

Ministère de l'Éducation Nationale

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Année Universitaire 2006/2007

Thèse N°...../2007

TITRE :

**LES STOMIES DIGESTIVES :
EXPERIENCES DU SERVICE DE CHIRURGIE
« A » DU C.H.U. DU POINT G.**

*Thèse présentée et soutenue publiquement le 28 Février 2007,
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,*

par

Mlle Aïcha Mati GUIET

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

JURY :

Président : Professeur Sambou SOUMARE

Membres : Professeur Sadio YENA,

Docteur Adama Koita

Co-directeur : Docteur Zimogo Zié SANOGO

Directeur de thèse : Professeur Djibril SANGARE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN:

Anatole TOUNKARA
Professeur

1^{er} ASSESSEUR:

Drissa DIALLO
MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR:

Sékou SIDIBE
MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

Yénimégue Albert DEMBELE
Professeur

AGENT COMPTABLE:

Mme COULIBALY Fatoumata TALL
CONTROLEUR DES FINANCES

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, Chef de D.E.R
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne

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 Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAÏGA	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Niani Mounkoro	Gynécologie/ Obstétrique

▪ 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 - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou Koné	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou Ba	Biologie/ Parasitologie entomologie médicale

▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
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

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo Traoré Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
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
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation
Mr Lassine SIDIBE Chimie-Organique

▪ **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie

Dédicaces et Remerciements

Je rends grâce

A ALLAH Le Tout Puissant, Le Très Miséricordieux.

Ô Seigneur ! Ce travail est une infime partie de tes immenses grâces.

Nous te devons toutes les louanges.

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ma mère **Zeinabou Garba** et mon père **Mati Guiet**, vous avez toujours été à mes cotés, dans mes moments de joie et de peine. Vous m'avez toujours comprise et soutenue. Je me suis sentie aimée. Vos encouragements et vos bénédictions ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Ce travail est le couronnement de vos sacrifices. Puisse Dieu vous garder le plus longtemps possible à mes côtés.

A mes grands-parents que je n'ai pas connus ou si peu, je n'ai pas profité de cette chaleur de peau ridée, vous nous avez quittés trop tôt. Je prie ALLAH pour le repos de vos âmes respectives.

A mes frères et sœurs : Abani Nana Hadiza, Jamila, Adoul Wahab, Fatima, Saidou, Faïza, Souleymane, retrouvez ici mon affection fraternelle, mes plus haute considérations pour l'unité et la solidarité familiale. Le lien de sang est sacré, restons unis pour bâtir un avenir meilleur.

A la Troupe, mes petits bébés : Rachid, Nasser, Moustapha, Marah, Najim et Princesse Raissa la gardienne de but, je souhaite que vous fassiez mieux que votre tantine.

A mon beau-frère Ibrahim Abani pour l'estime que tu me portes.

A ma belle-sœur Fouréra, pour ton respect à mon égard.

A mes oncles et tantes, je me garde de citer pour ne pas omettre certains, votre admiration témoigne de l'intérêt que vous portez à ma personne.

A mes cousins, la liste nominative est longue et peut être en omettrais-je certains. L'estime et le respect que chacun de vous a manifesté à mon égard, témoignent de votre sens de la grande famille africaine.

A mes chéries : Zara K, Zainabou Chétima, Zabaou Modiéli, Hassana Koulou je me suis sentie seule après votre départ.

Aissé Sidibé (tu vas me manquer !), Kardo Seck, Amina Oumarou Neino, Lawré Marafa, Suzy Matali, Hamsatou Mindadou, Amy Diop, Aichatou Harouna, Titi Balla

A tous les malades victimes des conditions économiques défavorables, puisse ce travail être le début d'un remède à vos souffrances.

A Feu Antoine Désiré, tu nous as quittés très tôt.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements à tous ceux dont la collaboration, aussi petite soit-elle mais si importante, m'a permis d'aboutir à ce résultat :

Au **Mali**, ma seconde patrie, pour le savoir que tu m'as donné.

Au **Niger**, pour ce que je suis aujourd'hui.

A Tonton Sadio Soumaré, pour ta disponibilité et le soutien matériel et moral que tu m'as apporté.

A la famille Sima à Djélibougou, maman Ramata, Madou, Djénéba, Diaman, Sitan, Franc, vous êtes une seconde famille pour moi. Votre générosité n'a d'égale que votre simplicité. Dieu vous bénisse.
Saly, tu es formidable. Que Dieu te donne la force d'aller toujours de l'avant et te fasse profiter du fruit de tes sacrifices !

A la famille Coulibaly au Point G et son chef de famille (Siratigui dit Bassourou), pour l'hospitalité que vous m'avez donnée.

A mes amies et sœurs : Salyma, Rahila, Dr Marie S, Fifi, Lady Rakia, Dr Adiza, Aichatou, Mariama, Ami, Dr Ramatou L, Dr Ramatou F, Dr Marie L, Tatiana Eroumé, Zara Zakari, Mariama Chétima, Ramatou B, Atta, Nafissa, Nafissa Souley H., Nafissa Sanogo, Maimouna, Safia, Safiatou Sangaré, Baby, Kia H., Titi Sabo, Ralia A., Mamou Traoré, Eve.

A mes amis et frères : Cheikh Diouf, Dr Youssouf Fofana, Dr Ben Moulaye, Dr Maurice, Dr Lamine Koumaré, Dr Lamine Soumaré, Mamane Lawane, Boubacar Nanakassé, Moumine Zié D., Idrissa Diabakaté, Thierry T., Hama R., Dr Maurice, Dr Souley Awami, Dr Djibson, Dr Ibou Kampo,

Les stomies digestives : expériences du service de Chirurgie « A » du CHU du Point G

Youba, Ibou T., Yves, Aboul Aziz G., Mourtala Assao, Dr Houdou Seyni,
Hadrami J., Me Boulkassimi Y, Boubacar Cissé, Souleymane Issa S.

A Mme et M. Coulibaly

Mme et M. Touré

Mme et M. Diop

M. Hakim Arami

M. Jacquy Prudor

Dr Vézilier Frédéric

M. Bobeuf Patrice

Dr Adama Sidibé

A ce groupe choc de la chirurgie A: DrYoussef Koné, Dr Pierre Sodio, Dr
Bertrant Choupé, Dr Serge Akwo, Dr Arlette Dogmo, Chérif, Tidiane,
Moussa S., Raoul, Tom, Boubou C., Bemba, Mama, Sogodogo, Sira,
Sambala, Adama Diallo, Haidara, Ange Marie, Soma, Bissan.

Aux internes cadets de la chirurgie A.

A tout le personnel de la chirurgie A pour sa collaboration à la réalisation
de ce travail.

A tout le personnel du bloc opératoire pour sa disponibilité.

A la communauté sœur nigérienne au Mali.

Au communautés soeurs

A tous ceux que j'aurais oubliés de nommer, je ne suis qu'un être humain.

MENTION SPECIALE

A mes sœurs Abani Nana Hadiza et Jamila Abdoul Wahab pour tous les sacrifices pour moi consentis.

A M. Jacquy Prudor pour toute l'aide que tu m'as apportée. Dieu te bénisse !

Dr Chérif M. Traoré pour ta disponibilité.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur Sambou SOUMARE

Professeur titulaire de Chirurgie Général,

Ancien doyen de l'école nationale de médecine et de pharmacie,

Chef de service de chirurgie « A » de l'hôpital du point G.

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury pour notre travail.

Votre intégrité, votre disponibilité, votre rigueur, votre courage et votre sens social élevé sont quelques-unes de vos multiples qualités.

Durant notre formation à la faculté de médecine et dans le service nous avons apprécié votre simplicité et votre pragmatisme. La densité et la clarté de votre enseignement font qu'il est aisé d'apprendre à vos côtés.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

A notre maître et juge

Professeur Sadio YENA

Professeur agrégé de Chirurgie Thoracique,

Certificat d'anatomie humaine,

Chargé de cours de sémiologie chirurgicale, d'anatomie humaine à la FMPOS,

Praticien hospitalier au CHU du point G,

Cher maître,

Votre gentillesse, votre dynamisme, votre rigueur dans le travail et la facilité de votre contact nous ont fortement impressionnés

Derrière votre simplicité se cache un homme de science, un praticien brillant et courageux, qui nous a appris la discipline et l'amour du travail bien fait.

Merci de nous faire l'insigne honneur de juger notre travail malgré vos multiples occupations.

A notre maître et juge

Docteur Adama KOÏTA

Praticien hospitalier au CHU du point G,

Cher maître,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humanisme n'ont d'égale que votre passion pour le travail.

Veuillez trouver ici, l'expression de toute notre admiration.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Zié Zimogo SANOGO

Maître assistant de Chirurgie Générale,

Chargé de cours de sémiologie chirurgicale et de pathologie chirurgicale à la FMPOS,

Praticien hospitalier au CHU du point G,

Cher maître,

Vous êtes à l'origine de ce travail et vous n'avez ménagé aucun effort pour son élaboration.

Votre disponibilité et votre bienveillance nous ont profondément impressionnées.

Votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré de tous.

Veillez trouver dans ce travail, notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Djibril SANGARE

Professeur titulaire de chirurgie générale,

Chargé de cours de sémiologie chirurgicale à la FMPOS

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Vous l'avez dirigé sans ménager aucun effort.

Votre simplicité, votre contact facile, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré de tous.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et notre sincère reconnaissance.

Sommaire

I. Introduction	18
II. Objectifs	21
2.1. Objectif général	21
2.2. Objectifs spécifiques	21
III. Généralités	22
3.1. Rappels anatomiques et physiologiques	23
3.2. La préparation du patient	30
3.3. La stomie	36
3.4. Le matériel de recueil	41
3.5. Les complications des stomies	46
3.6. Rétablissement de la continuité digestive	61
IV. Méthodologie	64
4.1. Cadre d'étude	65
4.2. Type d'étude	66
4.3. Période d'étude	66
4.4. Echantillonnage	66
4.5. Critères d'inclusion	66
4.6. Critères de non-inclusion	67
4.7. Méthode	67
V. Résultats	69
5.1. Epidémiologie	70
5.2. Aspects cliniques	74
5.3. Aspects paracliniques	78
5.4. La stomie	80
5.5. Observation des décès	94
5.6. Rétablissement de la continuité digestive, hospitalisation	98
VI. Commentaires - Discussions	100
6.1. Aspects épidémiologiques	102
6.2. Aspects cliniques	103
6.3. Durée d'hospitalisation	108
VII. Conclusion - Recommandations	109
Références bibliographiques	112
Annexes	115

LES ABREVIATIONS

Cm/min = centimètre par minute

H= heure

L = litre

ml/h = millilitre par heure

Mg = milligramme

Kg= kilogramme

Gr = groupage

Rh = Rhésus

Ht = hématocrite

Hb = hémoglobine

Bio pré-op = biologie pré-opératoire

Ecb = examen cytobactériologique

Rx thorax = radiographie du thorax

ASP = abdomen sans préparation

TOGD = transit oeso-gastro-duodéal

UIV = urographie intraveineuse

CHU = centre hospitalier universitaire

FMPOS = faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Introduction

I - INTRODUCTION

La stomie, (du grec stome = bouche) est l'abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel [1]¹.

Les stomies digestives sont réalisées dans le but d'une dérivation permanente ou temporaire du transit digestif, dans l'attente de réaliser la cure de la pathologie sous-jacente [2].

Selon que l'objectif sera l'ingestion ou l'évacuation, l'opération portera soit sur la partie haute de l'intestin et sera appelée jéjunostomie, soit sur la partie basse et sera appelée iléostomie, ou encore colostomie dans le cas où elle serait pratiquée sur le côlon [2].

L'étude de l'entérostomie en canon de fusil remonte à 1700, avec LITTRE [2] et figure dans tous les traités. C'était, il y a deux siècles, le mode de terminaison habituel de toutes les résections intestinales, et notamment pour gangrènes herniaires.

Créée en 1818 par MAUNOURY (de Chartres), l'iléostomie latérale fut exécutée pour la première fois à Paris en 1838 par Gustave MONOD. Mais c'est Auguste NELATON, qui en 1857, fit connaître cette opération, précisa ses indications dans l'occlusion intestinale et régla sa technique [2]

- En Suisse, on comptait 11 000 stomisés et 1 500 nouveaux cas en 1998 [3].
- En France, ADLOFF M. et coll. [4] ont étudié les cancers du côlon. Sur 1 122 cas opérés, 116 étaient des cancers compliqués sur lesquels 6 colostomies protectrices ont été réalisées, 10 colostomies définitives, 11 opérations de Hartmann.

La stomie a représenté 2,4% des interventions sur cancers du côlon ; et 23,3% des interventions sur cancers du côlon compliqués.

- Au Niger, HAROUNA Y. et coll. [5], sur une période allant de février 1995 à décembre 1996 (soit 22 mois), ont étudié les perforations typhiques à travers 56 cas, parmi lesquels 2 ont fait l'objet d'une résection iléostomie, soit une fréquence de 3.5%.
- Au Mali :
 - DIARRA S. [6], dans sa thèse de 2000, trouvait 5% de cas de résection iléostomie réalisées au cours d'interventions pour péritonites par perforation iléale, dans le service de chirurgie B de l'hôpital du Point « G ».

¹ Cette référence renvoie au document correspondant mentionné en bibliographie.

Les stomies digestives : expériences du service de Chirurgie « A » du CHU du Point G

- Z.Z. SANOGO [7], à travers une étude de 2002, évalue à 103 le nombre de stomies effectuées de janvier 1998 à octobre 2002 dans le service de chirurgie A de l'hôpital du POINT « G ».
- SAMAKE M. [8], dans sa thèse de 2001, énonçait que l'opération de Hartmann représentait 18% de l'ensemble des interventions pour cancers coliques, soit 4 cas sur 33.

Les indications des stomies sont essentiellement représentées par les pathologies d'urgence (péritonite, volvulus).

La prise en charge pose d'énormes difficultés, tant pour le malade que pour personnel soignant :

- un des problèmes majeurs paraît être l'acceptation par le malade de son état,
- les malades sont essentiellement recrutés en urgence, où l'éventualité d'une stomie n'est pas souvent discutée en préopératoire par le chirurgien et le patient,
- l'absence d'infirmière stomathérapeute capable de prendre en charge le patient,
- le régime nutritionnel n'est pas défini chez ces patients et l'on se trouve, dans la majorité des cas, confronté aux problèmes de dénutrition.
- le manque de matériel et appareillage adéquat pour une stomie compatible avec une bonne qualité de vie.

II OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les stomies digestives intestinales dans le service de chirurgie A du centre hospitalier universitaire du Point « G ».

2. Objectifs spécifiques :

- ❖ Décrire les indications classiques et les techniques opératoires ;
- ❖ Déterminer la fréquence des stomies ;
- ❖ Identifier les pathologies mères ;
- ❖ Décrire le suivi postopératoire ;
- ❖ Décrire les complications et les difficultés de la prise en charge des stomies ;
- ❖ Enoncer des recommandations.

Généralités

III - GENERALITES

La mise en place d'une stomie intestinale est une pratique assez courante dans le traitement des pathologies digestives d'urgence et cancéreuses. Pour une meilleure compréhension de leur réalisation et de leur prise en charge, un rappel anatomique et physiologique est nécessaire.

3.1. Rappels anatomique et physiologique

3.1.1. Le péritoine [9]

C'est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, c'est à dire à la partie sous-diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire.

On reconnaît au péritoine, comme à toute membrane séreuse :

- 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 celluloadipeux 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 celluloadipeux 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 côlon. 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.

La cavité péritonéale contient un liquide séreux. Certaines maladies peuvent entraîner un épanchement de plusieurs litres de liquide séreux dans cette cavité, de sorte qu'elle forme un véritable espace. Cette accumulation de liquide séreux est appelée ascite.

3.1.2. L'iléon

➤ Anatomie [6]

L'intestin grêle est la portion du tube digestif qui s'étend de l'estomac au gros intestin. 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 environ 2,5 m, puis fusionne avec le jéjunum.
- Le jéjunum : mesure 2,5 m de longueur et s'étend jusqu'à l'iléon.
- L'iléon : mesure 3,6 m de longueur et rejoint le gros intestin à la valvule iléo-caecale.

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 pâle. Il décrit une série d'anses (14 à 16 anses intestinales) ; dont chacune a une longueur de 20 cm.

➤ Histologie de l'iléon [9]

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

- La tunique séreuse se continue le long du bord adhérent des anses intestinales avec les feuillets du mésentère.
- Les tuniques musculaires et sous muqueuse sont identiques à celles du duodénum.
- La tunique muqueuse présente :

- des villosités,
- des valvules conniventes dont les dimensions et le nombre diminuent graduellement de l'angle duodéno-jéjunal vers la terminaison du jéjuno-iléon ; elles disparaissent complètement à 50 cm 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 surface de la muqueuse des plaques blanchâtres d'aspect gaufré, de forme elliptique, de 4cm à 6cm de longueur. Elles siègent particulièrement sur la deuxième moitié du jéjuno-iléon et sur le bord libre de l'intestin.

➤ **Rapports [6]**

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

- il répond en arrière à la paroi abdominale postérieure et aux organes retro-péritonéaux (gros vaisseaux para vertébraux, partie sous méso-colique du duodénum, reins, uretères, côlon ascendant et surtout côlon 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 côlon transverse
- en bas, il est en contact avec le côlon pelvien

➤ **Vaisseaux et nerfs de l'iléon [9]**

- Les artères de l'iléon sont les branches intestinales de la 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 afférents conduisent enfin 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.

➤ **Physiologie de l'iléon [6]**

La fonction principale de l'iléon se résume à la digestion et à l'absorption.

La présence du chyme dans le grêle entraîne la sécrétion du suc intestinal au rythme de 2 à 3 litres par jour. Ce suc, de pH 7,6 légèrement alcalin, renferme de l'eau et du mucus. Il est rapidement absorbé par les 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 leurs micro-villosités. Parmi ces enzymes nous pouvons citer :

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

- La digestion : la fonction de digestion de l'iléon 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 1 cm/min, 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.

L'absorption : c'est le passage de nutriment digéré du tube digestif au sang et à la lymphe. Environ 90% de toute l'absorption a lieu dans l'intestin grêle.

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

L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle s'effectue par osmose depuis la lumière jusqu'aux capillaires sanguins des villosités à travers les cellules épithéliales. Le taux normal d'absorption se situe entre 200 et 400 ml/h. L'eau traverse la muqueuse intestinale dans les deux directions. L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle est liée à celle des aliments digérés et des électrolytes afin de maintenir l'équilibre osmotique avec le sang. L'iléon est le siège de l'absorption des vitamines liposolubles telles que A, D, E et K et les vitamines hydrosolubles telles celles du groupe B et la vitamine C.

3.1.3. Le côlon

➤ Anatomie [9-10]

Le côlon est la partie du gros intestin étendue de la valvule iléo-cæcale à la jonction recto-sigmoïdienne. La dénomination communément utilisée de « cadre colique » en indique la topographie abdominale périphérique ; son trajet étant successivement ascendant dans la région ilio-lombaire droite (segment caeco-ascendant), transversal depuis l'angle hépatique jusqu'à l'angle splénique (anse transverse), descendant enfin dans la région lombo-iliaque et pelvienne gauche (segments descendant et ilio-pelvien). Sa longueur (1,50 m en moyenne) est susceptible de grandes variations individuelles, son calibre de 6,5 cm diminue régulièrement du cæcum à la jonction recto-sigmoïdienne.

- 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 postérieure par l'intermédiaire de la zone colique droite.
- 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 réno-colique) et du duodénum descendant par une zone d'adhérence unissant la zone dépéritonéalisée colique droite à la zone duodéno-pancréatique. Les deux tiers gauches du côlon transverse peuvent être mobilisés grâce au mésocôlon transverse dont la longueur est variable.
- Le côlon descendant, également vertical, atteint le bord médial du muscle psoas. Il est comme le côlon ascendant fixé à la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire de la zone colique gauche.

- 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. Le côlon sigmoïde, dont la longueur est variable, est un organe mobile. Il est en effet rattaché à la paroi abdomino-pelvienne par le mésocôlon sigmoïde dont la longueur également variable, conditionne sa mobilité, sa position et ses rapports.

➤ **Histologie du côlon [11]**

La muqueuse du côlon 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.

La sous-muqueuse ressemble à celle du reste du tube digestif.

La musculuse est formée d'une couche externe de muscle longitudinal et d'une couche interne circulaire. Des portions du muscle longitudinal présentent 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.

La séreuse fait partie du péritoine viscéral. Des petites poches remplies de graisses du péritoine viscéral sont fixées aux bandelettes longitudinales, on les appelle appendices épiploïques.

➤ **Rapports [9]**

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 utéro-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 anses grêles.
- en bas avec les anses grêles, la vessie, l'utérus et les ligaments larges.

➤ **Vaisseaux et nerfs du côlon [9]**

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 supérieure, moyenne et inférieure.

La mésentérique inférieure fournit les artères coliques gauches supérieure et inférieure, 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 épi coliques, 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.

➤ **Physiologie du côlon [10]**

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

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

La fonction 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. 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 16 heures.

- Les fonctions motrices : par la succession d'ondes rythmiques péristaltiques et antipéristaltiques, 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 préparation du patient

La stomie est une intervention qui comporte beaucoup de conséquences, que ce soit du côté du médecin ou de celui du patient. Pour ce faire, une prise en charge préopératoire adéquate est nécessaire pour la rendre plus acceptable et minimiser les complications.

Deux cas de figures se présentent quant au mode de recrutement des patients.

3.2.1. En urgence

Dans le cadre d'une urgence, le médecin se trouve limité, tant par le temps quant à la prise de décision que par le manque des moyens complets d'exploration. Le tableau clinique est celui d'abdomen aigu, réalisé le plus souvent par une péritonite (perforation unique ou multiple d'intestin), une occlusion intestinale, une fistule digestive postopératoire par lâchage d'anastomoses réalisées sur des anses fragilisées.

➤ **Clinique**

• **Signes fonctionnels [6-12]**

- La douleur est le maître symptôme, constante, brutale ou progressive suivant le cas, à type de coliques intermittentes, évoluant par paroxysme témoin de la lutte contre l'obstacle. L'intensité est variable.

- L'arrêt des matières et des gaz est constant et fondamental. Il est précoce dans l'occlusion du côlon et tardif dans celle du grêle. Il est réflexe dans la péritonite.

- Les nausées et vomissements : plus ou moins précoces, d'abord alimentaires puis bilieux, et enfin fécaloïdes dans les formes négligées.

• **Signes généraux [6-12]**

Ils apparaissent le plus souvent précocement :

- La fièvre, quant elle existe (péritonite, fistule digestive), varie avec l'importance de l'infection ; elle est en général supérieure ou égale à 38°C

- La chute de la tension artérielle consécutive aux troubles hydro-électrolytiques fréquents dans les occlusions intestinales.

- Une accélération du pouls

Au stade évolué, on constate un état de choc toxico-infectieux avec faciès plombé, nez pincé, marbrures localisées ou généralisées ; oligurie et frissons peuvent être présents.

- **Signes physiques [12]**

Ils sont fonction de la pathologie en cause :

- Inspection : l'abdomen peut être plat (dans les occlusions intestinales) ou au contraire distendu, surtout dans les péritonites. Un météorisme peut être présent. Dans les occlusions mécaniques, un péristaltisme peut traduire la lutte contre l'obstacle.

- Palpation : la douleur provoquée traduit la zone de souffrance de l'intestin. Une tuméfaction n'est retrouvée que dans certains cas.

Dans les péritonites, la douleur est généralisée et provoque une défense qui confirme la contracture. Le cri de l'ombilic, témoin de l'irritation péritonéale n'est pas toujours retrouvé.

- Percussion : elle révèle un tympanisme. La disparition de la matité hépatique est signe évident de perforation.

- Auscultation : on note la présence et l'accentuation des bruits hydro-aériques dans les occlusions intestinales.

- Les touchers pelviens : le résultat dépend du siège et de l'étiologie de l'occlusion. Dans les péritonites, ils ont une grande valeur diagnostique car ils retrouvent un bombement et une douleur exquise au niveau du Douglas.

- **Examens complémentaires**

Ils dépendent de la pathologie en cause.

Dans les fistules digestives post-opératoires, ils ne sont pas nécessaires. Le diagnostic est posé sur la base de l'examen physique.

- La radiographie de l'abdomen sans préparation : c'est l'examen de choix devant tout abdomen aigu. Elle est réalisée chez le patient, selon son état, soit debout, soit en décubitus. Deux clichés, l'un centré sur les coupes diaphragmatiques et l'autre sur l'abdomen, permettent d'obtenir les meilleurs résultats. Elle montre des niveaux hydro-aériques. Un seul niveau suffit pour poser le diagnostic d'occlusion intestinale. Ces niveaux sont plus hauts que larges et à topographie centrale en cas d'occlusion du grêle. Ils sont plus larges que hauts à topographie périphérique dans l'occlusion colique. L'anse en amont de l'obstacle est dilatée [13].

Dans les péritonites généralisées où l'occlusion est fonctionnelle, on constate une absence ou une rareté des niveaux hydro-aériques ; par contre une distension aérienne intestinale diffuse est constante [14]

Dans la péritonite par perforation d'anse, un pneumopéritoine est réalisé : l'image est celle d'un croissant gazeux sous la coupole diaphragmatique au-dessus de l'ombre hépatique à droite, et de la poche à air gastrique à gauche.

Les niveaux hydro-aériques sont diffus [6]

- L'échographie abdominale : elle a une valeur plus significative dans les péritonites. Elle met en évidence un épanchement plus ou moins cloisonné, un épaissement du péritoine, une infiltration de la graisse mésentérique ou épiploïque [6].

3.2.2. En consultation

Le patient est reçu ici en dehors de toute urgence. Le tableau clinique n'est pas très précis. Le malade est hospitalisé et observé pendant un certain temps, et les examens complémentaires sont demandés en fonction de l'orientation clinique.

- **L'hospitalisation**

Elle est décidée après un examen physique initial en salle de consultation et dépend de l'état général du patient.

- **L'observation**

Elle a une durée variable. Elle va jusqu'à la prise de décision thérapeutique. Elle permet de dégager les éléments cliniques et d'asseoir un diagnostic précis. C'est à ce moment qu'une éventuelle réanimation pré-opératoire est entreprise.

- **Clinique des pathologies cancéreuses [15]**

A froid, le tableau clinique n'est pas fruste, les pathologies étant essentiellement cancéreuses dans notre contexte. Il s'agit des cancers du côlon et ceux du rectum.

- Signes fonctionnels** : ils dépendent de la localisation

Dans les cancers du côlon les symptômes sont de trois ordres :

- La douleur : elle est vague, mineure, souvent répétée et intermittente, et peut se manifester sous forme de crampes ou crises coliques

- Les troubles du transit : constipation et diarrhée en alternance

- Les hémorragies digestives basses.

Dans les cancers du rectum, les manifestations révélatrices sont aussi classées en trois

groupes :

-Les rectorragies : constituent le plus souvent le premier symptôme

-Les troubles de la fonction rectale : faux besoins répétés avec ou sans émission de glaires, ténésmes, sensation de corps étrangers, réplétion rectale, épreintes, pesanteur périnéale ou sacrée, évacuation anormale

-Les troubles du transit : constipation et diarrhée en alternance.

Les douleurs rectales révèlent en général un envahissement rectal.

-Signes généraux : amaigrissement, asthénie et pâleur sont retrouvés et traduisent les troubles hydro-électrolytiques, les troubles du transit et l'anémie.

-Signes physiques : la palpation abdominale est souvent négative.

Dans les cancers coliques, elle peut localiser une douleur fixe ou une tuméfaction qui siège le plus souvent dans la fosse iliaque droite ou gauche, ou dans les flancs. Cette tuméfaction est dure, peu mobile, indolore, aux contours irréguliers.

Dans tous les cas, ascite, hépatomégalie, ganglions de TROISIÈRE et ganglions inguinaux et/ou cruraux, peuvent être retrouvés.

Les touchers pelviens sont effectués en décubitus dorsal et en genu pectoral. Ils mettent en évidence :

- Un bombement du cul de sac de DOUGLAS

- Les caractères macroscopiques de la tumeur dans les cancers rectaux : siège, extension locale (limites supérieure et inférieure), la mobilité, les rapports avec le sacrum et les organes génitaux.

• Examens complémentaires [15]

Cancers du colon

- L'endoscopie : c'est l'examen de choix, elle permet de poser le diagnostic positif. Elle consiste à réaliser une coloscopie et des biopsies. Une préparation colique est nécessaire. L'ensemble du cadre colique est apprécié : siège de la tumeur, la taille, l'extension et la double localisation, ainsi que les pathologies associées (polypes, diverticules, lésions inflammatoires), et les complications (sténoses, occlusion).

- Le lavement baryté : après préparation colique, introduction du produit opaque et insufflation d'air, les clichés sont réalisés . Les images suivantes sont mises en évidence :

- .un arrêt total ou un rétrécissement de la colonne de baryte
- .une lacune à base d'infiltration large ou circonférencielle
- .une niche au sein de la lacune

Cancers du rectum

- Rectoscopie et biopsie : elles permettent de poser le diagnostic positif. Le tube rigide du rectoscope atteint 25cm de la marge anale à la jonction recto-sigmoïdienne.

Les limites de la tumeur sont appréciées ainsi que ses rapports, ses caractères macroscopiques, les pathologies associées et les complications.

- Le lavement baryté montre les mêmes images radiologiques que les cancers du rectum.

- **Bilan d'extension [15]**

Il est demandé dans le but d'évaluer les localisations secondaires :

- radiographie pulmonaire
- échographie abdominale
- urographie intraveineuse
- tomodensitométrie

- **Bilan préopératoire [15]**

Il évalue la fonctionnalité de certains organes et permet de corriger certains troubles avant l'acte chirurgical :

- La numération formule sanguine : peut révéler une infection, une anémie qui seront prises en charge.
- La vitesse de sédimentation sanguine qui peut montrer un syndrome inflammatoire.
- Le groupage sanguin et le Rhésus
- Le bilan de coagulation : il est incontournable. Les troubles de l'hémostase peuvent constituer une source majeure de complications per-opératoires.
- La glycémie : permet d'écartier un diabète méconnu, la chirurgie pouvant être une cause de complication aiguë.
- La créatininémie : elle évalue la fonction rénale et permet le choix des produits et l'adaptation des doses.

- **L'annonce de l'opération**

Le chirurgien qui prend en charge le patient se doit de l'informer de la nécessité de la dérivation, qu'elle soit temporaire ou définitive [16].

Une information claire, précise, complète avant l'intervention est le meilleur atout pour une bonne réadaptation ; elle constitue le premier contrat de confiance entre le chirurgien et le patient [16].

Les explications doivent être adaptées au niveau de connaissance et de compréhension du patient. Des schémas simples aident à mieux comprendre en quoi consiste l'opération. Etre à l'écoute du patient, l'aider à exprimer ses peurs, ses angoisses, l'encourager, le soutenir dans ses moments de détresse, constituent une aide précieuse que peut offrir le personnel soignant [17].

La localisation de la stomie : elle est effectuée avant l'intervention par le chirurgien seul ou en collaboration avec une infirmière stomathérapeute ou compétente. Le choix du site d'abouchement cutané externe de la stomie est fondamental, il conditionne la vie future du stomisé. Le siège est abdominal et déterminé sur un patient en position couchée, debout et assise. La stomie doit être distante d'au moins 5 à 6 cm de tout relief osseux (crête iliaque, rebord costal), de l'ombilic, des plis cutanés et d'une incision médiane. Il est important qu'elle ne se situe pas à la partie déclive de l'abdomen d'un sujet obèse où elle ne serait pas visible. Le repérage est marqué au crayon dermique, une injection d'une goutte de bleu méthylène en intradermique est effectuée sur le site définitif, et se conserve lors de la préparation locale [16].

- **La préparation colique**

Concerne la chirurgie colique. Le geste chirurgical doit se dérouler dans une atmosphère peu septique, sur un côlon plat, vide et propre.

Un régime pauvre en résidu est souhaitable durant la semaine précédant l'intervention, il doit être pauvre en cellulose.

La préparation mécanique du côlon et l'antibioprophylaxie sont utilisées pour réduire le risque septique.

- La préparation mécanique : elle associe des lavements coliques au sérum physiologique et la prise d'un laxatif doux, type huile de paraffine, 36 à 48 heures avant l'intervention.

Actuellement, l'utilisation de lavements aux antiseptiques et notamment à la

Bétadine (concentration 5%), donne de bons résultats.

- L'antibioprophylaxie : elle permet la réduction des complications septiques causées le plus souvent par des germes anaérobies qui constituent la quasi totalité de la flore colique. Ces germes, exceptés les clostridi et les bactéroïdès, ont un pauvre pouvoir pathogène. Les aérobies sont plus rares, il s'agit principalement de d'Eschérichia coli et des streptocoques.

Les antibiotiques utilisés sont :

.Métronidazole, à la dose de 500mg chaque 8 heures chez l'adulte, 30mg par kg par jour chez l'enfant en 3 prises espacées de 8 heures.

.une céphalosporine de 2^{ème} génération peut être utilisée en association :

Céfuroxime à la dose de 250mg chaque 12 heures chez l'adulte et 30 mg par kg par jour chez l'enfant en 2 prises espacées de 12 heures.

Cette antibioprophylaxie orale dure 4 jours. La voie parentérale est prise pendant l'induction anesthésique et poursuivie 24 heures après l'intervention. La reprise du transit digestif indique la réintroduction de la voie orale qui est maintenue pendant 24 à 48 heures [18] .

3.3. La stomie

Elle se définit comme l'abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel. Les stomies digestives sont des opérations palliatives temporaires ou définitives consistant à fistuliser à la peau un segment du tube digestif.

Deux groupes sont distingués dans notre cas :

- Les iléostomies : c'est un orifice établi sur l'iléon amené à la peau, dans le but d'évacuer et de recueillir de façon temporaire, durable ou définitive, tout ou partie du contenu du grêle [19].
- Les colostomies : c'est l'abouchement du côlon à la peau, afin de donner une issue à la totalité du contenu intestinal [20].

Deux variétés de ces opérations sont utilisées : [21]

- Les stomies terminales : elles comportent l'abouchement à plein canal de l'intestin sectionné, à la peau de la paroi abdominale après traversée de la paroi musculaire de l'abdomen. La stomie terminale est la seule possibilité lorsque tout l'intestin sous-jacent a été enlevé y compris le rectum et l'anus. Dans ce cas la stomie

sera irrémédiablement définitive.

Elle est cependant parfois pratiquée bien qu'il reste au-dessous de la stomie un segment plus ou moins long de l'intestin. Dans ce cas, le bout distal de l'intestin exclu du transit est soigneusement refermé et abandonné en situation normale dans l'abdomen.

Dans ce type de stomies, matières et gaz sortent exclusivement par l'orifice abdominal. Il est normal toutefois que des écoulements se produisent par l'anus naturel, ils correspondent aux sécrétions muqueuses du segment intestinal exclu.

- Les stomies latérales : quelque soit le siège de la stomie (iléon ou côlon), l'abouchement est réalisé dans ce cas latéralement. Souvent, l'intestin est maintenu extériorisé par une baguette laissée en place 8 à 10 jours. La stomie se présente alors avec un double orifice : un d'amont par lequel s'extériorisent matières et gaz, un d'aval par lequel rien ne doit théoriquement transiter et qui correspond à la partie exclue de l'intestin.

Les stomies latérales sont des stomies provisoires réservant la possibilité d'une fermeture secondaire. Elles peuvent cependant être définitives.

3.3.1. Les iléostomies

3.3.1.1. L'iléostomie terminale

Elle est habituellement simple et comporte un orifice, celui du grêle terminal ; le grêle inférieur étant enlevé ou fermé, et abandonné dans l'abdomen.

Elle peut être double et comporte deux orifices accolés en canon de fusil ou séparé.

❖ Indications [22]

Cette stomie était la règle pour le traitement de la recto-colite ulcérohémorragique et de la polypose adénomateuse familiale. Elle est définitive après coloproctectomie totale ; elle est temporaire après colectomie subtotale réalisée pour colite aiguë grave ou dans certaines péritonites par fistule anastomotique.

En fait, les indications varient selon le contexte.

❖ **Technique [22]**

L'iléostomie terminale siège sur le grêle terminal et est réalisée dans la fosse iliaque droite. La traversée pariétale du grêle s'effectue suivant un trajet direct transpéritonéal. L'anse grêle est extériorisée sur une longueur de 6 à 8 cm. Le grêle lui-même n'est fixé ni au péritoine, ni à l'aponévrose, mais le mésentère est fixé au péritoine pariétal pour éviter le prolapsus ou la réintégration de la stomie. La fermeture de la gouttière est réalisée par l'accolement de l'anse et de son mésentère au péritoine par des points séparés pour éviter l'engagement ou l'incarcération d'une anse en postopératoire. Après fermeture de l'abdomen, le grêle extériorisé est retourné en doigt de gant, selon la technique de Brooke, formant une trompe de 2 à 3 cm de longueur.

La confection de cette trompe est indispensable, prévenant la sténose cutanée, les difficultés d'appareillage et les complications cutanées.

La muqueuse éversée est fixée par des points de fil résorbable à la peau. Un toucher digital de la stomie permet de vérifier l'absence de sténose pariétale, puis la stomie est immédiatement appareillée.

3.3.1.2. L'iléostomie latérale terminalisée [23]

Elle a permis de réhabiliter l'iléostomie latérale qui a été abandonnée en raison des complications cutanées qu'elle entraîne de façon à peu près constante. Elle permet de réaliser une stomie latérale qui fonctionne comme une stomie terminale et dont la fermeture reste très facile.

❖ **Indications [22]**

C'est une stomie confectionnée par mesure de sécurité en amont d'une anastomose fragile : iléorectale, iléo-anale, colo-anale. Elle comporte deux orifices : amont et aval.

❖ **Technique [22]**

L'anse iléale à extérioriser doit être la plus proche possible de l'anastomose, mais sans exercer de traction sur cette dernière. Un fil est placé sur la séreuse du segment proximal pour repérage. La localisation et la création du trajet pariétal sont identiques à celles de l'iléostomie terminale. Ici aussi le diamètre de l'orifice pariétal est adapté au grêle puisqu'il existe un double jambage. Le grêle est attiré à travers le trajet pariétal par un drain siliconé ou un lac. Le segment proximal fonctionnel identifié par le fil repère est orienté si possible en position basse, le segment distal non fonctionnel en position

haute. Le drain est remplacé par une baguette qui maintiendra en place l'iléostomie pendant une semaine afin d'éviter sa réintégration. L'iléostomie est ensuite ourlée à la peau selon la technique de Turnbull : l'iléon est ouvert transversalement sur les trois quarts de son bord libre au niveau de son segment distal ; il est ensuite éversé et fixé par des points transfixiants à la peau. L'aspect définitif est proche de celui d'une iléostomie terminale. Un toucher digital de la stomie permet d'éliminer toute anomalie de réalisation.

3.3.2. Les colostomies

3.3.2.1. Colostomie terminale

Elle comporte toujours une section de l'intestin. Elle peut être effectuée isolement, ou terminer une intervention de résection.

❖ Indications [22]

Elle est principalement réalisée après amputation abdomino-périnéale pour cancer du bas rectum ; elle est alors définitive. Elle est parfois temporaire après intervention de Hartmann qui associe à une colostomie terminale une fermeture du moignon rectal.

❖ Technique [22]

La colostomie est dite terminale car elle consiste à aboucher la terminaison du côlon ; elle a un seul orifice. Elle siège habituellement sur le côlon iliaque gauche. La réalisation du trajet pariétal commence par la résection d'une rondelle cutanée de 2 cm de diamètre, sur une paroi abdominale tendue pour éviter le décalage des différents plans du muscle grand droit.

Les fibres musculaires sous-jacentes sont dissociées et non sectionnées pour garder la tonicité musculaire. Le diamètre de l'orifice aponévrotique est adapté à la taille du côlon et de son méso. Dans tous les cas, l'intestin doit être à l'aise dans cet orifice pariétal admettant théoriquement deux doigts et un doigt autour du côlon.

La traversée pariétale du côlon est réalisée sur un côlon fermé, après s'être assuré que l'extériorisation du côlon et de son méso s'effectue sans traction, sans torsion, sans qu'une longueur excessive du côlon restant ne forme une grande boucle intra-abdominale. L'extériorisation de l'intestin s'effectue en sous ou transpéritonéal.

Après fermeture de l'abdomen, l'ouverture de la stomie est systématique, permettant de

vérifier la bonne vascularisation du côlon. Le côlon est fixé à la peau bord à bord, sans éversion muqueuse, par des points résorbables. Un doigt est introduit dans la stomie, contrôlant la qualité du montage.

La colostomie est immédiatement appareillée avec une poche transparente.

3.3.2.2. Colostomie latérale

L'extériorisation du côlon sans interruption de sa continuité n'est possible que sur un segment mobile, non accolé. Les colostomies latérales seront donc transverses ou sigmoïdiennes.

❖ Indications [22]

Elles sont le plus souvent temporaires, réalisées comme premier geste sur un cancer colique en occlusion, ou pour la protection d'une anastomose colorectale basse ou colo-anale. Elles sont parfois définitives pour le traitement palliatif d'une lésion colorectale sous-jacente inextirpable. Elles assurent une diversion totale des matières et sont facilement appareillables. Cette stomie a également comme avantage sa facilité de fermeture par voie élective.

❖ Technique [22]

La stomie latérale siège sur n'importe quelle partie du côlon mobile : anse sigmoïde, côlon transverse. Elle consiste à extérioriser le côlon par une incision pariétale élective en le maintenant à l'extérieur par une baguette reposant sur le plan cutané de part et d'autre de l'incision.

La confection du trajet pariétal et la traversée pariétale ne diffèrent en rien de celles de la colostomie terminale. La seule modification est le diamètre de l'orifice pariétal, habituellement plus large, puisqu'il intéresse les deux jambages coliques.

L'ouverture de la stomie peut être immédiate, par incision transversale au bistouri électrique sur le bord antimésocolique en respectant le pont postérieur sur lequel repose la baguette. Cette ouverture doit privilégier l'orifice de la stomie productrice.

3.3.2.3. Variantes [20]

Le souci d'une dérivation totale des matières est à l'origine de plusieurs procédés de colostomie qui ont en commun une section colique, avec ou sans résection d'un segment intestinal :

- Les anus à pont : c'est le procédé le plus ancien. La technique de Quenu s'effectuait à travers une incision cutanée angulée et comportait une section de l'intestin à l'aide d'un écraseur de De Martel : l'usage d'une agrafeuse est aujourd'hui préférable et l'abandon du bout d'aval sous la paroi est possible. L'inconvénient de cette technique d'anus à pont étant de compliquer l'appareillage.

Ein propose une colostomie terminalisée de siège transverse avec un trajet sous-cutané assez long destiné à prévenir le risque de prolapsus.

Sigurdson [20] propose un agrafage du segment distal destiné à diminuer la taille de la stomie d'aval et à faciliter l'appareillage.

- L'anus en canon de fusil : c'est un anus iliaque gauche faisant suite à une résection de l'anse sigmoïde. L'ensemble de l'intervention résection sigmoïdienne et colostomie est habituellement désigné sous le terme de l'opération de Bouilly-Volkman. Après résection de l'anse sigmoïdienne la péritonisation du mésocôlon rapproche les deux coliques qui sont adossés puis suturés partiellement. On réalise ainsi le plan postérieur d'une anastomose colo-colique. Les plans antérieurs sont ourlés à la peau, l'incision étant refermée de part et d'autre. Le rétablissement de la continuité se fera par voie élective. L'indication type mais rare de ce geste, est la résection d'un dolichosigmoïde lorsque les conditions générales ou locales ne permettent pas une colectomie idéale.

3.4. Le matériel de recueil

L'incontinence totale de la stomie rend nécessaire le port d'un appareil collecteur. Les progrès réalisés récemment dans ce domaine ont largement amélioré la condition des stomies. Le matériel doit être fiable, étanche aux odeurs, peu bruyant, facile à placer, non allergisant, confortable et même esthétique dans sa forme et sa couleur [16].

3.4.1. L'appareillage

Plusieurs critères entrent en jeu dans le choix du matériel le mieux adapté [16] :

- 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.
- Les autres critères sont : le degré d'autonomie du patient, sa personnalité, ses activités, le temps dont il dispose pour ses soins, ses installations sanitaires.

❖ Les poches [1,16]

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.

- 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 micro poreux, qui évitent les problèmes liés aux décollements répétés de la poche.
- Les poches avec protecteurs cutanés : elles permettent de protéger la peau en cas de selles irritantes ou d'allergie aux adhésifs.
- 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.
- L'appareillage avec ceinture sans adhésif : il est peu utilisé, mais peut rendre des services chez les personnes peu actives en raison de leur âge ou en cas de prolapsus volumineux ou inopérable de la stomie.
- Le système deux pièces : il est constitué d'un support adhésif pré-calibré ou à découper, sur lequel vient s'adapter la poche collectrice, par emboîtement de collerettes plastiques ou par adhésion. L'avantage réside dans le maintien de la plaque pendant plusieurs jours, seule la poche étant changée suivant les besoins.

IL existe des supports adaptés pour répondre à des situations particulières, telles qu'une surface cutanée péristomiale insuffisamment plane, une stomie ombiliquée (support convexe).

Dans certaines situations, les conditions d'appareillage sont difficiles et ne permettent pas l'usage d'un matériel standardisé. C'est le cas des stomies multiples, stomies mal positionnées, de complications cutanées. Un dispositif de protection cutanée est nécessaire, tel que les plaques d'hydrocolloïde qui sont découpées pour être adaptées et sur lesquelles viennent se fixer les systèmes collecteurs.

❖ **Les accessoires [24]**

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 : il s'agit d'enveloppes de coton tissé dans lesquelles se glisse la poche. Son intérêt est d'éviter le contact avec de 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 décollage et suppriment le résidu adhésif.
- Les pâtes protectrices : elles peuvent servir de joint entre la stomie et l'appareillage.
- Les sacs jetables : ils servent d'emballage à la poche à jeter, évitant les mauvaises odeurs dans la poubelle et apportent de plus une certaine discrétion.

Tableau I [17] : Matériel de stomie

Matériel	Poche fermée une pièce	Poche vidable une pièce	Système 2 pièces
Particularités	Selles formées, changement 1-3 fois/jour, filtre neutralisant les odeurs	Selles liquides, changement tous les 2-3 jours, poche convexe si stomie plane ou rétractée, filtre neutralisant les odeurs	Utilisée en post-op immédiat, changement de la plaque de base tous les 4 jours, changement de la poche tous les 2 jours, poche convexe si stomie plane ou rétractée
Accessoires	Anneau d'étanchéité	Pâte protectrice, ceinture élastique adaptable, anneau d'étanchéité	Pâte protectrice, ceinture élastique adaptable, anneau d'étanchéité

❖ **Réalisation de l'appareillage d'une stomie [16]**

Elle comporte quatre étapes :

- Mesure du diamètre de la stomie, à l'aide des anneaux de mesure existant dans les boîtes de poches, et qui permettent d'effectuer le calibrage.
- Nettoyage de la peau : elle sera simplement lavée à l'eau et au savon de Marseille. C'est un soin d'hygiène courant, semblable à ceux réalisés lors de la toilette normale après selles. Le séchage doit être parfait.
- Pose de la poche : effectuée 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, en général 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. Le système vidable muni d'un protecteur cutané peut être laissé en place deux à sept jours, s'il n'y a pas

de fuites. IL est fermé à l'aide d'un clamp dont l'ouverture commande la vidange au moment et à l'endroit souhaité.

3.4.2. L'irrigation colique [16]

Elle concerne essentiellement les patients porteurs d'une colostomie définitive gauche.

Le matériel comprend :

- Un réservoir gradué, prolongé par un tuyau d'évacuation muni d'un régulateur de débit, il est à usage multiple ;
- Un cône destiné à être abouché à la colostomie pour injection d'eau, il est aussi à usage multiple ;
- Une grande poche appelée manchon, ouverte aux deux extrémités, avec un orifice médian qui s'applique sur la stomie, il est à usage multiple ;
- Deux pinces

Il faut remplir le réservoir gradué, fixer le manchon sur la stomie, purger la tubulure, aboucher le cône à la stomie et, après avoir mis l'extrémité distale du manchon dans la cuvette des toilettes, ouvrir le régulateur du débit afin que 500 à 750 ml d'eau tiède passent en 5 à 10 minutes environ. La fréquence des irrigations coliques varie suivant les patients. Elle est faite la plupart du temps toutes les 48 heures à une heure déterminée de la journée. Le temps consacré à une irrigation est d'environ 45 à 60 minutes. Le volume de 500 à 750 ml semble être celui qui permet d'obtenir les meilleurs résultats avec le minimum d'inconfort.

Les irrigations coliques permettent d'obtenir une absence quasi totale de selles entre les irrigations. Elles permettent ainsi au stomisé le port de poches conventionnelles, au profit d'un matériel beaucoup plus discret et plus confortable : simple compresse, obturateur externe, mini poche de sécurité munie d'un filtre pour les gaz.

Les irrigations régulières ne prennent pas plus de temps que la gestion d'une stomie avec évacuation spontanée. Cette technique favorise une meilleure tolérance de la stomie, sur les plans physiques et psychologiques, facteur déterminant pour une réinsertion sociale de qualité.

Cette technique est contre-indiquée chez les sujets âgés en mauvais état général, débilisés, gênés visuellement ou manuellement. Les précautions doivent être prises en cas de maladie diverticulaire ou de côlon irradié. Elle est déconseillée chez les patients ayant des antécédents d'angine de poitrine grave, en cas de colopathie spasmodique. Elle doit être interrompue en cas de diarrhée.

3.5. Les complications des stomies

La fréquence varie suivant les séries de 5 à 30% [16]. Leur incidence est influencée par technique opératoire, la morphologie du patient (obésité ou maigre) et par le type de la stomie. Les complications des iléostomies sont à peu près identiques à celles des colostomies, mais certaines sont spécifiques à un type de stomie.

3.5.1. Les complications précoces

❖ Hémorragie péristomiale

C'est la conséquence d'un défaut d'hémostase au niveau de la paroi, de l'intestin, de la tranche de section, du mésocôlon ou du mésentère. Dans ce dernier cas, l'hémorragie peut ne pas être extériorisée, responsable d'un hémopéritoine [16]. Une ré-intervention chirurgicale est nécessaire [17]

❖ Nécrose de la stomie

Elle est en rapport avec une stomie extériorisée sous traction, plus rarement, il s'agit d'une compression du mésentère ou du mésocôlon par une ouverture aponévrotique insuffisante [16].

C'est la principale cause de mortalité directement liée à la confection d'une stomie [25]. Elle est favorisée par les difficultés de sa confection, en particulier chez l'obèse. Elle se manifeste dans les 24 à 72 premières heures [25]. Elle se traduit par une modification de la couleur de la stomie. Celle-ci devient cyanosée puis noire. Soit le sphacèle est limité aux derniers centimètres de la muqueuse et sous surveillance rigoureuse et l'on peut éviter une reprise chirurgicale, soit la nécrose s'étend à toute la partie visible de l'intestin extériorisé et il n'est alors pas possible de préjuger de l'état sous jacent ; la ré-intervention s'impose.

❖ Rétraction de la stomie

Elle est presque toujours la conséquence d'une malfaçon technique [25] : insuffisance de mobilisation plus que de fixation de l'anse extériorisée.

- La rétraction partielle : la bouche stomiale demeure plus ou moins accrochée à la peau et sa rétraction la maintient à la hauteur du tissu sous-cutané. La cicatrisation se fera presque toujours en sténosant l'orifice cutané : des

dilatations au doigt et souvent une ré-intervention à distance sont nécessaires [25]

- La rétraction totale : la bouche stomiale s'enfonce plus ou moins complètement dans la profondeur pariétale. Une ré-intervention d'urgence est impérative [25] .



Image I : stomie rétractée.
Image de la chirurgie « A »

❖ **Suppurations péristomiales**

Elles sont fréquentes [25] mais en l'absence de traction sur l'anse extériorisée ou de rétraction associée, elles sont bénignes. Elles sont souvent liées à une inoculation pariétale lors de la confection de la stomie ou à l'infection d'un hématome para colique. Elles vont réaliser une cellulite para stomiale plus ou moins extensive, qui impose une antibiothérapie immédiate : elles peuvent évoluer vers la constitution d'un phlegmon parfois rapidement abcédé. Celui-ci peut guérir en s'ouvrant spontanément par une désunion de la suture muco-cutanée. On peut alors poser un petit drain dans sa cavité pour en faciliter l'évacuation. Lorsqu'une incision de cette collection paraît nécessaire, elle doit être effectuée, dans la mesure du possible, à distance de la stomie pour ne pas en gêner l'appareillage [25].

❖ **Fistules péristomiales**

Elles sont la conséquence de la déchirure de la paroi intestinale par des points transfixiants. Elles peuvent être superficielles (sous-cutanées) ou profondes (sous-aponévrotiques), avec un risque de péritonite. Dans ce cas, une reprise chirurgicale est nécessaire [17, 25].

Les fistules dans le trajet pariétal se voient surtout sur une anse pathologique, distendue ou traumatisée [19].

❖ **Eviscération stomiales et para stomiales**

Elles se voient dans les stomies directes et sont la conséquence d'une faute technique [25]. L'éviscération est plus fréquente après stomie réalisée pour occlusion, en raison de la distension intestinale nécessitant pour l'extériorisation, un orifice pariétal plus large [16].

L'éviscération colique est exceptionnelle et sans gravité. Elle sera traitée par recoupe, fixation du côlon au plan aponévrotique correctement exposé par les écarteurs de Farabeuf, points séro-musculaires de fil fin à résorption lente et fixation itérative à la peau [25].

L'éviscération para stomiale est favorisée par un orifice aponévrotique trop large, une mauvaise fixation du mésentère au péritoine lors de la réalisation des iléostomies terminales [16]. Elle est beaucoup plus grave [25]. L'occlusion par strangulation qu'elle

provoque, doit être traitée par laparotomie sans toucher à la stomie et, après toilette et réintégration du grêle, par la fermeture en dedans de la brèche pariétale, au besoin renforcée par une pièce de vicryl [25].

❖ **Occlusions postopératoires**

L'occlusion aiguë du grêle est soit une complication de la laparotomie (brides), soit une complication de la stomie. Dans ce dernier cas, elle est due soit à l'engagement d'une anse dans un hiatus pariétal entre l'intestin et la paroi, soit au passage du grêle entre la stomie et la paroi dans le trajet pariétal lui-même [16].

L'occlusion colique précoce se traduit par l'absence de reprise de transit. Il faut distinguer l'iléus paralytique post-opératoire banal avec reprise retardée du transit, d'un problème mécanique dû à une faute technique : sténose pariétale aponévrotique, torsion colique, volvulus. L'examen de la stomie, le toucher digital et le sondage sont d'un grand secours [16].

Ces occlusions imposent une reprise chirurgicale d'urgence par médiane et pendant celle-ci une péritonisation correcte [25].

3.5.2. Les complications tardives

Elles sont les plus fréquentes et représentent les trois quarts des complications [16].

❖ **Mauvais emplacement de la stomie[16]**

La situation de la stomie 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. Chez l'obèse, les stomies ont tendance à être placées trop bas. Elles sont parfois difficilement accessibles à la vue du patient et enfouies en position assise dans le pli de l'aîne.

❖ **Les éventrations**

La fréquence est d'environ 10% des colostomies [25], elles sont plus rares après iléostomie.

PRIAN distingue :

- les éventrations précoces par malfaçon chirurgicale [25], apparaissant dans les six mois post-opératoires [16],
- les éventrations tardives favorisées par une déficience pariétale et l'hypertension intra-abdominale [16]

Selon MALFOSSE, il existe deux grands types :

- Les éventrations centrées sur l'orifice de colostomie qui siège à son sommet ; il existe là une déhiscence pariétale globale, la paroi est « soufflée »
- Les éventrations où l'orifice colique est plus ou moins excentré : il existe une brèche pariétale para colique avec un sac péritonéal contenant le plus souvent des anses grêles. Dans ce cas, vient s'associer presque toujours un prolapsus dit sous-cutané du côlon et parfois une sténose orificielle [25]

Les indications chirurgicales doivent être nuancées en fonction de la gêne fonctionnelle, du terrain, de l'espérance de vie, du type et de la taille de l'éventration [16].

Les techniques chirurgicales utilisées sont [25] :

- La transposition de la stomie
- La réparation directe sans matériel prothétique
- La réparation avec matériel prothétique



Image II : éventration centrée tardive.

Image de la chirurgie « A »



Image III : éventration centrée tardive.

Image de la chirurgie « A »

❖ **Prolapsus de la stomie**

Sa fréquence est d'environ 20% [16].

Il survient aussi bien sur une stomie latérale que terminale. IL révèle parfois une faute technique : anse trop longue d'un côlon mobile, colostomie transpéritonéal, orifice pariétal trop large ou fixation insuffisante d'une iléostomie terminale.

Le prolapsus devient chirurgical s'il est volumineux, difficile à réduire ou menace de s'étrangler.



Image IV : iléostomie en double canon prolabée.

Image de la chirurgie « A »



Image V : iléostomie terminale prolabée
avec irritation cutanée péristomiale.

Image de la chirurgie « A »

❖ **Sténose**

Elle est favorisée par une résection cutanée ou pariétale trop petite, une rétraction, des lésions inflammatoires cutanées péristomiales [16], une nécrose intestinale très limitée [25].

Lorsqu'elle est serrée, elle peut gêner le passage des matières et des gaz et être à l'origine d'une stase colique ou de fécalomes. Elle doit dans ce cas être traitée dans un premier temps par des dilatations digitales ou instrumentales [25]. L'insuffisance de ces dilatations ou la récurrence, peuvent amener à proposer une reprise chirurgicale [16].

❖ **Les saignements**

Les saignements de la stomie sont fréquents et sans conséquence [16]. Ils sont le plus souvent liés à des microtraumatismes provoqués par un appareillage ou des soins locaux inadaptés.

❖ **Dérivation incomplète**

Elle résulte de l'insuffisance de l'éperon. Elle peut être très gênante, supprimant le bénéfice de la stomie, et requérir un traitement. Celui-ci consiste à terminaliser la stomie par application d'une agrafeuse linéaire sur le segment d'aval abordé par voie locale. La section du côlon après cet agrafage n'est pas nécessaire pour les stomies provisoires [25].

❖ **Les complications cutanées péristomiales**

La prévalence varie selon les séries, de 49 à 74% [16]. Elles peuvent être précoces ou tardives. Les causes sont variées [16] :

- Les caractères de la stomie : une mauvaise localisation à proximité d'un pli ou d'un relief osseux, ce qui gêne l'appareillage et favorise les fuites ; une rétraction, une éviscération, un prolapsus, une sténose, sont des facteurs qui ne permettent pas un appareillage de qualité et peuvent entraîner des lésions cutanées.
- Les soins inadaptés : le remplacement trop fréquent de l'appareillage, le décapage intempestif des résidus d'adhésif, le rasage de la peau, l'utilisation de matériel irritant ou allergisant (éther, alcool, éosine), sont autant de facteurs favorisants.
- L'état du patient : une sudation importante, la fragilité cutanée, une affection dermatologique comme le psoriasis peuvent être en cause.
- Les lésions observées sont [17] :
 - l'excoriation : la région irritée est rouge, douloureuse, suintante et parfois sanglante. La peau est lésée et incommodée par le toucher et la mise en place d'une poche.
 - la folliculite : c'est une inflammation du follicule pileux, localisée dans ce cas autour de la stomie. Elle se manifeste par une rougeur à la base du follicule.
 - la dermatite de contact : démangeaison, sensation de brûlure, peau humide et dénudée sont les manifestations les plus courantes.

Ces irritations sont évitées par des soins locaux attentifs. Le traitement consiste à interdire provisoirement l'appareillage, à protéger la peau avec des pommades épaisses, à appliquer des corticoïdes (folliculite, dermatite), à freiner le transit par l'extrait parégorique ou thébaïque [17, 19]

- les mycoses [19] : elles se développent autour de la stomie, milieu humide, chez un patient affaibli et dénutri. Elles peuvent causer des démangeaisons et de la rougeur autour de la stomie et se propagent parfois à l'aîne. Il suffit de nettoyer la peau avec soin et de bien la sécher. En cas de persistance, un corticoïde en spray est appliqué, puis une poudre antifongique. Une fois le surplus de poudre supprimé au pinceau, la poche est adaptée. En cas de contact, un couvre-sac en coton empêchera la région touchée de devenir tiède et humide.



Image VI : irritation cutanée autour d'une iléostomie en double canon.

Image de la chirurgie « A »

3.5.4. Les complications métaboliques [16]

❖ **Déplétion sodée et hydrique**

Les iléostomisés ont une perte d'eau et de sodium fixe par leur stomie. Si les apports alimentaires en eau et en sodium sont insuffisants, une déshydratation et une hypovolémie apparaissent rapidement malgré la réponse rénale adaptée. Ces complications sont plus fréquentes et plus sévères en cas d'iléostomie préterminale.

Le loperamide au long cours semble le médicament de choix en cas de débit iléal élevé. Lorsque les pertes iléales sont supérieures à 4 litres par jour et mettent en jeu le pronostic vital, un analogue de la somatostatine semble efficace [16].

❖ **Déplétion potassique**

Une déplétion potassique primitive est inhabituelle chez l'iléostomisé. Lorsqu'elle existe, elle est habituellement secondaire à une déplétion sodée à l'origine d'une fuite urinaire de potassium.

❖ **Déplétion en magnésium**

Elle peut apparaître dans les iléostomies à gros débit. Le signe clinique habituel est la tétanie liée à l'hypocalcémie secondaire au déficit en magnésium. Le traitement consiste en des apports intraveineux de magnésium.

❖ **Carence en vitamine B12**

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

Tableau II [17] : Alimentation et stomies

Aliments	Plutôt laxatifs	Plutôt constipants	Diminuant odeurs et flatulence	Augmentant odeurs et flatulence
Produits laitiers	Lait	Fromage	-	Fromage à pâte dure
Fruits	Figue, fruits frais, raisin, pruneau	Banane, noix de coco, raisin sec, myrtille, pomme râpée avec écorce	Airelle (baie rouge), myrtille	Fruits frais (poires en particuliers)
Légumes	Choucroute, choux, oignon, épinard, salade verte, rhubarbe	Betterave cuite, céleri, carotte, maïs, patate	Epinard	Asperge, ail, chou-fleur, chou-rave, oignon, choux concombre, rhubarbe, légumineuses (arachide, fève, pois, haricot)
Pains et céréales	Flocons d'avoine cuits, pain complet, son	Flocons d'avoine (dans muesli), pâtes, pain blanc	-	-
Graisses et huiles	Graines de lin	Amandes, noix, noisettes	-	Graisses animales
Viandes et poissons	Bouillon de viande	-	-	Poissons
Boissons	Alcool, bière, boissons gazeuses, café, eau froide, jus de fruits	Thé noir, vin rouge	-	Bière, café, thé, boissons gazeuses, coca-cola
Divers	Riz non décortiqué, sucre	Cacao, riz décortiqué, chocolat	-	Aliments fumés, œufs et divers, ciboulette, champignons, mayonnaise, épices (paprika, curry)

❖ **Lithiase urinaire**

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

❖ **Lithiase biliaire**

Sa prévalence est significativement augmentée chez les patients ayant une résection iléale supérieure à dix centimètres. Le traitement par acides biliaires est contre-indiqué chez l'iléostomisé car il entraîne une diarrhée.

3.5.4. Problèmes psychologiques du stomisé [16]

Une stomie est un événement bouleversant. L'intensité de ce bouleversement dépend de plusieurs facteurs :

- Ceux qui sont en relation avec le contexte pathologique : gravité pronostique et/ou fonctionnelle, temps et conditions de préparation psychologique à « l'idée de la stomie » avant l'intervention, autres conséquences chirurgicales associées, baisse ou perte de la satisfaction sexuelle ;
- Ceux qui sont en relation avec le sujet.

❖ **Importance du terrain**

L'âge a une certaine importance : un sujet jeune peut ressentir la pose d'une stomie de façon plus dramatique mais possède de meilleurs moyens psychologiques pour s'y adapter :

- **Relations antérieures avec le corps**

Chacun, tout au long de sa vie, élabore une idée intérieure de lui-même avec laquelle il va entretenir des relations plus ou moins aisées. Une stomie intestinale représente une

modification fondamentale de la relation du sujet avec son corps. Elle devient en effet un nouvel organe auquel le stomisé va devoir s'adapter. Elle nécessite un remaniement de l'image que le patient a de son corps et des relations intimes qu'il entretient avec lui. L'intégration de ces nouvelles données se fera de façon plus satisfaisante si la relation antérieure avec le corps et ses fonctions étaient simples. Cela ne veut pas dire que la première réaction sera sereine. Un sujet « bien » dans son corps peut réagir dans un premier temps de façon tout à fait dramatique, puis s'adapter de façon satisfaisante ; alors qu'une personne qui paraît accepter avec facilité au début, peut ne jamais s'accommoder aux contraintes de la stomie.

- **Capacités antérieures à faire un deuil**

La pose d'une stomie entraîne toujours une situation de crise psychologique dont la résolution se fait dans l'aboutissement de nombreux deuils. Le sujet va devoir accepter la perte de sa fonction excrétrice anale, de l'intégrité de la surface de son ventre, de son appartenance au monde de ceux qui n'ont pas les problèmes matériels que pose la vie avec une stomie.

- **Personnalité antérieure du sujet**

La personnalité s'organise peu à peu au cours de la vie autour de la conciliation nécessaire de la vie sociale et des pulsions agressives et sexuelles. L'apprentissage du contrôle du sphincter anal représente un moment important car il s'associe à l'apprentissage du contrôle des pulsions et des émotions. Il s'agit d'une étape importante dans la socialisation. Le fait de ne pas retenir ses selles est vécu comme une attitude méprisante ou très agressive, comme l'attestent les injures et mots grossiers à connotation scatologiques.

Pour cette raison, le stomisé qui doit se confronter à la perte du contrôle de la fonction excrétrice excrémentielle, peut éprouver des sentiments de honte et/ou de culpabilité.

Il existe d'autres facteurs qui jouent un rôle dans l'adaptation à une stomie. L'entourage familial en est un, ainsi que la nature des liens qui existaient antérieurement à l'intervention, et aussi la capacité même des proches à accepter cette nouvelle situation.

❖ Réactions psychologiques

Les situations pathologiques découlent de ce qui vient d'être évoqué. La difficulté à faire un deuil pourra entraîner une pathologie de deuil : un état maniaque avec déni et comportement non adapté à la réalité pathologique, fuite en avant avec repli dans une hyperactivité morbide ou un état dépressif. L'incapacité à supporter la modification corporelle peut être la source de dépersonnalisation, qui s'accompagne d'angoisse importante. La culpabilité associée à la perte du contrôle de l'évacuation des selles peut aggraver et rendre pathologiques des traits de personnalité névrotique antérieure. Il peut s'agir d'une peur trop démesurée de salir ou de sentir mauvais, avec une organisation ritualisée de la vie, des compulsions morbides au nettoyage. Un sujet de nature phobique peut prendre sa stomie comme prétexte à éviter toutes les situations de mise à l'épreuve, travail, démarche, responsabilités. Ces comportements sont souvent associés à une tension anxieuse.

Le risque morbide principal est celui de l'isolement du sujet qui, n'arrivant pas à s'accepter, se sent inacceptable pour les autres. D'où l'importance primordiale de la préparation psychologique du patient et de son entourage avant l'intervention, autant que le soutien dans les jours et les mois qui vont suivre.

❖ Acceptabilité

Le soutien de l'entourage favorise une bonne réinsertion socio-familiale. Il semble que la femme s'adapte mieux à une stomie que l'homme et que les groupes de patients entre 60 et 70 ans soit celui où la tolérance est la meilleure. Le contact avec la nature, la campagne, un niveau d'instruction élevé, un début sur un mode paroxystique et grave de l'affection causale, une aisance économique et sociale, seraient en faveur d'une meilleure acceptabilité.

L'adaptation s'améliore au fil du temps. La pratique de l'irrigation revêt une grande valeur psychologique. Les irrigations obligent le patient à prendre contact avec sa propre image corporelle, canalisent l'anxiété vers une activité utile et, en montrant qu'il est possible de contrôler l'évacuation, symbolisent la possibilité de contrôle de la maladie.

L'amélioration de la qualité de vie induite par l'iléostomie, chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique, intestinale, constitue un élément important de l'acceptabilité du montage.

3.6. Rétablissement de la continuité

Il est effectué sur les stomies temporaires dans un délai minimum de huit semaines [16]

Il est réalisé après un bilan préopératoire comportant une coloscopie et une radiographie avec lavement aux hydrosolubles ou lavement baryté. La préparation intestinale est identique à celle de toute intervention comportant un rétablissement immédiat de la continuité [23].

3.6.1. La fermeture des stomies latérales

Elle se fait suivant deux procédés [23] :

- Procédé extra péritonéal : cette technique consiste simplement à libérer les bords de la stomie de leur insertion cutanée, à réaliser un avivement limité de la brèche intestinale qui est suturée, sans libérer l'intestin de ses attaches péritonéales. L'intestin suturé est simplement refoulé en profondeur et la paroi musculo-aponévrotique refermée sur lui.
- Par voie intra péritonéale : il importe de libérer complètement l'intestin stomisé de ses attaches pariétales, aussi bien cutanée que musculo-aponévrotiques et péritonéales. L'abord s'effectue au niveau de la stomie. Il est nécessaire, pour réaliser la suture dans de bonnes conditions, de libérer l'intestin sur environ cinq centimètres de part et d'autre de l'orifice de la stomie. Le rétablissement de la continuité est réalisé par suture latérale ou par résection anastomose termino-terminale. La suture latérale comporte une suture transversale en points séparés de préférence au surjet. Une suture mécanique à la pince TA est possible si le calibre de l'intestin est suffisant pour qu'une telle suture ne soit pas sténosante.

La résection segmentaire apparaît préférable lorsque l'intestin est de petit calibre, lorsqu'il existe des remaniements fibreux importants ou lorsque la libération a entraîné une dévascularisation limitée, voire une plaie intestinale. Cette résection n'emporte que quelques centimètres de part et d'autres de la stomie. La continuité est rétablie par anastomose termino-terminale classique. La suture peut être manuelle ou mécanique.

La fermeture pariétale est limitée aux plans musculo-aponévrotiques. Elle est généralement réalisée par des points de fil à résorption lente. Il est préférable de laisser

largement ouvert le tissu cellulaire sous-cutané et la peau en laissant en place une mèche iodoformée qui sera changée toutes les 48 heures. La cicatrisation est constamment obtenue dans de très bonnes conditions en ne laissant qu'une cicatrice peu visible [23].

3.6.2. La fermeture des stomies terminales

Elle nécessite toujours un abord par voie abdominale indépendant de la stomie. Deux cas sont à considérer : le rétablissement de la continuité après une double stomie et après une opération type Hartmann, où le bout distal de l'intestin a été fermé et abandonné dans la cavité abdomino-pelvienne [23].

❖ Fermeture des stomies doubles

La voie d'abord est une incision médiane reprenant en général l'incision initiale. Il convient d'abord de libérer soigneusement les brides et adhérences péritonéales et de réaliser une entérolyse suffisante pour avoir accès aux deux extrémités intestinales stomisées. Le rétablissement est réalisé par anastomose termino-terminale soit par suture manuelle ou par anastomose mécanique.

La laparotomie est refermée selon la technique habituelle, la peau étant laissée semi-ouverte sur une mèche iodoformée sous-cutanée et en plaçant des fils de suture d'attente sur la peau. Pour la fermeture de la stomie, une incision cutanée circulaire péristomiale est d'abord effectuée. La brèche musculo-aponévrotique est fermée par un ou deux points de fil à résorption lente. La peau et le tissu cellulaire sont laissés ouverts sur une mèche iodoformée [23].

❖ Rétablissement de la continuité après opération de Hartmann [23]

IL peut se faire suivant deux procédés :

- Anastomose manuelle termino-terminale,
- Anastomose mécanique utilisant des pinces.

La voie d'abord est une incision médiane sous ombilicale. Il convient dans un premier temps de libérer éventuellement les brides ou adhérences péritonéales post-opératoires éventuelles. Dans l'anastomose mécanique, l'anse stomisée est repérée et libérée de la paroi. Une pince EEA est introduite dans le bout d'aval par l'anus, après ablation de son enclume et mise en place de son mandrin pointu. L'opérateur repère soigneusement la

montée de l'appareil. A l'endroit où bombe le chargeur de l'appareil, une surface limitée de la paroi rectale est disséquée. Le moignon rectal est perforé par le mandrin. Après ablation de celui-ci et extériorisation de la tige de l'appareil dans la cavité abdominale, une bourse de serrage est mise en place à l'aide d'une aiguille courbe. L'extrémité supérieure est préparée en mettant en place une bourse de serrage sur l'extrémité du bout colique qui est recoupé. L'enclume de la pince EEA est mise en place et la bourse serrée. Elle est ajustée sur la tige de la pince qui est refermée et actionnée. L'anastomose étant terminée, la pince est retirée. L'anastomose est contrôlée par une injection d'air ou éventuellement de colorant. La paroi abdominale est drainée et fermée. La peau est laissée ouverte sur des fils d'attente et une mèche iodoformée sous-cutanée. Une fois la paroi fermée, la zone de colostomie est abordée. La brèche musculo-aponévrotique est refermée par un ou deux points de fil synthétique résorbable. La peau est laissée ouverte, une mèche iodoformée tassée dans l'orifice.

Méthodologie

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie « A » : chirurgie générale, endoscopique et thoracique du CHU du Point « G ».

4.1.1. Situation géographique

Le CHU du Point « G » est situé à 9 km du centre ville au nord sur la colline du Point « G », à 100 mètres à l'est de la FMPOS.

La chirurgie « A » est située au nord-est du complexe anesthésie réanimation/bloc opératoire.

4.1.2. Locaux

Un bâtiment comprenant :

- deux blocs de chirurgie endoscopique
- le bureau du chef de service
- un bureau pour le Professeur
- deux bureaux pour les deux praticiens Hospitaliers
- une salle de cours

Deux pavillons comportant :

- le pavillon chirurgie II : composé de 3 salles d'hospitalisation contenant 6 lits chacune (3eme catégorie) ;
- le pavillon Tidiane Faganda TRAORE : comportant 3 salles de 1^{ère} catégorie de 2 lits chacune, 4 salles de 2eme catégorie ayant chacune 4 lits.
- le bureau du chef de Clinique Assistant
- deux bureaux pour les deux Majors
- une salle de garde pour le personnel faisant fonction d'interne
- une salle de Médecins en formation C.E.S
- deux salles de garde des infirmiers
- deux salles de soins

Un bloc opératoire à froid intégré dans le bloc opératoire du CHU du Point « G ».

Un bloc opératoire d'urgence pour l'ensemble des services de chirurgie.

4.1.3. Description du personnel

Le personnel médical est constitué de 6 chirurgiens seniors (dont 3 professeurs et 1 Maître assistant et deux praticiens Hospitaliers) . Régulièrement dans le service, 7 médecins en cours de spécialisation en chirurgie générale (CES) et au moins 16 faisant fonction d'interne (FFI) en année de thèse y séjournent. En plus, on dénombre 10 infirmiers, 3 aides de bloc et 7 techniciens de surface.

4.1.4. Les activités du service

- Les consultations ont lieu tous les jours ouvrables sauf le vendredi
- Les activités chirurgicales programmées sont exécutées du lundi au jeudi
- Les gardes d'urgence sont assurées deux fois par semaines, soit huit fois par mois
- La visite est effectuée chaque jour
- Le staff du service est tenu chaque jour

4.2. Type d'étude

C'est une étude transversale dont une partie s'est déroulée en notre présence. Elle a porté sur les stomies prises en charge dans le service de chirurgie «A » du CHU du Point « G ».

4.3. Période d'étude

Cette étude s'est étendue de Janvier 2002 à Juillet 2006, soit 55 mois.

4.4. Echantillonnage

Notre étude a concerné 105 patients porteurs d'une stomie digestive intestinale.

4.5. Critères d'inclusion

- Tous les malades porteurs d'une iléostomie, une colostomie, opérés et hospitalisés dans le service de chirurgie « A » de Janvier 2002 à Juillet 2006.
- Tous les malades porteurs de stomies confectionnées dans d'autres services et adressés au service de chirurgie « A » pour le suivi post-opératoire de Janvier 2002 à Juillet 2006.

4.6. Critères de non-inclusions

- Les stomies d'alimentation
- Les fistules digestives péri-opératoires
- Les malades dont les dossiers sont incomplets au nombre de 12

4.7. Méthode

L'étude a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique

Les références ont été obtenues à la bibliothèque de la FMPOS, sur Internet et par correspondance avec les auteurs des publications.

- Une phase de confection de questionnaire

Le questionnaire a été élaboré par nous-même, discuté avec nos aînés et corrigé par le co-directeur de thèse.

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- . Données socio-démographiques
- . Mode de recrutement
- . Indication de la stomie
- . Type de la stomie
- . Caractère de la stomie
- . Les suites opératoires
- . Le matériel d'appareillage utilisé
- . Les délais de rétablissement de la continuité digestive
- . La réadmission pour le rétablissement de la continuité digestive
- . La durée totale d'hospitalisation

- Une phase de collecte de données

Cette collecte s'est déroulée dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point « G ». Nous avons colligé 117 dossiers de stomie dont 41 traités en notre présence.

Notre support de travail a été :

Les stomies digestives : expériences du service de Chirurgie « A » du CHU du Point G

- . Les registres de consultation externe
- . Les registres d'hospitalisation
- . Les cahiers de protocole opératoire du service
- . Les dossiers des malades.

- Une phase de saisie et analyse des données.

Le logiciel SPSS 10.0 a été utilisé tant pour la saisie que pour l'analyse ;
accessoirement Epi info 6.

Les tests statistiques sont effectués à base de Khi2.

Résultats

V. RESULTATS

5.1- Epidémiologie

Tableau III : fréquence des stomies par rapport aux interventions totales du service, aux urgences abdominales et aux interventions sur le tube digestif inférieur

Années	Total d'interventions	Urgences abdominales	Interventions sur le tube digestif inférieur	Stomies
2002	507	116	147	30
2003	528	130	146	24
2004	547	124	148	27
2005	355	103	109	24
2006	273	215	71	12
Total	2210	688	621	117

Les 117 stomies digestives ont représenté 5,3% des interventions totales du service, 17% des urgences abdominales et 18,8% des interventions réalisées sur le tube digestif inférieur.

L'effectif de stomies le plus élevé a été observé en 2002 avec 30 cas.

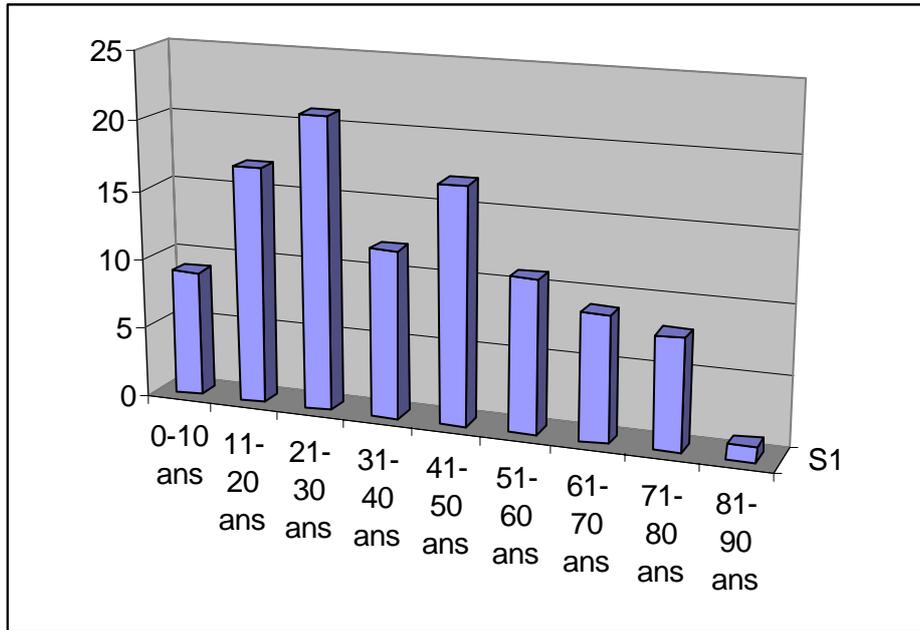
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-10 ans	9	8,6
11-20 ans	17	16,2
21-30 ans	21	20,0
31-40 ans	12	11,4
41-50 ans	17	16,2
51-60 ans	11	10,5
61-70 ans	9	8,6
71-80 ans	8	7,6
81-90 ans	1	1,0
Total	105	100,0

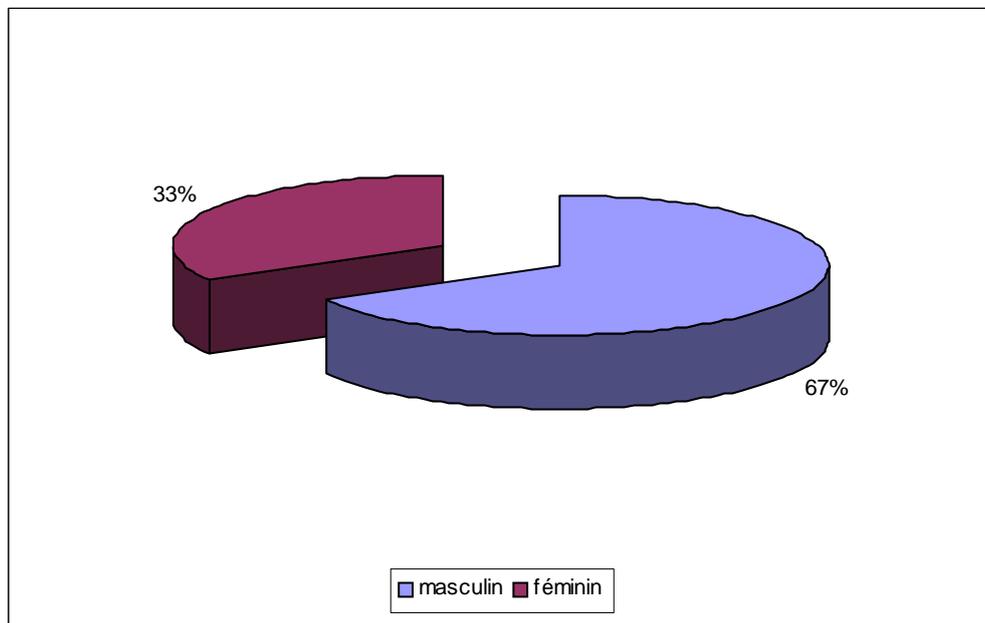
La tranche d'âge 21-30 ans a été la plus représentée (21 cas sur 105)

Les âges extrêmes ont été 5 ans et 90 ans, la moyenne d'âge est de 37,52 ans et l'écart type est de 21,02

Graphique 1 : Répartition des patients par tranches d'âge



Graphique 2 : Répartition des patients en fonction du sexe



Les hommes ont représenté 67% de nos patients soit environ 2/3 des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Scolaires	24	22,9
Commerçants	13	12,4
Agriculteurs	26	24,8
Ménagères	22	21,0
Fonctionnaires	8	7,6
Ouvriers	11	10,4
Sans emploi	1	0,9
Total	105	100,0

Les agriculteurs ont été les plus représentés 24,8%

La modalité « ouvriers » désigne : 2 tôliers, 4 mécaniciens, 3 soudeurs, 2 forgerons,

Tableau VI : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	40	38,1
Gao	1	1,0
Kayes	8	7,6
Koulikoro	15	14,3
Mopti	6	5,7
Ségou	14	13,3
Sikasso	9	8,6
Tombouctou	2	2,0
Indéterminée	9	8,6
Autre	1	1,0
Total	105	100,0

38,1% de nos patients proviennent de Bamako.

La modalité « Autre » représente un patient de Côte - d'Ivoire.

5.2. Aspects cliniques

Tableau VII : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Urgence	86	81,9
consultation ordinaire	19	18,1
Total	105	100,0

La majorité des patients a été reçus en consultation d'urgence (86 cas, soit 81,9%)

Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
AMG	4	3,8
Troubles du transit	8	7,6
Distension abdominale	3	2,9
Fistule digestive post-opératoire	9	8,6
Douleur abdominale	77	73,3
Autres	4	3,8
Total	105	100,0

73,3% des patients ont consulté pour douleurs abdominales

« Autres » = 1 abcès périnéal, 1 fistule recto-vaginale post traumatisme, 1 tuméfaction inguinale droite douloureuse, 1 stomie confectionnée dans un autre service.

Tableau IX : Répartition des patients selon la durée d'évolution des symptômes

Durée d'évolution	Effectif	Pourcentage
< à 10 jours	79	75,3
11 à 30 jours	8	7,6
> à 31 jours	18	17,1
Total	105	100

Sur 105 patients, 79 nous ont consulté dans les 10 jours qui suivent le début de la symptomatologie, soit 75,3%.

Tableau X : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels à l'admission

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	77 / 105	73,3
AMG	72 / 105	68,6
Vomissements	48 / 105	45,7
Constipation	5 / 105	4,8

Le signe fonctionnel le plus fréquemment retrouvé a été la douleur abdominale (73,3%)

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des signes généraux à l'admission

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Pâleur des téguments	66 / 105	62,9
Fièvre	56 / 105	53,3
Pouls filant	17 / 105	16,2
TA basse	15 / 105	15,3
Tachypnée	8 / 105	7,6
TA élevée	8 / 105	7,4
Bradypnée	1 / 105	0,9

La pâleur des téguments a été le signe général le plus représenté (62,9%), suivie de la fièvre (53,3%).

Tableau XII : Répartition des patients en fonction des signes retrouvés à l'inspection

Signes à l'inspection	Effectif	Pourcentage
Distension abdominale	69 / 105	65,7
Lésions pariétales	2 / 105	1,9
Rétrécissement anal	1 / 105	0,9
Voussure inguinale droite	1 / 105	0,9
Voussure pelvienne	1 / 105	0,9

La distension abdominale a été le signe le plus rencontré 65,7% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des signes retrouvés à la palpation abdominale

Signes à la palpation	Effectif	Pourcentage
Douleur	96 / 105	91,4
Défense	76 / 105	72,4
Masse	18 / 105	17,1
Contracture	5 / 105	4,7

La douleur abdominale a été retrouvée chez 91,4% de nos patients, suivie de la défense 72,4%. Une masse abdominale a été palpée chez 18 patients soit 17,1%

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction des signes retrouvés à la percussion abdominale

Signes	Effectif	Pourcentage
Matité	28 / 105	26,7
Tympanisme	37 / 105	35,2

Le tympanisme est le signe le plus retrouvé dans 37 cas soit 35,2%

5.3. Aspects paracliniques

Tableau XV : Répartition des patients en fonction des examens biologiques effectués avant la confection de la stomie

Examens biologiques	Effectif	Pourcentage
Bio pré-op	19 / 105	18,0
Gr Rh Ht	8 / 105	7,6
Gr Rh Ht Hb	1 / 105	0,9
Gr Rh Hb	1 / 105	0,9
Ht	1 / 105	0,9
Autres examens	4 / 105	3,8
Total	35 / 105	33,1

19 patients ont effectué le bilan biologique pré-opératoire complet, soit 18%

« Autres » = 1 bilan pancréatique, 2 cultures de pus, 1 sérodiagnostic de Widal et Félix

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des examens radiologiques effectués avant la confection de la stomie

Examens radiologiques	Effectif	Pourcentage
ASP	81 / 105	77,1
Echographie abdominale	38 / 105	36,2
Lavement baryté	11 / 105	10,5
Anorectoscopie	9 / 105	8,6
Autres examens	5 / 105	4,7

L'ASP a été l'examen radiologique le plus fréquemment réalisé (81 soit 77,1%), suivi de l'échographie abdominale (36,2%).

« Autres » = 2 Rx thorax, 1 fistulographie, 1 TOGD, 1 UIV .

Tableau XXVII : Examens radiologiques et mode de recrutement

Mode de recrutement	Urgence		Consultation	
	Eff	%	Eff	%
Examen radiologique				
ASP	70	86,4	11	13,6
Echographie abdominale	25	65,8	13	34,2
Lavement baryté	1	9,1	10	90,9
Anorectoscopie	3	33,3	6	66,7
Autres examens	-	-	5	100

86,4% des ASP et 65,8% des échographies abdominales ont été effectués en urgence. Le lavement baryté a été réalisé dans 90,9% des cas chez des patients reçus en consultation ordinaire

5.4. La stomie

Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction de l'indication de la stomie

Indication de la stomie	Effectif	Pourcentage
Volvulus intestinaux	29	27,6
Occlusion sur brides	9	8,6
Péritonites	39	37,1
Tumeurs intestinales	24	22,9
Autres pathologies	4	3,8
Total	105	100

Les péritonites ont été la pathologie la plus représentée (38,1%) suivi des volvulus intestinaux (27,9%)

« Autres pathologies » = 1 rétrécissement anal congénital ; 1 traumatisme périnéal ; 1 abcès périnéal sur terrain diabétique ; 1 hernie inguinale droite étranglée

Tableau XVIII-a : Répartition des patients en fonction du siège du volvulus.

Siège du volvulus	Effectif	Pourcentage
Sigmoïde	24	82,8
Grêle	4	13,8
Cæcum	1	3,4
Total	29	100

Le volvulus du sigmoïde a été le plus rencontré, 82,8% des cas

Tableau XVIII-b : Répartition des patients en fonction de l'étiologie de la péritonite

Etiologie de la péritonite	Effectif	Pourcentage
Perforation iléale	18	46,2
Fistule digestive post-op	13	33,3
Perforation colique	4	10,3
Péritonite post abortum	3	7,7
Collection purulente résiduelle	1	2,5
Total	39	100

La perforation iléale a été rencontrée dans 46,2% des cas de péritonite

Tableau XVIII-c : Répartition des patients en fonction du siège de la tumeur intestinale

Siège de la tumeur	Effectif	Pourcentage
Colon gauche	7	29,1
Jonction rectosigmoïdienne	10	41,7
rectum	6	25
anus	1	4,2
Total	24	100

La tumeur de la jonction rectosigmoïdienne a été retrouvée dans 41,7% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du type de stomie

Type de stomie	Effectif	Pourcentage
iléostomie	55	52,4
colostomie	48	45,7
iléostomie + colostomie	2	1,9
Total	105	100

Chez 55 patients (52,4%) l'iléostomie a été réalisée et la colostomie chez 48 patients (45,7%).

Tableau XX : Répartition des patients en fonction du type et de la variété de la stomie

Type de stomie	Variété de stomie			
	Latérale		Terminale	
	Effectif	%	Effectif	%
Iléostomie	37	35,2	18	17,1
Colostomie	15	14,3	33	31,4
Iléostomie + colostomie	2	1,9	-	-

L'iléostomie latérale a été réalisée 37 fois (35,2%) et la colostomie terminale 33 fois, soit 31,4% des cas.

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction du caractère de la stomie

Caractère de la stomie	Effectif	Pourcentage
définitif	12	11,4
temporaire	93	88,6
Total	105	100

La stomie a été temporaire chez 93 patients, soit 88,6%

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction du type et du caractère de la stomie

Type de stomie	Caractère de la stomie			
	Temporaire		Définitif	
	Effectif	%	Effectif	%
Iléostomie	55	52,4	-	-
Colostomie	36	34,3	12	11,4
Iléostomie + colostomie	2	1,9	-	-

Toutes les stomies définitives (12 soit 11,4) ont été réalisées sur le côlon

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction du type d'appareillage utilisé

Appareillage	Effectif	Pourcentage
pièce uni bloc	32	30,5
matériel local	14	13,3
Pièce uni bloc et matériel local	59	56,2
Total	105	100,0

- L'appareillage le plus fréquemment utilisé a été la pièce uni bloc associée au matériel local 56,2%.

- 30,5% de nos patients ont utilisé la pièce uni bloc.

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction des suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	52	49,5
Complications locales	40	38,1
Complications générales	11	10,5
Complications locales et générales	2	1,9
Total	105	100

Les suites opératoires ont été simples chez 52 patients soit 49,5%. 40 ont présenté des complications locales soit 38,1%.

Tableau XXIV-a : Répartition des patients en fonction des suites opératoires et du type de stomie

Suites opératoires	Type de stomie					
	Iléostomie		Colostomie		Iléostomie + colostomie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Simple	18/55	32,8	34/48	70,8	-	-
Complications locales	28/55	50,9	14/48	29,2	-	-
Complications générales	8/55	14,5	-	-	-	-
Complications locales + générales	1/55	1,8	-	-	2/2	100

28 iléostomies (50,9%) ont présenté des complications locales et 8 (14,5%), des complications générales.

Les stomies digestives : expériences du service de Chirurgie « A » du CHU du Point G

Chez 70,8% des colostomies, les suites opératoires étaient simples.

Les 2 iléostomie et colostomie contemporaines ont présenté des complications locales et générales.

Tableau XXIV-b : Répartition des patients en fonctions des complications locales précoces

Complications locales précoces	Effectif	Pourcentage
Irritation cutanée péristomiale	22 / 105	21
Eviscération	9 / 105	8,6
Lâchage de la stomie - partiel = 9 - avec réintégration dans la cavité abdominale = 1	10 / 105	9,5
Hémorragie de la jonction cutané-muqueuse	4 / 105	3,8
Occlusion intestinale	1 / 105	0,9
Suppuration - péristomiale =2 - plaie de laparotomie = 4	6 / 105	5,7
Nécrose de la stomie	1 / 105	0,9

La peau péristomiale était irritée sur 22 stomies soit 21%

10 cas de lâchage (9,5%) ont été notés

Tableau XXIV-c : Répartition des patients en fonction des complications locales précoces et du type de stomie

Complications locales précoces	Type de stomie					
	Iléostomie		Colostomie		Iléostomie + colostomie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Irritation cutanée	21 / 55	38,2			1/2	50
Eviscération	6 / 55	11	3 / 48	6,3	-	-
Lâchage de la stomie	7 / 55	12,7	3 / 48	6,3	-	-
Hémorragie de la jonction cutané- muqueuse	3 / 55	5,5	1 / 48	2,1	-	-
Suppuration	2 / 55	3,6	2 / 48	4,2	2/2	100
Occlusion intestinale	1 / 55	1,8	-	-	-	-
Nécrose de la stomie	1 / 55	1,8	-	-	-	-

L'irritation cutanée péristomiale a été la complication locale précoce la plus rencontrée chez les iléostomisés 38,2%, suivie de lâchage de la stomie 12,7% des cas.

Eviscération et lâchage ont été notées chez les colostomisés avec chacune 6,3% des cas.

Tableau XXIV-d : Prise en charges des complications locales précoces

Complications locales précoces	Nombres de cas	Prise en charge
Eviscération	9	Reprise chirurgicale en urgence
Irritation cutanée péristomiale	22	Application de vaseline
Nécrose de la stomie	1	Reprise chirurgicale
Lâchage de la stomie	10	Reprise chirurgicale
Hémorragie de la jonction cutanéomuqueuse	4	Reprise et hémostase soigneuse
Occlusion intestinale	1	Diète, SNG
Suppuration péristomiale	6	Antibiothérapie : métronidazole, ciprofloxacine, parfois ceftriaxone

Tableau XXIV-e : Répartition des patients en fonction des complications locales tardives

Complications locales tardives	Effectif	Pourcentage
Rétraction de la stomie	2/105	1,9
Éventration - centrée par la stomie =5 - sur cicatrice de laparotomie = 2	7/105	6,7
Prolapsus	4/105	3,8
Sténose de la stomie	2/105	1,9

L'éventration a été la complication locale tardive la plus fréquente 6,7% des cas.

Tableau XXIV-f : Répartition des patients en fonction des complications locales tardives et du type de stomie

Complications locales tardives	Type de stomie					
	Iléostomie		Colostomie		Iléostomie + colostomie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Rétraction de la stomie	1 / 55	1,8	1 / 48	2,1	-	-
Eventration	-	-	7 / 48	14,8	-	-
Prolapsus	3 / 55	5,5	-	-	1 / 2	50
Sténose	2 / 55	3,6	-	-	-	-

Tous les cas d'éventration ont été rencontrés sur les colostomies

Tableau XXIV-g : Prise en charge des complications locales tardives

Complications locales tardives	Nombres de cas	Prise en charge
Rétraction	2	Rétablissement de la continuité
Eventration	7	Cure Chirurgicale
Prolapsus	4	Rétablissement de la continuité
Sténose	2	Rétablissement de la continuité

Tableau XXIV-h : Répartition des patients en fonction des complications générales

Complications générales	Effectif	Pourcentage
Choc cardio-vasculaire	4 / 105	3,8
Choc septique	3 / 105	2,9
Troubles psychologiques	4 / 105	3,8

Le choc cardio-vasculaire et les troubles psychiques ont représenté chacun 3,8% des cas, le choc septique 2,9%.

Tableau XXIV-i : Répartition des patients en fonction du type de stomie et des complications générales

Complications générales	Type de stomie					
	Iléostomie		Colostomie		Iléostomie + colostomie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Choc cardio-vasculaire	3 / 55	5,5	-	-	1/2	50
Choc septique	3 / 55	5,5	-	-	-	-
Troubles Psychologiques	3 / 55	5,5	-	-	1/2	50

Les choc cardio-vasculaire et septique, ainsi que les troubles psychologiques ont été rencontrés dans les mêmes proportions chez les iléostomisés.

Tableau XXIV-j : Prise en charge des complications générales

Complications générales	Nombre de cas	Prise en charge
Choc hypovolémique	4	Remplissage vasculaire : Haemacel, Ringer lactate
Choc septique	3	Antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme
Troubles psychologiques	4	Consultation psychiatrique et soutien psychologique

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction des plaintes exprimées

Plaintes exprimées	Effectif	Pourcentage
Perte de liquide	38/105	36,2
Image corporelle altérée	32/105	30,5
Incontinence selles gaz	69/105	65,7

69,7% de nos patients se sont plaints de l'incontinence des selles et des gaz et 36,2% de perte de liquide essentiellement par la bouche d'ileostomie. 30,5% ont trouvé que leur image corporelle s'est altérée depuis la réalisation de la stomie.

Tableau XXV-a : Répartition des patients en fonction des plaintes et du type de stomie

Plaintes	Type de stomie					
	Iléostomie		Colostomie		Iléostomie + colostomie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Perte de liquide	34 / 55	61,8	2 / 48	4,2	2/2	100
Image corporelle altérée	27 / 55	50	3 / 48	6,3	2/2	100
Incontinence selles-gaz	42 / 55	76,4	25 / 48	52,1	2/2	100

76,4% des iléostomisés et 52,1% des colostomisés se sont plaints d'incontinence.

Tableau XXV-b: Prise en charge des plaintes

Plaintes	Nombre de cas	Prise en charge
Perte de liquide	38	Conseils d'hygiène et soutien psychologique
Image corporelle altérée	32	Alimentation hyperprotidique
Incontinence selles-gaz	69	Soutien psychologique

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de l'évolution post opératoire

Evolution post-opératoire	Effectif	Pourcentage
Suites simples	52/105	49,5
Complications	53/105	50,5
Décès	16/105	15,2

53 patients soit 50,5% ont présenté des complications, 16 décès ont été enregistrés soit 15,2%

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de l'évolution post-opératoire et du type de stomie

Evolution post-opératoire	Type de stomie					
	Iléostomie		Colostomie		Iléostomie + colostomie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Suites simples	18 / 55	32,8	34 / 48	70,8	-	-
Complications	37 / 55	67,2	14	29,2	2/2	100
Décès	9	16,4	5	10,4	2/2	100

Dans 67,2% des cas d' iléostomie, l'évolution post-opératoire a été marquée de complications, 70,8% des cas de colostomie ont présenté des suites simples

5.5. Observation des décès

Tableau XXVIII : Mode de recrutement et décès

Mode de recrutement	Cas de décès	
	Effectif	Pourcentage
Urgence	13	81,25
Consultation ordinaire	3	18,75
Total	16	100

81,25% des patients décédés ont été reçus en urgence

Tableau XXIX : Indication de la stomie et décès

Indication de la stomie	Cas de décès	
	Effectif	Pourcentage
Péritonites -fistule post-op = 2 -perforation iléale = 2 -perforation colique =2	6	37,5
Volvulus -du sigmoïde =1 -du cæcum =1	2	12,5
Occlusion sur brides	3	18,75
Tumeurs -côlon gauche = 1 -sigmoïde = 2 -rectosigmoïdienne = 2	5	31,25
Total	16	100

Les péritonites ont constitué la principale cause de décès (37,5%), suivie des tumeurs (31,25%)

Tableau XXX : Type de stomie et décès

Type de stomie	Cas de décès	
	Effectif	Pourcentage
Iléostomie	9	56,25
Colostomie	5	31,25
Iléostomie+ colostomie	2	12,5
Total	16	100

56,25% des décès ont été enregistrés sur les iléostomies

Tableau XXXI : Caractère de la stomie et décès

Caractère de la stomie	Cas de décès	
	Effectif	Pourcentage
Temporaire	14	87,5
Définitif	2	12,5
Total	16	100

87,5% des décès ont été enregistrés sur stomies temporaires

Tableau XXXII: Causes des décès

Causes	Cas de décès	
	Effectif	Pourcentage
Choc cardio-vasculaire	4	25
Choc septique	3	18,75
Métastases cancéreuses	3	18,75
Indéterminée	6	37,5
Total	16	100

Dans 37,5% des cas de décès, la cause n'a pas été déterminée.

Tableau XXXIII : Délai de décès

Délai de décès en jour	Effectif	Pourcentage
0-15	8	50
16-30	5	31,25
>30	3	18,75
Total	16	100

50% des décès ont été enregistrés dans un délai inférieur ou égal à 15 jours.

5.6. Rétablissement de la continuité digestive et hospitalisation

Tableau XXXIV : Délais avant le rétablissement de la continuité digestive

Délais	Effectif	Pourcentage
10 à 30 jours	15	18
31 à 60 jours	32	38,5
61 à 90 jours	18	21,6
> à 90 jours	18	21,6
Total	83	100,0

La continuité digestive a été rétablie chez 83 patients avec un délai moyen de 47 jours.

Tableau XXXV : Durée totale d'hospitalisation

Durée totale d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
10 à 30 jours	42	47,2
31 à 60 jours	34	38,2
61 à 90 jours	8	9
> à 90 jours	5	5,6
Total	89	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 37 jours

Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction du coût des soins en hospitalisation

Coût des soins en hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1 ^{ère} catégorie	7	6,7
2 ^{ème} catégorie	27	25,7
3^{ème} catégorie	71	67,6
Total	105	100,0

71 patients soit 67,6% ont séjourné en 3^{ème} catégorie.

Commentaires et Discussions

VI. Commentaires-Discussion

Dans ce travail, la question d'un meilleur recueil des informations ainsi que la bonne conservation des fiches de traitements post-opératoires a été posée. Le côté rétrospectif de notre étude n'a pas toujours permis de retrouver certaines constantes cliniques (tension artérielle, pouls, température), les informations sur les examens para cliniques effectués, le suivi post-opératoire ainsi que les causes de décès post-opératoires. Cela est dû au fait que le dossier du malade, qui doit porter toutes les informations nécessaires a été parfois mal tenu ou égaré.

Pour le suivi post-opératoire immédiat, tous les patients ont pu être vu, d'autant plus qu'il fallait rétablir la continuité digestive chez les stomisés temporaires. Par contre le suivi à long terme n'a pas toujours été évident, 61,9% des patients résidant hors de Bamako. Le problème d'adresse imprécise et le faible niveau de scolarisation de nos malades ne nous ont pas favorisé.

Un autre problème a été la rareté d'études effectuées sur les stomies sur le continent. Par ailleurs beaucoup de paramètres n'ont pu être comparés, certains aspects (fréquences des complications sur le type de stomie, fréquence des décès par rapport à l'étiologie, ...) n'étant pas détaillés.

6.1. Aspects épidémiologiques

6.1.1. Fréquences

Les stomies digestives ont représenté 5,3% des interventions totales du service, 17% des urgences abdominales et 18,8% des interventions réalisées sur le tube digestif inférieur.

L'effectif de stomies le plus élevé a été observé en 2002 avec 30 cas.

6.1.2. Age

Tableau XXXVII : Age selon les auteurs

Auteurs	Baumel H. [27] France 1993	Bikandou G. [26] Congo 1996	Sanogo Z.Z. [7] Mali 2004	Notre étude Mali 2007
Age Extrême	13 - 92	—	0 - 80	5 -90
Age Moyen	61,7	36,7	41	37,5

L'âge moyen de nos malades (37,5 ans) rejoint celui de la littérature africaine. Ainsi, Bikandou G.[26], dans une série de 96 cas et Z.Z. Sanogo [7], dans une série de 103 cas, ont retrouvé respectivement une moyenne d'âge à 36,7 ans et 41 ans. Cependant il est inférieur à ceux de Baumel H. [27] en France qui a trouvé 61,7 ans.

6.1.3. Sexe

Tableau XXXVIII : Sexe selon les auteurs

Auteurs Sexe	Bikandou G.		Sanogo Z.Z		Baumel H.		Notre étude	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Masculin	96	55	103	65	1082	55,4	105	66,7
Précision	0,0958		0,805		0,025			

La population masculine a été la plus représentée dans notre série 66,7% soit un sex

ratio de 2 comme dans la série de Z.Z.Sanogo [7]. Bikandou G.[26] retrouve également une prédominance masculine avec 55,2%

6.1.4. Profession

Toutes les couches socio-professionnelles sont concernées Les agriculteurs sont les plus représentés avec 24,8%. Ceci s'expliquerait par la mentalité particulière et la prédisposition aux difficultés financières des populations rurales ou à faible niveau d'instruction. Ces Populations ont tendance à faire des traitements traditionnels et à ne fréquenter les centres de santé qu'en cas d'échec ou d'aggravation de leur état.

6.2. Aspects cliniques

6.2.1 Mode de recrutement

Tableau XXXIX : Mode de recrutement selon les auteurs

Auteurs / Mode	Bikandou		Sanogo		Notre étude	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Urgence	96	79	103	82,5	105	81,9
P	0,623902		0,907008			

Les malades se présentent souvent au stade de complications ce qui ne permet pas de bien les préparer suivant toutes les règles éthiques. 81,9% de nos patients ont été reçus et opérés en urgence. Seuls les malades reçus en consultation ordinaires et opérés à froid (18,1%) ont bénéficié d'un bilan complet pré-opératoire, d'une préparation psychologique et une information claire sur la stomie et sur l'éventualité d'un rétablissement de la continuité digestive.

Ces taux sont superposables à ceux de Z.Z.Sanogo[7] et de Bikandou G. [26] qui rapportent respectivement 82,5% et 79% des malades reçus en urgence. Ces chiffres sont inférieurs à ceux de certains travaux européens (50 à70% des cas) [28-29].

6.2.2. Pathologies mères

Les plus fréquentes ont été les péritonites avec 37,1%. Dans 46,2% des cas de péritonite, la perforation iléale, souvent multiple associée à une déshydratation et à une contamination de la cavité péritonéale (parfois sur un terrain de dénutrition), a indiqué la stomie.

L'état des anses et l'absence de préparation colique n'ont pas permis d'effectuer une résection-anastomose en un temps dans les volvulus intestinaux qui ont représenté 27,6% des indications des stomies.

Contrairement à la série de H.Baumel [27] où les cancers viennent en première position avec 81,1% des cas, nous les avons retrouvés dans 22,9% des cas ($p = 0,00$).

Cette différence s'expliquerait par l'incidence élevée des cancers colo-rectaux dans les pays développés : elle est de 50 cas pour 100000 habitants [30].

6.2.3. Type de la stomie

Tableau XXXX : Type de stomie selon les auteurs

Auteurs \ Type	Bikandou G.		Sanogo Z.Z		Baumel H.		Notre étude	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Iléostomie	96	45,8	103	36,9	1082	10	105	52,4
Colostomie	96	50	103	61,2	1082	90	105	45,7

L'iléostomie représente 52,4% des stomies. La colostomie représente 45,7%.

Dans notre série il y a plus d'iléostomies que de colostomies contrairement à celle de Z.Z.Sanogo (61,2% de colostomies contre 36,9% d'iléostomies) [7] $p = 0,024693$ et de Bikandou G (50% de colostomies contre 45,8% d'iléostomies) [26] ($p=0,353689$).

Une iléostomie et colostomie contemporaine ont été réalisées dans 2 cas soit 1,9%.

6.2.4. Caractère de la stomie

Tableau XXXXI : Caractère de la stomie selon les auteurs

Auteurs Caractère	Bikandou		Sanogo		Baumel		Notre étude	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Définitif	96	9	103	11,7	1082	100	105	11,4
P	0,634476		0,960054		0,00			

Dans notre série, nous avons retrouvé 93 cas de stomies temporaires soit 88,6% de l'effectif. La stomie définitive a été réalisée chez 12 malades soit 11,4% des cas.

Z.Z.Sanogo a rapporté sur 103 stomies 12 définitives (11,7%) et 91 temporaires (88,3%) [7].

La fréquence moindre des stomies définitives s'explique par le fait que toutes les stomies définitives dans notre série étaient consécutives à des néoplasies vues tardivement qui sont moins fréquentes que les autres étiologies.

6.2.5. Type d'appareillage

30,5% de nos patients ont utilisé un kit normal unibloc pour l'appareillage de la stomie. La majorité : 56,2% a utilisé le kit normal unibloc associé au matériel local. 13,3% ont utilisé uniquement le matériel local, il s'agit des patients les plus démunis. Le matériel local est constitué de sachets plastiques pour usage de vente d'eau glacée qu'on adapte sur la bouche de stomie et qu'on maintient en place avec des bandes de sparadrap collées tout autour. Ces sachets sont de fabrication local, vendus à 175 F-CFA le paquet de 50.

Dans notre série, le kit normal bibloc et le système d'irrigation colique n'ont pas été utilisés étant donnés les moyens limités de nos patients, la relative complexité de l'emploi et leur non-disponibilité dans les officines pharmaceutiques.

6.2.6. Les suites opératoires et évolution

Dans notre étude, 52 stomies (49,5% des cas) ont présenté des suites simples. Il s'agit de 32,8% des iléostomies et 70,8% des colostomies.

Morbidité précoce : elle a été faite de 22 irritations péristomiales (21%), 10 lâchages (9,5%), 9 éviscérations (8,6%), 6 suppurations (5,7%), 4 hémorragie (3,8%), 1 cas d'occlusion intestinale (0,9%) et un cas de nécrose de la stomie (0,9%).

Bikandou G. [26] a trouvé 49 suppurations (51%), une nécrose (1%) et une occlusion (1%).

Sanogo Z.Z. [7] a trouvé 2 cas de nécrose de la stomie soit 1,9%

Morbidité tardive : dans notre série, 7 cas d'éventration (6,6%), 4 prolapsus (3,8), 2 sténoses (1,9), 2 rétractions (1,9%) ont été rencontrés.

Bikandou G. [26] a trouvé 2 cas de rétraction (2,1%), 2 éventrations (2,1%), 2 prolapsus (2,1%), 12 irritations cutanées péristomiales (12,5%).

Sur les 55 iléostomies, 48 complications ont été notées et 17 sur les colostomies avec parfois association chez un même patient.

Les deux iléostomie et colostomie contemporaine se sont toutes compliquées localement et généralement.

11 cas de complications générales (10,47%) ont été notés essentiellement sur les iléostomies. Il s'agit de malades reçus dans un tableau de défaillance poly-viscérale avec retard de prise en charge.

La comparaison avec les autres auteurs n'a pas toujours été possible dans la mesure où le chapitre des complications est une entité qu'ils ont traitée globalement sur les iléostomies et colostomies réunies.

Les complications spécifiques des colostomies dans notre série sont constituées par les prolapsus et éventrations ; les irritations cutanées chez les iléostomisés.

Mortalité :

Tableau XXXII : Mortalité selon les auteurs

Auteurs Mortalité	Bikandou		Sanogo		Notre étude	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Globale	96	10,4	103	6,79	105	15,2
P	0,308956		0,052251			

Dans notre étude nous avons enregistré 16 décès soit un taux global de 15,2%.

16,3% des iléostomisés et 10,4% des colostomisés sont décédés.

81,2% des décès ont été enregistrés sur des patients reçus en urgence et 37,5% sur des péritonites. Les iléostomies ont représenté 56,2% des décès et les colostomies 31,2%.

14 décès (87,5% des cas) sont survenus sur les stomies temporaires. Dans 37,5% des cas la cause du décès n'a pas été déterminée, dans 25% des cas le choc hypovolémique a été incriminé.

Le décès est survenu dans un délais de 0 à 15 jours dans 50% des cas.

6.2.8. Délai de rétablissement de la continuité digestive

Le rétablissement de la continuité digestive a pu être réalisé chez 83 malades (79% des cas).

Les auteurs comme Baumel [31] recommandent un délai de rétablissement de 75 jours, 90 pour Gallot [20]

Nous avons rétabli la continuité digestive dans un délai de 30 à 61 jours chez 38,5% de nos patients.

Notre délai moyen de rétablissement a été de 47 jours. Un de nos patients a porté sa stomie pendant 3 ans car ayant été repris 2 fois pour fistule digestive, une fois pour éviscération a préféré conserver sa stomie volontairement.

6.3. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 37 jours. Elle a été de 25,5 jours dans la série de Bikandou G.[26]. La différence pourrait s'expliquer par le fait qu'une grande partie de nos patients, n'ayant pas de logeur à Bamako était exécutée seulement après cicatrisation complète des plaies opératoires.

Conclusion

et recommandations

VII. Conclusion – Recommandations

Du 1er janvier 2002 au 31 juillet 2006, nous avons effectué une étude transversale portant sur les stomies digestives dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point G. Il en ressort que les stomies constituent une pratique assez courante, elles ont été pratiquées sur 17% des urgences abdominales et constituent 18,8% des interventions réalisées sur le tube digestif inférieur pendant cette période.

Elles ont été consécutives à des urgences chirurgicales vues tardivement (81,9%), ou à des néoplasies intestinales qui peuvent nécessiter plusieurs temps opératoires (22,9%).

Toutes les couches sociales sont concernées avec une prédominance masculine (sex ratio 2).

Dans notre étude, l'iléostomie a été réalisée dans 52,4% des cas. La stomie définitive a été indiquée devant 12 cas de cancers inopérables (11,4%)

Les suites opératoires ont été compliquées chez 50,5% des patients (irritations cutanées péristomiales, lâchage, infection éventration, troubles psychiques...).

L'utilisation du kit normal de recueil n'a pas toujours été possible pour les causes suivantes : le coût élevé, le manque de formation du personnel à l'appareillage, la non disponibilité dans les officines pharmaceutiques.

La stomie demeure un handicap dont la gravité dépend avant tout des conditions environnementales d'existence.

Au regard des résultats de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

- Aux autorités sanitaires et politiques :
 - Assurer la remise à niveau régulière des agents socio-sanitaires en vue de leur faire acquérir une vigilance accrue en matière d'urgences chirurgicales ;
 - Systématiser la couverture vaccinale anti-typhique dans les groupes à risque ;

- Organiser des campagnes de dépistage de masse des cancers coliques et rectaux ;
 - Assurer la disponibilité du matériel de recueil dans les officines ;
 - Former les infirmières stomathérapeutes pour la prise en charge adéquate des patients ;
 - Créer une association de stomisés définitifs pour une meilleure acceptabilité.
- Au personnel soignant :
 - Etre à l'écoute du stomisé et surtout de l'aider à surmonter l'angoisse des premiers jours ;
 - Favoriser l'information sur les appareillages en vue d'un meilleur confort ;
 - Aider les stomisés à résoudre leurs problèmes spécifiques d'adaptation de manière à rompre leur isolement.
 - Aux malades :
 - Consulter le plutôt possible dans les structures sanitaires devant tout symptôme suspect ;
 - Respecter les règles strictes d'hygiène ;
 - Respecter les consignes d'appareillages et de soins de la stomie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 – P. BOISSEL** Les stomies digestives, indications et modalités d'appareillage. Concours Médical 2003 ; 125-30 : 1768-1772
- 2 – J. QUENU et coll.** Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif 1980, p 722-735
- 3 – W. KELLER, J.-Cl. GIVEL,** Stomies digestives/ Entérostomies (Diagnostic), <file://E\stomiedigestive,Entérostomie.htm> 19-02-2005
- 4 - M. ADLOFF, J.P. ARNAUD, J.C. OLLIER, M. SCHLOEGEL** Les cancers du côlon. Etude rétrospective portant sur 1122 malades opérés. J Chir. 1990 ; 127, 12 :565-71. Masson, Paris 1990
- 5 - Y. HAROUNA, B.SAIDOU, A. SEYBOU, H. ABARCHI, I. ABDOU, M.MADOUYOU, Y. GAMATIE** Les perforations typhiques; aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Etude prospective à propos de 56 cas traités à l'hôpital de Niamey (Niger). Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (6) :269-75
- 6 - DIARRA S.** Les péritonites par perforation iléale dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G » (de 1978 à 1998). Thèse, méd. Bamako 2000, N°133, 59p
- 7 – Z.Z. SANOGO, S. YENA, AK. SIMAGA, D. DOUMBIA, Z. OUATTARA, AK. DIALLO, D. SANGARE, S. SOUMARE,** Les stomies digestives, expérience du service de Chirurgie A de l'hôpital national du point « G », Mali Médical 2004, T XIX, N° 3 et 4, 24-27p
- 8 – M. SAMAKE,** Le cancer du côlon en milieu chirurgical et endoscopique à l'hôpital du Point « G ». Thèse, méd. Bamako 2001 N°120, 94p
- 9 - H. ROUVIERE,** Anatomie humaine descriptive et topographique. Tome 2 Masson 1970. PP 345-373
- 10 - J. MIALARET, M. JULIEN, M. MALAFOSSE,** Côlon et mésocôlon. Pathologies

chirurgicales. 3^{ème} édition Masson. PP 762-764

11 – G.J. TORTORA, S.R. GRABOWSKI, Principes d'anatomie et de physiologie, 2^{ème} édition française, PP 850-863

12 – J-C. PATEL, Pathologies chirurgicales, Masson et Comp. 2^{ème} édition Paris 1975. P 519-846

13 – G-R SCHMUTZ, D N'GUYEN, J. CAYA , F. HANNEQUIN, A. GANJI, L. DAOUST, conduite à tenir devant une sténose du grêle. Editions techniques, Encycl ; Med. Chir. Radio-diagnostic. Appareil digestif, 33-330-A-10,1993,16p

16 – S. MONTANDON, M. CONGE, M. GUYOT, Les appareillages de dérivations digestives, Encycl. Med. Chir, Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40618, 11-1988,8p

17 – C. SORAVIA, S. BEYELER, L. LATAILLADE, Les stomies digestives : indications, complications, prise en charge pré et post opératoire. Rev. Med. Suisse ; 1 : 708-18

18 – G. FOURTANIER, J-F GRAVIE, Cancer du rectum. Anatomie chirurgicale et généralités. Encycl. Med. Chir. Paris, Techniques chirurgicales. Appareil digestif 40610, 6-1990, 10p

19 - M. GUIRVAC'H, F. MARTINON Iléostomies. Encycl. Méd. Chir. Paris, 4.2. 07, Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40455

20 - D. GALLOT, PH. BAUDOT, Colostomies. Encycl. Méd. Chir. Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40540, 11-1987, 10p

21 - Les différents types de stomies digestives, Gazette médicale. Tome 99. N°30, p 23-26

22 - CH. THEODORE, P. FRILEUX, A. VIDAL, A. BERGER, R. MOREL, A. ROCHE, Iléostomie et colostomie, Editions techniques, Encycl. Med. Chir. Gastro-entérol, 9-068-x-10, 1994, 10p

23 – J. CUILLERET Les cancers coliques : traitement chirurgical. Editions

médicales internationales, p 55-97

24 - <http://ilcoss.free.fr/stomie01.html> La stomie. 26-12-2004

25 - **D. GALLOT**, Traitement chirurgical des colostomies. Editions techniques. Encycl. Méd. Chir. Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40545,10-1990, 10p

26 – **G. BIKANDOU, H. MISSIE, A. TSIMBA-TSONDA, R. MASSENGO** Les stomies digestives au CHU de Brazzaville. Med.Chir.Dig.1996-25-n°1,23-24p

27 - **H. BAUMEL, J-M. FABRE, J-C. MANDERSCHIED, F. GUILLON, J. DOMERGUE, P. BOUTELLIER, J. VISSET**, Caractéristiques cliniques et évolution des stomies digestives définitives. Résultats d'une enquête rétrospective nationale. Gastro-entérol Clin Bio, 1993, 17, 547-552. Masson, Paris 1993

28 – **PH. BERARD, M. GUYOT, M. CONGE, J. VERGES**, La stomathérapie française face à 30000 nouvelles stomies annuelles. Lyon Chir 1991, 87 : 605-608

29 – **P. CUBERTAFOND, A. GAINANT, J. BARBIER, G. COSTE**, Les colostomies, indications et complications. A propos d'une analyse de 1142 cas. Chirurgie 1985.111 : 331-341

30 – **J. FAIVRE, D. PILLON, C. MICHIELS**, Epidémiologie et prévention du cancer colorectal. Ann ; Gastroentérol.Hépatol 1992-28. N°4, 199-204p

31 – **H. BAUMEL**, Les colostomies chez l'obèse. Med.Chir.Dig. 1979 ;8 : 709-710

Annexes

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : *Mati GUIET*

Prénom : Aïcha

Nationalité : Nigérienne

Titre : Les stomies digestives. Expérience du service de chirurgie « A » du CHU du Point G

Année académique : 2006-2007

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (F.M.P.O.S.)

Secteur d'intérêt : Chirurgie

Résumé

Rares sont les études spécifiquement effectuées sur le continent sur les stomies digestives. Pour cela, nous avons réalisé une enquête dans le but d'étudier ces stomies dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

L'enquête s'est déroulée de façon transversale sur une période de 55 mois allant de janvier 2002 à juillet 2006. Elle a porté sur 105 cas. Les données ont été analysées par les logiciels SPSS 10.0 et Epi 6.04

L'âge moyen de nos malades a été de 37,5 ans avec une représentativité masculine de 67%. Les indications essentielles pour la stomie ont été les péritonites (37,1%), les volvulus intestinaux (27,6%) et les pathologies tumorales intestinales (22,9%) vues tard. Les iléostomies ont été les plus fréquentes (52,4%). La stomie temporaire a représenté 88,6% des cas. Les suites opératoires se sont compliquées précocement d'irritations cutanées péristomiales (21%) et tardivement d'éventration (6,7%). La continuité intestinale a été rétablie chez 83 malades (79%) avec un délai moyen de 47jours. Pour l'appareillage de la stomie, nous avons souvent utilisé des moyens précaires en l'absence de poche de recueil. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 37jours. Le taux de mortalité a été de 15,2%

Mots clés : stomies, complications, prise en charge, stomathérapie, CHU, Bamako, Chirurgie, 2007.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Name : *Mati GUIET*

First name : Aïcha

Nationality : Niger

Title: The digestives stomies. Experiences of the surgery service "HAS" CHU of the Point G

Accademic year : 2006-2007

City : Bamako

Country : Mali

Deposit place: Library of the medicine faculty, of pharmacy and of odontostomatologie (F.M.P.O.S.)

Specificity : surgery

Abstract :

Rare are the specifically carried out studies on the continent on the stomies digestives. For that, we realized an investigation with the intention of to study these stomies in the surgery service in CHU of the Point G. The investigation unfolded itself in a manner transverse on a period of 55 months going January 2002 to July 2006. She concerned 105 cases. The data were analyzed by software SPSS 10.0 and Epi 6.04. The average age of our patients was of 37,5 years with a masculine representativity of 67%. The essential indications for the stomie were the péritonites (37,1%), the intestinal volvulus (27,6%) and intestinal tumorous pathologies (22,9%) seen late. The iléostomies were the most frequent ones (52,4%). The temporary stomie represented 88,6% of the cases. The continuations opératoires complicated precociously skin irritations péristomiales (21%) and lately of eventration (6,7%). The intestinal continuity was reestablished with 83 patients (79%) with an average delay of 47 days. For the casting off of the stomie, we often used precarious means in the absence of pocket anthology. The average length of hospitalisation was of 37 days. The mortality rate was of 15,2%

Words keys: stomies, complications, management, stomathérapie, Bamako, CHU, 2007, surgery

Les stomies digestives :
Expériences du service de chirurgie A
Centre Hospitalier universitaire du Point G

N° de la fiche d'enquête

I -Données socio-démographiques

Nom Prénom

Sexe.....\.....\

1 =masculin 2= féminin

Age.....\.....\

Tranche d'âge \.....\

1 = 0-10ans 2 = 11-20ans 3 = 21-30ans 4 = 31-40ans 5 = 41-50ans

6 = 51-60ans 7 = 71-80ans 8 = 81-90ans 9 = >91ans

Profession.....\.....\

1 = Scolaire 2 = Commerçant 3 = Agriculteur 4 = Ménagère

5 = Fonctionnaire 6 = Ouvrier 7 =Autre

Provenance.....\.....\

1 = Bamako 2 = Gao 3 = Kayes 4 = Koulikoro 5 = Mopti 6 = Ségou

7 = Sikasso 8 = Tombouctou 9 = Autre 99 = Indéterminé

II -Mode de recrutement des malades :

Urgence.....\.....\

1 = Oui 2 = Non

Consultation ordinaire.....\.....\

1 = Oui 2 = Non

III°-Anamnèse

Motif de consultation.....\.....\

1 = AMG 2 = troubles du transit 3 = Distension abdominale

4 = fistule digestive 5 = Douleur abdominale 6 = Autre

Durée présumée de l'évolution \.....\

1 = < 10jours 2 = 11-30jours 3 = > 31jours

IV -Signes cliniques

Signes fonctionnels

Douleur \.....\

1 = Oui 2 = Non

Vomissements.....\.....\

1 = Oui 2 = Non

Arrêt des matières et des gaz.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Signes généraux.

Température.....\.....\
1 = Normale 2 = Elevée 3 = Basse 4 = Indéterminée

Pouls.....\.....\
1 = Normal 2 = Elevé 3 = Bas 4 = Indéterminé

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

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

Pâleur.....\.....\
1 = Oui 2 = Non 3 = Non précisé

Autre info (à préciser).....\.....\
.....\.....\

Signes physiques

Inspection

Déformation abdominale.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Distension abdominale.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Traumatisme anal.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Malformation anale.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Autre (à préciser)\.....\
.....\.....\

Palpation

Douleur.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Défense abdominale.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Contracture abdominale.....\.....\
1 = Oui 2 = Non

Organomégalie (à préciser).....\.....\
.....\.....\

Percussion

Matité.....\.....\
.....\.....\

Les stomies digestives : expériences du service de Chirurgie « A » du CHU du Point G

1 = Oui 2 = Non

Tympanisme.....\.....\

1 = Oui 2 = Non

Sub-matité.....\.....\

1 = Oui 2 = Non

Auscultation.....\.....\

1 = Souffle abdominal 2 = Gargouillement 3 = Silence

4 = Indéterminé 5 = Autre

Touchers pelviens.....\.....\

1 = Masse anale 2 = Masse rectale 3 = Bombement du Douglas

4 = Sensibilité du Douglas 5 = Masse ano-rectale 6 = Autres (à préciser)

7 = Non précisé

IV -Examens complémentaires

Biologie(à préciser).....\.....\

Imagerie

1 = échographie abdominale 2 = ASP 3 = Lavement baryté

4 = Ano-rectoscopie 5 = 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 = Sigmoide 2 = Grêle 3 = Cæcum

Etiologie de la péritonite.....\.....\

1 = Perforation iléale 2 = Fistule digestive post-op

3 = Autre (à préciser)

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

1 = Colon droit 2 = Colon Gauche 3 = recto-sigmoïde 4 = rectum

5 = Anus

VII -Type de la stomie.....\.....

1= ileostomie 2 = Colostomie 3 = Caecostomie 5 = 1+2

VIII –Variété de la stomie.....\.....

1 = Latérale 2 = Terminale

IX -Caractère de la stomie.....\.....

1 = Temporaire 2 = Définitif

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

1 = kit normal uni bloc 2 = Kit normal bi-bloc 3 = Matériel local

4 = 1+2 5 = 1+3 6 = 2+3

XI -Suites opératoires et évolution.....\.....

1 = Simples 2 = Complication locale 3 = Complication générale

Délai de complication locale.....\.....\

1 = précoce 2 = Tardif

Complication locale précoce.....\.....\

1 = Irritation cutanée 2 = Eviscération 3 = Lâchage de la stomie

4 = Hémorragie cutanéomuqueuse 5 = Occlusion intestinale

6 = Suppuration 7 = Nécrose de la stomie 8 = Association (à préciser)

Complication tardive.....\.....\

1 = Rétraction de la stomie 2 = Eventration 3 = Prolapsus de la stomie

4 = Sténose de la stomie

Complications générales.....\.....\

1 = Choc cardio-vasculaire 2 = Choc septique

3 = Troubles psychologiques

Plaintes des patients.....\.....\

1 = Image corporelle altérée 2 = Perte de liquide

3 = Incontinence selles-gaz

Décès.....\.....\

1 = Oui 2 = Non

Cause de décès (à préciser).....\.....\

Délai de décès.....\.....\

1 = 0-15 jours 2 = 16-30 jours 3 = >31 jours

XII -Rétablissement de la continuité

Nombre d'hospitalisation.....\.....\

1 = Une 2 = Deux

Délais avant le rétablissement de la continuité.....\.....\

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

XIII -Durée totale d'hospitalisation.....\.....

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

XIII -Coût de soins en hospitalisation.....\.....

1 = 1^{ere} catégorie 2 = 2^o catégorie 3 = 3^o catégorie

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 les 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 me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie politique 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 !!!