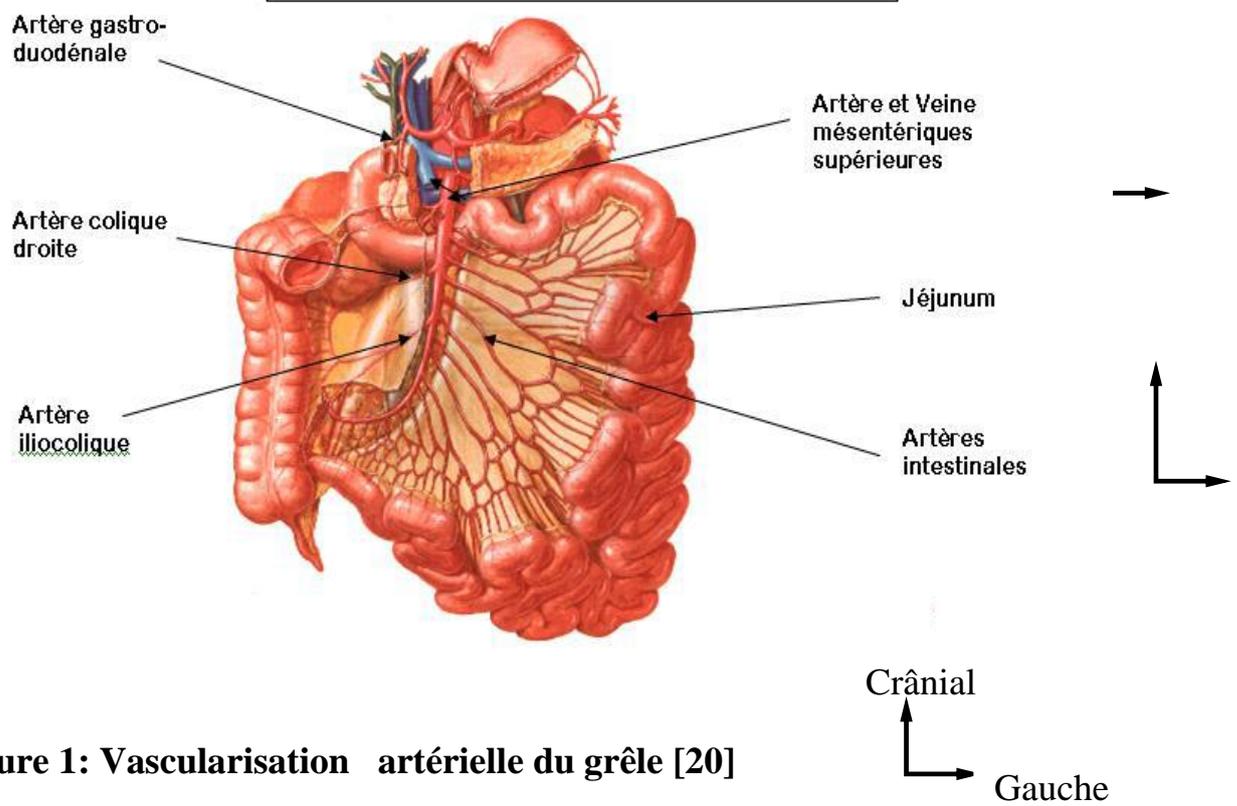


Figure 1: Vascularisation artérielle du grêle [20]

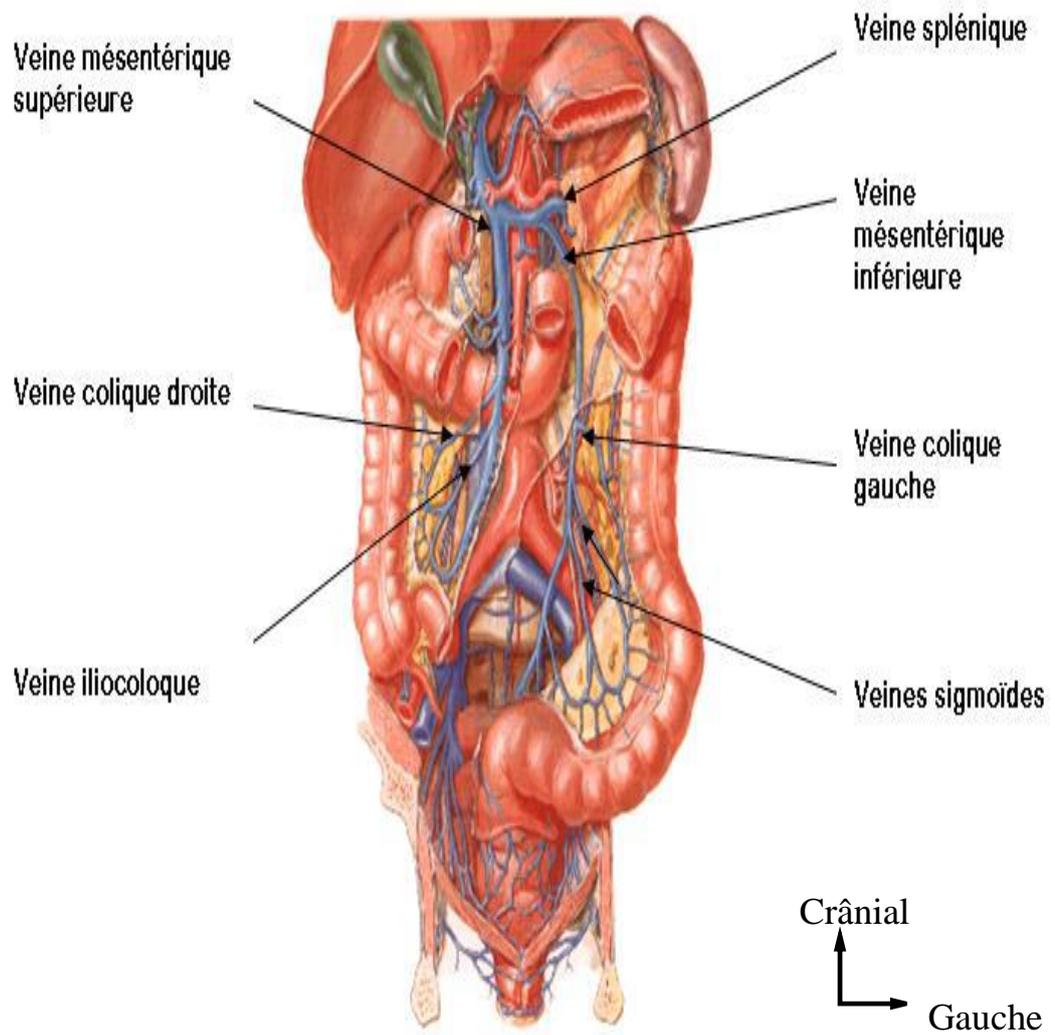


Figure 2: Vascularisation veineuse de l'intestin grêle et du colon [20]

4.6.5 Physiologie :

La fonction principale de l'iléum est la digestion et l'absorption. La présence du chyme dans le grêle entraîne la sécrétion du suc intestinal au rythme de 2 à 3 litres par jour. Ce suc de pH=7,6 ; légèrement alcalin, renferme de l'eau et du mucus. Il est rapidement absorbé par des villosités et sert au transport des substances contenues dans le chyme lorsqu'elles entrent en contact avec les villosités.

Les enzymes intestinales sont élaborées dans les cellules épithéliales qui tapissent les villosités. Toute la digestion effectuée par ces enzymes a lieu à l'intérieur des cellules, à la surface de leur micro villosités. Parmi ces enzymes :

- la maltase, l'invertase et la lactase pour la digestion des glucides ;
- la ribonucléase et la désoxyribonucléase pour la digestion des acides nucléiques

La digestion est mécanique et chimique : la digestion mécanique est assurée par les mouvements de l'intestin qui sont de deux sortes :

La segmentation est le plus important mouvement de l'intestin grêle. C'est strictement une contraction localisée dans la région contenant le chyme. Elle assure le mélange du chyme et des sucs digestifs et met les particules de nourritures en contact avec la muqueuse pour qu'elles soient absorbées. Cette segmentation ne fait pas avancer les aliments dans le tube digestif ;

Le péristaltisme propulse le chyme vers l'avant le long du tube digestif. Le chyme avance dans l'anse au rythme de 1cm par minute, il demeure donc dans l'intestin grêle de 3 à 5 heures. Le péristaltisme, tout comme la segmentation, est déclenché par la distension et réglé par le système nerveux autonome. Quant à la digestion chimique, elle constitue le parachèvement de la digestion entamée dans la bouche et dans l'estomac. Les protéines, les glucides et les lipides qui restent, sont alors digérés par l'action conjuguée du suc pancréatique, de la bile et du suc intestinal, dans l'intestin grêle. Après l'absorption des glucides, des protéines et des lipides, celle de l'eau dans l'intestin grêle reste essentiellement

hémodynamique de l'organisme. Environ 9 litres de liquides pénètrent quotidiennement dans l'intestin grêle. Ce liquide dérive de l'ingestion des liquides (environ 1,5 l). Près de 8 à 8,5 litres de liquides sont absorbés dans l'intestin grêle. La quantité de liquide restant (0,1 à 1 l) est cédée au colon. L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle s'effectue par osmose depuis la lumière jusqu'aux capillaires sanguins des villosités à travers les cellules épithéliales. Le taux normal d'absorption se situe entre 200 et 400 ml/h. l'eau traverse la muqueuse intestinale dans les deux directions. L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle est liée à celle des aliments digérés et des électrolytes afin de maintenir l'équilibre osmotique avec le sang. L'iléon est le siège de l'absorption des vitamines liposolubles telles qu'A, D, E, K et les vitamines hydrosolubles telles du groupe et la vitamine B12.

5-Les iléostomies :

5.1-Technique opératoire:

a- L'iléostomie terminale [24] :

Le principe fondamental sur lequel repose le bon fonctionnement d'une iléostomie est que le liquide intestinal corrosif ne doit pas venir en contact avec la peau. Cela n'est possible que par la confection d'une trompe intestinale qui devra plonger directement dans la poche de recueil décline, c'est-à-dire vers le bas en position debout, en dehors en position couchée. Cette trompe est obtenue par l'évagination et l'éversion sur lui-même d'un court segment intestinal extériorisé. L'intervention est réalisée par laparotomie médiane ou para médiane. Après repérage de l'emplacement de la future stomie situé dans la fosse iliaque droite en avant de la gaine des muscles droits. Une pastille cutanée est excisée. Le tissu cellulaire et l'aponévrose sont ouverts selon une incision cruciforme. Le grand droit est dissocié selon le sens de ses fibres, ménageant un orifice laissant passer largement un doigt.

Deux variantes techniques sont possibles :

b- L'iléostomie sous péritonisée:

Dans ce cas le péritoine est décollé par l'intérieur de la cavité abdominale jusqu'à l'orifice de la stomie au niveau duquel le fascia transversalis est incisé. L'anse intestinale chemine dans un tunnel sous péritonéal. Il faudra vérifier qu'il n'y a ni compression, ni tension de l'anse au niveau de ce tunnel ;

c- L'iléostomie sans sous péritonisation :

Le fascia transversalis et le péritoine sont incisés en regard de l'orifice de la stomie, l'anse iléale est amenée directement à la peau à travers cet orifice et son méso est soigneusement suturé à points séparés au péritoine de la paroi abdominale antérieure ou au ligament rond pour fermer la brèche péritonéale entre la paroi et méésentère. La dernière anse iléale sectionnée est dépouillée de son méso sur 3 à 4cm. Ce dépouillement doit être prudent et ménager le plus possible la vascularisation. Il faut s'assurer qu'au terme de ce geste, l'extrémité sectionnée de l'anse continue à saigner normalement. A l'aide d'une pince en cœur introduite par l'orifice pariétal, l'anse d'iléostomie est mise en place et amenée à la peau qu'elle dépassera de 5 à 6 cm. L'anse extériorisée est retournée en doigt de gant, selon la technique de Brooke, formant une trompe de 2 à 3 cm. le tissu cellulaire étant écarté par un écarteur de Farabeuf , un ou deux points de fil à résorption lente amarrent le méso de l'anse iléale à l'aponévrose. La confection de la trompe est achevée en suturant la sous-muqueuse du bord libre de l'intestin au tissu cellulaire sous cutané sans jamais prendre la peau. Un toucher digital de la stomie permet de vérifier l'absence de sténose pariétale puis la stomie est immédiatement appareillée.

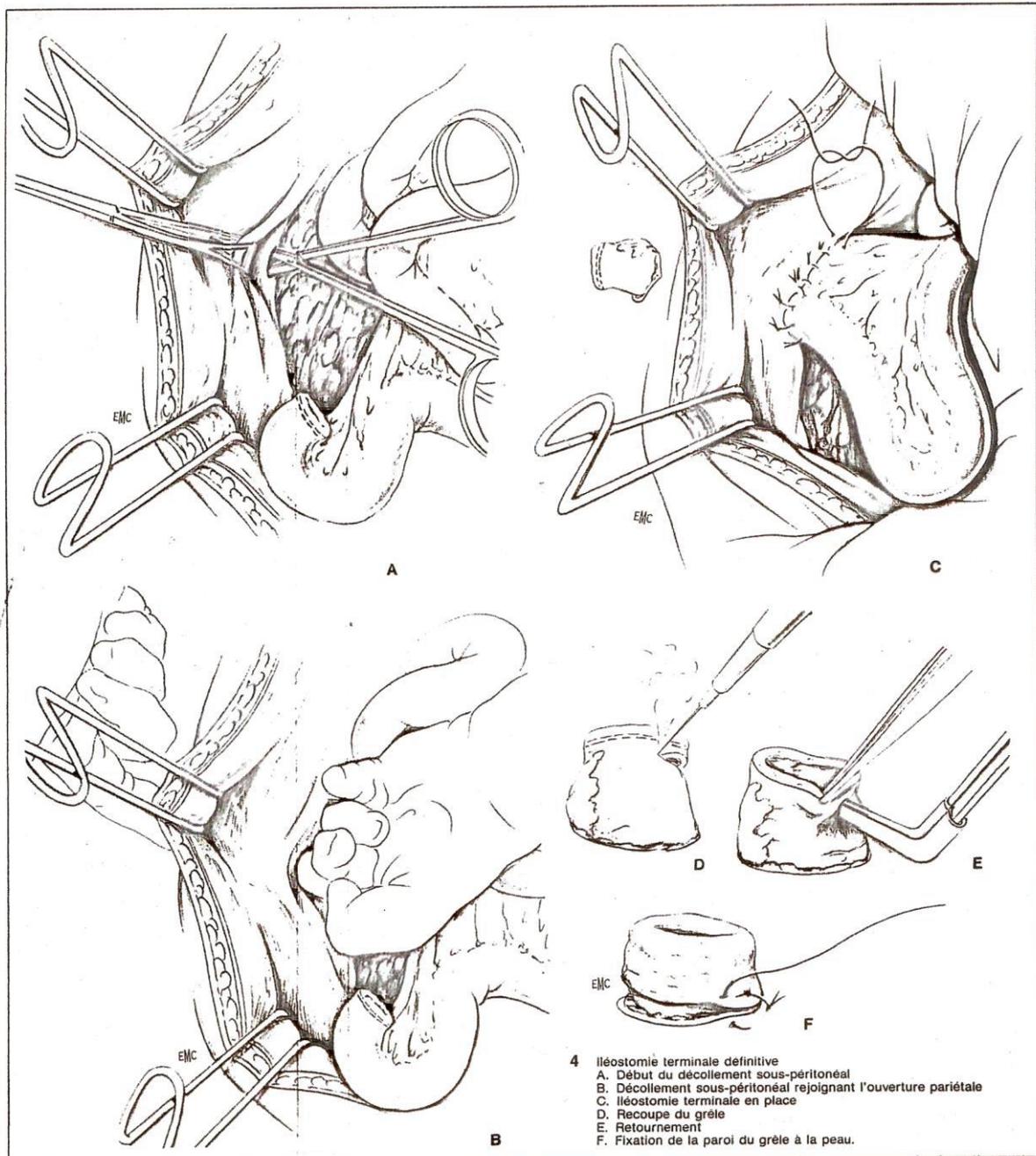


Figure 3: Iléostomie continente de Brooke [21]

d-L'iléostomie latérale terminalisée : Elle a permis de réhabiliter l'iléostomie latérale qui avait été abandonnée en raison des complications cutanées qu'elle entraînait de façon à peu près constante. Elle permet de réaliser une iléostomie latérale qui fonctionne comme une iléostomie terminale et dont la fermeture reste très facile. [8] Confectionnée par mesure de sécurité en amont d'une anastomose fragile iléo-rectale, iléo-anale. Elle comporte deux orifices : amont et aval. Elle peut être réalisée aussi bien en tant que geste complémentaire à la fin d'une autre intervention, par laparotomie, que de façon isolée, par une incision localisée. Comme dans les autres stomies : repérage de l'emplacement de la future stomie sur la face antérieure du relief du grand droit ; excision au bistouri d'une pastille cutanée ; ouverture cruciforme du tissu cellulaire sous cutané de la gaine du grand droit, dissociation des fibres du grand droit, ouverture du fascia transversalis et du péritoine dont les berges sont repérées par deux fils. Après mise en place de deux écarteurs de Farabeuf. On repère le grêle et on choisit l'anse sur laquelle portera la stomie. Cette anse est extériorisée soit à l'aide d'une pince en cœur, soit par traction sur une lancette passée à travers le méésentère, sous le grêle. Un fil noué sur la partie distale permet facilement ce repérage. Une baguette est ensuite placée sous l'anse iléale comme dans toute stomie latérale. Deux artifices techniques vont permettre à cette stomie latérale de fonctionner comme une stomie terminale :

- le premier consiste à faire effectuer une rotation de 180° à l'anse de stomie de telle façon que l'extrémité distale du grêle soit placée vers le haut (c'est-à-dire à la tête du malade), l'extrémité proximale (fonctionnelle) vers le bas. Une fois cette rotation effectuée, le méso de l'anse peut être amarré aux deux fils d'attente placés sur le péritoine ;
- le deuxième artifice consiste à inciser transversalement l'anse iléale non pas en son milieu, sur la baguette, mais sur son extrémité distale. Cette incision intéresse les deux tiers de la circonférence intestinale et permet une longueur de paroi intestinale suffisante pour être éversée au-dessus de l'extrémité proximale.

Ainsi se trouve constituée une stomie d'aspect asymétrique avec une extrémité supérieure distale petite, plate et non fonctionnelle et une extrémité inférieure proximale munie d'une trompe placée à la partie inférieure de l'orifice de stomie. Quelques points de fils à résorption lente amarrant la sous-muqueuse au tissu cellulaire sous-cutané permettent de fixer cette éversion comme dans toute iléostomie.

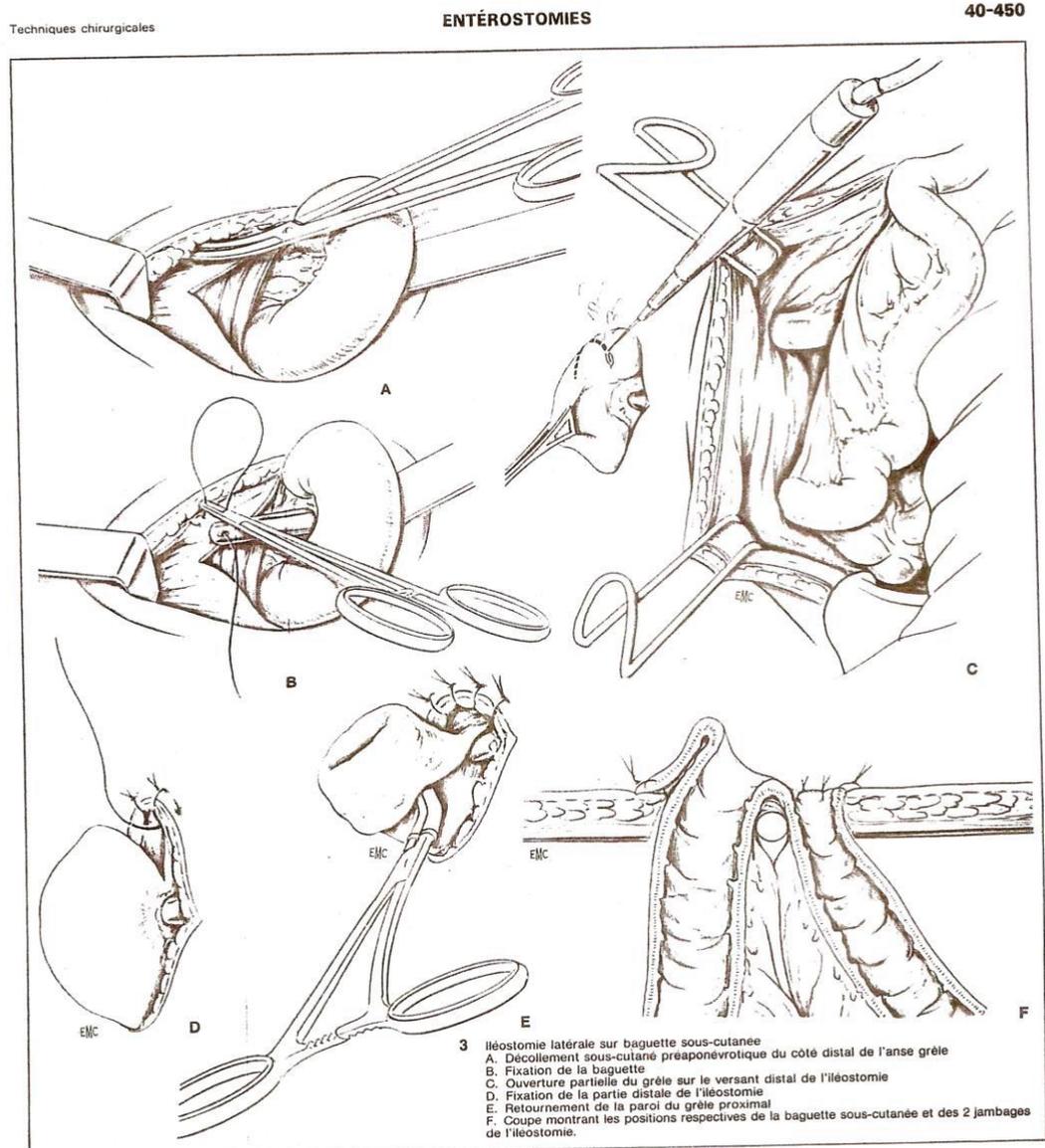


Figure 4 : Technique de réalisation d'une iléostomie sur baguette [22]

e- L'iléostomie continente de KOCK [25] :

Mise au point par KOCK dans les années 1970 après une longue expérimentation animale, l'iléostomie continente est apparue comme un progrès considérable et un espoir pour beaucoup d'iléostomies. Le développement des anastomoses iléo anales avec réservoir lui a fait perdre beaucoup de son intérêt. Il faut en outre souligner que la poche de KOCK reste une intervention délicate, grevée d'un nombre non négligeable de complications et nécessitant entre les meilleures mains un nombre important de retouche et de ré intervention. Elle impose pour être réalisée dans de bonnes conditions, un opérateur particulièrement entraîné.

Le bon fonctionnement de la poche dépend d'une multitude de détails techniques et de véritables tours des mains qui ne peuvent s'acquérir qu'au prix d'une longue expérience dont un tout petit nombre d'équipes chirurgicales spécialisées peuvent faire état.

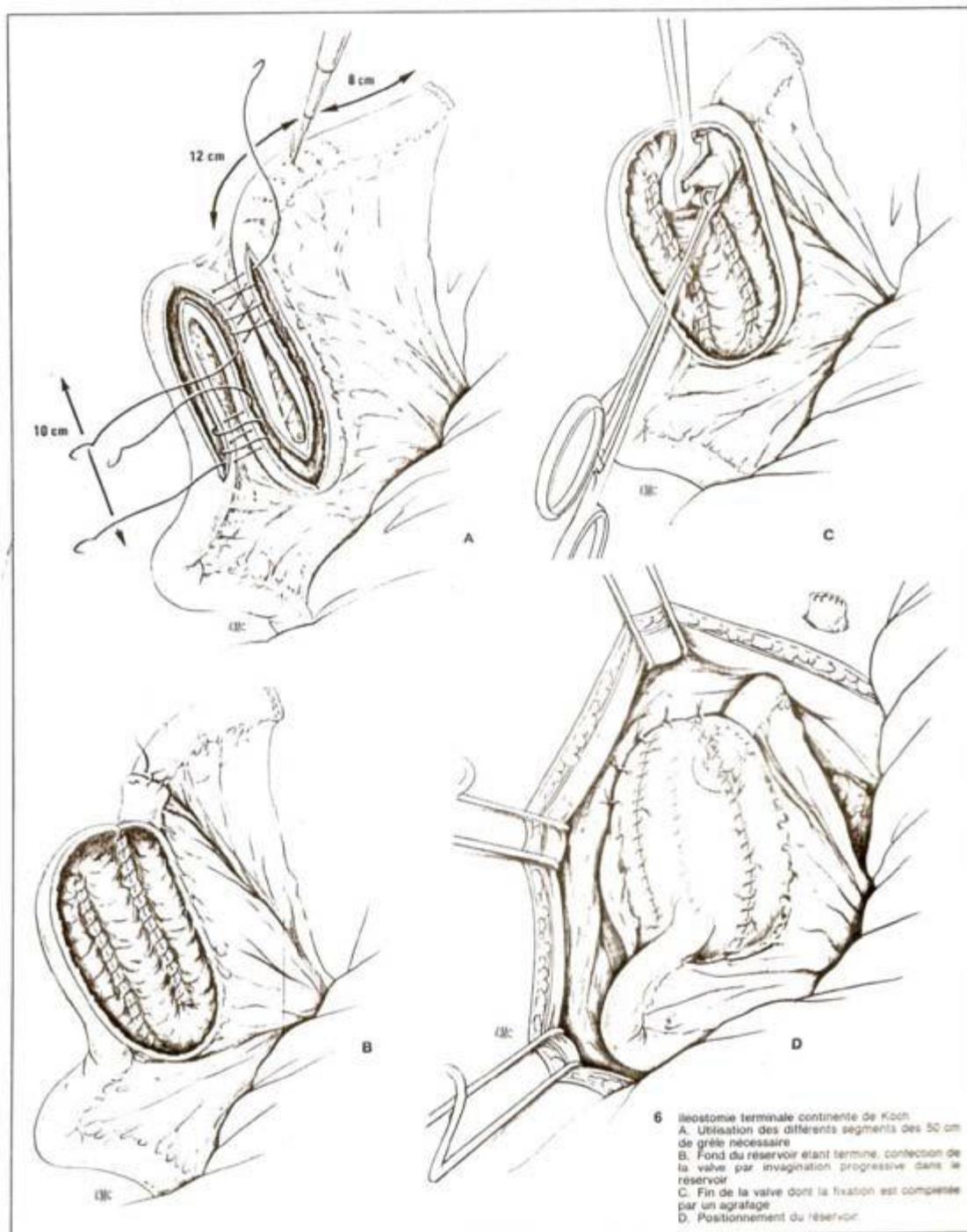


Figure 5: Technique de réalisation de l'iléostomie continente de Kock [22].

5.2-Retablissement [24] : Effectué sur les stomies temporaires ; la technique dépend de celle de la stomie

a-Fermeture des stomies latérales: Elle se fait suivant deux procédés :

Procédé extra péritonéal : consiste à libérer simplement les bords de la stomie de leur insertion cutanée, à réaliser un avivement limité de la brèche intestinale qui est suturée, sans libérer l'intestin de ses attaches péritonéales. L'intestin suturé est simplement refoulé en profondeur et la paroi musculo-aponévrotique refermée sur lui.

Procédé intra péritonéal : il importe de libérer complètement l'intestin stomisés de ses attaches pariétales, aussi bien cutanées que musculo-aponévrotiques et péritonéales. L'abord s'effectue au niveau de la stomie. Il est nécessaire pour réaliser les sutures dans de bonnes conditions de libérer l'intestin sur environ 5 centimètres de part et d'autre de l'orifice de la stomie. Le rétablissement de la continuité est réalisé par la suture latérale ou par résection termino-terminale. La suture latérale comporte une suture en points séparés de préférence au surjet. Une suture mécanique à la pince T.A est possible si le calibre de l'intestin est suffisant pour qu'une telle suture ne soit pas sténosante. La résection segmentaire apparaît préférable lorsque l'intestin est de petit calibre, lorsqu'il existe des remaniements fibreux importants ou lorsque la libération à entrainer une dévascularisation limitée, voire une plaie intestinale. Cette résection n'emporte que quelques centimètres de part et d'autre de la stomie. La continuité est rétablie par anastomose termino-terminale classique. La suture peut être manuelle ou mécanique.

b-Fermeture des stomies terminales: Nécessite toujours un abord par voie abdominale indépendante de la stomie. Deux cas sont à considérer :

Stomies doubles : la voie d'abord est une incision médiane reprenant en général l'incision initiale. Il convient d'abord de libérer soigneusement les brides et adhérences péritonéales et de réaliser une enterolyse suffisante pour avoir accès aux deux extrémités intestinales stomisées. Le rétablissement est réalisé par

anastomose termino-terminale soit par suture manuelle ou mécanique. La laparotomie est refermée par la technique habituelle. Pour la fermeture de la stomie, une incision cutanée circulaire péristomiale est d'abord effectuée. La brèche musculoaponévrotique est fermée par un ou deux points de fil à résorption lente.

5.3-L'appareillage [25] : Plusieurs critères entrent en jeu dans le choix du matériel le mieux adapté :

- Le type de stomie et de ce fait, la quantité d'élimination : les selles normales des colostomies iliaques gauches peuvent être recueillies dans les poches fermées. Les selles pâteuses des colostomies transverses et les selles liquides des iléostomies nécessitent des poches ouvertes, vidangeables munies d'un clamp de fermeture et de protecteur cutané.
- Le degré d'autonomie du patient, sa personnalité, ses activités, le temps dont il dispose pour ses soins, ses installations sanitaires.

1- Les poches:

La poche mise en place immédiatement après l'intervention peut être différente de celle que le stomisé portera plus tard et qui pourra être plus petite. Un type standard d'appareillage n'est pas défini, l'élément déterminant est la bonne tolérance par la peau du produit adhésif utilisé et l'adaptation du stomisé aux contraintes particulières de tel ou tel type d'appareillage.

a- L'appareillage monobloc: La poche est livrée sur un support adhésif. L'orifice par lequel passe l'intestin est soit calibré d'emblée, soit découpé avant utilisation. Il est préférable d'utiliser les adhésifs microporeux, qui évitent les problèmes liés au décollement répétés de la poche.

b- les poches avec protecteurs cutanés :

Elles permettent de protéger la peau en cas de selles irritantes ou d'allergie aux adhésifs.

c- Les poches avec anneau de Karaya et ceinture : L'avantage provient du karaya dont la gomme possède des pouvoirs cicatrisants. Son inconvénient est qu'elle se délite rapidement à la chaleur et oblige à des changements fréquents.

d- l'appareillage avec ceinture sans adhésif : Il est peu utilisé, mais peut rendre des services à des personnes peu actives en raison de leur âge ou en cas de prolapsus volumineux ou inopérable de la stomie.

e- Le système deux pièces : Il est constitué d'un support adhésif pré calibré ou à découper, sur lequel vient s'adapter la poche collectrice, par emboîtement de collerettes plastiques ou par adhésion. L'avantage réside dans le maintien de la poche pendant plusieurs jours. Seule la poche est changée suivant les besoins.

2- Les accessoires : Ils facilitent et améliorent le confort du stomisé :

La ceinture qui n'est pas nécessaire sauf exception ;

- les filtres : les odeurs sont absorbées par le charbon actif qui les compose ;
- les couvre poches : ce sont des enveloppes de coton tissé dans lesquelles se glisse la poche. Son intérêt est d'éviter le contact avec la matière plastique de la poche qui peut être irritante pour la peau. Elles ont aussi un intérêt esthétique car dissimulent la poche et son contenu ;
- les films protecteurs : ils améliorent la tenue de l'appareillage et protège la peau.
- les solvants : ils facilitent le décollement et suppriment le résidu adhésif ;
- les pâtes protectrices : servent de joint entre la stomie et l'appareillage ;
- les sacs jetables : servent d'emballage à la poche à jeter, évitent les mauvaises ; odeurs dans la poubelle et apportent de plus une certaine discrétion

3- La réalisation de l'appareillage d'une stomie [25] : Elle comporte quatre étapes :

- mesure du diamètre de la stomie, à l'aide des anneaux de mesure existant dans les boites de poches, et qui permettent d'effectuer le calibrage ;
- nettoyage de la peau avec de l'eau ou du savon, le séchage doit être parfait ;

- pose de poche : effectué minutieusement, en commençant par la partie inférieure ; ce qui permet de recueillir rapidement un écoulement intempestif ;
- entretien : en cas de système fermé, la poche est changée une à deux fois par 24heures. Les colostomisés choisissent le temps de ce soin en fonction de leur mode d'élimination souvent bien réglé.

Les dix commandements des stomies [19] :

- 1-L'emplacement de la stomie doit toujours être repéré avant l'intervention ;
- 2-Les stomies doivent toujours être pratiquées à travers les muscles grands droits
- 3-La vascularisation de l'intestin stomisé doit être parfaite ;
- 4-L'orifice de traversée pariétale doit admettre juste deux doigts ;
- 5-Chaque fois que cela est possible, la stomie doit être sous péritonéale ;
- 6-L'amarrage d'une stomie à la paroi se fait uniquement par le méso
- 7-La pose de points d'amarrage sur l'intestin doit être évité car souvent à l'origine de fistules ;
- 8-Le bord de la tranche intestinale doit être suturé au tissu cellulaire et non à la peau ;
- 9-La perméabilité de la stomie doit toujours être contrôlée au doigt à la fin de l'intervention ;
- 10-La stomie doit toujours être appareillée en salle d'opération avec un appareillage transparent permettant la surveillance de l'intestin stomisé.

5.4-Indications [26] :

Les iléostomies peuvent être temporaires ou définitives et si les premières voient leurs indications s'élargir, en particulier dans le cadre d'une chirurgie d'urgence, les secondes, les voient réduites, car la prosectomie ne suit plus la colectomie totale en pathologie inflammatoire ou tumorale colorectale.

a- Les iléostomies définitives : terme ultime d'une colo-prosectomie effectuée en un ou plusieurs temps ; il s'agit ici d'iléostomies terminales de vidange dont les principales indications sont :

Les cancers multiples du côlon et du rectum, qu'ils soient simultanés ou successifs, imposeront de toute façon à terme la colo-prostectomie avec iléostomie définitive.

La polypose recto-colique diffuse n'est plus synonyme de colo-prostectomie d'emblée depuis que Francillon a préconisé la colectomie totale, suivie d'anastomose iléo-rectale, avec destruction des polypes rectaux. La prostectomie avec iléostomie définitive ne garde d'indication qu'en présence d'une transformation maligne des polypes rectaux.

La recto-colite hémorragique : hormis les cas où il existe une sténose rectale et une microrectie exposant à une incontinence extrêmement invalidante, la majorité des auteurs depuis les travaux d'Aylett, s'efforce d'être conservatrice vis-à-vis du rectum. Néanmoins, la prostectomie secondaire avec iléostomie définitive peut être imposée devant :

- l'apparition d'un cancer ou d'une dysplasie grave sur le rectum restant,
- l'apparition d'une rectite qui peut être aiguë, post-opératoire, suivant la colectomie, ou tardive à distance de l'intervention, un mauvais résultat fonctionnel du fait d'un réservoir rectal insuffisant, entraînant des selles fréquentes diurnes et nocturnes.
- Maladie de Hirschsprung : dans sa forme totale colique.

b- Les iléostomies temporaires : elles sont effectuées dans deux circonstances : Soit pour protéger une anastomose iléo-rectale, colo-colique, elles sont donc prophylactiques et facilitent la cicatrisation d'une anastomose iléo-rectale si la qualité du rectum n'est pas jugée satisfaisante, éventualité fréquente après une colectomie totale pour colite inflammatoire. Elle peut être latérale sur baguette ou bi tubulée.

Soit à titre de sauvetage dans les péritonites graves généralisées, elles sont donc curatives.

- Les invaginations intestinales aiguës avec nécrose ou perforation.
- Les péritonites par perforation typhique ou traumatique.

-Les atrésies multiples du grêle.

-La maladie de Hirschsprung dans sa forme totale.

5.5- Les complications :

La fréquence des complications des stomies varie selon les séries de 5 à 30% [25]. Leur incidence est influencée par la technique opératoire, la morphologie du patient (obésité ou maigreur) et par le type de la d'iléostomies. Les complications des iléostomies sont à peu près identiques à celles des colostomies, mais certaines sont spécifiques à un type d'iléostomie [27].

a- Les complications précoces [26]:

Elles surviennent dans la période post opératoire (J1 à J30) et présentent une gravité variable. Leur fréquence se situe entre 15 et 30%. Elles résultent souvent d'une difficulté et ou d'une imperfection technique. Une surveillance régulière de la stomie s'impose donc dans les suites opératoires.

Hémorragie péristomiale [25,28] :

Conséquence d'un défaut d'hémostase au niveau de la paroi, de l'intestin, de la tranche de section, du méso côlon ou du mésentère. Dans ce dernier cas, l'hémorragie peut ne pas être extériorisée, responsable d'un hémopéritoine une réintervention d'urgence est nécessaire [28].

L'œdème et la cyanose Transitoires de la stomie : Résultent de troubles circulatoires locaux occasionnés par un trajet pariétal étroit. Ces incidents n'ont que peu de conséquences et sont spontanément réversibles [13].

Nécrose : facilement reconnaissable au changement de coloration de l'intestin, qui devient cyanosé puis noire ; elle peut être due à une dévascularisation excessive de l'intestin, à une tension excessive de celui-ci, à une torsion de son méso ou à une striction dans un trajet trop étroit ; sa fréquence représente actuellement moins de 5% des complications des stomies [13]. C'est la principale cause de mortalité directement liée à la confection d'une stomie. Si le sphacèle est limité à la muqueuse, une surveillance rigoureuse permet d'éviter une reprise chirurgicale ; par contre si la nécrose s'étend à toute la partie visible

de l'intestin, il n'est alors possible de préjuger l'état sous-jacent ; la réintervention s'impose [26].

Rétraction : elle est presque toujours la conséquence d'une malfaçon technique [26]. La rétraction est surtout due à une tension excessive de la stomie, souvent secondaire une insuffisance de mobilisation, d'extériorisation ou de fixation de l'intestin notamment s'il existe une obésité de paroi ou du méso. Elle représente 10% des complications. Les stomies terminales sont les plus exposées à cette complication de même que les stomies latérales sur baguette, lorsque la tension sur celle-ci est trop grande entraînant le cisaillement de la paroi intestinale Elle est soit :

-partielle : la boucle stomiale demeure plus ou moins accrochée à la peau et sa rétraction la maintient à la hauteur du tissu sous. La cicatrisation se fera presque toujours en sténosant l'orifice cutané. Des dilatations digitales et souvent une réintervention à distance sont nécessaire.

-totale : la boucle stomiale s'enfonce plus ou moins dans la profondeur pariétale. Une reprise d'urgence est impérative. Elle expose à un risque d'abcès péristomiale ou de péritonite selon que le trajet soit intra ou sous péritonéal [2].

Fistules : elles sont la conséquence de la déchirure de la paroi intestinale par des points transfixants. Elles peuvent être superficielles (sous cutanées) ou profondes (sous aponévrotiques), avec un risque de péritonite. Dans ce cas une reprise chirurgicale est nécessaire [24,25, 13]. Les fistules dans le trajet pariétal se voient surtout sur une anse pathologique distendue ou traumatisée [28].

Eviscérations stomiales et péristomiales : Rare ; défini comme l'issue d'épiploon ou d'une anse grêle à côté de la stomie [13]. Elle est la conséquence d'une faute technique [26]; elles sont plus fréquentes avec une stomie latérale sur baguette qu'avec une stomie terminale ; du fait que la première nécessite un orifice plus large pour l'extériorisation [11; 29]. L'éviscération colique est exceptionnelle et sans gravité. Elle sera traitée par recoupe, fixation du colon au plan aponévrotique correctement exposé par les écarteurs de Farabeuf ; point

seromusculaire de fil fin à résorption lente et fixation itérative à la peau [24]. L'éviscération péristomiale est favorisée par un orifice aponévrotique trop large, une mauvaise fixation du mésentère au péritoine lors de la réalisation des iléostomies terminales [27]. Elle est beaucoup grave. L'occlusion par strangulation qu'elle provoque doit être traitée par laparotomie sans toucher à la stomie et après billette et réintégration du grêle, par la fermeture en dehors de brèche pariétale, au besoin renforcée par un point de Vicryl [24].

Occlusion postopératoire : l'occlusion aigue du grêle peut être comme après toute laparotomie sans relation directe avec la stomie (elle est liée aux brides). Mais elle peut aussi résulter de l'étranglement d'anses grêles dans la fenêtre pariétale ouverte entre la paroi et l'intestin lorsque le trajet de la stomie est intra péritonéal. Il faut toujours penser à cette possibilité et en assurer la prévention par la réalisation d'une stomie sous péritonéale ou par la fermeture systématique de la brèche pariéto-colique. Généralement précoce, ce type de complication peut également survenir secondairement à distance de l'intervention [23]. L'occlusion colique précoce se traduit par l'absence de reprise du transit. Il faut distinguer l'iléus paralytique postopératoire banal avec reprise retardée du transit, d'un problème mécanique dû à une faute technique : sténose pariétale aponévrotique ; torsion colique ; volvulus. L'examen de la stomie, le toucher digital et le sondage sont d'un grand secours [23]. L'attitude est l'observation avec mise en place d'une sonde nasogastrique, si le transit ne reprend pas de façon adéquate ; la chirurgie s'impose [2].

Suppuration pariétale : représente près de 20% de l'ensemble des complications des stomies. Elle peut être superficielle et sans danger ou au contraire provoquer une cellulite profonde pariétale plus ou moins extensive et qui impose une antibiothérapie immédiate. Elle peut évoluer vers la constitution d'un phlegmon parfois rapidement abcédé. Celui-ci peut guérir en s'ouvrant spontanément par une désunion de la suture muco-cutanée. Lorsqu'une incision de cette collection paraît nécessaire, elle doit être effectuée, dans la mesure du

possible à distance de la stomie pour ne pas gêner l'appareillage. Cette infection peut résulter d'une inoculation pariétale lors de la confection de la stomie, d'une fistule due à un point de fixation perforant ou d'un hématome para colique infecté. L'infection résulte parfois des complications précédentes (rétraction, nécrose) [13].

b- Les complications tardives : elles représentent des 3/4 des complications [29]. Elles surviennent secondairement après un délai plus ou moins long. Leur gravité est rarement vitale, mais elles ont souvent des conséquences fonctionnelles dues aux difficultés d'appareillage qu'elles entraînent [13].

L'éventration : l'éventration au niveau de la stomie est relativement fréquente. C'est une complication qui survient dans près de 10% des colostomies. Elle est plus rare après l'iléostomie. Elle est due à un orifice musculo-aponévrotique trop large ou à une faiblesse progressivement acquise à ce niveau. Elle peut donc survenir plus ou moins tardivement après l'intervention [15, 13]. Ainsi PRIAN distingue :

- les éventrations précoces par malfaçon chirurgicale apparaissant dans les 6 mois postopératoire.
- les éventrations tardives favorisées par une déhiscence pariétale et une hypertension intra-abdominale. Selon MALAFOSSE, il existe deux grands types: Les éventrations péristomiale, véritables soufflures de la paroi centrées par l'orifice de la stomie il existe là une déhiscence pariétale globale, et les éventrations péristomiale latéralisée par rapport à celui-ci. Il existe une brèche pariétale avec un sac péritonéal contenant le plus souvent des anses grêles [23]. Les petites éventrations n'entraînent pas de gêne fonctionnelle, ce qui n'est pas le cas des volumineuses éventrations. Aucune technique ne permet d'éviter à coup sûr cette complication [13]. Dans la plupart des cas, la reprise de ces éventrations ne s'impose pas. Seules les formes volumineuses avec gêne fonctionnel importante peuvent faire discuter l'indication opératoire qui doit être

envisagée avec prudence, car le risque de récurrence est important. Les techniques utilisées sont [24] :

- La transposition de la stomie ;
- La réparation directe sans matériel prothétique ;
- La réparation avec matériel prothétique [23] ;

Le prolapsus : sa fréquence est de 20% [27]. Le prolapsus est une évagination de la paroi intestinale par l'orifice de la stomie. Survient aussi bien sur stomie latérale que terminale. Il prend parfois des proportions importantes (10 à 15 cm) et devient alors très gênant. Il révèle parfois une faute technique : anse trop longue et mobile à trajet intra péritonéal ; un orifice pariétal trop large ou fixation insuffisante d'une iléostomie terminale. Sa prévention peut donc être assurée par la fixation du méso au péritoine pariétal ou mieux encore par la confection d'une stomie à trajet sous péritonéal. Ce procédé volontiers utilisé de nos jours pour les stomies terminales a diminué la fréquence de prolapsus qui survenait dans près de 30% des cas après colostomie. Les colostomies latérales sont donc aujourd'hui particulièrement exposées à cette complication. La réintégration souvent difficile du prolapsus est de courte durée. Seules les formes importantes doivent être traitées chirurgicalement. La simple résection expose à la récurrence. Mieux vaut donc, si possible refaire la stomie en utilisant une technique assurant la prévention du prolapsus [13].

La sténose : elle est favorisée par une résection pariétale ou cutanée trop petite, une rétraction de la stomie, ou plus souvent par les lésions inflammatoires cutanées péristomiale [27], une nécrose intestinale limitée [24]. Les colostomies planes y sont plus exposées que les iléostomies saillantes. Souvent relative, la sténose n'a pas de conséquence sur le transit intestinal. Parfois plus serrée, elle peut gêner le passage des matières provoquant surtout au niveau du colon gauche, une stase avec formation de fécalomes en amont de la stomie responsable d'une gêne permanente. La dilatation digitale ou instrumentale de la sténose n'est suffisante que lorsque celle-ci est peu serrée. Dans la majorité des

cas, un geste chirurgical s'impose. Il est préférable de refaire la stomie en agrandissant l'orifice cutané avec une bonne suture colo cutanée.

Les saignements de la stomie : sont assez fréquents et sans conséquences [27, 13]. Ils sont dus à une irritation de la muqueuse ou à des microtraumatismes provoqués par un appareillage mal adapté ou par des soins locaux inappropriés. La suppression de ces facteurs exogènes et l'adoption de nouvelles habitudes suffisent bien souvent à venir à bout de cet inconvénient. Ces saignements superficiels doivent être différenciés des saignements d'amont d'origine colique qui teintent les selles. Ces derniers devront toujours être soumis à un avis médical et à des examens complémentaires (endoscopie).

Les complications cutanées péristomiales:

Les complications cutanées péristomiales sont toujours invalidantes, car responsables d'importants problèmes d'appareillage. L'amélioration actuelle des soins locaux et des matériels utilisés en a diminué la fréquence, qui varie de 49 à 74% selon les séries [13] [27]. Le traitement de ces complications cutanées relève généralement des conseils d'un stomathérapeute. Les complications cutanées ont différent degré de gravité allant du simple érythème à la dermite sur-infectante eczématiforme ulcérée et parfois infectée. Les causes de ces infections sont multiples : L'origine enzymatique est due au contact des matières avec la peau, notamment chez l'iléostomisé ou chez le colostomisé en cas de diarrhée. Dans ce cas, un facteur bactérien peut aggraver les causes purement chimiques. L'origine mécanique irritative est due aux micros traumatismes provoqués par l'appareillage, des soins locaux intempestifs des rasages répétés ou l'utilisation de matériel irritant ou allergisant (éther, éosine, alcool, matières plastiques etc....) [13]. Une hypersudation, une fragilité cutanée ou une affection dermatologique comme le psoriasis peuvent être en cause. Les lésions observées sont [2]:

-l'excoriation : la région irritée est rouge, douloureux, suintante et parfois sanglante. La peau lésée est incommodée par le toucher et la mise en place de la poche.

-la folliculite : inflammation du follicule pileux péristomiale ; elle se manifeste par une rougeur à la base du follicule.

-la dermatite de contact : démangeaison, sensation de brûlure, peau humide et dénudée sont les manifestations les plus courantes. Ces irritations sont évitées par des soins locaux attentifs. Le traitement consiste à interdire provisoirement l'appareillage ; à protéger la peau avec des pommades épaisses ; à appliquer des corticoïdes (dans les folliculites et dermatites) ; à freiner le transit par l'extrait parégorique ou thébaïque [2, 28].

-les mycoses : Elles se développent autour de stomie, milieu humide, chez un patient affaibli et dénutri. Elles peuvent causer des démangeaisons et de la rougeur autour de la stomie et se propagent parfois à l'aine. Il suffit de nettoyer la peau avec soins et de bien la sécher. En cas de persistance, un corticoïde en spray est appliqué puis une poudre antifongique. Une fois le surplus de poudre est supprimé au pinceau, la poche est adaptée. En cas de contact, un sac en coton empêchera la région touchée de devenir tiède et humide [28].

Les troubles du transit : Les troubles du transit ne sont pas vraiment des complications de la stomie, mais peuvent avoir certaines conséquences à son niveau, notamment en cas de diarrhée importante (déperdition ionique, atteinte cutanée péri stomiale, difficultés d'appareillage, etc...). On doit régulariser le transit par une meilleure hygiène alimentaire et par une désinfection intestinale appropriée. Bien entendu, les irrigations coliques doivent être suspendues pendant les épisodes diarrhéiques survenant chez les colostomies [13].

Dérivation incomplète : Elle résulte de l'insuffisance de l'éperon. Elle peut être très gênante, supprimant le bénéfice de la stomie ; et requérir un traitement. Celui-ci consiste à terminaliser la stomie par application d'une agrafeuse linéaire

sur le segment d'aval abordé par voie locale. La section du colon après cet agrafage n'est pas nécessaire pour les stomies provisoires [24].

3- Complications métaboliques [27]:

Déplétion sodée et hydrique :

Les iléostomies ont une perte d'eau et de sodium fixe par la stomie. Si les apports en eau et en sodium sont insuffisants, une déshydratation et une hypovolémie s'installent rapidement malgré la réponse adaptée des reins. Ces complications sont plus fréquentes et plus sévères en cas d'iléostomie préterminale. La loperamide au long semble le médicament de choix en cas de débit iléal élevé. Un analogue de la somatostatine semble efficace lorsque les pertes iléales sont supérieures à 4 litres.

Autres déplétions : ce sont la déplétion potassique par fuite urinaire secondaire à une déplétion sodée et celle du magnésium dont le signe habituel est la tétanie lié à l'hypocalcémie secondaire à déficit en magnésium. . Parfois la résection de la dernière anse iléale peut être à l'origine de carences en vitamines K et B12.

Carence en vitamine B12 : chez certaines iléostomies, en l'absence de résection iléale, on observe une diminution de l'absorption de la vitamine B12 ; il est possible qu'une modification de la flore bactérienne de l'iléon terminal soit en cause. En cas de résection iléale distale, il existe une malabsorption de l'acide folique et de la vitamine B12, motivant un traitement vitaminique au long cours.

Lithiase urinaire : sa prévalence varie de 7 à 18% selon les séries pour un taux maximal de 3,8% dans la population générale. La lithiase urique qui habituellement représente moins de 10% de l'ensemble des calculs urinaires, est en cause dans 60% des cas chez les iléostomisés. Elle est liée à l'élimination d'urines acides et concentrées qui favorisent la précipitation d'acide urique. Pour certains auteurs en l'absence d'alitement (affection aiguë, complications postopératoires), l'iléostomie ne serait pas à elle seule, un facteur favorisant la lithiase.

Lithiase biliaire : sa prévalence est significativement augmentée chez les patients ayant une résection iléale supérieure à 10 cm. Le traitement par acides biliaires est contre-indiqué chez l'iléostomisé car il entraîne une diarrhée. Seules l'habitude de boissons abondantes et la prise régulière de sel peut éviter ces perturbations

c- Les complications particulières [13]: Leurs circonstances d'apparition sont très variables. Bien que beaucoup moins fréquentes que les complications classiques, elles méritent d'être connues.

Les stomies continentales : peuvent présenter des complications particulières. L'iléostomie continente de Kock peut être responsable de fistules ou d'occlusions post opératoires. A distance ces complications peuvent également s'observer, mais plus encore la désinvagination de la valve avec perte de la continence ou la « pochite » infectieuse avec diarrhée importante et désordre métaboliques nécessitant le retour à une iléostomie classique. La colostomie continente (procédé de SCHMIDT) n'entraîne que peu de complications à condition d'en bien maîtriser la technique. La colostomie avec anneau magnétique peut être responsable d'accidents septiques locaux mais elle est aujourd'hui abandonnée.

La fermeture d'une stomie latérale de protection : n'est pas exempte de complications (fistules, suppurations pariétales). Elles s'observent dans 20 à 30% des cas pouvant même provoquer le décès dans près de 1% des cas. Les rétablissements de continuité après opération de HARTMANN n'échappent pas à ce risque, c'est dire que toute intervention dans ce domaine doit être envisagée avec prudence et réalisée avec une grande rigueur technique.

La récurrence de la maladie initiale:(cancer, colite ulcéreuse) est toujours possible sur une iléostomie ou sur une colostomie. Toute anomalie d'aspect sur la muqueuse de la stomie doit provoquer un bilan intestinal complet (endoscopie) et une biopsie de la zone suspecte.

Les perforations iatrogènes : Les perforations iatrogènes de l'intestin, en général du colon, au voisinage de la stomie sont des complications d'apparition récente. Elles compliquent rarement l'irrigation colique car les canules utilisées actuellement évitent ce genre d'accident.

Ce sont surtout les endoscopies pratiquées par la stomie qui en sont responsables. La perforation sous péritonéale provoque un abcès ou une cellulite péri colique du flanc gauche qui doit être traitée par une laparotomie avec suture protégée de la perforation (inconvenient d'une double stomie) ou mieux avec résection du segment d'aval et confection d'une nouvelle colostomie. Les complications aiguës des stomies peuvent être graves et entraîner des traitements chirurgicaux d'urgence. Les complications chroniques sont souvent améliorées par des soins locaux appropriés. Lorsqu'elles sont responsables d'un gêne fonctionnel important, elles nuisent à la bonne réinsertion du stomisé.

METHODOLOGIE

II-METHODOLOGIE

1-Cadre et lieu de l'étude :

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. Situé dans le centre administratif de la ville de Bamako (Commune III), le Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier populaire de Médinacoura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord par le quartier général de l'Etat-Major de l'Armée de Terre, au Sud par la gare du chemin de fer du Mali. Ancien dispensaire, le Centre Hospitalier Gabriel Touré est une structure sanitaire érigée en hôpital le 17 février 1959 et porte le nom Gabriel Touré en mémoire d'un étudiant soudanais en Médecine mort de peste contractée au chevet de son malade. L'hôpital est devenu un Centre Hospitalier Universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996.

Dans l'enceinte de cet établissement, on retrouve au nord le pavillon Benitieni Fofana et à l'étage (de la partie centrale vers l'ouest) respectivement les services de chirurgie générale et pédiatrique.

Les locaux :

Neuf bureaux : pour le chef de service, les médecins, le major, le secrétariat, les faisant fonctions des internes, la salle de garde pour les infirmiers et les archives.

Sept salles d'hospitalisation :

- deux salles de première catégorie,
- deux salles de deuxième catégorie,
- trois salles de troisième catégorie dont une réservée pour les brûlés.

Le bloc opératoire situé à l'étage, à l'angle Est du pavillon est constitué de :

- cinq (5) salles opératoires dont une salle réservée au programme opératoire de la chirurgie pédiatrique,
- un (1) vestiaire,
- un (1) box d'attente pour les patients à opérer et
- une (1) salle de soins post interventionnel.

Le service de chirurgie pédiatrique à son bloc à froid au sein du bloc technique pour les interventions programmées. La prise en charge des cas urgents est faite dans le bloc du Service d'Accueil des Urgences.

Le personnel : Les chirurgiens sont au nombre de sept (7) dont un professeur, qui est le chef de service, deux Maîtres Assistants en chirurgie pédiatrique et un chirurgien plasticien.

Trois assistants médicaux dont un jouant le rôle de major, un infirmier d'état, trois aides-soignants et deux techniciens de surface.

Des étudiants en fin de cycle de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) faisant fonction d'internes, des étudiants stagiaires de la FMOS (Faculté de médecine et d'odontostomatologie) et de L'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé).

Des médecins inscrits au DES (Diplôme d'études Spécialisées) de chirurgie générale et de pédiatrie.

Activités : Le service de chirurgie pédiatrique a pour activité :

- les consultations externes qui ont lieu du lundi au vendredi, les interventions chirurgicales au bloc à froid se font le lundi, mercredi et les urgences tous les jours.
- les hospitalisations se font chaque jour et à tout moment.
- la visite se fait du lundi au vendredi à partir de 8 heures et la contre visite est effectuée par l'équipe de garde.
- le staff des spécialités chirurgicales a lieu chaque vendredi dans la salle de staff du service de gynécologie et obstétrique. Le staff du service de chirurgie pédiatrique se tient chaque matin du lundi au jeudi à partir de 7h45mn.
- les étudiants faisant fonction d'internes sont répartis en groupes de rotation hebdomadaire entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe, et le service des urgences chirurgicales.
- Le programme opératoire du bloc à froid s'établit chaque jeudi à partir de 14 heures. C'est au cours de ce staff que se font la lecture des dossiers et la présentation de cas cliniques.

2-Type d'étude

C'est une étude retro-perspective et descriptive.

3-Periode d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 8 ans allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2020.

4-Echantillonnage :

Nous avons procédé à un recrutement systématique de tous les patients allant de 0 à 15 ans ayant eu une complication de l'iléostomie et dont la prise en charge a été faite dans le service de chirurgie pédiatrique.

5-Critères d'inclusion :

Tout patient ayant fait une complication de l'iléostomie et dont la prise en charge a été faite dans le service pendant la période d'étude.

6-Critères de non inclusion :

Tout patient n'ayant pas présenté des complications de l'iléostomie ou dont le dossier médical était incomplet.

7- Patients et méthodes: L'étude a comporté :

- une phase de recherche bibliographique (3 mois)
- une phase d'élaboration de la fiche d'enquête (2 mois)
- une phase de collecte des données (5 mois)
- une phase de saisie et analyse des données. (2 mois)

Tous les patients recrutés entre le 1^{er} janvier 2012 au 31 Décembre 2020 ont bénéficié d'un examen clinique soigneux à savoir :

- un interrogatoire à la recherche des signes fonctionnels, de l'histoire de la maladie, des antécédents médicaux et chirurgicaux.
- un examen physique complet de la tête au pied à la recherche de signes physiques.

Le bilan para clinique était constitué selon les cas : Groupage-Rhésus, les taux d'hémoglobine et d'hématocrite (Anémie : Hb<14g/dl chez le nouveau-né; Hb<11g/dL chez l'enfant), l'échographie abdominale, l'A.S.P.

Le coût de la prise en charge a été évalué pour chaque patient. Il englobait les dépenses directes faites par le patient à savoir :

- les frais de consultation
- les frais du kit opératoire
- les frais d'ordonnance
- les frais des examens complémentaires
- les frais d'hospitalisation.

Le questionnaire : Sa mise au point a duré 2 mois et a été élaboré par nous-mêmes et corrigé par le directeur de thèse. Elle comportait des variables réparties en:

- données administratives : Age, sexe, nationalité, adresse, ethnie et durée d'hospitalisation, délai de complication.

-paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens complémentaires), types d'iléostomie, complication locale, complication générale et complications précoce et tardive. -

-un résultat était considéré comme normal si l'examen ne décelait aucune anomalie.

-suites opératoires à court et moyen terme : La complication était dite précoce lorsqu'elle survenait avant le 30^{ème} jour de l'intervention [27]. Elle était tardive au-delà des 30 jours.

- coût de la prise en charge.

La collecte des données : Elle a été faite sur une fiche d'enquête individuelle remplie à partir des dossiers médicaux, des registres de consultation, des comptes rendus opératoires et les registres d'hospitalisation du service de chirurgie pédiatrique. Chaque malade avait un dossier dans lequel est portés toutes les données administratives, cliniques, diagnostiques, les traitements reçus et l'évolution de la maladie.

L'analyse des données :

La saisie de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Word.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels Epi-Info Version 6.02 fr et SPSS version 22. Les tests de comparaison utilisés étaient le Chi² et Chi² corrigé de Yates avec un seuil de signification $p < 0,05$.

L'analyse descriptive a consisté au calcul des fréquences absolues et relatives pour les variables qualitatives, et des paramètres de positionnement et de dispersion pour les variables quantitatives par l'intervalle de confiance à 95% avec un seuil de signification de $p \leq 0,05$.

Définitions opérationnelles :

- Nouveau-né : patient de 0 à 28 jours

- Nourrisson : patient ayant un âge compris entre 29 jours et 30 mois.

- Petit enfant : patients ayant un âge compris entre 31 mois et 78 mois

- Grand enfant : patient ayant un âge compris entre 79 mois et 180 mois

RESULTATS

III-RESULTATS

1-Fréquence hospitalière:

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 44 cas de complications d'iléostomie

Ce qui a représenté :

-0,24% des consultations pour un total de 18329

-0,67% des hospitalisations pour un total de 6537

-1,05% des interventions pour un total de 4180

-76 iléostomies réalisées dans le service pendant 8 ans soit 13,71%.

2-Age :

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge.

Ages	Effectif	Pourcentage (%)
Nouveau-né	15	34,09
Nourrisson	16	36,36
Petit enfant	1	2,27

Grand enfant	12	27,27
Total	44	100

L'âge moyen était de 11 mois avec un écart type de 1,19 et des extrêmes de jours de 1jour à 15 ans

3-Sexe :

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	33	75
Féminin	11	25
Total	44	100

Le sexe /ratio était de 3.

4-Provenance:

Tableau III: Répartition des patients selon leur provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	32	72,72
Koulikoro	8	18,19
Kayes	4	9,09
Total	44	100

La majorité de nos patients était de Bamako avec 72,72%.

5-Mode de consultation:

Tous nos patients ont été reçus en urgence.

6-Indications :

Tableau IV: Répartition des patients selon les indications

Indications	Effectif	Pourcentage (%)
IIA avec nécrose	15	34,12
Atrésie du grêle	12	27,27
Péritonite par perforation iléale	10	22,72
Occlusion sur bride	2	4,54
Fistule digestive	2	4,54
Maladie de Hirschsprung	1	2,27
Péritonite par perforation diverticulaire	1	2,27
Hernie inguinale étranglée	1	2,27
Total	44	100

L'invagination intestinale avec nécrose était l'indication la plus fréquente avec 34,12%.

7-Type de l'iléostomie :

Tableau V: Répartition des patients selon le type de l'iléostomie

Type de l'iléostomie	Effectif	Pourcentage (%)
Latérale	26	59,1
Terminale	18	40,9
Total	44	100

Plus de la moitié de nos Patients avait une iléostomie latérale avec 59,1%.

8- D'urée d'hospitalisation :

Tableau VI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage (%)
3 - 10	25	56,8
11 - 20	9	20,5
31 - 60	6	13,6

21 - 30	4	9,1
<hr/>		
Total	44	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,52 jours avec des extrêmes de 3 jours à 60 jours.

9-Période de Complication:

Tableau VII : Répartition des patients selon la période de complication.

Complications	Effectif	Pourcentage (%)
Précoces	36	81,81
Tardives	8	18,19
Total	44	100

Les complications précoces étaient majoritaires avec 81,81 %.

10-Complications précoces :

Tableau VIII : Répartition des patients selon les complications précoces.

Complications précoces	Effectif (N=36)	Pourcentage (%)
------------------------	-----------------	-----------------

Irritation péristomiale	11	25
Déshydratation	9	20,45
Suppuration péristomiale	7	15,94
Hémorragie	3	6,81
Rétraction	2	4,54
Eviscération	2	4,54
Lâchage de fils	2	4,54
Total	36	81,81

L'irritation péristomiale était la complication précoce la plus fréquente avec 25%.

11-Complications tardives:

Tableau IX: Répartition des patients selon les complications tardives

Complications tardives	Effectif (N=8)	Pourcentage (%)
Dénutrition	4	9,11
Sténose	2	4,54
Eventration péristomiale	2	4,54
Total	8	18,19

La dénutrition était la complication tardive la plus fréquente avec 9,11%.

Tableau X: Indications et complication précoce.

Indications	Complication précoce							Total
	Hémorragie Stomiale	Rétraction Stomiale	Eviscération Stomiale	Suppuration stomiale	Déshydrations	Lâchage de fils	Irritations	
IIA avec nécrose	2	0	1	3	5	1	1	13
Péritonite par perforation iléale	1	0	1	2	2	0	1	7
Atrésie du grêle	0	2	0	0	2	1	7	12
Maladie de Hirschsprung	0	0	0	0	0	0	1	1
Occlusion sur bride	0	0	0	1	0	0	0	1
Fistule digestive	0	0	0	1	0	0	0	1
Péritonite par perforation diverticulaire	0	0	0	0	0	0	0	0
Hernie étranglée	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	3	2	2	7	9	2	11	36

Ch²= 0,748

p=0,264

Tableau XI : Indications et complications tardives

Indications	Complications tardives			
	Eventration	Sténose	Dénutrition	Total
IIA avec nécrose	0	2	0	2
Péritonite par perforation iléale	1	0	3	4
Atrésie du grêle	1	0	0	1
Maladie de Hirschsprung	0	0	0	0
Occlusion sur bride	0	0	0	0
Fistule digestive	0	0	0	0
Péritonite par perforation diverticulaire	0	0	1	1
Hernie étranglée	0	0	0	0
Total	2	2	4	8

Chi² =0,748

p=0,264

Tableau XII: Type de l'iléostomie et complications précoces.

Type de l'iléostomie	Hémorragie	Rétraction	Eviscération Péristomiale	Suppuration Péristomiale	Déshydratation	Lâchage des fils	Irritation péristomiale	Total
Latérale	1	1	2	3	5	0	9	21
Terminale	2	1	0	4	4	2	2	15
Total	3	2	2	7	9	2	11	36

Ch²=0,436

p=0,302

Tableau XIII: Type de l'iléostomie et complications tardives.

Type de l'iléostomie	Eventration	Sténose	Dénutrition	Total
Latérale	2	1	3	6
Terminale	0	1	1	2
Total	2	2	4	8

Ch²=0,216

p=0,560

16-Complications locales :**Tableau XIV: Répartition des patients selon les complications locaux.**

Complications locaux	Effectif (N=31)	Pourcentage (%)
Irritation péristomiale	11	25
Suppuration	7	15,5
Hémorragie	3	6,8
Lâchage de fils	2	4,5
Sténose	2	4,5
Rétraction	2	4,5
Eviscération	2	4,5
Eventration	2	4,5
Total	31	69,8

L'irritation péristomiale était la complication locale la plus fréquente avec 25%.

17-Complications générales:**Tableau XV: Répartition des patients selon les complications générales.**

Complications générales	Effectif (N=13)	Pourcentage(%)
Déshydratation	9	20,5
Dénutrition	4	9,1
Total	13	30,2

La déshydratation représentait la complication générale la plus fréquente avec 20,5%.

Tableau XVI: Répartition des patients selon le traitement.

Traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Soins locaux	18	40,9
Réhydratation	9	20,5
Alimentation parenterale+Plumpynut+Soins locaux	4	9,1
Reintegration+fermeture aponévrotique	4	9,1
Hémostase	3	6,8
Dilatation	2	4,5
Reprise	4	9
Total	44	100

Le traitement était dominé par les soins locaux 40,9%.

19-Evolution :

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'évolution.

Evolution	Effectif	Pourcentage (%)
Favorable	24	54,5
Décès	20	45,5
Total	44	100

L'évolution fut favorable chez 54,5% de nos patients.

Tableau XVIII: Décès et l'âge.

Age	Décès		Total
	OUI	Non	
Nouveau-née	3	12	15
Nourrisson	10	3	13
Petit enfant	1	0	1
Grand enfant	6	9	15
Total	20	24	44

Chi² = 0,488

p=0,015

L'âge était un facteur de décès dans notre étude p=0,015.

Tableau XIX: Décès et sexe

Sexe	Décès		Total
	OUI	Non	
Masculin	17	16	33
Féminin	3	8	11
Total	20	24	44

Chi² =0,211

p=0,162

Le sexe n'était pas un facteur de décès dans notre étude p=0,162.

Tableau XX: Décès et indications.

Indications	Décès		Total
	OUI	Non	
IIA avec nécrose	11	4	15
Péritonite par perforation iléale	4	6	10
Atrésie du grêle	3	9	12
Maladie de Hirschsprung	0	1	1
Occlusion sur bride	0	2	2
Fistule digestive	2	0	2
Péritonite par perforation diverticulaire	0	1	1
Hernie étranglée	0	1	1
Total	20	24	44

Chi²=0,552

p=0,063

L'indication opératoire n'était pas un facteur de décès dans notre étude
p=0,063.

Tableau XXI: Décès et complications précoces.

Complications précoces	Décès		Total
	OUI	Non	
Hémorragie stomiale	1	2	3
Rétraction stomiale	0	2	2
Eviscération stomiale	2	0	2
Suppuration péristomiale	4	3	7
Déshydratation	8	1	9
Lâchage de fils	2	0	2
Irritation péristomiale	1	10	11
Total	18	18	36

Chi²= 0,692

p= 0,004

Les complications précoces étaient facteur de décès dans notre étude avec
p=0,004.

Tableau XXII : Décès et complications tardives.

Complications tardives	Décès		Total
	OUI	Non	
Eventration	0	2	2
Sténose	1	1	2
Dénutrition	1	3	4
Total	2	6	8

Chi²= 0,246

p= 0,447

Les complications tardives n'étaient pas des facteurs de décès dans notre étude avec p=0,447.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

Il s'agit d'une étude rétro-perspective et descriptive allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2020 d'une période de 8 ans portant sur 44 patients âgée de 0 à 15 ans.

Les limites de l'étude :

- les études retrouvées dans la littérature sont différentes par le type de population, les conditions de réalisation, les lieux d'études même si parfois nous avons tenté des comparaisons et discuté les différences.
- les dossiers médicaux n'étaient pas toujours parfaitement tenus donc ne contenaient pas certaines informations importantes pour l'étude.
- l'état défectueux de certains dossiers les rendait inutilisables pour l'étude.
- l'absence d'infirmière stomatothérapeute, la non disponibilité des poches de recueil et leur cout élevée, le faible pouvoir d'achat des patients ont été des problèmes auxquels nous avons été confrontés.

Tableau XXIII : Fréquence et auteurs

Auteurs	Période d'étude année	Cas / an	P
Coulibaly [29]	7	8	0,151
Harrisou [8]	4	62	0,058
Notre étude	8	5,5	0,186

Les iléostomies sont fréquentes dans notre pratique chirurgicale journalière.

Notre fréquence est 44 cas comparable à celui retrouvé par Coulibaly au Mali de 54 cas [29].

Tableau XXIV : Age moyen et auteurs :

Auteurs	Effectif	Age moyen (jour)
Sv Mineav [4]	9	12,3
Coulibaly [29]	54	1329
Harrisou [8]	248	4320
Notre étude	44	330

L'iléostomie peut être faite à tout âge aussi bien chez le nouveau-née, le nourrisson, l'enfant et l'adulte donc elle n'a pas de rapport avec l'âge.

L'âge moyen dans notre étude était 330 jours supérieurs à celui de Sv Mineav de 12,3 jours [4]. Cette différence pourrait s'expliquer par la spécificité de leur étude qui se portait sur les nouveaux nés.

Tableau XXV : Indications et auteurs

Auteurs	Sv Mineav [30]	Simon K [30]	Coulibaly [29]	Ayeshu [6]	Notre étude
Indications					
IIA avec nécrose	-	-	12 (6,3%) P=0,118	-	15 (34,09%) p= 0,125
Atrésie du grêle	28 (18,4%) P=0,083	-	2 (1%)	-	12 27,27% p=0,134
Péritonite par perforation iléale	-	17(0,145)	28(14,6%) P=0,081	0,097(23)	10 22,72% P=0,142
Maladie Hirschsprung	11(7,2%)	1	25 (13%)	-	1 2,27%
Volvulus de l'intestin moyen		5	-	-	-
Obstruction meconiale	10 (6,6%)	6	-	-	-
Tuberculose péritonéale	-	-	-	34	-

Les indications de l'iléostomie dans la pratique chirurgicale sont nombreuses et multiples et varient de l'enfant à l'adulte et sont le plus souvent réalisées en chirurgie d'urgence.

L'invagination intestinale avec nécrose était l'indication la plus fréquente avec 34,12%(15cas) statistiquement comparable à celui de Coulibaly dans son étude (12 cas) [29].

Sv Minaev dans leur étude ont enregistré 28 cas d'atrésie du grêle comparable à la nôtre de 12 cas avec p=0,083[30].

Tableau XXVI : Complications et auteurs

Auteurs	omplications	P
Coulibaly [29]	48%	0,056
Mana [7]	73,2%	0,078
Ayeshu [6]	72,7%	0,094
Harrisou [8]	57,3%	0,044
Muhammad [32]	77%	0,097
Notre étude	100%	

Les complications sont nombreuses et dues à plusieurs facteurs dont la longueur de la résection iléale, de la technique opératoire et de l'entretien de la stomie. C'est ainsi que Muhammad, Ayeshu, Mana dans leurs études ont enregistré 77% ; 72,7% ; 73,2% toutes inférieures à la nôtre de 100% [32] [6] [7].

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude portait exclusivement sur les complications de l'iléostomie.

Cette différence de pourcentage des complications entre certains auteurs et la nôtre s'expliquerait par leurs études menées sur les stomies digestives en générales dans la plupart, aussi due au délai de rétablissement court mais aussi à l'utilisation de la nutrition parentérale, de coloplast et les produits cutanés.

Nôtre taux de complication élevé est lié à l'absence d'infirmières somatothérapeutes, l'entretien de l'iléostomie, la non disponibilité et le coût élevée des poches de stomies, le type de l'iléostomie, l'état générale de nos patients.

Tableau XXVII: Type de complications et auteurs

Auteurs	Locales	Générales
Youssouf, Mali, [29]	65% 0,104	20%
Notre étude	65,7% 0,087	29,6%

Les complications de l'iléostomie sont nombreuses à savoir locale et générale dont la seconde engage le pronostic vital si la prise en charge n'est pas faite le plus rapidement possible. Ainsi Coulibaly dans son étude a retrouvé 65 % de complications locales similaires à la nôtre de 69,8 % [29].

Les complications générales ont représenté 29,6 % dans notre étude statistiquement comparable à celui de Coulibaly de 20 % et $p=0,104$ [29].

Tableau XXVIII : Complication présentée et auteurs

Auteurs Complication	Muhammad [32]	Ayeshu [6]	Farota [33]	Notre Etude
Hémorragie stomiale	3 %	1,1%		3(6,81%)
Rétraction	4%			2(4,54%)
Suppurations péristomiale	8%	7(13%)		7(15,90%)
Lâchage de fils	-	-		2(4,54%)
Eviscération péristomiale	2%	-		2(4,54%)
Déshydratation	20%(0,095)	-		9(20,45%)
Irritation péristomiale	22%	19,4%		11(25%)
Sténose	1%	6%		2(4,54%)
Eventration	5%	2,3%		2(4,54%)
Dénutrition	-	-	9,08%	4(9,08%)

Les complications de l'iléostomie sont nombreuses et la prise en charge dépend de la complication présentée à savoir les irritations péristomiales, la dénutrition, la déshydratation et beaucoup d'autres.

La suppuration péristomiale a représenté 8cas dans les études d'Ayeshu et Muhammad comparable à la nôtre étude de 7cas [6], [32].

La déshydratation a représenté 20% dans l'étude Muhammad comparable à la nôtre avec 20,45% et $p=0,099$ [32].

L'irritation péristomiale a représentée 19,4 % ; 22 %, dans les études d'Ayeshu et Muhammad comparable à notre étude de 25 % avec $p=0,127$; $0,095$ [6], [32].

La dénutrition a représenté 9,08% dans notre étude inférieur 26% de l'étude de Farota [33].

7-Traitement et auteurs :

Le traitement d'une complication de l'iléostomie est très difficile et requiert beaucoup de moyens, matériels qui peuvent être médical, chirurgical et dépend surtout de la complication présentée.

Le traitement était dominé par les soins locaux avec 40,6% dans nôtre étude, comparable à Coulibaly de 39,5 % [29].

La réhydratation a représenté 20 % de nôt traitements similaires avec l'étude de Muhammad [32].

La nutrition parentérale et l'alimentation hyperprotéique ont représenté 6% dans l'étude de Coulibaly inférieur à la nôtre de 9,1 % [29].

CONCLUSION ET RECOMMANDATI ONS

CONCLUSION :

Les iléostomies sont peu fréquentes dans notre pratique chirurgicale journalière.

Les indications sont dominées par les invaginations intestinales aiguës avec nécrose, les atrésies du grêle, les péritonites par perforation iléale dans notre étude en chirurgie pédiatrique.

Les complications sont nombreuses pouvant engager le pronostic vital et sont représentées majoritairement par les irritations péristomiales, la déshydratation et la dénutrition.

RECOMMANDATI ONS :

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

A la population :

De consulter un centre de sante devant toute complication de l'iléostomie

Au personnel sanitaire :

- Remplir correctement les dossiers surtout les mises à jour.
- Veiller correctement a l'archivage des dossiers
- Rétablir la continuité intestinale le plus rapidement possible
- Veuillez à l'entretien et au suivi des malades porteurs d'iléostomie.

Aux autorités sanitaires :

- De mettre à la disposition de la population des poches de stomies.
- De subventionner la nutrition parentérale pour la population.
- Former des infirmières somatotheurapeutes pédiatriques pour la prise en charge des iléostomies.
- Veuillez à la formation continue du personnel de santé

REFERENCES

REFERENCES

[1] Quevauvilliers J, Somogyi A, Fingerhut A.

Dictionnaire médical. 4e édition. Paris: Masson, 2006 : p.867.

[2] Baumel H, Deixonne B et al.

Iléostomies et colostomies. Indications et techniques chirurgicales

Concours Med.1978; 100:6294-6302.

[3] Harris D, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster Me et al.

Complications and mortality following stoma formation.

Ann R cell surgEngl. 2005 Nov; 87(6):427-431.

[4] Elisabeth C, Maxwell, Noor Dawany, Robert N Baldassaw, Peter Matter et al.

Iléostomies de dérivation pour le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sévères réfractaires et pédiatriques.

Journal de gastroentérologie et nutrition pédiatrique 2017

2001 ; 386(5) :346-349.

[5]G Sternau, K Ruhl, H Hornchen, V Schimpelich et al.

Complication de l'entérostomie digestive dans la petite enfance.

Archives de chirg Langenbeck ; 2018 :386(5), 346-349.

[6] Ayeshu Mehboob, Sughra Perveer, Abdul waheed, Mazhar Iqbal et al.

Fréquence et complication de l'iléostomie 2020.

Oct29 ; 12(10) :e11249.

doi : 10.7759/cureus.11249.

[7] Mana H Vriesman, Najia Noor, Elan J Koppen, Carlo di Loranzo et al.

Résultat après entérostomies chez les enfants avec ou sans trouble de la motilité

Une description et une comparaison des complications postopératoires

Journalpediatrechirurgienovembre2020 ;55(11) :24132418.doi:10.1016/j.jpedsurg.2020.05.027.

EPUB 2020 28 mai.

[8] Harrisou Adamou, Oumarou Habou, Ibrahim Amadou Magagi, Ousseini Adahal et al.

Schéma des stomies digestives de l'intestin inférieur au Niger

Journal médical de chirurgie 42(6)1581-1589 -2018

[9] Diesta

Complications des stomies digestives en chirurgie générales du CHU Gabriel Touré de 2008 à 2020.

Thèse de médecine Bamako(Mali) : FMOS, Université de Bamako; 2021.p (18, 71, 72, 77,78) ; 09-13T13 ; 49 :58 Z

[10] Doumbouya N, Da-Silva-Anoma S, Aguehoude C, Diallo AF, Kouame B, Dieth AG Moh E, Roux C.

Indications et complications des stomies digestives en chirurgie pédiatrique.

Med Afr Noire, 2000 ; 47 (1) :39-40.

[11] Soravia C. Beyeler S. Lataillade L.

Les stomies digestives: Indications, complications, prise en charge pré et postopératoire.

Rev Med Suisse. 2005; 1 : 708-18.

[12] Traore A.

Stomies digestives en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Mémoire de fin d'étude spécialisé, FMPOS, Université de Bamako, 2008 ; 89p.

[13] Rosen HR, Schiessel R.

Das Deviations stoma.

Chir urg 1999 ; 70 :650-655.

[14] Gallot D, Lasser P et Lechaux JP.

Colostomies.

EMC-techniques chir Appdig 2006,1(1) :40-54

[15] Gallot D.

Traitement chirurgical des complications des colostomies.

Encyclopedie Medico-chirurgicale. Techniques chirurgicale. Appareil digestif
2008 ; 40-545

[16] Traore O.

Stomies digestives dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Toure.
Thèse de médecine, Bamako, 2009 ; 88p, n°506

[17] Sanogo ZZ, Yena S, Simaga AK, Doumbia D, Ouattara Z, Diallo AK, Sangare D, Soumare S.

Stomies digestives: expérience du service de chirurgie «A» du CHU du Point
G.

Mali Méd. 2007; 22(2): 47-51.

[18] Guilleret J.

Les cancers coliques: traitement chirurgical.

Edition médicale Internationale, Paris, Masson. 1985; 55-97.

[19] Liu J, Bruch HP, Farke S, Nolde J, Schwandner O:

Stoma formation for fecal diversion: a plea for the laparoscopic Approach.

Tech coloproctol 2005; 9(1): 9-14.

[20] Mourad Tligui.

Complications des stomies digestives

Rabat(Maroc) Université Mohammed V –SOUISSI

Thèse de médecine 2008,p(9,10,11)

[21] Brooke BN

The management of ileostomy. *Lancet*. 1952 ; 2 : 102-104

[22] Henri, Mosnier ; Olivier Boche.

Les entérostomies. Encyclopédie médico-chirurgicale, ©ELSEVIER 1994

[23] Jacques G.

Les Cancers coliques : traitement chirurgical.

Edition médicale internationales, Paris : Masson, 1989 ; 55-97.

[24] Baumel H.

Complications des stomies.

Fagnez PL, Houssin D, Pathologie chir tome II, chir digestive et thoracique
Paris Masson, 1991; P 343 - 347

[25] Cook J, Sankaran B, Ambrose E, Wasunna O.

La Chirurgie Générale à l'hôpital de district,
Genève: O.M.S; 1989; 230p, n°617.

[26] Montandon S, Conge M, Guyot M.

Les appareillages de dérivations digestives

EMC Techniques chirurgicales, Appareil digestif 40618, 11 – 1988 ; 8.

[27] Zida M, Ouédraogo T, Bandra E, Bonkougou G, Sanou A, Traore SS.

Ileostomy primary ileal perforation associated typhoid: a series of 62 cases in
Ouagadougou, Burkina-Faso.

Med Trop, 2010; 70(3):8-267.

[28] Horisberger K, Beldi G, Candinas D.

Loop ileostomy closure: comparison of cost effectiveness between suture
staplers. J Surg mondial. 2010; 34 (12) : 71-2867.

[29] Coulibaly Youssouf.

Les stomies digestives en chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Bamako : FMOS, Université de Bamako(USTTB) ; 2012.p (66, 67, 68, 69,73).

[30] Simon Kargl, Olivier Wagner, Wolfgang pumberger.

Complications de l'iléostomie chez les nourrissons de 1500 grammes.

Journal de chirurgie néonatale 2017 ; 6(1) ; 341-51

[31] Sv Mineav, Nibykov, Avisaeva, Av kachaw, Eat Torkon et al.

Les complications de la stomie intestinale chez l'enfant 2017.

Klirurgia 5457

[32] Muhammad Sher-uz-zanan, Pawaa Hameed, Cheikh –Atiqur-Ur-Rehman ; Youms Khan

Iléostomie en boucle

Journal médical professionnel 2011 ; 18(2)222-227

[33] Sidiki Farota.

Facteurs pronostiques des péritonites par perforation iléale au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Toure

Thèse de médecine, Bamako(Mali) : FMOS, Université de Bamako(USTTB) ; 2012.

ANNEXES

Annexes

Fiche d'enquête : les complications de l'iléostomie en chirurgie pédiatrique

I. Données sociodémographiques

Q1-N°° du dossier patient :.....

Q2-Nom et prénom:.....

Q3-Age:.....

Q4-sexe:.....

1-Masculin

2-Féminin

Q5-Ethnie :

1-Bambara 2-Peulh 3-Bozo 4-Soninké 5-Dogon

6-Senoufo 7-Miniaka 8-Malinké

Q6-Provenance:.....

1-Kayes 2-Koulikoro 3-Sikasso 4-Ségou 5-Mopti 6-Gao

7-Tombouctou 8-Kidal 9-Bamako 10-Autre à préciser

Q7-Nationalité:.....

1-Malienne : 2-Autre à préciser

II. Données cliniques et paracliniques

Q8- Mode de consultation :

1-Urgence

2-Ordinaire

Q9-Date d'entrée:.....

Q10-Date de sortie:.....

Antécédents :

Q11-Personnels :

Médicaux:.....

Chirurgicaux :.....

Q12-Familliaux :

Père :

Médicaux:.....

Chirurgicaux :.....

Mère :

Médicaux :.....

Chirurgicaux:.....

Gyneco-obstetricaux :

III. Diagnostic

Diagnostic préopératoire:.....

Diagnostic peropératoire :.....

IV. Traitement :

Médical:.....

Chirurgical:.....

Q13-Stomie :

1-Indication :

a-IIA avec nécrose

b-Péritonite par perforation iléale

c- Atrésie du grêle

d-Maladie de hirschsprung

e-volvulus du grêle

f-fistule digestive

g-Hernie inguinale étranglée

h-Occlusion sur bride

i-Péritonite par perforation diverticulaire

2-Type d'iléostomie :

a- Latérale

b-Terminale

3-Délai de complication :

Précoce :

Tardive :

Hémorragies stomiale

Sténose

Déshydratation

Dénutrition

Lâchage de fils

Eventration

Suppuration stomiale

Irritation stomiale

Rétraction stomiale

Eviscération stomiale

Prolapsus stomiale

Occlusion

4-Type de complication :

a-Locale

b-Générale

Irritation péristomiale

Déshydratation

Suppuration

Dénutrition

Hémorragie

Occlusion

Lâchage de fils

Sténose

Rétraction

Eviscération

Eventration

Prolapsus

Q14-Traitement

Soins locaux

Réhydratation

Alimentation parenterale+plumpynut+soins locaux

Reintegration+fermeture aponévrotique

Hémostase

Dilatation

Reprise

Q15-Evolution :

a-Favorable

b-Décès

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Diallo

Prénom : Mohamed Siaka

Tel : +22391746168/65161621

Email : mohameddiallo@693gmail.com

Titre de la thèse : les complications de l'iléostomie chez l'enfant en chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel Touré

Secteurs d'intérêt : Chirurgie pédiatrique, Traumatologie.

Année de soutenance : 2022

Ville de soutenance : Bamako, Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Résumé :

Introduction :

L'iléostomie est définie comme l'abouchement chirurgical de l'iléon à la peau en dehors de la cavité abdominale [1].

L'iléostomie est une solution alternative permettant de drainer en amont d'une anse intestinale en occlusion ou de protéger une anastomose intestinale d'aval en dérivant transitoirement le flux intestinal [2]. Sa réalisation dans la méconnaissance des règles élémentaires risque d'exposer le malade à des complications qui mettent en jeu le pronostic vital.

Objectifs :

Nous décrivons la fréquence, les indications, les complications et le traitement de l'iléostomie.

Type et période d'étude :

C'est une étude rétro perspective descriptive de 8 ans allant de janvier 2012 à janvier 2020.

Résultat :

Nous avons colligé 44 cas en 8 ans ; soit une fréquence hospitalière de 5,5 cas/an avec un âge moyen de 11 mois et des extrêmes de 1jour à 15 ans. Le sexe ratio était de 3. Tous nôt patients ont été reçus en urgence (100%).

L'invagination intestinale aigüe avec nécrose était l'indication la plus fréquente avec 34,12%. L'iléostomie latérale était la technique la plus fréquente avec 59,1%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,52 jours avec des extrêmes de 3 à 60 jours.

Tous nôt patients ont présentée des complications (100%) avec 81,81% de complication précoce et 18,19% de complication tardive.

Les complications locales ont représenté 69,8% et les complications générales 30,2%.

L'irritation péristomiale a représentée 25% des complications locale et précoce, déshydratation 20,45%, dénutrition 9,11% des complications précoce et générale.

Le traitement fut fonction de la complication présentée domine les soins locaux avec 40,6%.

Nous avons enregistré 20 cas de décès soit 45,5 %.

Mots clés : iléostomie, complication, enfant, chirurgie pédiatrique, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !