

STOMIES DIGESTIVES EN CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE

Digestives stoma in the service of surgery General of CHU Gabriel Touré

Traore A^{1*}, Diakite I¹, Togo A¹, Dembele BT¹, Kante L¹, Coulibaly Y², Keita M², Diango D M³, Diallo A³, Diallo G¹.

¹Département de chirurgie générale CHU Gabriel TOURE ; ²Service de chirurgie pédiatrique CHU Gabriel TOURE ; ³ Département d'anesthésie et de réanimation CHU Gabriel TOURE

Correspondance : Dr Traoré A C.H.U Gabriel Touré, Bamako (MALI) BP : 267 Tel: (223) 76 43 21 30
Email: alhassanetraore2008@yahoo.fr

RESUME

Les objectifs : étaient de déterminer la fréquence, de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des stomies digestives.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective de six mois du 01 janvier au 30 juin 2008 dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Ont été inclus dans cette étude tous les malades porteurs d'une entérostomie ou une colostomie, âgés de plus de 15ans. Les fistules digestives, les autres types de stomie et les malades âgés de moins de 15 ans, ont été exclus. Les résultats ont été analysés par le logiciel Epi info version 6.4Fr, les tests de Khi2 et de Student avec un seuil de signification pour P< 0,05.

Résultats : Nous avons colligé 32 patients soit 7,4% de toutes les interventions chirurgicales digestives, 13,3% des urgences abdominales ; composé de 26 hommes (81,25%) et 6 femmes (18,75%). Le sexe ratio à été de 4,3. La moyenne d'âge a été de 44,8 ans avec un écart type 8,13 et les extrêmes variant entre 16-80 ans. Vingt et un (65,6%) malades ont été opérés en urgence. Nous avons réalisé 29 cas (90,6%) de stomie terminale, 3cas (9,4%) latérale, 21cas (65,6%) de colostomie, 9cas (28,1%) d'iléostomies. Elles ont été temporaires dans 25cas (78,1%) et définitives 7cas (21,9 %). Le volvulus du colon sigmoïde avec nécrose 10cas (31,3%), les péritonites par perforation iléale typhique 9cas (28,1%), les occlusions sur tumeur du colon gauche 8cas(25%), les perforations iléales traumatiques 2cas(6,3%), les fistules digestives post appendicectomie 2cas(6,3%) et le mégacolon congénital 1cas(3%) ont été les indications de la stomie. les suites opératoires ont été simples dans 21cas (65,6%). Les principales complications retrouvées ont été: l'irritation cutanée 7cas (21,8%), le prolapsus stomiale 4cas (12,5%), la suppuration péristomiale 3cas (9,4%), le lâchage de la Stomie 3cas (9,4%), la rétraction de la stomie 3cas (9,4%), les troubles psychologiques 3 cas (9,4%), l'hémorragie 2cas (6,3), nécrose péristomiale 2cas (3,1%), choc septique 2cas (6,3%), et 1cas (3,1%) d'éviscération, d'occlusion intestinale, de choc hypovolémique. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 37,5jours avec un écart-type =13,58 et des extrêmes variant entre 02-73 jours. Le taux de mortalité a été de 9,4%.

Conclusion : la prise en charge des stomies est difficile en l'absence de stomathérapeutes, et du cout élevé de la nutrition parentérale dans notre contexte.

Mots clés : Stomie – Digestive - Complications – Chirurgie.

SUMMARY

Objectives: were to determine the frequency, to describe the clinical and therapeutic aspects digestive stoma.

Material and Methods: It was about six months an exploratory study from January 1st to June 30th, 2008 in the department of surgery general of the CHU Gabriel Touré. Were included in this study all the patients carrying a enter stoma or a colostomy, old of more than 15ans. The digestive dents, the other types of stoma and the patients old of less than 15 years, were excluded. The results were analyzed by the software Epi information version 6.4Fr, the tests of Khi2 and Student with a threshold of significance for P< 0, 05.

Results: We college 32 patients are 7, 4% of all digestive surgical operations, 13, 3% of the abdominal urgencies; composed of 26 men (81, 25%) and 6 women (18, 75%). The sex ratio at summer of 4, 3. The average age was 44, 8 years with a standard deviation 8, 13 and the extremes varying between 16-80 years. Twenty and one (65, 6%) sick were operated in urgency. We carried out 29 cases (90, 6%) of final stoma, 3cas (9,4%) side, 21cas (65,6%) of colostomy, 9cas (28,1%) of iléostomies. They were temporary in 25cas (78, 1%) and final 7cas (21, 9%). The volvulus of the sigmoid colonist with necroses 10cas (31, 3%), the peritonitis by typhus perforation ilea 9cas (28, 1%), occlusions on tumor of the left colonist 8cas (25%), the traumatic perforations iléales 2cas (6,3%), the digestive dents post appendicectomies 2cas (6,3%) and the congenital mégacolon 1cas (3%) was the indications of the stoma. the operational continuations were simple in 21cas (65,6%). The principal found complications were: coetaneous irritation 7cas (21,8%), the prolapsed stomiale 4cas (12,5%), the suppuration péristomiale 3cas (9,4%), the releasing of Stoma 3cas (9,4%), the retraction of the stoma 3cas (9,4%),

the psychological disorders 3 cases (9,4%), the hemorrhage 2cas (6,3), necroses péristomiale 2cas (3,1%), septic shock 2cas (6,3%), and 1cas (3,1%) of evisceration, obstruction of the bowels, shock hypovolemic. The intermediate duration of hospitalization was of 37,5jours with a standard deviation =13, 58 and extremes varying between 02-73 days. Death rate was of 9, 4%.

Conclusion: the assumption of responsibility of the stomies is difficult in the absence of stomathérapeutes, and of the high cost of the parenteral nutrition in our context.

Key words: Stoma - Digestive - Complications - Surgery.

INTRODUCTION

La stomie digestive est une solution alternative à l'anastomose dans un milieu septique. Elle peut être temporaire ou définitive. La fréquence des complications varie entre 5 à 70% [1,2]. Elles sont influencées par l'âge [2,3], l'obésité [1, 4, 5] le type de stomie [4] le diagnostic et l'urgence [3]. La gestion est souvent difficile dans notre milieu à cause de la non disponibilité des poches de stomie, leur cout élevé et de l'absence des Stomatherapeutes. Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence, de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des stomies digestives.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée dans le service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré du 01 janvier au 30 juin 2008. Ont été inclus dans cette étude les patients ayant une iléostomies, une colostomie, âgés de plus de 15ans, opérés dans le service; ainsi que les malades ayant une stomie réalisée ailleurs et adressés pour la suite de la prise en charge. Les fistules digestives, les autres types de stomie et les malades âgés de moins de 15 ans, ont été exclus. L'interrogatoire et l'examen physique ont été menés au chevet des malades.

Notre support de travail a été les registres de consultation externe, de compte rendu opérative, d'hospitalisation et les dossiers de malades. Les résultats ont été analysés par le logiciel Epi info version 6.4Fr, les tests de Khi2 et de Student avec un seuil de signification pour $P < 0,05$.

RESULTATS

Nous avons colligé 32 patients soit 7,4% de toutes les interventions chirurgicales digestives, 13,3% des urgences abdominales ; composé de 26 hommes (81,25%) et 6 femmes (18,75%). Le sexe ratio à été de 4,3. La moyenne d'âge a été de 44,8 ans avec un écart type 8,13 et les extrêmes variant entre 16-80 ans. Vingt et un (65,6%) malades ont été opérés en urgence.

Nous avons réalisé 29 cas (90,6%) de stomie terminale, 3cas (9,4%) latérale, 21cas (65,6%) de colostomie, 9cas (28,1%) d'iléostomie. Elles ont été temporaires dans 25cas (78,1%) et définitives 7cas (21,9 %). Le volvulus du colon sigmoïde avec nécrose 10cas (31,3%), les péritonites par perforation iléale typhique 9cas (28,1%), les occlusions sur tumeur du colon

gauche 8cas(25%), les perforations iléales traumatiques 2cas(6,3%), les fistules digestives post appendicectomie 2cas(6,3%) et le mégacolon congénital 1cas(3%) ont été les indications de la stomie. les suites opératoires ont été simples dans 21cas (65,6%). Les principales complications retrouvées ont été: l'irritation cutanée 7cas (21,8%), le prolapsus stomial 4cas (12,5%), la suppuration péristomiale 3cas (9,4%), le lâchage de la Stomie 3cas (9,4%), la rétraction de la stomie 3cas (9,4%), les troubles psychologiques 3 cas (9,4%), l'hémorragie 2cas (6,3), nécrose péristomiale 2cas (3,1%), choc septique 2cas (6,3%), et 1cas (3,1%) d'éviscération, d'occlusion intestinale, de choc hypovolémique. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 37,5jours avec un écart-type =13,58 et des extrêmes variant entre 02-73 jours. Le taux de mortalité a été de 9,4%.

DISCUSSION

En 6mois, nous avons réalisé 32 stomies soit 5malades /mois ce qui représente 7,4% de toutes les interventions, 13,3% des urgences abdominales et 16,9% de nos interventions réglées. Elle est en rapport avec les indications opératoires. Une fréquence de 11,74% [2] a été rapportée par la littérature. Nous n'avons pas eu de différence statistiquement significative entre leur résultat et le nôtre ($P > 0,05$).

La stomie a été réalisée essentiellement chez l'adulte jeune dans notre étude ainsi que dans les études Chinoise et Iranienne (55,5 - 57,5ans) [6,5] ($P > 0,05$). Par contre en Europe elle a été réalisée chez le sujet âgé (68 ans) [7] avec une différence statistiquement significative ($P < 0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par l'âge jeune de notre population en particulier et celui de l'Afrique subsaharienne en général. Selon certains auteurs l'âge élevé est un facteur favorisant la survenue des complications [3,8].

Les hommes ont été plus nombreux (sex-ratio 4,3). Cette prédominance masculine a été retrouvée par la plupart des auteurs [9, 3, 10, 5,] ($P > 0,05$). Le sexe n'est pas un facteur de risque pour les différentes pathologies ayant occasionné la stomie.

Pour son bon fonctionnement, le liquide intestinal ne doit pas être en contact avec la peau. Il faut une confection de la trompe qui donne directement dans la poche de stomie. Les iléostomies latérales sont pourvoyeuses de complications cutanées [10] que les iléostomies

terminales. Nous avons réalisé 90,6% de stomies terminales contre 71,7% dans la série de Koffi E [10]. Parmi cette variété de stomie, les colostomies ont représenté (65,6%).

Les différentes pathologies pourvoyeuses des stomies définitives sont mal répertoriées chez nous à cause des insuffisances de notre système de référence, du bas niveau socio-économique, de la pratique de médecine traditionnelle et de l'automédication. Par contre en occident elles sont bien répertoriées [9]. Les enterostomies sont plus souvent temporaires 88,3% [2] contre 78,1% dans notre série.

Plus de la moitié de nos patients (65,6%) a consulté en urgence. Après un examen clinique et paraclinique, il s'agissait du volvulus du côlon sigmoïde avec nécrose 10cas (31,1%) qui a été l'étiologie principale, retrouvée aussi dans l'étude de Sanogo (27,2%) [2]. Après une mise en condition d'opérabilité du malades, nous avons réalisé une colostomie type Hartmann suivie d'un rétablissement de continuité. L'altération de l'état général des malades, l'état septique des anses n'ont pas permis d'effectuer une résection anastomose en un temps. Ainsi, Les péritonites par perforation iléale typhique et les fistules post appendicectomie ont aussi été traitées en deux temps, quant aux péritonites par perforation traumatique du grêle 2cas (6,3%) en un temps et le mégacôlon congénital en trois temps.

Nous n'avons pas trouvé une différence statistique significative entre nos principales indications et celles des auteurs africains ($P>0,005$). En Occident, les indications ont été surtout les maladies cancéreuses, diverticulaires inflammatoires et les traumatismes abdominaux [7, 3, 11,5].

Les suites ont varié selon la littérature de 30% à 88,6% [12,6]. Elles dépendent du plus grand soin à apporter à la confection de la stomie et à leur appareillage. Nous avons trouvé un taux de 66,6% de suites simples qui ne diffère pas de ceux rapportés par la littérature [13, 7, 3, 14] ($P>0,005$). Nous avons eu une différence statistiquement significative quant à nos suites compliquées (34,4%) et celles rapportées dans les séries [6, 12,8] ($P<0,005$). Ces complications s'expliquent surtout par l'état général altéré de nos malades, les pathologies en cause, et l'absence de stomathérapeute dans notre service. Ce sont entre autres : l'irritation cutanée 7cas (21,8%), le prolapsus stomial 4cas (12,5%), la suppuration péristomiale 3cas (9,4%), le lâchage de la Stomie 3cas (9,4%), la rétraction de la stomie 3cas (9,4%), les troubles psychologiques 3 cas (9,4%), l'hémorragie 2cas (6,3), nécrose péristomiale 2cas (3,1%), choc septique 2cas (6,3%), et 1cas (3,1%) d'éviscération, d'occlusion intestinale, de choc hypovolémique.

Certaines de ces complications ont nécessité une réintervention chirurgicale avec des suites opératoires simples.

Devant la non disponibilité des poches de stomie et leur cherté, nous avons adapté des sachets d'eau en plastique. Un paquet coute 200 F CFA (0,33 €) et contient 50 unités.

Le délai moyen de rétablissement varie selon les auteurs entre 10 et 165 jours [15]. Il dépend de l'état clinique du malade, les problèmes inhérents à leur prise en charge. La fermeture a été réalisée chez 19 patients (59,4%) dans un délai de 10 à 30 jours avec une moyenne de 50 jours.

La réalisation des stomies dans la méconnaissance des règles expose le patient à des complications qui peuvent aggraver le pronostic et augmenter significativement la durée d'hospitalisation. Elle a été de 37,5 jours en moyenne dans notre service contre 14,2 jours et 39 jours dans les autres services [16,2]. Ce séjour prolongé s'explique par le manque de moyen financier des patients à faire face aux dépenses d'une seconde intervention.

Notre taux de mortalité de 9,4% (3malades) ne diffère pas de façon significative ($P>0,05$) de ceux retrouvés dans la littérature : 6,7% - 47% [16, 3, 10, 2]. Le choc septique a été la cause de ces décès.

CONCLUSION

La prise en charge des stomies pose un problème socio-économique. Les patients l'acceptent difficilement surtout dans certains milieux religieux. Un meilleur soutien psychologique peut amener les malades à accepter leur stomie. L'utilisation des sachets d'eau en plastic dans notre milieu, est une alternative aux poches de stomie qui sont chères et non disponibles. La formation des stomathérapeutes, pour une prise en charge correcte des stomies, réduit le taux des complications.

REFERENCES

1. **Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkin AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND.** A prospective audit of stomas- analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis* 2003; 5(1):49-52.
2. **Sanogo ZZ, S Yena, AK Simaga, D Doumbia, Z Ouattara, AK Diallo, D Sangare, S Soumare.** Les stomies digestives expérience du service de chirurgie 'A' du CHU du Point G. *Mali Medical* 2004;3:24-27.
3. **Harris Da, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster ME.** Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl* 2005; 87: 427-431.

4. Fagniez Pl, Houssin D. Complication des stomies. Chirurgie Digestive et Thoracique. Paris, Masson, 1991; Tome II: 343-347.

5. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of the and colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. Colorectal Disease 2005; 7(6):582-587.

6. Liu J, Bruch Hp, Farke S, Nolde J, Schwandner O. Stoma formation for fecal diversion: a plea for the laparoscopic approach. Tech Coloproctol 2005; 9(1): 9-14.

7. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. Colorectal Disease 2006; 9: 559-561.

8. Saghir JH, Mckenzie FD, Leckie DM. Factors that predict complications after construction of stoma. A retrospective study. Eur J Surg 2001; (167): 531-4.

9. Baumel H, J- M Fabre, J-C Manders Cheid, F Guillon, J Domergue, P Boutelier, J Visset. Caractéristiques cliniques et évolution des stomies digestives définitives. Résultats d'une enquête rétrospective nationale gastro-entérologie. Paris, Masson, Clin Bio 1993; 7 : 547-52.

10. Koffi E, K Yenon, J Kouassi. Les entérostomies dans notre pratique hospitalière. Médecine d'Afrique Noire 1998; 45 (1): 62-65.

11. Hannah B, Jacqueline R. Living with a stoma a review of the literature. Gastroenterology Journal Of Clinical Nursing 2005;14:74-81.

12. Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I, Mac Donald A. Prospective Analysis Of Stoma-Related Complications. Colorectal Disease 2005; 7:279-285.

13. Cottam I, Richards K, Hasteds A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Colorectal Disease 2006; 9: 834-838.

14. Mäkelä Jt, Niskasaari M. Problems after stoma surgery in Northern Finland. Scand J Surg 2006; 95(1): 23 - 7.

15. Menegaux F, Jordi - Galais P, Turin N, Chigot JP. Closure of small bowel stomas on postoperative day 10. Eur J Surg 2002; 168 (12): 713 - 5.

16. Dieng M, N'diaye AI, Ka O, Konate I, Dia A, Toure CT. Aspect étiologique et thérapeutique des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans. Mali Médical 2006; 21(4): 46-50.



Fig1: Sténose stomiale (Chir générale CHU Gabriel Touré)



Fig 2 : Prolapsus stomial (Chir générale CHU Gabriel Touré)



Fig 3: Irritation cutanée et rétraction stomiale (Chir générale CHU Gabriel Touré)



Fig 5 : Irritation cutanée (Chir générale CHU Gabriel Touré)



Fig. 7: Stomie avec sachet en plastique servant de poche de recueillement (Chir générale CHU Gabriel Touré)



Fig. 6: Infection péristomiale (Chir générale CHU Gabriel Touré)