

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

UNIVERSITE
DE BAMAKO

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N° 506

Thèse

**STOMIES DIGESTIVES DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE
DU CHU GABRIEL TOURE.**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par Mr. Ousmane TRAORE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président :	Pr. Zimogo Zié SANOGO
Membre :	Dr. Adégné TOGO
Co-directeur de thèse	Dr. Alhassane TRAORE
Directeur de thèse	Pr. Gangaly DIALLO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Bouikassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation (en détachement)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique (en détachement)
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie (en détachement)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladjji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophthalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophthalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophthalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUCO	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA

Pneumo-Phtisiologie (en détachement)
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALLO
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Agoussa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souleymane COULIBALY

Dermatologie
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA
Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique (Ministre)
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail à:

ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux et son prophète
MOHAMED (paix et salut de Dieu sur lui) ;

Le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction.

Louage à ALLAH ; qui a fait que je sois dans ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour me permettre de bien mener mes quotidiennes.

Mon père : Balla TRAORE

Les mots sont incapables de traduire les liens qui unissent un enfant à ses parents.

Ton amour bien veillant, ton dévouement, ta rigueur et ta persévérance ont assuré à nous, tes enfants, une éducation fondée sur la probité, la dignité, la persévérance, l'amour et le respect du prochain.

Tu as toujours souhaité pour tes enfants les meilleures études et les meilleures conditions de vie.

A toi toute mon affection et ma gratitude éternelles. Que ce travail te donne une légitime fierté.

Que DIEU te confie longue vie pleine de santé à nos cotés.

Ma mère : Koloko CAMARA

Je te dois tout.

En ce moment solennel de ma vie, les mots me manquent pour t'exprimer ma reconnaissance, ma fierté et mon attachement à toi.

Ton affection, ton éducation, tes conseils, tes multiples prières et bénédictions nous ont permis de surmonter les nombreux obstacles de notre vie.

Tu as consacré toute ta vie pour la paix et le bonheur de la famille, et surtout pour nous tes enfants.

Ta haute croyance en DIEU, ton indulgence et ton attitude de prendre les enfants d'autrui comme les tiens, font de toi une maman préférable et adorable.

Qu'ALLAH le tout puissant te confie longue vie pleine de santé à nos cotés.

Mes frères et sœurs: Sans exception

Vous avez été toujours là pour me soutenir moralement tout au long de mes études, vous n'avez jamais cessé d'afficher vos sentiments lorsqu'il s'agit de quelques choses me concernant. Nos ambitions familiales ont toujours été une priorité pour vous tous, trouvez ici mes profondes gratitude.

Ma femme : Fatoumata DEMBELE

Je suis très fier de t'avoir comme femme. L'enfant reflète l'image de la famille, la fille n'est que le reflet de sa mère.

Femme ambitieuse, intelligente, courageuse, sensible aux problèmes d'autrui avec une éducation parfaite.

Ton indulgence, ton amour, ta tendresse, ta simplicité et ton respect envers ma personne et mes parents font de toi une femme préférable et aimée de tous.

Qu'ALLAH le tout puissant t'apporte le courage nécessaire sur ce chemin et qu'il nous accorde sa grâce.

Mes tantes : Feue Mariam TRAORE, feue Djènèbou SIDIBE, Sitan TRAORE, Mariam TRAORE, Mariam CAMARA.

Mes tontons : Adama, Fatôcôma, Bakary, Drissa, Madou. Merci pour vos soutiens moraux et d'avoir contribué à mon éducation.

Mes belles sœurs : Kadiatou FOFANA, Nafisatou MALLE, Fatoumata zara COULIBALY, Inda KEITA, Fatoumata DIARRA.

Aux intimes : Badian Issa TOGOLA, Chaka KEITA, Mamadou SIDIBE dit demi, les deux(2) Etienne COULIBALY, Abdramane TRAORE, Bocar BAYA. Merci pour vos conseils, vos soutiens, tant moral, financier, que matériel.

Que la solidarité qui règne entre nous, soit éternelle. AMEN !

Mes amis et collaborateurs : Ibrahima KONATE, Boubacar KIRE, Oumar DIALLO, Amara DAGNOKO, Sidi SANGARE dit le Saint, Samou DIARRA, Etienne COULIBALY, Baricomo KAREMBE, Mamadou COULIBALY, Nouhoum A DIALLO, Abdoulaye TANGARA, Emile SISSOKO, Issouf COULIBALY.

Remerciements

Mes sincères remerciements vont :

Au Décanat et au corps enseignant de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ; qui ont bien voulu m'instruire et me faire profiter de leurs immenses connaissances.

A la direction et à tout le personnel du CHU-GT.

A tout le personnel du service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU-GT.

Je vous remercie de votre disponibilité et de la formation que nous avons reçu au près de vous.

A la famille de Siaka CAMARA : Vous avez été un soutien incontournable pour moi.

A la famille du grand frère Diakaridia TRAORE : Grâce à votre concours ce travail a été mené à bout. Grand frère ce travail est le fruit de votre soutien tant moral, matériel, financier, qu'en matière de formation technique tout au long de cette formation ; vous m'avez accueilli à bras ouvert et à cœur généreux ; tout ceux-ci m'ont profondément impressionné. Trouvez ici ma profonde gratitude.

Aux familles : Camara à Hamidalaye, Diarra et Traoré à la cité des policiers à Medinacoura, Dembélé au point G.

Aux aînés du service : Dr Lemine, Dr Joseph, Dr Dramane, Dr Konaté, Dr Amadou Camara, Dr Boubacar Camara, Dr Danfaga, Dr Diabira, Dr Bogolan, Dr Alima, Dr Samaké, Dr Bagayoko.

Pour leurs conseils et leurs disponibilités.

Aux collègues du service : Boncana, Bathio, Saibou, Maimouna, Oumou, Mariam, Birama chieck, Abdoulaye, Madani,

Nous avons passé des moments inoubliables ensemble.

HOMMAGES ET REMERCIEMENTS AU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Zimogo Zié SANOGO

Agrégé en chirurgie générale,

Enseignant titulaire de sémiologie et pathologie chirurgicale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie,

Praticien hospitalier au CHU du point « G »

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre remarquable pédagogie a toujours été admirée et jamais égalée.

Votre simplicité et votre entière disponibilité ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir, cher maître agréer l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et membre du jury

Docteur Adégné TOGO

Chirurgien généraliste,

Maître assistant à la Faculté de médecine, de pharmacie et
d'odonto-stomatologie,

Praticien au CHU-Gabriel TOURE.

Cher Maître

La spontanéité et le plaisir avec lesquels vous avez accepté d'être
membre de ce jury ne nous a guère surpris.

Votre dynamisme, votre courage, votre discipline et votre rigueur
dans le travail font de vous un maître apprécié de tous.

Veillez accepter, cher maître, l'expression de notre sincère
admiration.

A notre Maître et codirecteur

Docteur Alhassane TRAORE

Chirurgien généraliste,

Maître assistant à la Faculté de médecine, de pharmacie et
d'odonto-stomatologie,

Praticien au CHU-Gabriel TOURE.

Cher Maître

Ce travail est le votre, le fruit de vos efforts ; vous n'avez ménagé
aucun effort pour mener à bien ce travail.

Votre dynamisme, votre modestie et votre rigueur dans le travail
font de vous un maître apprécié de tous.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Gangaly DIALLO

Professeur titulaire de chirurgie viscérale à la FMPOS

Médecin colonel des forces armées du Mali, chirurgien des armées

Chef de service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Cher Maître

Le choix de ce sujet exprime la confiance que vous nous faites à cet égard.

C'est une fierté pour nous d'être compter parmi vos élèves.

Vous êtes une sommité médicale, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité et obstination pour le travail bien fait ont forgé notre admiration.

Plus qu'un maître vous avez été pour nous une source intarissable de savoir.

Nous vous remercions pour cette confiance que vous nous avez placée.

Je vous prie de recevoir l'expression de nos sentiments de gratitude.

Liste des abréviations

ASP : Abdomen Sans Préparation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FMPOS : Faculté de Médecine, de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

J : Jour

E.I.P.C : Ecole des Infirmiers du Premier Cycle

E.S.S : Ecole Secondaire de santé

L : Litre

ml : Millilitre

m : Mètre

m² : Mètre carré

cm : Centimètre

mm : Millimètre

N : Effectif total

n: Effectif de la variable concernée

P : Test statistique

RCI : République de Côte d'Ivoire

SUC : Service des Urgences Chirurgicales

USA : Etats-Unis d'Amérique

% : Pourcentage

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1
II-	
OBJECTIS.....	4
1-Objectif général.....	4
2-Objectifs spécifiques.....	4
III-GENERALITES.....	5
1-Rappels anatomique et physiologique.....	5
2-La stomie.....	15
3-L'appareillage.....	26
4-Les complications.....	29
IV-METHODOLOGIE.....	37
1-Cadre d'étude.....	37
2-Type et période d'étude.....	38
3-Echantillon.....	38
4-Méthode.....	38
V-RESULTATS.....	39
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	58
VII-CONCLUSION-RECOMMANDATIONS.....	71
REFERENCES.....	73
ANNEXES.....	79

1- Introduction

La stomie digestive est l'ouverture chirurgicale d'un segment du tube digestif à la peau qui peut être définitive ou temporaire [1].

En 1990, 30000 nouvelles stomies ont été réalisées en France dont 91% étaient des stomies digestives [2]. Selon le même auteur, sur 3010 nouvelles stomies, 75% étaient des colostomies, 17% des iléostomies.

En Allemagne, ROSEN a réalisé 294 stomies en 1999 dont 26,8% étaient des iléostomies et 73,1% des colostomies [3].

En Angleterre, il est réalisé 13500 à 20800 stomies par an [4,5].

Le caractère de la stomie découle de la pathologie mère par exemple :

-La stomie temporaire est réalisée pour protéger une anastomose, ou devant l'impossibilité de faire une anastomose dans un milieu septique.

La fermeture se fait entre six semaines et trois mois [6]. Elle peut même être réalisée selon certains auteurs au 10^{ième} jour post opératoire [7].

-La stomie définitive est indiquée dans certaines pathologies telles que les cancers du bas rectum, la rectocolite ulcéro-hémorragique [6].

Le pronostic dépend du bon fonctionnement de la stomie.

Ses complications sont souvent graves à cause de la dénutrition qu'elles peuvent provoquer. Elles sont estimées entre 5% et 70% [8, 9, 10]. Elles sont influencées par l'âge [4, 11, 12], l'obésité [13, 14, 15], le type de stomie [14], le diagnostic et l'urgence [4].

Le taux de mortalité lié à la stomie varie entre 6% et 47% [16, 17, 18].

Les techniques laparoscopiques de réalisation de stomie sont sûres, facilement réalisables avec un taux de morbidité inférieure à 11,4% [19] et de mortalité réduite [20, 21, 22].

Les stomies continentales et périnéales sont des alternatives à l'incontinence et à l'anus iliaque gauche définitif [23].

L'absence d'études sur la stomie digestive dans notre service a motivé ce travail.

2- Objectifs

2- 1- Général :

Etudier les stomies digestives dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE.

2- 2- Spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence des stomies digestives ;
- ✓ Décrire les indications ;
- ✓ Analyser les suites opératoires.

3- GENERALITES

La stomie devenue une pratique courante dans la chirurgie digestive, n'est pas sans conséquence.

Il existe différents types de stomies en chirurgie digestive notamment oesophagostomie, gastrostomie, jéjunostomie, iléostomie et en fin colostomie.

Sa confection nécessite une connaissance préalablement acquise d'où ce rappel anatomique et physiologique.

3- 1 Rappels anatomique et physiologique du péritoine de l'iléon et du côlon :

3-1-1- Le péritoine :

3-1-1-1- Anatomie macroscopique :

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, appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdominale et pelvienne. 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, mésoduodénum, mésentère ou mésocôlon, suivant qu'il est 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 100cm³ de liquide séreux, entièrement close, si ce n'est pas au niveau des trompes de fallope.

3-1-1-2- 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.

3-1-1-3- L'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.

3-1-1-4- Physiologie :

Le péritoine agit comme une membrane dialysante ; sa grande surface (égale à celle de la peau, environ $2m^2$) 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.

3-1-2- L'iléon :

3-1-2-1- Anatomie macroscopique : [24] 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. Il comprend 3 segments de haut en bas :

- Le duodénum : C'est la partie la plus courte de l'intestin grêle. Il prend naissance au sphincter pylorique de l'estomac et s'étend sur 25cm ; puis fusionne avec le jéjunum.
- Le jéjunum : mesure 2m de longueur et s'étend jusqu'à l'iléon
- L'iléon : Mesure 3,6m de longueur et rejoint le gros intestin à la valvule iléo-cæcale.

L'iléon 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'iléon a une coloration rosée, légèrement pale ; Il décrit une série d'anses (14 à 16 anses intestinales) ; dont chacune a une longueur de 20cm.

3-1-2-2- Anatomie microscopique : [24]

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

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

b- Les tuniques musculéuse et sous muqueuse sont identiques à celles du duodénum

c- 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 en plus 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.

3-1-2-3- Les rapports : [24]

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

- en arrière : avec la paroi abdominale postérieure et organes rétro-péritoneaux (gros vaisseaux para vertébraux, partie sous méso colique du duodénum, les reins, les uretères, le côlon ascendant et surtout le colon descendant) ;

- en avant : il est en contact avec le grand épiploon qui couvre directement la masse intestinale et la paroi abdominale antérieure ;

- en haut : il répond au colon transverse

- en bas : il est en contact avec le colon pelvien.

3-1-2-4- Les vaisseaux et les nerfs : [24]

- 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'iléon 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'iléon dans le tronc lombaire gauche ou dans la citerne de PECQUET.
- Les nerfs viennent du plexus solaire par le plexus mésentérique supérieur.

3-1-2-5- La physiologie : [24]

La fonction principale de l'iléon 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 (L) 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 rubonucléase et la desoxyrubonucléase pour la digestion des acides nucléiques.

a- 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.

- la digestion chimique 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.

b- L'absorption :

Après l'absorption des glucides, des protéines et des lipides, celle de l'eau dans l'intestin grêle reste essentiellement hémodynamique. Environ 9L de liquide pénètrent quotidiennement dans l'intestin grêle. Près de 8 à 8,5L de liquide sont absorbés dans l'intestin grêle. La quantité de liquide restant (0,1 à 1L) est cédée au côlon.

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 (A, D, E, K), des vitamines hydrosolubles et la vitamine C.

3-1-3- Le côlon :

3-1-3-1- Anatomie macroscopique : [24, 25]

Le côlon ou le gros intestin s'étend de la valvule iléocœcale à la jonction recto-sigmoïdienne. La dénomination communément utilisée de « cadre colique » en indique la topographie abdominale périphérique ; son trajet étend successivement ascendant dans la région ilio-lombaire droite (segment caeco-ascendant), transversal depuis l'angle hépatique jusqu'à l'angle splénique (côlon transverse), descendant enfin dans la région lombo-iliaque et pelvienne gauche (segment descendant et ilio-pelvien).

La longueur (1,50m en moyenne est susceptible de grandes variations individuelles, son calibre de 6,5cm diminue régulièrement du caecum à la jonction recto sigmoïdienne.

a- Le côlon ascendant : pratiquement vertical se termine au niveau de l'angle colique droit ou angle hépatique. C'est un organe habituellement fixe car sa paroi postérieure s'appuie directement sur la paroi abdominale par l'intermédiaire de la zone colique droite.

b- Le côlon transverse: Est étendu entre les angles coliques droit et gauche. Il est constitué par deux anses droite et gauche d'inégale importance, lui donnant l'aspect d'une guirlande à concavité postéro-supérieure. Le tiers du côlon transverse situé à droite du ligament gastro-colique, est fixé aux faces antérieures des reins (ligament reno-colique) et du duodénum descendant par une zone d'adhérence unissant la zone déperitonéalisée colique droite à la zone duodéno-pancréatique. Les deux

tiers gauches du côlon transverse peuvent être mobilisées par l'intermédiaire du méso côlon transverse dont la longueur est variable.

c- Le côlon descendant : Vertical, atteint le bord médial du muscle psoas. Il est comme le colon ascendant fixé à la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire de la zone colique gauche.

d- Le côlon sigmoïde : S'étend du bord médial du psoas jusqu'à la face antérieure de la vertèbre sacrée III, en regard de laquelle il se prolonge avec le rectum. C'est un organe mobile dont la longueur est variable. Il est rattaché à la paroi abdomino-pelvienne par le méso côlon sigmoïde dont la longueur est également variable et conditionne sa mobilité, sa position et ses rapports.

3-1-3-2- Anatomie microscopique : [23]

a- La muqueuse : Ne présente ni villosités ni valvules conniventes permanentes, mais elle est formée d'un épithélium cylindrique simple qui renferme de nombreuses cellules caliciformes. Des cellules cylindriques et des cellules à mucus sont situées dans les glandes intestinales tubulaires, longues et droites, qui s'étendent sur toute l'épaisseur de la muqueuse. Des follicules lymphatiques solitaires sont aussi présents dans la muqueuse.

b- La sous muqueuse : Ressemble à celle du reste du tube digestif

c- La musculieuse : Est formée d'une couche externe de muscle longitudinal présentant un renflement formant trois bandes visibles que l'on appelle bandelettes longitudinales. Sous l'effet des contractions toniques des bandelettes, le côlon forme des séries de poches appelées haustrations qui lui donnent un aspect bosselé.

d- La séreuse : fait partie du péritoine viscéral. Des petites poches remplies de graisses du péritoine viscéral sont fixées aux bandelettes longitudinales, ce sont des appendices épiploïques.

3-1-3-3- Les rapports : [24]

Le côlon à travers ses différentes portions présente de multiples rapports :

- en arrière avec les fosses iliaques, les fosses lombaires, les reins, le pancréas, le duodénum et les anses grêles.
- en dehors avec les parois latérales de l'abdomen et le diaphragme ;
- en dedans avec l'uretère droit, les vaisseaux spermatiques ou utero ovariens, les anses intestinales et le duodénum ;
- en avant avec la paroi abdominale antérieure, le foie, le grand épiploon, l'arrière cavité des épiploons, la vessie, l'utérus et les ligaments larges chez la femme.
- en haut avec le foie, l'estomac, la rate et les grêles ;
- en bas avec les anses grêles, la vessie, l'utérus et les ligaments larges.

3-1-3-4- Les vaisseaux et les nerfs : [24]

- Les artères du côlon proviennent de la mésentérique supérieure et de la mésentérique inférieure.

Le territoire de la mésentérique supérieure s'étend jusqu'à l'angle colique gauche, et assure presque toujours entièrement l'irrigation du côlon transverse. La mésentérique supérieure donne naissance aux artères coliques droites supérieures, moyennes et inférieures. La mésentérique inférieure fournit les artères coliques gauches supérieures et inférieures ; cette dernière se divise en trois artères sigmoïdes.

- Les veines du côlon sont disposées comme les artères qu'elles accompagnent, et se rendent à la veine porte par les veines grande et petite mésentériques.

- Les lymphatiques du côlon vont successivement ; ou en sautant certains relais, aux ganglions épicoliques, aux ganglions para coliques situés le long de l'arcade artérielle, ainsi qu'aux groupes intermédiaires et principaux, placés le long des artères coliques.

- Les nerfs du côlon proviennent des plexus mésentériques supérieur et inférieur.

3-1-3-5- La physiologie du côlon : [25]

Le côlon joue un rôle physiologiquement primordial dans la transformation du chyme intestinal qu'il rend apte à son élimination. Il y parvient par :

a--La sécrétion d'un mucus qui protège et lubrifie sa muqueuse :

La fonction d'absorption, limitée au côlon droit, s'exerce sur l'eau, le chlorure de sodium essentiellement, mais aussi sur certains glucides, tels que le lactose et le saccharose ;

Une flore de micro-organismes abondante est destinée à attaquer l'amidon et quelques protéines avec production d'ammoniac. C'est donc essentiellement un rôle de déshydratation du bol fécal qui est dévolu au côlon droit.

Les liquides à leur franchissement de la valvule de BAUHIN, les matières sont devenues pâteuses et même solides dans le côlon gauche. La traversée colique s'effectue normalement en 16heures.

b--Les fonctions motrices : par la succession d'ondes rythmiques

Péristaltiques et anti-péristaltiques, elles tiennent sous leur dépendance le brassage et le stockage surtout colique gauche du bol fécal ; de puissantes ondes propulsives provoquent l'évacuation.

3-2- La stomie ou dérivation externe :

La réalisation des stomies n'est pas difficile mais elle obéit à des règles précises dont la méconnaissance est toujours sanctionnée par des complications. [25]

3-2-1- L'iléostomie terminale : [25]

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 paramédiane.

3-2-1-1- Les temps pariétaux : L'emplacement de la future stomie a été repéré avant l'intervention. Cet emplacement est 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 :

- 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 couture, ni compression, ni tension de l'anse au niveau de ce tunnel.
- L'iléostomie sans sous peritonisation : Le fascia transversalis et le péritoine sont incisés en regard de l'orifice de la stomie ; L'anse iléale est directement suturée 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 le mésentère.

3-2-1-2- Préparation de l'anse intestinale :

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 à cœur introduite par l'orifice pariétal, l'anse d'iléostomie est mise en place et amenée à la peau. Elle doit venir sans traction et on doit dépasser 5 à 6cm d'intestin par rapport au plan cutané.

3-2-1-3- Confection de la trompe : L'anse d'iléostomie est présentée verticalement par trois pinces de Judd. Trois autres pinces de Judd introduites dans la lumière intestinale vont saisir la muqueuse à mi hauteur entre le bord libre de l'intestin et le plan cutané. Les trois pinces situées à l'extrémité de l'anse sont alors abaissées, ce qui évagine la muqueuse de l'intestin qui vient recouvrir la partie basse de l'iléon.

Le tissu cellulaire étant écarté par un écarteur de Farabeuf, un ou deux points de fil à résorption lent 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.

La stomie est immédiatement appareillée.

3-2-2- l'iléostomie latérale terminalisée : [25]

Initialement décrite comme un artifice technique utilisable chez les obèses ou en cas de méso court, 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. Ainsi peut-on en envisager une utilisation large en tant que stomie d'amont ou de protection ?

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.

3-2-2-1Le temps pariétal : Est le même que dans toute stomie : 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 à cœur, soit par traction sur une lacette passée à travers le mésentère, 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 lent amarrant la sous muqueuse cellulaire sous cutanée permettent de fixer cette éversion comme dans toute iléostomie.

3-2-3- 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'iléostomisés.

Le développement des anastomoses iléo anales avec réservoir lui a fait perdre beaucoup de son intérêt. La plupart des malades qui se voyaient proposer, il y a quelques années, une iléostomie continente pourraient maintenant bénéficier d'une anastomose iléo-anale. 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, de plus 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 véritable tours de mains qui ne peuvent s'acquérir qu'au prix d'une longue expérience dont un tout petit nombre d'équipes chirurgicales spécialisées peut faire état.

3-2-4- Colostomie latérale iliaque gauche :

3-2-4-1- Repérage de l'orifice de stomie :

Il doit toujours être réalisé avant l'intervention et repéré par un tatouage au bleu de méthylène comme cela a été indiqué. Ce point de repérage de la future stomie doit impérativement être situé en regard du muscle grand droit ; il doit rester à distance des reliefs osseux, de l'ombilic, des cicatrices et éviter les plis cutanés.

3-2-4-2- Incision cutanée :

Une pince de Kocher agrippée au point repéré par tatouage est tirée vers le haut délimitant ainsi un cône cutané. Le bistouri tenu horizontalement incise ce cône à sa base, traçant ainsi d'emblée l'orifice cutané de la future stomie.

3-2-4-3- Incision musculo-aponévrotique :

Une incision cruciforme est pratiquée ensuite sur le tissu cellulaire sous cutané et sur le feuillet antérieur de la gaine du droit.

Les fibres musculaires du grand droit sont dissociées dans le sens vertical. Deux écarteurs de Farabeuf mettent en évidence le fascia transversalis et le péritoine qui sont incisés à leur tour. Il est essentiel de vérifier le calibre de l'orifice musculo-aponévrotique qui doit laisser passer juste deux doigts à frottement doux. Deux fils de suture (3/0) sont placés en attente sur les berges de l'incision péritonéale. Ils serviront plus-tard à l'amarrage du méso sigmoïde. Les écarteurs de Farabeuf sont placés dans l'incision péritonéale. Le côlon sigmoïde est repéré et extériorisé avec précaution à travers l'incision par une pince en cœur.

Il est souvent nécessaire préalablement de libérer quelques brides péritonéales amarrant le méso sigmoïde à la peau. C'est en ce moment que doit être défini l'emplacement exact de la stomie sur le sigmoïde.

Il convient surtout de repérer soigneusement l'anse afférente et l'anse déférente de la future stomie de façon à éviter tout volvulus de l'anse stomisée.

3-2-4-4- Préparation du côlon :

L'anse sigmoïde extériorisée est débarrassée de ses franges graisseuses et épiploïques. Le péritoine du méso côlon est incisé sur ses deux faces près du bord mésentérique entre vaisseaux droits. Un orifice est ainsi pratiqué entre l'arcade bordante et le bord mésentérique de l'intestin, orifice à travers lequel est introduite une pince de Kocher fermée. Elle ramène à travers l'orifice la première moitié de la baguette mise en place. On peut alors en reprenant les fils de suture placés en attente sur le péritoine, amarrer le mésocôlon au péritoine.

3-2-5- Colostomie transverse latérale : [25]

Sa technique d'exécution est pratiquement superposable à celle de la colostomie iliaque latérale. Elle doit impérativement être pratiquée à travers les fibres des muscles grands droits (une colostomie faite à travers les muscles larges est vouée à l'éventration). Il faut veiller particulièrement à libérer le côlon transverse sur une longueur d'au moins 8 à 10cm de ses connexions avec le grand épiploon et le muscle gastro- colique. Il ne faut pas chercher à placer à tout prix la baguette horizontalement car on risquerait ainsi de provoquer une torsion du côlon et de son méso.

3-2-6- La caecostomie : [25]

Elle a des indications restreintes, mais elle doit être connue. La caecostomie réalisée par incision iliaque droite type Mac Burney doit être abandonnée au profit soit de la colostomie transverse, soit d'une iléostomie selon les cas.

En revanche, la caecostomie pratiquée au cours d'une laparotomie pour palier une distension caecale ou une menace de perforation mérite encore une place.

3-2-7- La colostomie terminale iliaque gauche :

3-2-7-1- Temps opératoires préalables :

Ils ont une importance particulière. Au cours de dissection et d'exérèse, on s'efforcera de ménager le péritoine de la paroi antérolatérale de l'abdomen qui sera utilisé pour sous-péritoniser la stomie. Il faut conserver pour la stomie un côlon de longueur suffisante dont la mobilité lui permet de venir sans traction jusqu'à la paroi. Ce côlon doit avoir conservé une parfaite vascularisation.

Dans certains cas chez les sujets obèses, lorsque le sigmoïde est court, on pourrait être amené à réaliser une mobilisation étendue du côlon gauche pouvant aller jusqu'au décrochage de l'angle colique gauche. Tous ces éléments doivent être contrôlés avant même de commencer la réalisation proprement dite de la stomie.

3-2-7-2- Temps pariétaux :

Ils sont exactement superposables aux temps initiaux de la colostomie latérale : excision d'une pastille cutanée, incision cruciforme du tissu cellulaire et de l'aponévrose, dissociation véritable des fibres du grand droit découvrant le fascia transversalis et le péritoine.

3-2-7-3- Préparation de la sous péritonisation :

Le péritoine a été incisé dans l'axe de la racine secondaire du méso côlon sigmoïde. Le décollement péritonéal est amorcé au doigt sous péritonéal, laisse le passage de deux doigts.

3-2-7-4- Mise en place du côlon :

Une pince en cœur est introduite de dehors en dedans par l'orifice de stomie tout le long du trajet sous péritonéal et va saisir l'extrémité sectionnée du côlon qui est protégée par une compresse, afin d'éviter une contamination du trajet sous péritonéal.

Une traction douce sur la pince ramène l'extrémité colique au niveau de l'orifice de stomie. Cette mise en place du côlon doit être contrôlée de façon précise : Il faut s'assurer :

- que le côlon n'est pas comprimé dans son trajet sous péritonéal ;
- qu'il n'est pas coudé au niveau de son entrée dans le tunnel sous péritonéal et du passage de la paroi ;
- que la sous péritonisation est bien complète et qu'il n'y ait pas avant l'entrée dans le tunnel sous péritonéal, un segment colique libre laissant subsister un orifice péritonéal entre le méso et la paroi ;
- que l'extrémité du côlon arrive à la peau sans aucune traction
- qu'il n'y a pas longueur de côlon en excès ;
- qu'il n'y a pas de torsion du côlon dans son trajet intra péritonéal ou intra pariétal.

3-2-7-5- Fixation de la stomie :

Cette fixation s'effectue par l'intermédiaire du méso : par voie intra abdominale, un ou deux points suturent le bord du mésocôlon sigmoïde au péritoine à l'entrée du tunnel sous péritonéal ; puis un à deux points amarrent le méso au plan musculo aponévrotique.

3-2-7-6- Suture de la stomie :

Huit à dix fils à résorption lente réalisent une suture de la sous muqueuse colique au tissu cellulaire sous cutané ourlant ainsi à la peau. Il est souhaitable que cette suture éverse discrètement le colon, laissant la stomie en relief de 1 à 2mm. En fin d'intervention, un toucher stomial contrôle qu'il n'y a pas de striction au niveau de la paroi. La stomie est appareillée immédiatement avec un appareillage transparent qui facilitera sa surveillance pendant les premiers jours post opératoires.

3-2-8- Les colostomies continentes [20] :

3-2-8-1- La colostomie continente avec anneau magnétique :

Imaginée à ERLANGEN en Allemagne par FEUSTEL et HENNIIG, cette technique a connu une grande vogue dans les années 1975-1980. Elle consiste à faire passer le côlon avant de l'ourler à la peau, à travers un anneau magnétique posé sur la face antérieure du plan musculo aponévrotique, et isolé de l'intestin par le tissu cellulaire ou le fascia superficiel ourlé à l'aponévrose. Après maturation de la stomie, la continence est assurée par la pose d'un obturateur magnétique.

HUSEMEN B en 1984, revoyant les 240 cas de la série d'ERLANGEN, constatait que seulement 43% des opérés étaient satisfaits de cet appareillage et concluait à son abandon. On peut rapprocher de cette technique l'usage d'un obturateur magnétique externe proposé par BAUMEL H, en association avec les irrigations coliques, et qui ne comporte qu'un anneau magnétique léger connecté à un adhésif fixé sur la peau autour de la stomie. Cet obturateur muni d'un filtre charbon.

3-2-8-2- La colostomie continente de KOCH :

KOCH a décrit en 1985 une technique de colostomie continente dérivée du principe de son iléostomie : cette technique est inutilisable sur le côlon gauche en raison de la consistance semi solide des matières.

Il s'agit donc surtout de caecostomie dont KOCH a rapporté 30 cas. Techniquement, le réservoir caecocolique droit est abouché à la peau par l'intermédiaire d'une anse iléale invaginée sur elle-même pour constituer la valve. Entre les mains de KOCH, cette technique complexe a donné des résultats fonctionnels satisfaisants mais ses indications paraissent exceptionnelles et très discutables.

3-2-8-3- La colostomie continente par autogreffe musculaire :

Cette technique, également développée en Allemagne, a été initialement publiée par SCHMIDT en 1978.

Elle utilise le principe d'une compression circulaire du côlon en amont de la colostomie par un anneau de muscle lisse ne semble pas s'atrophier malgré la dénervation ; il ne se nécrose pas et s'intègre immédiatement à la vascularisation de voisinage ; enfin il conserve ses possibilités de contraction durable et de relâchement sous l'effet d'une hyperpression en amont. Selon les promoteurs de cette technique ; les opérés peuvent après cette intervention « simple », se passer d'une poche de recueil dans 80% des cas.

Cette technique n'est pas exempte de complications : des désunions cutanées partielles ou des suppurations périnéales retardent la cicatrisation mais ne compromettent pas le résultat fonctionnel. Une sténose par un greffon trop serré peut nécessiter une dilatation pour permettre l'évacuation complète ;

Elle est surtout utilisée au cours de l'amputation abdomino-périnéale du rectum. C'est une colostomie périnéale. Son principal inconvénient réside dans l'impossibilité de tout appareillage en cas d'échec fonctionnel, ce qui impose une reintervention pour faire une colostomie iliaque gauche.

3-2-9- Les dix commandements des stomies : [25]

- 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 péritonisée ;
- 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 en 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.

3-2-10- Les techniques laparoscopiques : [23]

Plusieurs articles, ces dernières années ont proposé l'utilisation de la voie d'abord coelioscopique pour la confection d'une stomie, soit latérale soit terminale.

Une telle voie d'abord ne s'envisage bien évidemment que lorsque la colostomie est un geste isolé : les principales indications seraient les maladies inflammatoires colorectales, notamment la maladie de Crohn compliquée de fistules recto vaginales, et surtout les lésions tumorales inextirpables. Cet abord mini invasif a également été proposé pour la prise en charge de certains délabrements traumatiques.

La technique comporte en préopératoire le repérage cutané du site d'abouchement du côlon, selon les règles décrites ci-dessus ;

Le premier temps est exploratoire, par un trocart optique placé, soit à l'ombilic, soit dans le flanc, le plus souvent droit, à distance du site prévu pour la stomie. Un ou deux trocarts opératoires sont ensuite mis en place, l'anse sigmoïde ou le transverse est repéré, sa mobilité est évaluée. Une mobilisation du côlon gauche par décollement du fascia de Toldt gauche peut être faite : le côlon droit doit venir très facilement en regard du point choisi pour son extériorisation. Une incision pariétale est ensuite faite et le côlon est attiré à l'extérieur, soit en colostomie latérale, soit après section par application d'une agrafeuse linéaire, en colostomie terminale.

L'intérêt de cette technique, outre le bilan assez complet de l'extension d'une carcinose, vient essentiellement de ce qu'elle permet, dans certaines situations difficiles, d'évaluer au mieux les possibilités d'extériorisation, et d'éviter une large et délabrante laparotomie, soit deux incisions (soit iliaque puis sous costale) lorsqu'en cas d'impossibilité de mobilisation du côlon sigmoïde, on doit se rabattre sur une colostomie transverse. Les autres avantages avancés par les promoteurs de la technique sont plus discutables (bénéfice cosmétique, faible morbidité, raccourcissement de la durée d'hospitalisation...).

3-3 /L'appareillage : [26]

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.

3-3-1- les poches : [26]

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.

3-3-1-1- 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.

3-3-1-2- Les poches avec protecteurs cutanés :

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

3-3-1-3- 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.

3-3-1-4- 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.

3-3-1-5- Le système de 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 étant changée suivant les besoins.

3-3-2- 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 protègent 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.

3-3-3- La réalisation de l'appareillage d'une stomie : [26]

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 24 heures. Les colostomisés choisissent le temps de ce soin en fonction de leur mode d'élimination souvent bien réglé.

3- 4- Les complications :

3-4-1- Les complications précoces : [27]

Elles surviennent dans la période post opératoire (J1 à J15) 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.

3-4-1-1- 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.

3-4-1-2- L'hémorragie post opératoire immédiate : Est due à un défaut d'hémostase du méso ou de la tranche de section intestinale. Son abondance peut nécessiter l'électrocoagulation ou la ligature du vaisseau qui saigne.

3-4-1-3- La rétraction : Représente près de 10% des complications des stomies ; Elle est due à une tension excessive de la stomie, souvent secondaire à une insuffisance de mobilisation, d'extériorisation ou de fixation de l'intestin, notamment s'il existe une obésité de la paroi ou du méso. Les stomies terminales sont particulièrement exposées à cette

complication. Les stomies latérales sur baguette en sont également menacées, lorsque la tension de l'intestin sur celle-ci est trop grande entraînant le cisaillement de la paroi intestinale.

Une rétraction partielle peut n'avoir aucune conséquence en dehors d'une inflammation localisée de la région péristomiale. Le plus souvent la rétraction, plus importante, est à l'origine d'infections pariétales sévères. Parfois la désinsertion est complète avec réintégration de l'intestin dans l'abdomen. Lorsque la stomie a un trajet intra péritonéal, survient alors une péritonite stercorale. Si son trajet est péritonéal, la rétraction entraîne une grave cellulite pariétale.

En l'absence de traitement approprié, ces deux complications peuvent être mortelles ; seule une intervention précoce permettra de sauver le malade en traitant la péritonite ou le phlegmon et en confectionnant une nouvelle stomie.

3-4-1-4- La nécrose de la stomie : Facilement reconnaissable au changement de coloration de l'intestin, 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. Lorsque l'ischémie est confirmée, l'intervention s'impose pour refaire la stomie après recoupe intestinale en zone saine.

3-4-1-5- L'infection pariétale péristomiale : 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 grave. Cette infection peut résulter d'une souillure de la paroi, contemporaine de la confection de la stomie, d'une fistule due à un point de fixation perforant ou d'un hématome infecté. L'infection résulte parfois des complications précédentes (rétraction, nécrose). Les formes graves peuvent entraîner un sphacèle des plans superficiels de la paroi avec

perte de substance réalisant un véritable cloaque stercoral dont le traitement est toujours difficile.

3-4-1-6- L'éviscération Parastomiale : Rare ; défini comme l'issue d'épiploon ou d'une anse grêle à coté de la stomie ne peut être due, en effet qu'à un orifice trop large et à une stomie mal fixée. Ces conditions sont plus facilement réalisées avec les stomies latérales sur baguette qu'avec les stomies terminales. Cette complication nécessite une reprise chirurgicale.

3-4-2- Les complications tardives :

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.

3-4-2-1- Le mauvais emplacement de la stomie : Doit être considérée comme une véritable complication dans la mesure où sa situation proche d'un pli de flexion ou d'une saillie osseuse peut nuire à la qualité, au confort et à l'efficacité de l'appareillage. C'est le cas chez l'obèse où les stomies ont tendance à être placées plus bas. Elles sont parfois même difficilement accessibles à la vue du patient et enfouies en position assise dans le pli de l'aîne. Cet inconvénient doit être évité par un repérage et un marquage pré opératoire du site de la stomie.

3-4-2-2- L'éventration : Elle 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. On distingue l'éventration péristomiale, véritable soufflure de la paroi centrée par l'orifice de la stomie, et l'éventration para stomiale latéralisée par rapport à celui-ci. 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. Le trajet sous péritonéal de la stomie ne suffit pas en lui-même à assurer cette prévention et le rôle du passage à travers le muscle droit ou les muscles larges est contre versé par les auteurs. Dans la plupart des cas, la reprise de ces éventrations ne s'impose pas. Seules les formes volumineuses avec gêne fonctionnelle importante peuvent faire discuter l'indication opératoire qui doit être envisagée avec prudence, car le risque de récurrence est important.

3-4-2-3- Le prolapsus : Ou évagination de la paroi intestinale par l'orifice de la stomie peut compliquer celle-ci, quelque soit (latérale ou terminal) il prend parfois des proportions importantes (10 à 15 cm) et devient alors très gênant .Il est la conséquence d'une anse longue et mobile à trajet intrapéritonéal. 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 réintégration expose à la récurrence. Mieux vaut donc, si possible refaire la stomie en utilisant une technique assurant la prévention du prolapsus.

3-4-2-4- La sténose : La sténose orificielle d'une stomie terminale peut être favorisée par une rétraction de la stomie ou plus souvent par les lésions inflammatoires cutanées péri stomiales.

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 côlon 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.

3-4-2-5- Les saignements : Sont assez fréquents et sans conséquences.

Ils sont dus à une irritation de la muqueuse ou à des micro traumatismes 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).

3-4-2-6- Les complications cutanées peristomiales : 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. Ces lésions 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 au micro traumatismes provoqués par l'appareillage, par des soins locaux intempestifs ou par des rasages répétés. Parfois les lésions cutanées sont d'origine allergiques (adhésifs, matières plastiques etc....).

Dans certains cas plus rares, c'est une affection dermatologique diffuse (psoriasis) dont la localisation péristomiale peut se compliquer du fait de l'infection ou de l'irritation. Le traitement de ces complications cutanées relève généralement des conseils d'un stomathérapeute.

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 colostomisés.

3-4-3- Les complications particulières :

Leurs circonstances d'apparition sont très variables. Bien que beaucoup moins fréquentes que les complications classiques, elles méritent d'être connues.

3-4-3-1- Les complications générales : Elles sont rares. Seules les iléostomies y paraissent exposées. Les pertes parfois importantes (1,5 à 2L) occasionnées par des facteurs bactériens peuvent être responsables chez l'iléostomisé de graves déplétions hydroélectrolytiques qui relèvent d'une réanimation parentérale d'urgence et d'une désinfection intestinale après contrôle de l'ionogramme et coproculture. Des états d'acidose métabolique, dus aux pertes chroniques de sodium et de bicarbonate, et susceptibles de favoriser l'apparition d'une lithiase urique. Seules l'habitude de boissons abondantes et la prise régulière de sel peut éviter ces perturbations. Parfois la résection de la dernière anse iléale peut être à l'origine de carences en vitamines K et B12.

L'occlusion : Peut être, comme après toute laparotomie sans relation directe avec la stomie. Mais elle peut aussi résulter de l'étranglement

d'anses grêles dans la fenêtré 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. Bien entendu, quelque soit sa date d'apparition, elle ne peut être remédiée que par une laparotomie itérative.

3-4-3-2- Les stomies continentales : Peuvent présenter des complications particulières.

L'iléostomie continente (KOCH) peut être responsable de fistules ou d'occlusions post opératoires. A distance ces complications peuvent également s'observer, mais plus encore la desinvagination 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.

3-4-3-3- La fermeture d'une stomie : 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.

3-4-3-4- La récurrence de la maladie initiale (cancer, colite ulcéreuse) : Est toujours possible sur une iléostomie ou sur une colostomie. A ce point

de vue toute anomalie d'aspect sur la muqueuse de la stomie doit provoquer un bilan intestinal complet (endoscopie) et une biopsie de la zone suspecte.

3-4-3-5- Les perforations iatrogènes : En général du côlon, au voisinage de la stomie son 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'une gêne fonctionnelle importante, elles nuisent à la bonne réinsertion du stomisé et peuvent justifier, en fonction de leur nature, de la gêne provoquée et de l'âge du patient, la confection d'une nouvelle stomie.

4- Méthodologie

4-1- Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU-Gabriel Touré ; situé au centre administratif de la ville de Bamako (commune III) ; Le CHU-Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier populaire de Médina coura, à l'Ouest par l'école nationale d'ingénieurs (E.N.I), au Nord le quartier général de l'Etat major de l'armée de terre, au sud le TRANIMEX.

Ancien dispensaire, érigé en hôpital le 17 février 1959 et portant le nom Gabriel Touré (Hôpital Gabriel Touré) en mémoire d'un étudiant malien en médecine mort de peste contracté au chevet de son malade. L'hôpital est devenu un centre hospitalier universitaire depuis l'avènement de l'université du Bamako en 1996.

Les locaux :

- ❖ Les services de Chirurgie Générale et Pédiatrique comprennent deux unités

-Une unité de chirurgie générale : avec 30 lits d'hospitalisation, des bureaux et une salle de pansement.

-Une unité de chirurgie pédiatrique avec 26 lits d'hospitalisation, des bureaux et une salle de pansement.

Le bloc opératoire au rez-de-chaussée comprend 3 blocs que les services partagent avec la chirurgie orthopédique et traumatologique et le service d'urologie.

- ❖ Le service des urgences chirurgicales :

Il est divisé en 3 secteurs :

Premier secteur (accueil tri) : Comprend 6 tables de consultation en moyenne.

Deuxième secteur : Comprend le déchoquage avec 2 lits, les blocs opératoires au nombre de trois(3) et une salle de stérilisation.

Troisième secteur : Réanimation avec 8 lits.

4-2-Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective qui a porté sur les stomies digestives ; réalisée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007 soit une période d'un an.

4-3- Echantillon:

Nous avons procédé à un recensement exhaustif de tous les malades qui ont bénéficié une iléostomie ou une colostomie.

4-4- Critères d'inclusion :

- Tous les malades qui ont une iléostomie et ou une colostomie opérés et hospitalisés dans le service durant la période d'étude.
- Tous les malades qui ont une stomie réalisée dans d'autres services et adressés au notre pour la suite de la prise en charge.

4-5- Critères de non inclusion : Dans cette étude, n'ont pas été retenues :

Toutes les stomies d'alimentation (oesophagostomie, gastrostomie, jejunostomie),

Les stomies urologiques.

4-6- Patients et méthodes :

4-6-1- La confection de la fiche d'enquête :

Nous avons élaboré la fiche d'enquête suivant les objectifs que nous nous sommes fixés ; elle comporte des variables en 4 chapitres :

- Une partie administrative, précisant l'état civil et l'adresse du malade,
- Une partie portant sur les signes cliniques,
- Une partie portant sur les examens para cliniques,
- Une partie portant sur le suivi post opératoire.

4-6-2- Le recrutement :

Le recrutement a été fait à l'aide de la fiche d'enquête individuelle ; les paramètres qu'elle comporte ont été évalués à partir de L'interrogatoire, de L'examen clinique, des examens complémentaires et d'un suivi post opératoire dont tous nos malades ont bénéficié

4-7- Saisie et Analyse des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Microsoft Word.

- Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 12) et les graphiques ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft Excel. Les résultats ont été discutés et comparés avec le test statistique khi2 de Fisher (test significatif si $p < 0,05$).

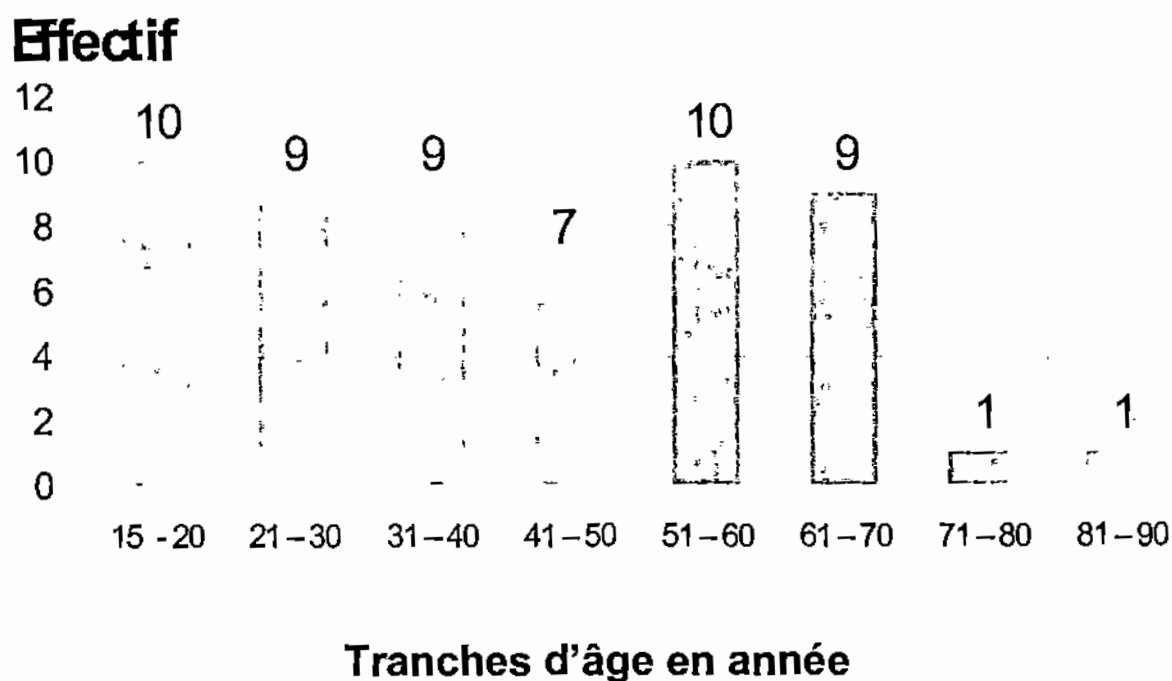
5 Résultats

5-1- Les données épidémiologiques :

➤ Fréquence :

Nous avons enregistré 1097 interventions au total dont 702 interventions en urgence, 395 interventions à froid et 929 hospitalisations. 56 stomies ont été réalisées soit 7,97% de nos interventions d'urgence abdominale, 14,17% de nos interventions programmées, 6% de fréquence hospitalière.

Graphique 1 : Répartition des malades selon les tranches d'âge



Histogramme 1

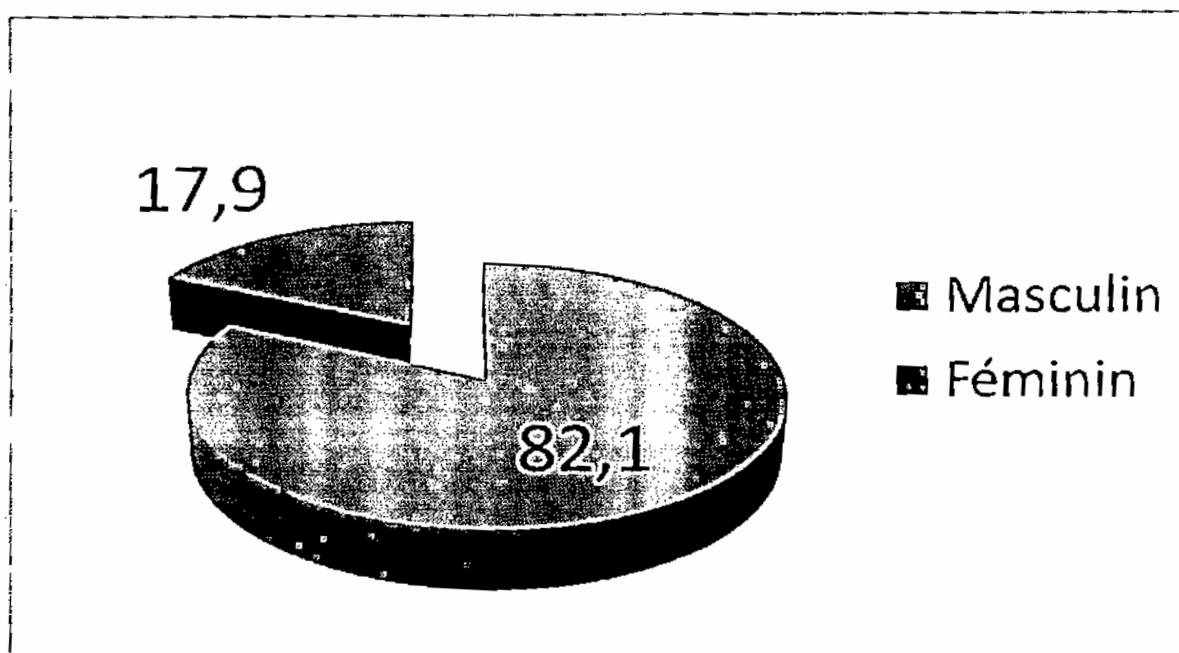
L'âge moyen : 41,95

Les extrêmes : 15 et 90 ans

L'écart-type : 19,684

NB : La fréquence hospitalière est le rapport du nombre de stomies réalisées sur le nombre de malades hospitalisés.

Graphique 2 : Répartition des malades selon le sexe



Secteur 1

La sex ratio : 4,6 en faveur des hommes.

Nationalité et patients : Tous nos malades étaient de nationalité malienne

Tableau I : Répartition des malades selon la provenance

Provenances	Effectifs	Pourcentages
Koulikoro	10	17,9
Kayes	5	8,9
Mopti	4	7,1
Ségou	4	7,1
Sikasso	2	3,6
Tombouctou	2	3,6
Gao	1	1,8
Total	56	100,0

Tableau II : Répartition des malades selon les ethnies

Ethnies	Effectifs	Pourcentages
Bambara	21	37,5
Peulh	11	19,6
Sarakolé	9	16,1
Malinké	6	10,6
Touarègue	3	5,4
Minianka	2	3,6
Sonrhai	2	3,6
Senoufo	1	1,8
Kasonké	1	1,8
Total	56	100,0

Tableau III : Répartition des malades selon les principales activités

Principales activités	Effectifs	Pourcentages
Paysan	15	26,8
Cadre moyen	10	17,8
Scolaire	8	14,3
Ménagère	8	14,3
Commerçant	8	14,3
Manoeuvre	7	12,5
Total	56	100,0

5-2- Données cliniques et para cliniques :

Modes de consultation : 41(73,2%) des malades ont consulté en urgence tandis que 15(26,8%) ont consulté ordinairement.

Tableau IV : Répartition des malades selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentages
Douleur abdominale	42	75,0
Douleur abdominale + Vomissement	10	17,8
Douleur abdominale + Ballonnement	4	7,2
Total	56	100,0

Tableau V : répartition des malades selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentages
Douleur abdominale	55/56	98,2
Vomissement	41/56	73,2
Asthénie	29/56	51,7
Arrêt de matières et gaz	23/56	41,1
Diarrhée	20/56	35,7
Rectorragie	9/56	16,1
Constipation	7/56	12,5

Tableau VI : Répartition des malades selon les signes à l'inspection

Signes à l'inspection	Effectifs	Pourcentages
Amaigrissement	37/56	66,0
Pâleur conjonctivale	29/56	51,7
Ballonnement abdominal	27/56	48,2
Asymétrie abdominale	17/56	36,3
Plaie traumatique abdominale	2/56	3,6

Tableau VII : Répartition des malades selon les signes à la palpation

Signes à la palpation	Effectifs	Pourcentages
Défense abdominale	32/56	89,2
Contracture abdominale	19/56	33,9
Organomégalie	3/56	5,4
Abdomen souple	4/56	7,1

Percussion : 26 sur les 56 malades présentaient un tympanisme à la percussion et 22 une matité.

Tableau VIII : Répartition des malades selon les signes auscultatoires

Signes physiques à l'auscultation	Effectifs	Pourcentages
Augmentation des bruits intestinaux	27	48,2
Silence abdominal	19	34,0
Bruits intestinaux normaux	10	17,8
Total	56	100,0

Tableau IX : Répartition des malades selon les résultats du toucher rectal

Toucher rectal	Effectifs	Pourcentages
Douglas bombé et douloureux	24	42,9
Tumeur rectale	12	21,4
Normal	20	35,7
Total	56	100,0

Tableau X : Répartition des malades selon les résultats de l'ASP

ASP	Effectifs	Pourcentages
Niveaux hydro-aériques	23	41,1
Croissants gazeux	10	17,8
Normal	8	14,3
Non fait	15	26,8
Total	56	100,0

Tableau XI : Répartition des malades selon les Résultats de l'échographie abdominale

Echographies abdominales	Effectifs	Pourcentages
Dilatation colique gazeuse	9	16,1
Epanchement intra abdominal	8	14,3
Tumeur rectale+envahissement pelvien	2	3,5
Non faite	37	66,1
Total	56	100,0

Tableau XII : Répartition des malades selon les résultats de l'anorectoscopie

Ano-rectoscopie	Effectifs	Pourcentages
Tumeur rectale	8	14,3
Tumeur anale	1	1,8
Tumeur ano-rectale	1	1,8
Normale	1	1,8
Total	56	100,0

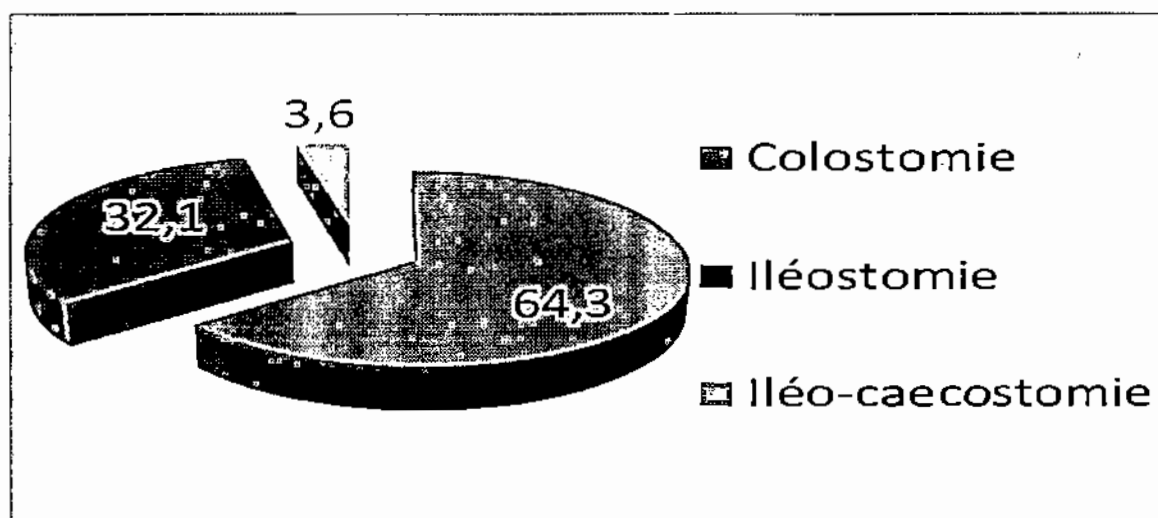
Tableau XIII : Répartition des malades selon les résultats du lavement baryté

Lavements baryté	Effectifs	Pourcentages
Tumeur recto-sigmoïdienne	4	7,1
Mégacôlon	3	5,4
Tumeur sigmoïdienne	1	1,8
Total	56	100,0

Tableau XIV : Répartition des malades selon les indications de la stomie

Indications de la stomie	Effectifs	Pourcentages
Volvulus du sigmoïde avec Nécrose	23	41,1
Péritonite par perforation iléale	15	26,8
Tumeur colo-rectale	11	19,5
Mégacôlon congénital	3	5,4
Perforation intestinale traumatique	2	3,6
Fistule digestive post appendicectomie	2	3,6
Total	56	100,0

Graphique 3 : Répartition des malades selon les types de stomie

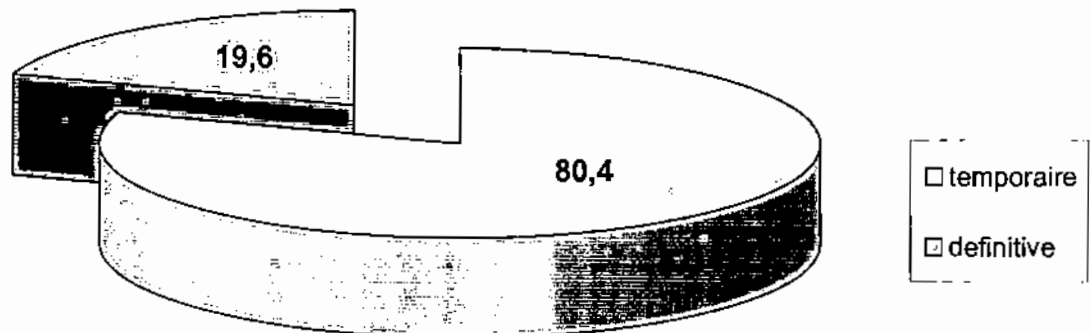


Secteur 2

Tableau XV : Répartition des malades selon les variétés de la stomie

Variétés de stomie	Effectifs	Pourcentages
Latérale	7	12,5
Total	56	100,0

Graphique 4: Répartition des malades selon le caractère de la stomie



Secteur : 3

Sièges des stomies : Hormis les deux (2) iléocaecostomies qui ont siégé dans la fosse iliaque droite toutes les stomies réalisées ont siégé sur le muscle grand droit.

Suites opératoires : 66,1% des malades ont présenté des suites opératoires simples et 33,9% des suites compliquées.

Tableau XVI : Répartition des malades selon les complications post-opératoires immédiates locales

Complications immédiates locales	Effectifs	Pourcentages
Irritation cutanée péristomiale	15/56	26,8
Suppuration péristomiale	9/56	16,1
Lâchage de la stomie	7/56	12,5
Nécrose péristomiale	6/56	10,7
Hémorragie	4/56	7,1
Eviscération	1/56	1,8

Post-opératoire immédiat : J1 à J15
La morbidité a été 21,4%.

Tableau XVII : Répartition des malades selon les complications générales

Complications générales	Effectifs	Pourcentages
Choc septique	7/56	12,5
Choc hypovolémique	3/56	5,4
Troubles psychologiques	3/56	5,4
Occlusion intestinale	3/56	5,4

Tableau XVIII : Répartition des malades selon les moyens d'appareillage

Moyens d'appareillage	Effectifs	Pourcentages
Poche de colostomie	12	21,4
Matériel local	44	78,6
Total	56	100,0

Le matériel local a été utilisé à un taux 78,6% de nos malades ; il s'agit de matériel plastique en sachet.

Tableau XIX : Répartition des malades selon le délai de rétablissement de la continuité

Délais de rétablissement de la continuité	Effectifs	Pourcentages
10 à 30 jours	32	89,2
31 à 60 jours	12	21,4
61 à 90 jours	1	1,8
Définitive	11	19,6
Total	56	100,0

La moyenne : 40 jours

Les extrêmes : 21 jours et 90 jours

Ecart type : 18,24

Tableau XX : Tranche d'âge et Caractère de la stomie

Caractère de la stomie	N	Temporaire	Définitif
Tranches d'âge en année			
15-20	10	100%	0%
21-30	9	100%	0%
31-40	9	100%	0%
41-50	7	100%	0%
51-60	10	60%	40%
61-70	9	44,4%	55,6%
71-80	1	0%	100%
81-90	1	0%	100%

Caractères de la stomie et les indications : Les occlusions sur tumeur ont été les indications des stomies définitives réalisées.

Tableau XXI : Répartition des types de stomie selon les indications.

Type de stomie \ Indications	N	Colostomie	Iléostomie	Iléocaecostomie
Occlusion par volvulus du sigmoïde avec nécrose	23	100%	0%	0%
Péritonite par perforation iléale	15	0%	100%	0%
Occlusion par tumeur colorectale	11	100%	0%	0%
Mégacôlon congénital	3	100%	0%	0%
Perforation intestinale traumatique	2	50%	50%	0%
Fistule digestive post appendicectomie	2	0%	0%	100%

Tableau XXII : Répartition des suites opératoires selon les variétés de stomie

Variété de la stomie \ Suites Opératoires	Latérale	Terminale	Total
Simple	3	34	37
Complicquées	4	15	19
Total	7	49	56

La variété de stomie peut influencer la survenue de complication ;

Tableau XXIII : Répartition des suites opératoires selon les types de stomie

Type de la stomie Suites opératoires	Iléostomie	Iléocaeco- stomie	Colostomie	Total
Simple	3	1	33	37
Complexées	15	1	3	19
Total	18	2	36	56

La survenue des complications peut être influencée par le type de stomie ;
P = 0,0000

Tableau XXIV : Répartition des complications immédiates locales selon les types de stomie

Types de stomie Complications immédiates	N	Iléostomie (%)	Iléocaeco- stomie (%)	Colostomie (%)
Irritation cutanée péristomiale	15	72,2	50,0	2,8
Suppuration péristomiale	9	33,3	50,0	5,6
Lâchage de la stomie	7	22,2	50,0	5,6
Nécrose de la stomie	6	27,8	50,0	0
Hémorragie de la stomie	4	27,8	50,0	0
Eviscération parastomiale	1	5,6	0	0

Tableau XXV : Répartition des complications générales selon les types de stomie

Type de stomie	n	Iléostomie (%)	Iléocaecostomie (%)	Colostomie (%)
Complications Générales				
Choc septique	7	11,1	0	13,9
Troubles psychologiques	3	11,1	0	2,8
Choc hypovolemique	3	11,1	50	0
Occlusion intestinale	3	0	0	8,3

Tableau XXVI : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en j	Effectifs	Pourcentages
1 – 10	13	23,2
11 – 20	15	26,8
21 – 30	19	33,9
31 – 40	7	12,5
> 40	2	3,6
Total	56	100,0

Les extrêmes : 1 et 45 jours
 La moyenne : 20,83
 Ecart type : 9,96

La mortalité : Nous avons enregistré 5 cas de décès soit 8,9% de nos malades.

Tableau XXVII : Répartition des décès selon les types de stomie

Décès	Effectifs	Pourcentages
Types de stomie		
Iléostomie	3	5,3
Colostomie	2	3,6
Total	5\56	8,9

Tableau XXVIII : Répartition des décès selon les causes

Décès	Effectifs	Pourcentages
Causes de décès		
Choc septique	4	80,0
Choc hypovolemique	1	20,0
Total	5\56	100,0

6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6-1- Méthodologie :

La prise en charge des stomies pose des problèmes.

L'absence de stomathérapeute pour une meilleure prise en charge de certaines complications, la non disponibilité des poches de recueil et leur cherté sont autant de problèmes que nous avons rencontrés.

Tous nos malades ont été suivis durant leur hospitalisation et même après, par l'intermédiaire d'une personne de « contact » ou par téléphone.

6-2- Fréquence :

Tableau XXIX : Fréquence selon les auteurs

Auteurs	N	%	P
SANOGO, Mali, 2004 [28]	103	11,7	<i>P=0,194</i>
TRAORE, Burkina Faso, 2001 [29]	106	1,9	<i>p= 0,461</i>
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	96	2,8	<i>P=0,802</i>
Notre étude	56	6,0	

La fréquence hospitalière est variable d'une étude à l'autre entre 1,9% - 11,7% [16, 28, 29]. Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les résultats des séries africaines [16, 28] et le notre, ($P>0,05$).

6-3- Âge :**Tableau XXX : Moyennes d'âge selon les auteurs**

Age	N	Âge Moyen (en Année)
Auteurs		
ARUMUGAM, UK, 2003 [14]	97	65
LIU, Chine, 2005 [19]	80	55,5
CARICATO, Italie, 2006 [29]	132	68
TRAORE, Burkina Faso, 2001 [29]	106	25
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	96	36,7
KOFFI, RCI, 1998 [31]	60	28
Notre étude	56	41,9

L'âge moyen de 41,9 ans est celui de l'adulte jeune, il est relativement comparable à ceux des séries africaines [16, 29, 31] par contre dans les séries Européennes [14, 30] les malades étaient plus âgés que dans les séries africaines. Cette différence serait liée à la population plus jeune en Afrique en général et particulièrement au Mali (DNSI).

Certains auteurs ont trouvé que l'âge élevé était un facteur favorisant la survenue des complications [4, 12, 13].

6-4- Sexe :

Tableau XXXI : Le sexe et les auteurs

Sexe	Masculin
Auteurs	
HARRIS, Angleterre, 2005 [4]	190 (55.4%) P=0,0001
CARICATO, Italie, 2006 [30]	60 (45.6%) P=0,000003
SANOGO, Mali, 2004 [28]	69 (67%) P=0,041
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	53 (55,2%) P=0,007
KOFFI, RCI, 1998 [31]	37(61,7%) P=0,014
Notre étude	46 (82,1%)

Il existe une différence statistiquement significative avec les résultats des séries Européennes : [4, 30] mais aussi avec ceux des séries africaines : [16, 31], ($P < 0,05$). Cette différence peut s'expliquer par la taille des échantillons.

Le sexe n'est pas un facteur de risque pour les différentes pathologies [4].

6-5- La provenance :

Les malades résidant à Bamako (lieu de l'enquête) ont été les plus représentés (50,0%), cela s'explique par une concentration de la population plus élevée à Bamako.

6-6- La profession :

Nous avons constaté une forte représentativité de la couche paysanne (26,8%). Le manque de moyens financiers est un facteur qui fait que cette

couche de la population consulte très tardivement dans un état général altéré et une souffrance intestinale avec nécrose ; toutes situations favorisant la réalisation de stomie. Mais la profession n'est pas un facteur de réalisation de stomie.

6-7- Mode de consultation :

Tableau XXXII : Modes de consultation et les auteurs

Modes de consultation Auteurs	Urgence	Réglée
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	76 (79%) P=0,402	20 (21%) P=0,402
SANOGO, Mali, 2004 [28]	85 (82,5%) P=0,164	18 (17,5%) P=0,164
TRAORE, Burkina Faso, 2001 [29]	98 (92%) P=0,0008	8 (8%) P=0,0008
KOFFI Y, RCI, 1998 [31]	60 (100%) P=0,00001	0
Notre étude	41 (73,2%)	15 (26,8%)

La stomie est une solution palliative temporaire ou définitive au cours d'une situation d'urgence.

Ainsi la plus part des maladies conduisant à la réalisation de stomie étaient des urgences chirurgicales (73,2%). Cela a été rapporté dans les séries africaines [16, 28, 29, 31].

6-8- Indication de la stomie :**Tableau XXXIII : Les indications de la stomie et les auteurs**

Auteurs Indications	KOFFI, RCI, 1998 [31]	SANOGO, Mali, 2004 [28]	CARICATO, Italie, 2006 [30]	Notre étude
Occlusion par volvulus du sigmoïde avec nécrose	10 (16,6%) P=0,003	28 (27,2%) P=0,074	-	23 (41,1%)
Occlusion par tumeur colo-rectale	2 (3,3%) P=0,005	23 (22,3%) P=0,672	96 (73%) P=0,0000	11 (19,5%)
Péritonite par perforation iléale	33 (55%) P=0,002	19 (18,5%) P=0,229	-	15 (26,8%)
Perforation intestinale traumatique	5 (8,3%) P=0,491	-	-	2 (3,6%)
Mégacôlon congénital	-	-	-	3 (5,4%)
Fistule digestive post appendicectomie	1 (1,6%) P=0,954	6 (5,8%) P=0,800	-	2 (3,6%)

Les indications dépendent de l'état du malade, de l'étiologie, de l'état des anses.

Le volvulus du sigmoïde a été l'étiologie principale dans notre série (31.1%) tout comme dans celle de SANOGO [28], (27,2) ; il est suivi par les péritonites par perforation qui ont été les plus retrouvées dans la série de KOFFI en RCI [31] (55%).

Dans la série Européenne [30] les indications ont été surtout marquées par des maladies cancéreuses, diverticulaires et inflammatoires.

6-9- Variété de la stomie :**Tableau XXXIV : Variété de stomie selon les auteurs**

Auteurs Variété	HARRIS, Angleterre, 2005 [4]	KOFFI, RCI, 1998 [31]	BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	Notre étude
Terminale	254 73,6% <i>P=0,028</i>	43 71,7% <i>P=0,037</i>	56 58,3% <i>P=0,0001</i>	49 87,5%
Latérale	91 26,3% <i>P=0,028</i>	17 28,3% <i>P=0,037</i>	40 41,7% <i>P=0,0001</i>	7 12,5%

Tous les auteurs ont pratiqué plus de stomie terminale que latérale à cause des complications qu'elle engendre [4, 16, 31].

6-10- Type de stomie :**Tableau XXXV : Types de stomie selon les auteurs**

Types de stomie Auteurs	Colostomie	Iléostomie	Iléocaecostomie
BAUMEL, France, 1993 [32]	974 (90%) <i>P=0,0000</i>	108 (10%) <i>P=0,0000</i>	-
KOFFI, RCI, 1998 [31]	38 (63,3%) <i>P=0,813</i>	19 (31%) <i>P=0,916</i>	3 (5,7%) <i>P=0,938</i>
HARRIS, Angleterre, 2005 [4]	257 (74,4%) <i>P=0,118</i>	88 (25,6%) <i>P=0,118</i>	-
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	48 (50%) <i>P=0,081</i>	44 (45,8%) <i>P=0,091</i>	4 (4,2%) <i>P=0,800</i>
Notre étude	36 (64,3%)	18 (32,1%)	2 (3,6%)

Les colostomies ont représenté le nombre le plus important de dérivation externe : [4, 16, 31, 32].

Le volvulus du sigmoïde a été la première étiologie dans notre étude conduisant à la réalisation de plus de colostomie (64,3%). Les malades ont consulté tardivement dans un état général altéré, un côlon mal préparé, très dilaté ou un terrain septique ; toutes situations ne permettant pas un traitement en un temps.

Et les pathologies cancéreuses situées sur le côlon gauche sont des indications qui expliquent le nombre élevé de colostomie. L'attitude thérapeutique a consisté en une résection avec stomie dans un 1^{er} temps, puis une anastomose en un second temps.

6-11- Caractère de la stomie :**Tableau XXXVI : Le caractère de la stomie selon les auteurs**

Caractères de la stomie	Temporaire	Définitive
Auteurs		
KAIRALUOMA, Finlande, 2002 [33]	140 (41%) P=0,0000	202 (59%) P=0,0000
SANOGO, Mali, 2004 [28]	91(88,3%) P=0,055	12(11,7%) P=0,055
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	86 (89,2%) P=0,037	10 (10,8%) P=0,037
KOFFI, RCI, 1998 [31]	60 (100%) P=0,00007	0
Notre étude	43 (76,8%)	13 (23,2%)

Dans la série Européenne [33], 59% des stomies réalisées étaient définitives. Contrairement aux séries africaines [16, 28, 31] où les stomies temporaires ont été plus réalisées. Cela s'explique par la disparité entre les étiologies conduisant à la réalisation des stomies telles les occlusions intestinales, les perforations intestinales d'origine typhique qui sont plus rares en Europe.

6-12- Les moyens d'appareillage

La rareté et la cherté du matériel de recueil adapté nous ont contraints à utiliser les sachets plastiques transparents, légers, de volume suffisant et à moindre frais 175f CFA pour un paquet de 50 unités. Il est maintenu par du sparadrap. Il a été utilisé dans 75% dans notre étude, 100% dans celle de SANOGO [28].

6-13- Morbidité :

Tableau XXXVII : La morbidité selon auteurs

Suites opératoires	Simplees	Complicuees
Auteurs		
HARRIS, Anglede, 2005 [4]	221(64%) P=0,770	124(36%%) P=0,770
CARICATO, Italie, 2006 [30]	53(40%) P=0,001	79 (60%) P=0,001
TRAORE, Burkina Faso, 2001 [29]	20 (19%) P=0,000	86 (81%) P=0,000
ARUMUGAM, UK ,2003 [14]	48 (49,5%) P=0,050	49 (50,5%) P=0,050
LIU, Chine, 2005 [19]	71 (88,6%) P=0,001	9 (11,4%) P=0,001
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]	33 (34,2%) P=0,0001	63 (65,8%) P=0,0001
Notre étude	37 (66,9%)	19 (33,1%)

Sa réduction passe par une réanimation adéquate, un conseil hygiéno-diététique et nutritionnel bien suivi, un plus grand soin à apporter à la confection des stomies et à leur appareillage. Les suites dépendent aussi d'une prise en charge multidisciplinaire.

La morbidité de 33,1% de notre étude n'est pas statistiquement différent de ceux des séries Européennes [4, 14]. Il est Par contre différent ($P<0,05$) de ceux des séries Asiatique et Africaine [16, 19, 29]. Cette

différence peut s'expliquer par l'absence de stomathérapeute pour un plus grand soin à apporter aux stomies et le non appareillage adéquat.

6-14- Complication immédiate :

Tableau XXXVIII : complications immédiates et les auteurs

Complications Auteurs	Irritation cutanée	Suppuration péristomiale	Nécrose stomiale	Lâchage	Eviscération
KAIRALUOM, Finlande, 2002 [33]		14 (4%) P=0.001	17 (5%) P=0.161		
SANOGO, Mali, 2004 [28]	35 (33,9%) P=0,702	5 (4,8%) P=0.031	-	2 (1,9%) P=0.358	-
MAHJOUBI, Iran, 2005 [15]		40 (12%) p=0,411	33 (10%) P=0,869		
BIKANDOU, Congo, 1996 [16]		49 (51%) P=0,00001	1 (1,0%) P=0,019		
KOFFI, RCI, 1998 [31]	11 (18,3%) P=0,275	6 (10%) P=0,330			
Notre étude	15 (26,8%)	9 (16,1%)	6 (10,7%)	7 (12,5%)	1 (1,8%)

6-14-1- L'irritation cutanée : Il a été rapporté un taux variant entre 18,3% et 33,9% selon la littérature [28, 31]. Un mauvais emplacement de la stomie (près d'un relief osseux ou d'un pli) ne permet pas un bon appareillage ; d'où la déviation du liquide intestinal provoquant une brûlure de la peau. Les soins inappropriés, l'état du malade constituent aussi des facteurs favorisants.

Le taux de 26,8% de notre étude ne diffère pas statistiquement de ceux trouvés dans les séries africaines: [28, 31], (P>0,05).

6-14-2- Suppuration peristomiale : est due à une contamination de l'orifice stomial par le contenu septique intestinal.

Le taux de 16,1% de notre étude ne diffère pas statistiquement de celui de MAHJOUBI [15] en Iran ($P>0,05$).

6-14-3- La nécrose stomiale : l'orifice de la stomie doit admettre deux doigts, auquel cas, le trajet aponévrotique se rétrécit autour du segment intestinal empêchant toute vascularisation et c'est la nécrose. Une traction excessive sur le méso peut aussi la favoriser.

Notre taux de 10,7% ne diffère pas de ceux des séries européenne [33] et iranienne [15] ($P>0,05$).

6-14-4- Le Lâchage : Il est secondaire à un mauvais amarrage de la stomie, une traction et une dévitalisation du segment intestinal à aboucher. Celui-ci se nécrose et se rétracte à l'intérieur de la cavité abdominale.

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre notre résultat (12,5%) et ceux rapportés dans la littérature [28], ($P>0,05$).

6-14-5- L'éviscération : elle occupe 1,8% dans notre étude. Elle n'a pas été rapportée dans les autres séries. Elle survient en cas d'un trajet pariétal large et un mauvais amarrage de la stomie.

6-14-6- Autres complications immédiates :

D'autres complications immédiates peuvent survenir entre autres l'hémorragie qui résulte surtout des non observances des règles d'hémostase.

6-15- Complication générale :

Des complications générales de natures différentes peuvent survenir, entre autre le choc septique, le choc hypovolémique l'occlusion intestinale et des troubles psychologiques qui constituent une des complications particulières.

Les cas de troubles psychologiques que nous avons observés ont été : l'agitation, le refus de communiquer et de s'alimenter.

Une stomie est un évènement bouleversant, le malade qui perd le contrôle de la fonction anale peut éprouver des sentiments de honte [2].et de gêne surtout dans un milieu religieux. Le malade se sent rejeté et s'isole [34].

La préparation psychologique du patient et de son entourage est importante pour le reste de la prise en charge. Mais cela n'est pas toujours possible dans les situations d'urgence.

6-16- Rétablissement de la continuité :

Tableau XXXIX : Le délai moyen selon les auteurs

AUTEURS	DELAI MOYEN(en jour)
BAUMEL, France, 1993 [32]	75
SANOGO, Mali, 2002 [28]	30
KAIRALUOMA, Finlande, 2002 [33]	165
MENEGAUX, France, 2002 [35]	10
DIENG, Sénégal, 2006 [17]	36.3
KOFFI, RCI, 1998 [31]	122
Notre étude	40

Le délai moyen de fermeture de la stomie a varié selon les auteurs entre 10 et 165 Jours [7, 33]. Il dépend de l'état clinique du malade, la pathologie sous jacente, les problèmes inhérents à leur prise en charge médicale ; ce qui explique le long délai rapporté [33]. La fermeture a été

réalisée chez 76,8% de nos malades dans un délai de 10 à 30 jours avec une moyenne de 40 jours.

6-17- Mortalité :

Tableau XL : La mortalité selon les auteurs

Décès	n	%	P
Auteurs			
BIKANDOU, RCI, 1996 [16]	10	10,4	<i>P=0,766</i>
KOFFI E, RCI, 1998 [31]	7	11,6	<i>P=0,628</i>
YASUO, Japon, 2001 [35]	10	7,9	<i>P=0,946</i>
SANOGO, Mali, 2004 [28]	7	6,7	<i>P=0,863</i>
KAIRALUOMA, Finlande, 2002 [33]	24	7	<i>P=0,815</i>
DIENG, Sénégal, 2006 [17]	20	9,1	<i>P=0,977</i>
TRAORE, Burkina, Faso 2001 [29]	20	18,7	<i>P=0,095</i>
Notre étude	5	8,9	

Le taux de mortalité globale de notre étude a été de 8,9%. Les résultats trouvés dans la littérature varient entre 6,7 et 18,7% [28, 29]. Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre leurs résultats et le notre, ($P > 0,05$).

7- Conclusion et recommandations :

7-1- Conclusion :

Les stomies sont une technique chirurgicale, fréquemment réalisées dans nos hôpitaux.

Les complications survenant après cette technique peuvent être liées soit à la pathologie initiale, soit à la technique elle-même.

La maîtrise de la technique opératoire, les soins locaux, un soutien psychologique restent nécessaires pour la diminution des complications chez ces malades.

Lorsque la stomie est définitive la présence d'un stomathérapeute peut aider le malade à vivre avec sa maladie.

7-2- Recommandations :

7-2-1- Aux autorités sanitaires et politiques nous recommandons :

- La formation continue des agents socio-sanitaires,
- La systématisation de la couverture vaccinale anti-typhique dans le groupe à risque,
- L'organisation des campagnes de dépistage de masse des cancers coliques et rectaux,
- La formation des infirmiers stomathérapeutes pour la prise en charge adéquate des patients,
- L'approvisionnement régulier des officines en matériel de recueil,
- La création d'une association de stomisés définitifs pour une meilleure acceptabilité.

7-2-2- Au personnel soignant :

- L'aide aux stomisés à résoudre leurs problèmes de réinsertion,
- L'information sur les appareillages en vue d'assurer un meilleur confort aux stomisés.

7-2-3- Aux malades :

- La consultation précoce en vue d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce,
 - Le respect des règles d'hygiène,
 - Pour les stomisés définitifs la création d'une association en vue des échanges pour une meilleure acceptabilité de leur situation.

REFERENCES

1. **JEAN QUENU**
Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif.
Paris Masson 1980 : 831- 846.
2. **CHRISTIAN THEODORE, AGNES VIDAL, REGINE MOREL, ANNE ROCHE, PASCAL FRILEUX, ANNE BERGER**
Ileostomie et colostomie.
EMC, Traité de gastro – enterologie 1994 ; 10 : 9-68
3. **ROSEN HR, SCHIESEL R**
Das Deviations stoma.
Chirurg 1999 ; 70 :650-655.
4. **HARRIS DA, EGBEARE D, JONES S, BENJAMIN H, WOODWARD A, FOSTER ME**
Complications and Mortality Following stoma formation.
Ann R Coll surg Engl 2005; 87: 427-431
5. **HANNAH B, JACQUELINE R**
Living with a stoma a review of the Literature
Gastroenterology.
Journal of clinical Nursing 2005; 14: 74-81.
6. **BRULE I**
Les stomies.
<http://www.coloplast.fr>.
7. **MENEGAUX F, JORDI – GALAIS P, TURIN N, CHIGOT JP**
Closure of smal bowel stomas on postoperative day 10.
EUR J Surg 2002; 168 (12): 713 – 5.
8. **Cottam I,Richards K,Hasted A, Blackman A**
Results of a nationwide prospective audit of stoma complications
Within 3 weeks of surgery.
Colorectal Disease 2006; 9: 834-838.
9. **FAGNIEZ PL, HOUSSIND**
Complication des stomies.
Pathologie chirurgicale Chirurgie digestive et thoracique. Paris 1987 : 343 – 347.
10. **MÄKELÄ JT, NISKASAARI M**
Stoma c&re problems after stoma surgery in northern Finland
Scand J Surg 2006; 95(1): 23 – 7.

11. ROBERTSON I, LEUNG E, HUGHES D, SPIERS M, DONNELLY L, MACKENZIE I, MACDONALD A

Prospective analysis of stoma-related complications.
Colorectal disease 2005 ; 7 : 279-285

12. PARK JJ, DEL PINO A, ORSAY CP ET al

Stoma complications. the cook county hospital experience.
Dis colon rectum 1999; 42 : 1557-80.

13. SAGHIR JH, MCKENZIE FD, LECKIE DM, et al

Factors that predict complications after construction of stoma.
A retrospective study.
Eur J Surg 2001; 167: 531-4.

14. ARUMUGAM PJ, BEVAN L, MACDONALD L, WATKIN AJ, MORGAN AR, BEYNON J, CARR ND

A prospective audit of stomas- - analysis of risk factors and complications and their management.
Colorectal Dis 2003; 5(1): 49-52.

15. MAHJoubi B, MOGHIMI A, MIRZAEI R, BIJARI A

Evaluation of the and colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients.
Colorectal Disease 2005; 7(6): 582-587.

16. BIKANDOU G, MISSIE H, TSIMBA – TSONDA A, MASSEN GO Les stomies digestives au CHU de Brazzaville A propos de 96 cas.

Méd chir dig 1996; 22 : 23 – 24.

17. DIENG M, N'DIAYE Aï, Ka O, KONATE I, DIA A, TOURE CT

Aspect étiologique et thérapeutique des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans. Mali Médical 2006 ;T XXI (4) ; 47-51.

18. MATI GUIET AICHA

Les stomies digestives : Expériences du service de chirurgie « A » du CHU du point G.
Thèse de Méd, Bamako 2007 ; 100 ; 43.

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. GALLOT D

Traitement chirurgical des complications des colostomies.
Editions Techniques EMC 1990 ; (T2) – 1 – 40545.

- 21. OLIVEIRA L, REISSMAN P, NOGUERAS J, WEXNER SD**
Laparoscopic creation of stoma.
Surg Endosc 1997; 11(1): 19 – 23.
- 22. OLMI S, CROCE E, MAGNONE S, MASTROPASQUA E**
Laparoscopic stoma creation.
Chir Ital 2003; 55(6): 897-902.
- 23. GALLOT D, P LASSER, JP LECHAUX**
COLOSTOMIES
EMC Techniques chirurgicales Appareil digestif 2002 ; 11: 40 – 540
- 24. ROUVIRE H**
Anatomie humaine descriptive et topographique.
Paris Masson 1970; P : 345-375.
- 25. J ACQUES G**
Les Cancers coliques : traitement chirurgical.
Paris Edition médicale internationales 1989 ; P 55-97.
- 26. MONTANDON S, M CONGE, M GUYOT**
Les appareillages de dérivations digestives.
EMC Techniques chirurgicales, Appareil digestif 1988 ; 11 : 406-18
- 27. BAUMEL H**
Complications des stomies.
Fagnez PL, Houssin D, Pathologie chir tome II, chir digestive et thoracique
Paris Masson 1991 ; P 343 - 347
- 28. SANOGO ZZ, S YENA, AK SIMAGA, D DOUMBIA, Z OUATTARA, AK DIALLO, D SANGARE, S SOUMARE**
Les stomies digestives, expérience du service de chirurgie 'A' du CHU du Point G.
Mali Médical 2004; (3) : 24-27
- 29. TRAORE S.S.**
Les stomies intestinales au CHNYO de Ouagadougou (Burkina Faso), 2001, 2, n° 1
- 30. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R**
Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery.
Colorectal Disease august 2006; 9: 559-561
- 31. KOFFI E, K YENON, JC KOUASSI**
Les enterostomies dans notre pratique hospitalière.
Médecine d'Afrique Noire 1998 ; (1) : 45

32. BAUMEL H, J- M FABRE, J-C MANDERS CHEID, F GUILLON, J DOMERGUE, P BOUTELIER, J VISSET

Caractéristiques cliniques et évolution des stomies digestives
Définitives. Résultats d'une enquête rétrospective nationale gastro-enterole
Clin Bio Masson, Paris 1993; 7 : 547 –552

33. KAIRALUOMA M, H RISSANEN, V KULLTI, J P MECKLIN, KELLOKUMPU

Outcom of Temporary stomas.
Dig surg 2002; 19: 45 – 51.

34. CLEDES A

Réactions psychologiques et affectives de l'adulte à la mise en
place d'une stomie digestive.
Ouest Med 1989; 7: 283 – 288.

35. YASUO SAKAI, MD PHD

Temporary transverse colostomy VS loop ileostomy in diversion.
Arch Surg 2001; 136: 338 – 342.

Iconographie



Image 1 : iléostomie en double canon



Image 2 et 3 : Colostomie terminale iliaque gauche selon HARTMANN

Images Chirurgie générale CHU Gabriel TOURE.



Image 4 : Infection peristomiale

Image Chirurgie générale CHU Gabriel TOURE.

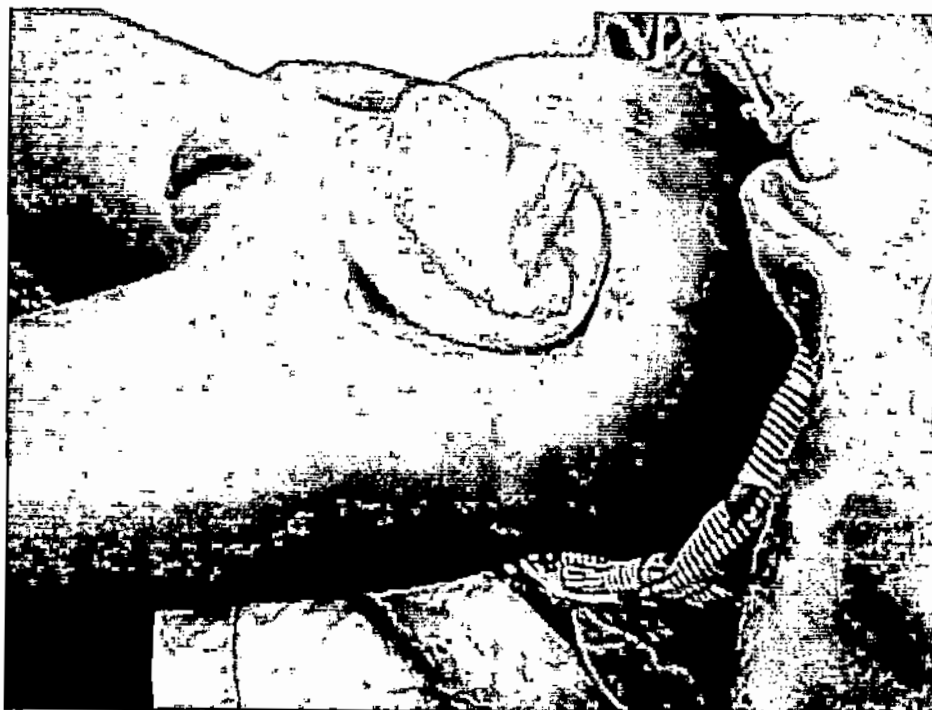


Image 5 : Prolapsus stomial

Image Chirurgie générale CHU Gabriel TOURE



Image 6 : Complications cutanées peristomiales

FICHE D'ENQUETE

N° de la fiche d'enquête :

I- Données socio-démographiques :

1-Nom.....2-prénom.....

3-Sexe. __ \ 1=masculin 2=féminin

4-Tranches d'âge...../ __ /

1=15 – 20ans 2=21 – 30ans 3=31 – 40ans 4=41 – 50ans

5=51 – 60ans 6=61 – 70ans 7=71 – 80ans 8=81 – 90ans

9= > 91ans

5-Ethnie...../ __ /

1= Bambara 2= Sarakolé 3= Peulh 4= Sénoufo 5= Sonrhai

6= Malinké 7= Dogon 8=Bobo 9=Touarègue

10=Autre à préciser.....

6-Profession...../ __ /

1= Elève 2= Commerçant 3= Agriculteur 4=ménagère

5= fonctionnaire 6= Ouvrier 7= Autre à préciser.....

7-Nationalité..... 8-

Provenance.....__ \

1= Bamako 2= Kayes 3= Koulikoro 4= Sikasso

5= Ségou 6= Mopti 7= Gao 8= Tombouctou

9= Kidal 10= Autre à préciser.....

II- Mode de recrutement __ \

1= urgence

2= consultation ordinaire

III- Anamnèse :

A / Motif de consultation

1= Douleur abdominale __ \ 1= Oui 2= Non

2= Douleur abdominale + vomissement __ \ 1= Oui 2= Non

3= Douleur + distension abdominale __ \ 1= Oui 2= Non

4= Amaigrissement __ \ 1= Oui 2= Non

5= Rectorragie __ \ 1= Oui 2= Non

6= Autre à préciser.....

**B / Durée présumée de la symptomatologie..... __ **

1= < 11 jours 2= 11 – 30 jours 3= > 30 jours

IV- Signes cliniques :

A / Signes fonctionnels :

1= Douleur __ \ 1= Oui 2= Non

2= Vomissements __ \ 1= Oui 2= Non

3= Diarrhée __ \ 1= Oui 2= Non

4= Arrêt des matières et de gaz __ \ 1= Oui 2= Non

5= Constipation __ \ 1= Oui 2= Non

6= Rectorragie __ \ 1= Oui 2= Non

7= Asthénie _ _ \ 1= Oui 2= Non
 7= Autre à préciser.....

B / Signes généraux :

B1 Température..... _ _
 1= Normale 2= Elevée 3= Basse 4= Indéterminée

B2 Pouls..... _ _
 1= Normal 2= Elevé 3= Basse 4= Indéterminé

B3 Tension artérielle..... _ _
 1= Normale 2= Elevée 3= Basse 4= Indéterminée

B4 Fréquence respiratoire..... _ _
 1= Normale 2= Elevée 3= Basse 4= Indéterminée

B5 Pâleur..... _ _
 1= Oui 2= Non 4= Non précisée

B6 Si autre à préciser.....

C / Signes physiques :

C1 Inspection :

a/ Déformation abdominale _ _ \ 1= Oui 2= Non

b/ Ballonnement abdominal _ _ \ 1= Oui 2= Non

c/ Traumatisme anal _ _ \ 1= Oui 2= Non

d/ Si autre à préciser

C2 Palpation :

a/ Douleur _ _ \ 1= Oui 2= Non

b/ Défense abdominale _ _ \ 1= Oui 2= Non

c/ Contracture abdominale _ _ \ 1= Oui 2= Non

d/ Cris de l'ombilic _ _ \ 1= Oui 2= Non

e/ Masse abdominale _ _ \ 1= Oui 2= Non

f/ Abdomen souple _ _ \ 1= Oui 2= Non

g/ Autre à préciser.....

C3 Percussion :

a/ Matité _ _ \ 1= Oui 2= Non

b/ Tympanisme _ _ \ 1= Oui 2= Non

c/ Sub-matité _ _ \ 1= Oui 2= Non

**C4 Auscultation..... _ _ **

1= Augmentation des bruits abdominaux

2= Bruits abdominaux normaux

3= Silence abdominal

4= autre à préciser

**C5 Touchers pelviens..... _ _ **

- a= Masse ano-rectale
- b= Masse rectale
- c= Douglas bombé et douloureux
- d= Normal
- e= Autre à préciser

V- Examens complémentaires :

A/ Biologie à préciser.....

B/ Imagerie

- a= échographie abdominale _ _ \ 1= Oui 2= Non
 Si oui.....
- b= ASP _ _ \ 1= Oui 2= Non
 Si oui.....
- c= Lavement baryté _ _ \ 1= Oui 2= Non
 Si oui.....
- d= Ano- rectoscopie _ _ \ 1= Oui 2= Non
 Si oui.....
- e= Si autre à préciser.....

VI- Indication de la stomie :

Pathologies..... _ _ \

- 1= Volvulus intestinal 2= Occlusion sur bride 3= Péritonite
- 4= Tumeur intestinale 5= Autre pathologie (à préciser)

Siège du volvulus _ _ \ 1= Sigmoïde 2= Grêle 3= coecum

Etiologie de la péritonite..... _ _ \

- 1= Perforation iléale 2= Fistule digestive post-opératoire
- 3= Autre à préciser.....

Siège de la tumeur intestinale..... _ _ \

- 1= Côlon droit 2= côlon gauche 3= recto-sigmoïde
- 4= rectum 5= anus 6= iléon
- 7=Autre à préciser

VII- Type de stomie..... / _ _ \

- 1= iléo- stomie _ _ \ 1= Oui 2= Non
- 2= colostomie _ _ \ 1= Oui 2= Non
- 3= coecostomie _ _ \ 1= Oui 2= Non

VIII- Variété de la stomie..... _ _ \

- 1= Latérale 2= Terminale

IX- Caractère de la stomie..... _ _ \

- 1= Temporaire 2= Définitive

X- Moyens d'appareillage de la stomie..... _ _ \

- 1= Poche de colostomie 2= Matériel local

XI- Suites opératoires...../ / /

1= Simples 2= Compliquées

XII- Complications

A/ complications locales...../ / / /

1= Irritation cutanée 2= Suppuration 3= Eviscération
4= Hémorragie cutanéomuqueuse 5= Lachage de la stomie
6= Nécrose de la stomie 7= Occlusion intestinale
8= Autre à préciser.....

B/ Complications générales.....

1= Choc septique 2= Choc hypovolémique 3= Trouble psychologique
4= Autre à préciser.....

XIII/- Durée d'hospitalisation...../ /

1= <11jours 2= 11 - 20jours 3= 21 - 30jours
4= 31 - 40jours 5= >40jours

XIV/- Rétablissement de la continuité...../ /

1= 10 - 30jours 2= 31 - 60jours 3= 61 - 90jours 4= >90jours
5= Définitive

XV/ Décès...../ /

1= Oui 2= Non

XVI/- Décédé de.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : OUSMANE

Téléphone : (00223) 79 18 91 96

Titre de la thèse : Stomies digestives dans le service de chirurgie générale du CHU-Gabriel TOURE.

Année Universitaire : 2008-2009

Pays d'origine : Mali

Lieu de soutenance : FMPOS de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

RESUME :

Nous rapportons à travers ce document le résultat d'une étude prospective sur les stomies digestives au service de chirurgie générale du CHU-Gabriel TOURE allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007 ; soit 12 mois portant sur 56 cas de stomie.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Les stomies digestives ont représenté 7,97% de nos interventions d'urgence abdominale, 14,17% de nos interventions à froid ; soit une fréquence hospitalière de 6%.

Parmi les types de stomie, la colostomie a prédominé avec une fréquence de 64,3%.

45 stomies étaient temporaires et 11 définitives.

Parmi les indications, l'occlusion par volvulus du sigmoïde a prévalu avec une fréquence de 41,1%.

L'irritation cutanée péristomiale a été la complication locale immédiate la plus fréquente (26,8%), évidemment suivi par la suppuration péristomiale.

Mots Clés : Stomie digestive, fréquence, indication, complication.

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'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui se sont 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 !