

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

République du MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2010-2021

N°

TITRE

**LES COMPLICATIONS DES STOMIES  
DIGESTIVES DANS LE SERVICE DE  
CHIRURGIE GENERALE AU CHU GABRIEL  
TOURE DE 2008 À 2020.**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 12/08/21

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par

**Mademoiselle Rollande Diesta Sèwanou GBEBO**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLÔME D'ETAT)

**JURY**

**Président : Professeur Adégné TOGO**

**Membres : Docteur André KASSOGUE**

**Docteur Amadou TRAORE**

**Directeur : Professeur Alhassane TRAORE**

**Co-directeur : Docteur Arouna Adama DOUMBIA**



# DEDICACES

# DÉDICACES

Au nom de Dieu, ma source d'inspiration, mon créateur, mon refuge, d'où j'ai tiré ma force durant tout ce parcours, sans qui je ne serai pas là en ce jour. Merci pour ta présence et ton amour inconditionnel, que ta volonté soit.

Je dédie ce travail à.....

## **Mes parents : Ignace GBEBO et Amandine POLLYVI**

Vous m'avez appris à aimer le travail, ce travail est le vôtre. Je ne saurais vous remercier pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi. Tous les efforts inestimables dont vous avez fait preuve durant tout mon cursus scolaire et universitaire, prouvent juste le genre de parents formidables que vous êtes. Que le tout puissant vous accorde santé et longévité pour que vous puissiez bénéficier des fruits de vos efforts.

## **Mes sœurs : Sabine, Carine, Gloria et leurs conjoints**

Merci pour vos nombreux encouragements durant toutes ces années. Recevez ce travail en signe de mon profond attachement pour vous. Que Dieu vous bénisse et vous accompagne.

## **Feu Bakary CAMARA « Bass »**

On a commencé et faire du chemin ensemble mais Dieu en a décidé autrement pour la fin. Nous te gardons dans nos cœurs et nous rappellerons toujours de cet homme gentil et affectueux que tu étais. De là où tu es, par ce travail soi honoré.

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin nous ont aidés à la réalisation de cette thèse ...

### **A la famille ALIDOU**

Il n'y a pas que les liens de sang qui définissent une famille. Merci de m'avoir adopté et donné tout l'amour et le soutien. Que Dieu accorde la santé et longévité à tous ses membres.

### **Aux Docteurs : Yessir A, Shéra, Dorcas Y, Yannick M, Antar M**

Je ne pourrais trouver les mots nécessaires pour vous rendre hommage et remercier pour votre soutien durant tout ce cursus.... Merci pour tout.

### **A AYANG OBIANG AYANG Shildérick Charmant**

Parfois Dieu envoie les bonnes personnes dans les moments où on s'y attend le moins. Un soutien exceptionnel tu as été !! merci pour ta présence dans ma vie.

### **A Nailath A, Mariette A, Oumou D, Ninelle D**

Mes sœurs d'une autre mère, que le Mali m'a donné. Merci pour nos moments de fous rires et toute ses difficultés traverser ensemble. Que Dieu nous garde toujours soudés.

### **A mes amis : Nolan S, Ismail N, Ali, Boubacar, Latif T :**

Avec vous le poids des études semblait léger et agréable à porter. Brillante carrière à vous. Que le bon Dieu vous bénisse et nous unisse davantage.

**A Fabrice A, Rumarce, Ahris A, Uriel H**

Avec qui je partage d'inoubliables souvenirs. Pour leur contribution à la réalisation de ce travail.

**A tout le personnel enseignant de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB) :**

Les connaissances et les expériences que vous nous avez communiquées durant notre cursus resteront une marque indélébile dans notre vie. Profonde gratitude.

**A la 11<sup>ème</sup> promotion du numerus clausus et à la promotion FUBUC**

Ce fut un plaisir pour moi d'avoir eu à partager ces années à vos cotes. Que Dieu nous accorde le meilleur.

**A l'AESBM**

Plus qu'une communauté, vous êtes pour moi une famille. Merci pour ces moments de partages. Je garderai toujours l'espoir de voir cette famille s'agrandir plus.

**Au service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Toure**

Passer deux années intensives à vos côtés a été très instructifs bien que parfois fatigant et pénible. Merci à chacun de vous en vos grades, titres et qualités respectifs pour tout l'encadrement que vous m'avez apporté.

**A tous ceux que j'ai oubliés et tous ceux qui de près ou de loin ont œuvré pour que je sois ce que je suis un merci infini à votre endroit. Puisse le très haut vous le rendre au centuple.**



# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury, **Pr Adégné TOGO**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré**
- **Chef adjoint du département de chirurgie et spécialité chirurgicale à la FMOS**
- **Spécialiste en oncologie digestive**
- **Membre du West African College of Surgeon (WACS)**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

Honorable Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre dynamisme, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respectée et respectable, votre exemple restera un modèle à suivre.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge, **Dr André KASSOGUE**

- **Anesthésiste réanimateur et urgentiste**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société d'Anesthésie-réanimation et de Médecine d'Urgence au Mali**
- **Membre de la Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre amour à transmettre votre savoir ainsi que vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.



A notre maitre et juge, **Dr Amadou TRAORE**

- **Médecin colonel à la DCSSA**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, l'ampleur de votre expérience et votre rigueur scientifique. Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements

A notre maître et directeur de thèse, **Pr Alhassane TRAORE**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**
- **Membre de la Société Internationale de Hernie (AMEHS)**
- **Membre du West African College of Surgeon (WACS)**
- **Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgien Digestive (S.A.F.CHI.D)**

Cher Maître,

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

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

A notre maître et co-directeur de thèse, **Dr Arouna Adama DOUMBIA**

- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHL.MA)**

Cher Maître,

Votre disponibilité, votre modestie, votre souci constant de nous transmettre vos connaissances et votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable. Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

## LISTE DES FIGURES

**Figure 1 :** Intestin grêle in situ

**Figure 2 :** Nœuds lymphatiques jéjuno-iléaux

**Figure 3 :** Artères droites jéjunales ou iléales

**Figure 4 :** Plexus aortique abdominale

**Figure 5 :** Côlon et mésentère

**Figure 6 :** Artères coliques droites accessoires

**Figure 7 :** Artères mésentériques

**Figure 8 :** Vaisseaux lymphatiques du côlon  
(côlon transverse relevé)

**Figure 9 :** Les poches systèmes « une pièce »

**Figure 10 :** Les poches systèmes « deux pièces »

**Figure 11 :** Fréquence des stomisés compliqués ou non par tranche d'année

**Figure 12 :** Répartition des patients selon le sexe

**Figure 13 :** Répartition des patients compliqués ou non selon le sexe

**Figure 11 :** Fréquence des stomisés compliqués ou non par tranche d'année

**Figure 12 :** Répartition des patients selon le sexe

**Figure 13 :** Répartition des patients compliqués ou non selon le sexe

**Figure 14 :** Répartition des patients compliqués ou non selon le mode de recrutement

**Figure 15 :** Répartition des patients compliqués ou non selon les indications

**Figure 16** : Répartition des patients compliqués ou non selon le type de stomie

**Figure17** : Répartition des patients compliqués ou non selon l'appareillage

**Figure18** : Iléostomie en double canon

**Figure19** : Irritation péristomiale

**Figure20** : Prolapsus stomial

**Figure21** : Suppuration péristomiale

**Figure22** : Irritation+ Rétraction stomiale

**Figure23** : Lâchage stomial + Infection + Rétraction stomiale

# LISTE DES TABLEAUX

**Tableau 1 :** Répartition des patients selon l'âge

**Tableau 2 :** Répartition des patients selon la nationalité

**Tableau 3 :** Répartition des patients selon la provenance

**Tableau 4 :** Répartition des patients selon l'ethnie

**Tableau 5 :** Répartition des patients selon la profession

**Tableau 6 :** Répartition des patients selon le mode de recrutement

**Tableau 7 :** Répartition des patients selon les indications des stomies

**Tableau 8 :** Répartition des patients selon le type de stomie

**Tableau 9 :** Répartition des patients selon le caractère de la stomie

**Tableau 10 :** Répartition des patients selon le type d'appareillage

**Tableau 11 :** Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates

**Tableau 12 :** Complications chirurgicales

**Tableau 13** Complications médicales

**Tableau 14 :** Répartition des patients selon la classification Clavien Dindo

**Tableau 15 :** Répartition des patients selon le rétablissement de la continuité

**Tableau 16 :** Répartition des maladies selon la reprise du transit

**Tableau 17 :** Répartition des patients selon la durée de l'hospitalisation

**Tableau 18** : Répartition des patients selon la mortalité

**Tableau 19** : Répartition des patients selon les complications chirurgicales et le type de stomie

**Tableau 20** : Traitement des complications chirurgicales

**Tableau 21** : Traitements des complications médicales

# SOMMAIRE

	Page
I. INTRODUCTION.....	18
II. OBJECTIFS.....	21
III. GENERALITES.....	23
IV. METHODOLOGIE.....	59
V. RESULTATS.....	67
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	83
VII. CONCLUSION.....	97
VIII. RECOMMANDATIONS.....	99
ANNEXES.....	109



# I- INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Le terme stomie est emprunté au grec « stoma » qui signifie « bouche ». Dans le langage médical, une stomie se définit par l'abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel, de façon temporaire ou définitive [1]. La stomie digestive est une solution alternative permettant de drainer en amont d'une anse intestinale en occlusion, de suppléer l'alimentation, ou de protéger une anastomose digestive en dérivant transitoirement le flux intestinal [2].

Sa réalisation dans la méconnaissance des règles élémentaires risque d'exposer le malade à des complications qui aggravent le pronostic. Bien qu'elle soit souvent considérée comme un geste opératoire simple, une stomie expose à des complications dont la fréquence varie de 10 à 60 % avec un taux de ré intervention non négligeable, de 10 à 30 % [3].

Aux Etats-Unis, le taux de complication est de 58% et 76% en ce qui concerne respectivement la colostomie et l'iléostomie d'après les travaux de Michael E Foster [4].

En Europe, Cottam et al. ont rapporté en 2007 les résultats d'un audit national britannique portant sur les complications des stomies dans les trois premières semaines suivant leur mise en place. Le taux de complication était extrêmement variable allant de 6% à 96% [5].

En France, C. Sabbagh rapporte en 2017 que la création d'une stomie digestive est responsable de complications post-opératoires chez 35% des patients [6].

En 2018, University of Sheffield, UK, Tam a enregistré un taux de complication des colostomies plus élevé soit 2,3% à celui des iléostomies (14,3%) [7].

En Afrique, Kibonge A.M en 2019 au Congo, selon une étude rétrospective portant sur 33 patients opérés ayant bénéficiés d'une stomie digestive, rapporte un taux de complication de 57,58% [8].

Au Burkina Faso, Boro a enregistré en 2001 selon une étude rétrospective un taux de complication des stomies digestives de 81% [9].

Au Mali, un taux de 48% a été retrouvé par Coulibaly Y en chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel Touré [10].

Quel que soit le type de stomie, il faut différencier les complications précoces et les complications tardives. La création d'une stomie est un véritable traumatisme physique mais aussi psychologique pour le patient : il ressent toujours une souffrance psychique à laquelle il est inutile de rajouter une douleur physique, liée à des soins inadéquats [11].

Cependant la gestion est souvent difficile dans notre milieu à cause de la non disponibilité des poches de stomie, leur coût élevé et de l'absence des stomathérapeutes [12].

Des études ont été réalisées au service de chirurgie générale du CHU de Gabriel Touré sur les stomies digestives mais aucune n'a porté spécifiquement sur leurs complications. Le présent travail de recherche a été initié dans le but de mettre en évidence les principales complications enregistrées au sein du service, d'identifier les causes afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des stomies.

## II- OBJECTIFS

## II. OBJECTIFS

### 2.1 Objectif général

Etudier les complications des stomies digestives dans le service de Chirurgie Générale au CHU Gabriel Touré de 2008 en 2020.

### 2.2 Objectifs spécifiques

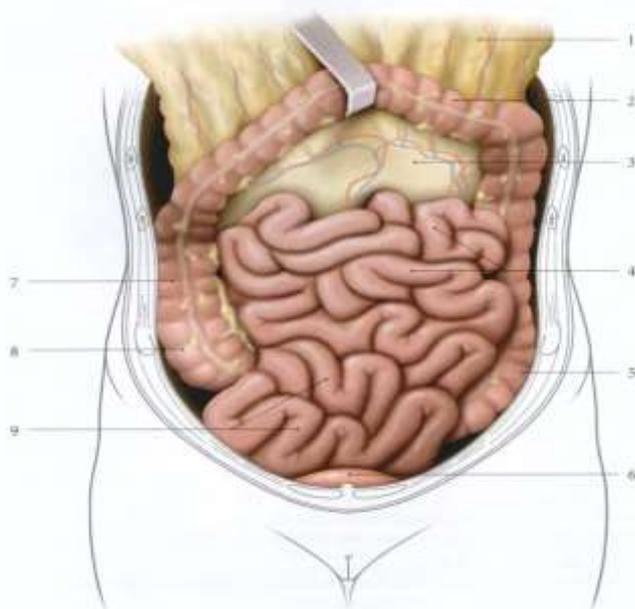
1. Déterminer la fréquence des complications des stomies digestives
2. Décrire les principales complications des stomies
3. Identifier les facteurs favorisant la survenue des complications
4. Analyser les résultats de prise en charge des complications de stomie

# III- GÉNÉRALITÉS

### III. GÉNÉRALITÉS

#### 3.1. Rappels anatomiques de l'intestin grêle [13]

L'intestin grêle est le segment proximal de l'intestin. Il fait suite à l'estomac et s'abouche dans le caecum. Il est de petit calibre et comprend trois parties : le duodénum, le jéjunum et l'iléum. (Figure 1)



1. Grand omentum relevé
2. Côlon transverse relevé
3. Mésocôlon transverse
4. Jéjunum
5. Côlon descendant
6. Vessie
7. Côlon ascendant
8. Caecum
9. Iléum

*Figure 1 : Intestin grêle in situ*

##### 3.1.1. Anatomie descriptive du jéjunum et l'iléum

Le jéjunum et l'iléum représentent la portion mobile de l'intestin grêle long de 6 m environ, le jéjunum correspondant à la partie proximale avec un diamètre de 3 cm, et l'iléum, à la partie distale avec un diamètre de 2 cm, soit les trois cinquièmes du grêle. Ils s'étendent de l'angle duodéno-jéjunal au caecum. Leur fonction essentielle est l'absorption des aliments.

Sa surface interne est caractérisée par l'abondance de plis circulaires, qui sont recouverts de villosités, et les villosités, de microvillosités.

La paroi intestinale est constituée, de la superficie vers la profondeur, de cinq couches :

- la tunique séreuse est formée par le péritoine viscéral ;
- la couche sous-séreuse est une fine couche conjonctive lâche contenant le plexus entérique sous-séreux ;
- la tunique musculieuse comprend une couche profonde circulaire et une couche superficielle longitudinale entre lesquelles siège le plexus myentérique ;
- la couche sous-muqueuse est une couche conjonctive lâche dans laquelle siègent des vaisseaux et le plexus entérique sous-muqueux ;
- la tunique muqueuse elle comprend un épithélium de surface, une lamina propria et une muscularis mucosae.

### **3.1.2. Anatomie fonctionnelle**

Organe contractile, le jéjuno-iléum présente deux grands types de mouvements :

- des mouvements segmentaires de brassage ;
- des mouvements de progression d'amont en aval qui assurent la progression

du chyme : les ondes péristaltiques.

Lors de ces mouvements, les deux couches de la musculieuse agissent en synergie. La couche longitudinale de la musculieuse augmente le diamètre de l'intestin et le raccourcit. La couche circulaire l'allonge et le rétrécit.

### **3.1.3. Moyens de fixité**

Le jéjunum et l'iléum sont appendus à la paroi abdominale dorsale par le méésentère.



Le mésentère est un méso à double lame péritonéale, d'aspect godronné, qui présente :

- deux faces, antérieure et postérieure ;
- un bord libre sinueux se confondent avec les anses intestinales ;
- un bord adhérent à la paroi dorsale, la racine du mésentère.

### **3.1.4. Rapports**

- Le jéjunum et l'iléum, recouverts du grand omentum, répondent en avant à la paroi abdominale antérieure ;
- En arrière, ils répondent à la veine cave, à l'aorte, au pôle inférieur du rein gauche, aux uretères et au côlon descendant ;
- A droite, ils sont en contact avec le caecum et le côlon ascendant qu'ils recouvrent souvent ;
- En haut, le colon transverse et le mésocolon transverse reposent sur le jéjunum ;
- A gauche, ils répondent à la paroi abdominale ;
- En bas, ils recouvrent la vessie, le côlon sigmoïde et, chez la femme, l'utérus.

### **3.1.5. Vascularisation**

#### **3.1.5.1 Les artères (figure 2)**

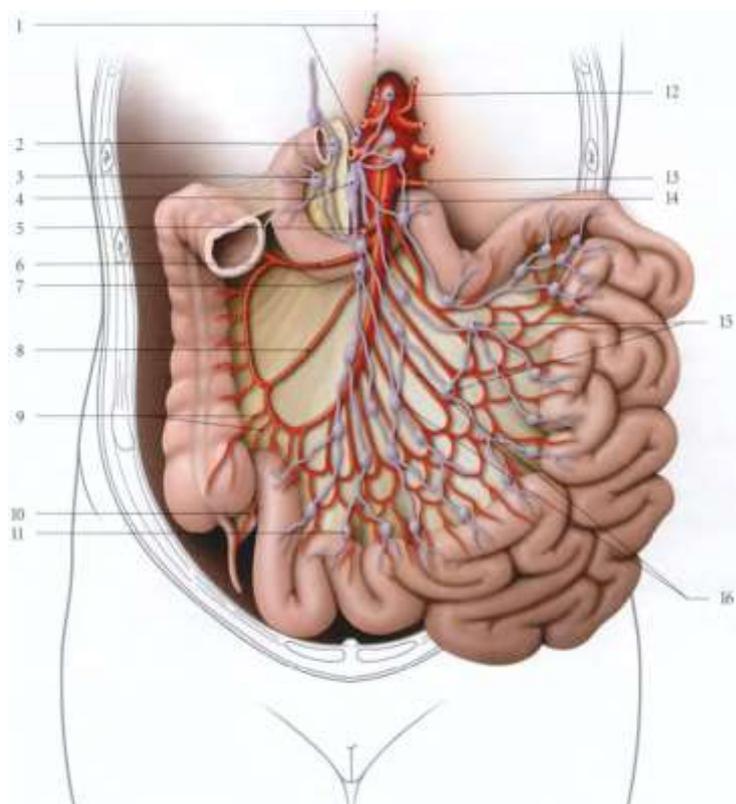
Le jéjunum et l'iléum sont vascularisés par les artères jéjunales et iléales, branches de l'artère mésentérique supérieure.

- ✓ Au nombre de douze à quinze, elles naissent du bord gauche de la mésentérique supérieure et descendent dans le mésentère.
- ✓ Ces artères sont richement anastomosées entre elles, dessinent des arcades vasculaires de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et même de 4<sup>e</sup> ordre. Des arcades de 1<sup>e</sup> ordre, juxta-intestinales, naissent, perpendiculairement à l'intestin, les artères droites. Chaque artère droite se divise en deux rameaux pour chacune des

faces de l'intestin. Ces rameaux sont parfois anastomosés à l'intérieur de la paroi intestinale. (Figure 3)

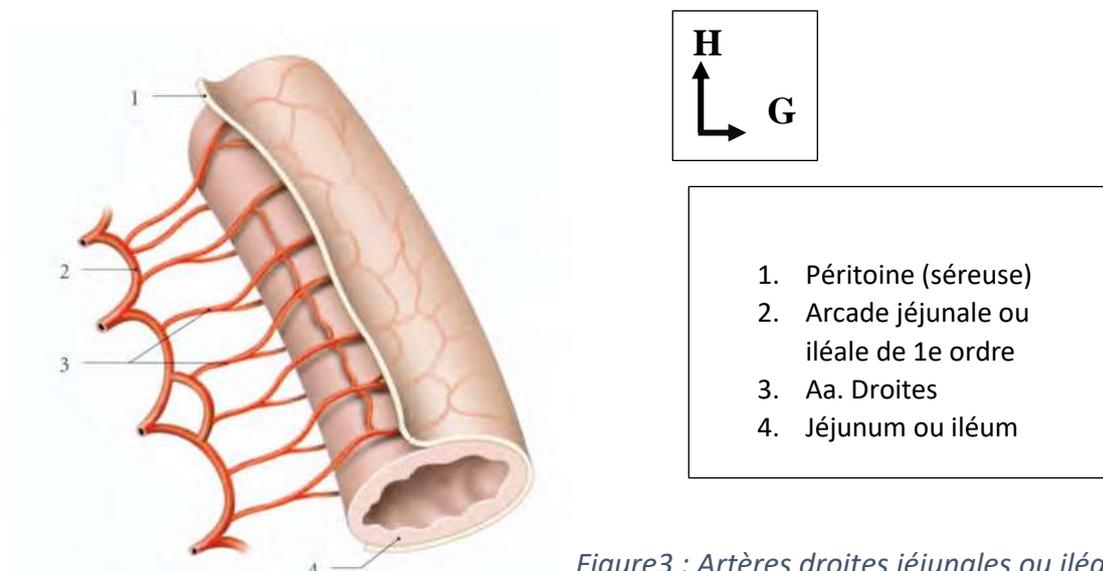
Souvent ils sont terminaux, expliquant certaines nécroses intestinales à l'emporte-pièce en cas d'oblitération.

H  
↑  
G  
→



1. Conduit thoracique
2. Lymphonoeuds retro pyloriques
3. Lymphonoeuds subpyloriques
4. Citerne du chyle
5. A. pancréatico-duodénale inf.
6. A. colique droite
7. Lymphonoeuds mésentériques sup.
8. A. iléo-colique
9. Aa. caecales
10. A. appendiculaire
11. Lymphonoeuds mésentériques juxta-intestinaux
12. Lymphonoeuds cœliques
13. A. pancréatique inf.
14. A. mésentérique sup
15. Lymphonoeuds mésentériques centraux
16. Aa. Jéjunales et iléales

*Figure2 : Nœuds lymphatiques jéjuno-iléaux*



*Figure3 : Artères droites jéjunales ou iléales*

### 3.1.5.2. Les veines

Les veines jéjunales et iléales, nées d'arcades veineuses intestinales superposables aux arcades artérielles, se drainent en effet vers la veine mésentérique supérieure.

Celle-ci longe le bord droit de l'artère mésentérique supérieure pour rejoindre la veine porte.

### 3.1.5.3. Les lymphatiques

Les lymphonœuds lymphatiques jéjunaux et iléaux, au nombre de 100 à 150, sont adjacents aux artères jéjunales et iléales.

✓ Les lymphonœuds mésentériques juxta-intestinaux, situés près de l'intestin grêle, drainent les chylifères.

✓ Les lymphonœuds mésentériques centraux, situés dans le mésentère, drainent les nœuds juxta-intestinaux et se terminent dans les nœuds mésentériques supérieurs. A partir des nœuds mésentériques supérieurs se forme un tronc lymphatique intestinal qui aboutit à la citerne du chyle.

### 3.1.6. Innervation (Figure 4)

Les nerfs du jéjunum et de l'iléum proviennent du plexus mésentérique supérieur. Ils comportent des neurofibres sympathiques et parasympathiques (nerf vague).

A l'intérieur de la paroi intestinale, ils constituent deux plexus :

- le plexus nerveux myentérique, situé entre les deux couches de la musculuse ;
- le plexus entérique sous-muqueux.

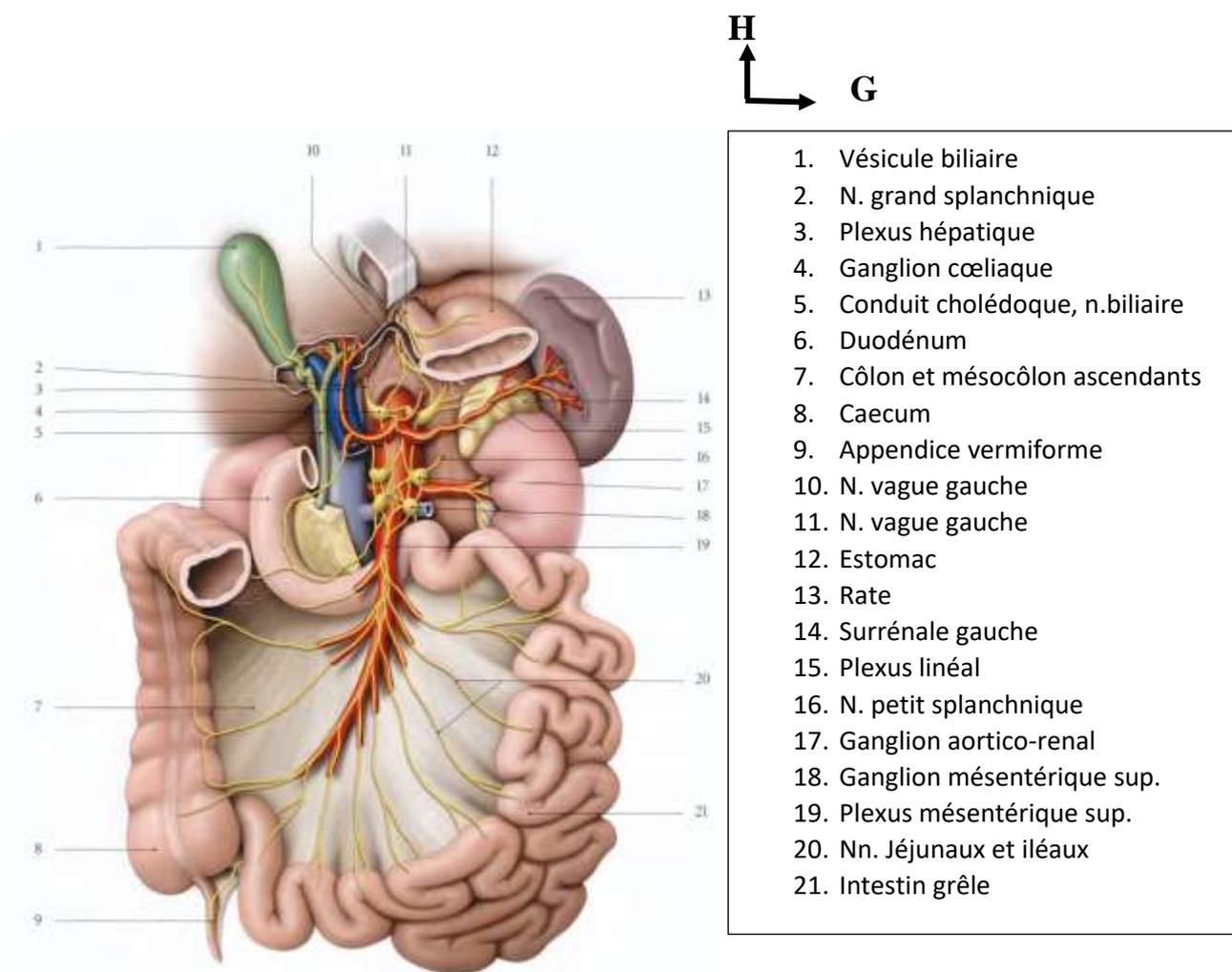


Figure 4 : Plexus aortique abdominale

## 3.2. Rappels anatomiques du Colon [13]

### 3.2.1. Anatomie descriptif (figure 5)

Long d'environ 1.50 m avec un calibre qui diminue passant de 8 cm à 3 cm, le caecum et le colon se disposent, dans le plan frontal, tel un cadre entourant le jéjunum et l'iléum. Du caecum situé dans la fosse iliaque, le côlon monte verticalement jusqu'à la région intrahépatique (côlon ascendant) ; il se coude (angle colique droit) et se porte transversalement vers la rate (côlon transverse) ; il se coude de nouveau (angle colique gauche) et descend verticalement vers la fosse iliaque gauche (côlon descendant) ; il se dirige médialement en décrivant une flexuosité (côlon sigmoïde) et devient verticale en regard du sacrum (rectum).

La surface externe du côlon présente :

- les ténias coliques ou bandelettes longitudinales, qui sont des épaisissements de la couche longitudinale de la musculuse ; et absentes au niveau du rectum ;
- les haustrations coliques, qui sont des bosselures transversales séparés par des sillons et situées entre les ténias coliques ; et disparaissent au niveau du rectum ;
- les appendices omentaux ou épiploïques, qui sont des formations séro-graisseuses appendues le long de certains ténias coliques, sauf au niveau du caecum.

La surface interne du gros intestin est caractérisée par des dépressions séparées par des plis semi-lunaires s'étendent sur le tiers environ de la circonférence de la paroi. Ils correspondent aux sillons de la surface externe.

Le gros intestin est constitué de quatre tuniques : séreuse, musculuse, sous-muqueuse et muqueuse.

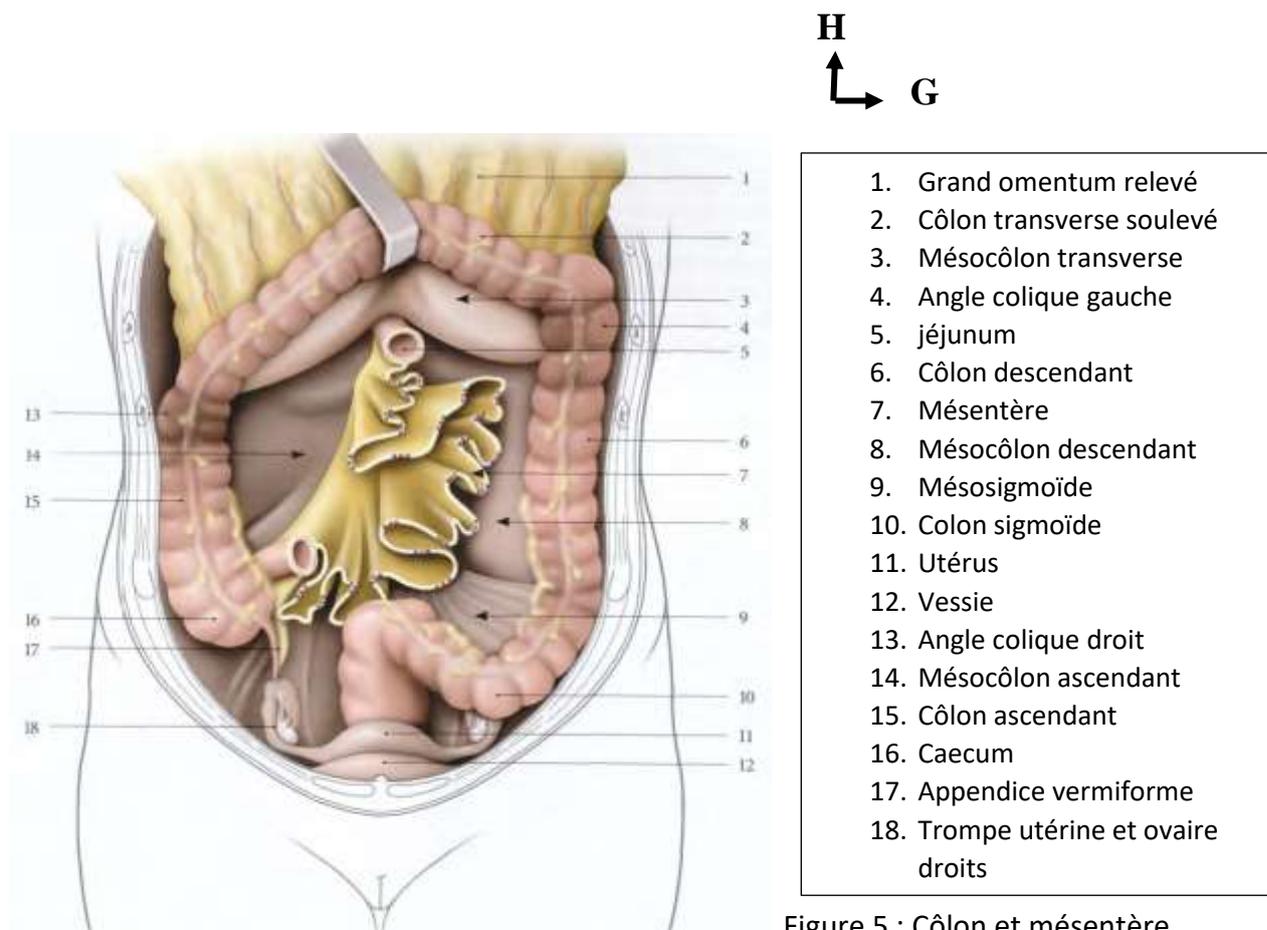


Figure 5 : Côlon et mésentère

### 3.2.2. Anatomie fonctionnel

Cinq sortes de mouvement sont visibles lors de l'exploration radiologique.

- ✓ Les mouvements péristaltiques, périodiques et lents, assurent la progression

d'un repas, du caecum au sigmoïde, en 14 à 20 heures.

- ✓ Les mouvements antipéristaltiques sont des mouvements de brassage qui ont lieu uniquement dans le côlon ascendant.
- ✓ Les mouvements de masse sont des contractions rapides et espacées sur des segments de 20 cm environ.

- ✓ Les mouvements pendulaires sont de type oscillatoire.

Les mouvements de segmentation fragmentent le contenu intestinal.

### **3.2.3. Rapports**

#### **3.2.3.1 Côlon ascendant**

Il est recouvert du péritoine sauf sa face postérieure qui est fixée à la paroi abdominale postérieure par le tissu aréolaire du mésocôlon ascendant. Il répond :

- En avant, à la paroi abdominale antérieure, à la face viscérale du foie et à la vésicule biliaire ;
- En arrière, à la partie inférieure du rein droit, aux nerfs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal ;
- À droite, à la paroi abdominale, avec laquelle il détermine le sillon paracolique droit ;
- À gauche, aux anses grêles et au grand omentum.

#### **3.2.3.2. Angle colique droit**

Il unit les côlons ascendant et transverse, en formant un angle presque droit. Il projette à l'extrémité antérieure de la 10<sup>e</sup> côte.

- ✓ Sa face postérieure, accolée par le mésocôlon ascendant, répond directement au rein droit.
- ✓ Sa face antérieure est en rapport avec la face viscérale du foie. Elle est parfois reliée à la vésicule biliaire par le ligament cystico-colique.
- ✓ Sa face médiale répond à la partie descendante du duodénum.
- ✓ Sa face latérale répond au diaphragme auquel elle est unie par le ligament phrénico-colique droit.

#### **3.2.3.3. Côlon transverse**

Le côlon transverse, mobile et entouré de péritoine, est maintenu par le mésocôlon transverse. La face antérieure du côlon transverse répond à la paroi abdominale et au grand omentum ; et sa face postérieure répond aux anses grêles.

### **3.2.3.4 Angle colique gauche**

Il est situé sous la rate et la queue du pancréas. Sa face postérieure, accolée par le mésocôlon descendant, répond médialement au rein gauche et latéralement au diaphragme auquel il est uni par le ligament phrénico-colique gauche ; sa face antérieure répond à la grande courbure de l'estomac.

### **3.2.3.5. Côlon descendant**

Il est recouvert du péritoine sauf sa face postérieure est fixée à la paroi abdominale postérieure par mésocôlon descendant.

- ✓ En arrière, il répond au diaphragme puis aux muscles ilio-psoas et carré des

lombes, sur lesquels cheminent les nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal, cutané latéral de la cuisse, fémoral et les vaisseaux iliaques externes gauches.

- ✓ En avant, il est recouvert par des anses grêles.

✓ Latéralement, il répond à la paroi abdominale, avec laquelle il détermine le sillon paracolique gauche.

### **3.2.3.6. Côlon sigmoïde**

Le côlon sigmoïde est mobile, entouré de péritoine et maintenu par le mésocôlon sigmoïde. Il répond :

- en bas et en avant, à la vessie, et chez la femme, à l'utérus, à l'ovaire, à la trompe et au ligament large gauches ;
- en arrière, au rectum ;
- en haut, aux anses grêles et au grand omentum.



### 3.2.4. Vascularisation

#### 3.2.4.1 Les artères

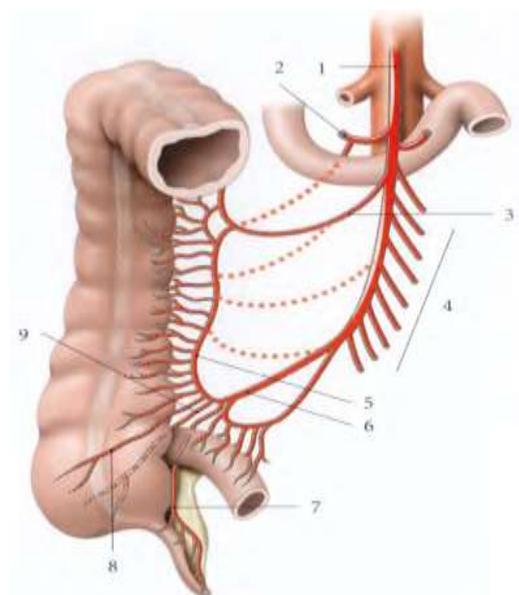
Les artères du gros intestin proviennent des artères mésentériques supérieure et inférieure.

✓ L'artère mésentérique supérieure, irrigue le caecum ascendant, l'angle colique droit et les deux tiers droits du côlon transverse par trois branches : iléo-colique, colique droite et colique moyenne. Ces branches peuvent être double ou triple (18%) et constituent les artères coliques accessoires. (**Figure 6**)

✓ L'artère mésentérique inférieure, irrigue le tiers gauche du côlon transverse, le côlon descendant, le côlon sigmoïde et le rectum. Elle donne habituellement l'artère colique gauche et le tronc sigmoïdien. Elle se termine en artère rectale supérieure. (**Figure 7**)

✓ Les rameaux coliques se détachent de l'arcade colique bordante, située à environ 2.5 cm du bord mésocolique des côlons. La continuité de l'arcade peut faire défaut, en particulier entre les artères colique gauche et sigmoïdienne supérieure. Les coliques, plus nombreux au niveau du côlon droit, sont de trois types : les rameaux coliques longs, coliques courts et épiploïques.

*En pointillés : variations d'origine*



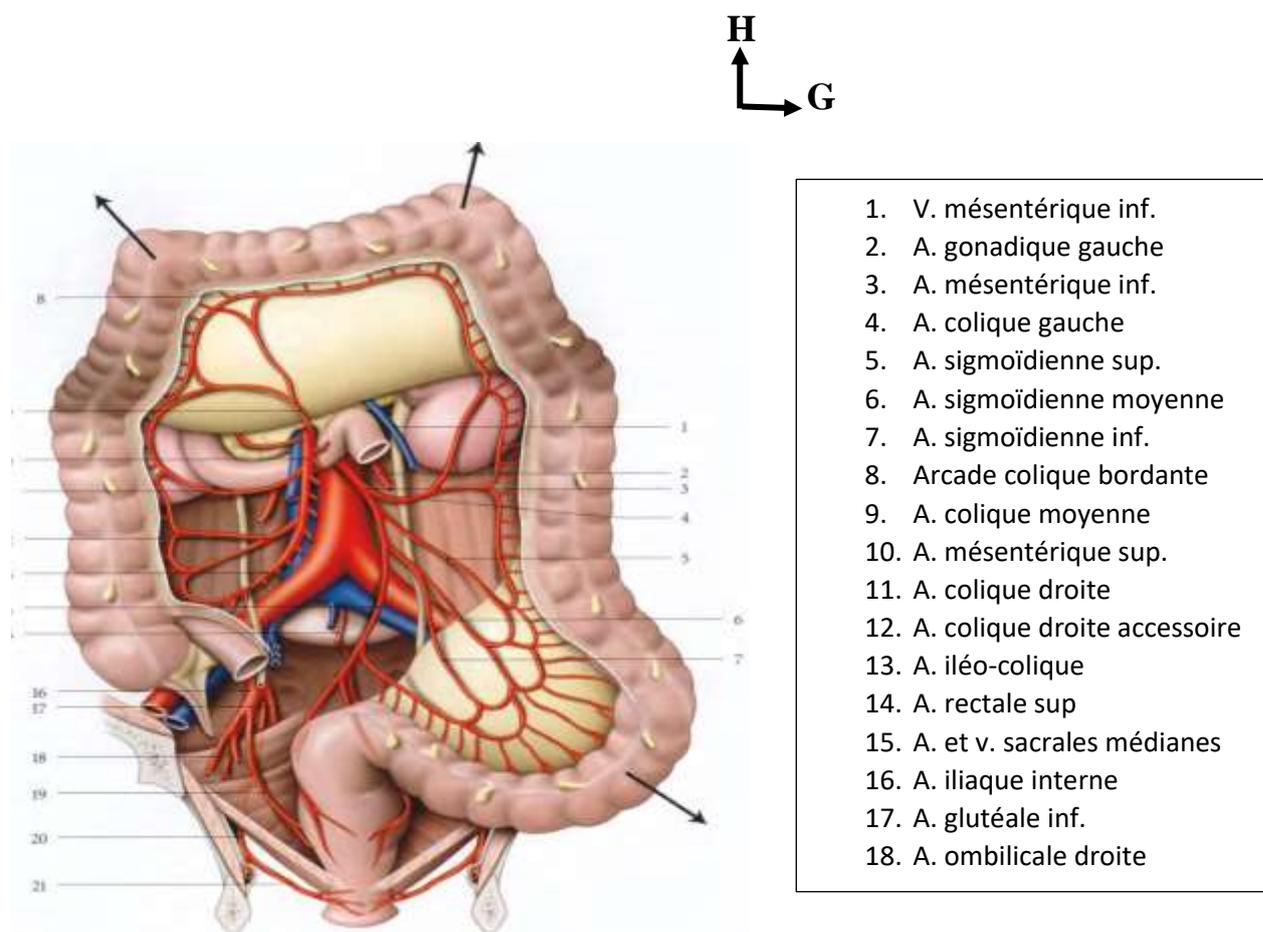
H

G



1. A. mésentérique
2. A. colique moye
3. A. colique droit
4. Aa. Jéjunales
5. A. colique ascen
6. A. iléo-colique
7. A. appendiculai
8. A. caecale ant.
9. A. caecale post

*Figure 6 : Artères coliques droites accessoires*



*Figure 7 : Artères mésentériques*

### 3.2.4.2. Les veines

Le gros intestin est drainé par les veines mésentériques supérieures et inférieures.

- ✓ La veine mésentérique supérieure, assure le drainage veineux du gros intestin droit grâce à ses affluents droits :
  - la veine iléo-colique ;
  - la veine colique droite ;
  - la veine colique moyenne.
- ✓ La veine mésentérique inférieure, draine le côlon gauche par ses affluents gauches : la veine colique gauche, la veine sigmoïdienne et la veine rectale supérieure.

### 3.2.4.3. Les lymphatiques (figure 8)

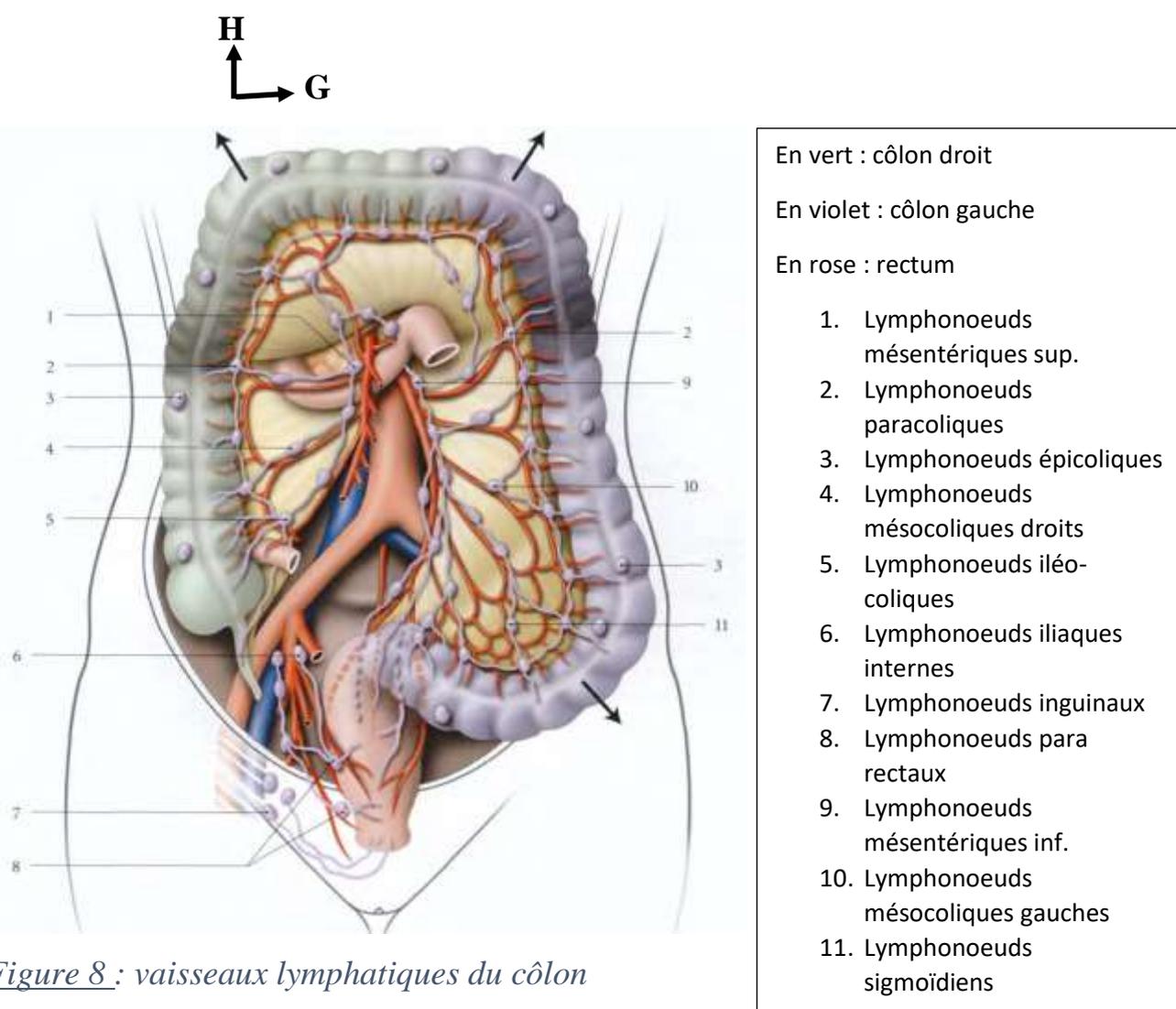
Le côlon droit se draine dans les lymphonœuds mésentériques supérieurs.

Le côlon gauche se draine dans les lymphonœuds mésentériques inférieurs.

Les lymphonœuds mésentériques rejoignent les lymphonœuds lombaires et la citerne du chyle.

Les collecteurs courts aboutissent aux lymphonœuds épicoliques, situés sur le côlon, ou aux lymphonœuds paracoliques, situés près du bord mésocolique.

Les collecteurs longs aboutissent aux lymphonœuds mésocoliques situés le long des artères coliques, ou au lymphonœuds sigmoïdiens situés près des artères sigmoïdiennes.



*Figure 8 : vaisseaux lymphatiques du côlon*

*(côlon transverse relevé)*

### 3.2.5. Innervation

- Le plexus mésentérique supérieur est destiné non seulement à l'intestin grêle mais encore au côlon droit et à l'appendice vermiforme.
- Le plexus mésentérique inférieur est destiné à la partie gauche du côlon transverse, au côlon descendant, au côlon sigmoïde et au rectum.
- Les plexus mésentériques supérieur et inférieur se terminent dans le plexus sous-séreux, lui-même en connexion avec les plexus myentérique et sous muqueux.

## 3.3. Rappel physiologique [14–16]

### 3.3.1. Intestin grêle

La digestion se fait partout dans le tube digestif, alors que l'absorption est plus importante au niveau du grêle proximal.

L'intestin secrète le suc intestinal, neutre ou légèrement basique, qui contient les enzymes nécessaires pour transformer le chyme en chyle ne refermant que les nutriments.

L'absorption des aliments correspond au passage de ceux-ci de la lumière de l'intestin vers le milieu intérieur par la traversée de la paroi intestinale. Sa grande capacité d'absorption est liée à sa structure, on décrit : les valvules conniventes, les villosités intestinales, les microvillosités. Ces différents éléments permettent une surface d'absorption d'environ 200 m<sup>2</sup>.

Environ neuf litres de liquide pénètrent quotidiennement dans le grêle. Cette absorption s'effectue par osmose depuis la lumière jusqu'aux capillaires sanguins

des villosités à travers les cellules épithéliales et est liée à celle des aliments digérés et des électrolytes.

L'iléon est le siège de l'absorption des peptides, des acides biliaires, vitamines liposolubles telles que A, D, E, et K ainsi que les vitamines hydrosolubles telles

que celles des groupes B, P et de la vitamine C.

### **3.3.2. Côlon**

Le gros intestin assure essentiellement l'élimination des déchets, l'absorption de l'eau, du chlorure de sodium mais aussi certains glucides et le maintien de l'équilibre hydrique.

La paroi du colon ascendant et du colon transverse, possède une motricité accrue permettant le brassage, l'avancée, puis le stockage des matières.

La flore fermentative particulièrement abondante au niveau du colon permet la synthèse et l'absorption de certaines vitamines, la flore de putréfaction dégrade les résidus protéiques pour fabriquer de l'ammoniaque, c'est également à ce niveau que la bilirubine est transformée en stercobilinogène qui donne la couleur marron des selles.

Il a également la capacité de se défendre contre les agressions et mécaniques par la sécrétion de mucus, protégeant la muqueuse. Le chyle se mélange dans le colon avec le mucus et les bactéries intestinales pour former la matière fécale épaisse et moulée qui sera ensuite évacuée par le rectum et l'anus.

## **3.4. Techniques opératoires des stomies [17,18]**

### **3.4.1. Réalisation pratique d'une stomie**

Elle consiste à faire une incision cutanée sous forme de pastille de 2-3 centimètres de diamètre. L'orifice sous cutanée doit être excisé jusqu'au contact de l'aponévrose. La traversée musculo-aponévrotique doit être calibrée en tenant compte de l'épaisseur de l'anse à extérioriser. La traversée pariétale doit permettre le passage de l'intestin sans frottement, sans torsion. Pour qu'il en soit ainsi, la traversée pariétale doit permettre l'introduction facile de deux doigts. Le segment intestinal à extérioriser doit être bien vascularisé et mobile.

L'extériorisation doit se faire à foyer fermé pour éviter toute souillure de la paroi. En cas d'iléostomie le mésentère de l'anse extériorisée est suturé par

quelques points séparés au péritoine pariétal antérieur. Cette fixation bien faite évite l'engagement transpariétal d'une anse grêle et le prolapsus de l'anse extériorisée.

### **3.4.2. Siège de la stomie**

#### **3.4.2.1. Au niveau de l'intestin :**

La stomie doit être réalisée sur l'intestin viable pour éviter une nécrose stomiale. Le segment à extérioriser doit être mobilisable sans traction sur les anses sinon on risque de dévasculariser l'anse. Le siège est fonction du type de lésion intestinale.

#### **3.4.2.2. Au niveau de la paroi**

L'emplacement cutané est fondamental car il conditionnera la vie du stomisé. Il n'y a pas de règle absolue quant à l'emplacement. Mais il faut garder à l'esprit l'application des poches collectrices. Pour cela il faut ménager des espaces suffisants entre la stomie et l'incision médiane, les drains, les reliefs osseux (crête iliaque, rebord costal).

La stomie doit être bien visible et accessible par le patient lui-même.

Trop basse la stomie peut être non visible. Une stomie trop haute au niveau de la taille ou de la ceinture peut gêner l'habillement.

### **3.4.3. Orifice de la stomie**

L'orifice doit être adapté à la taille de l'intestin à extérioriser ; trop étroit il risque d'étrangler l'intestin et son méso. Trop large le risque d'éviscération est accru. Un orifice préexistant peut être utilisé s'il est adéquat. Il faut éviter les stomies dans l'incision médiane.

### **3.4.4. Durée de la stomie**

La nature définitive ou temporaire dépend du type de lésion. En cas de stomie temporaire le rétablissement de la continuité dépend de l'évolution de la maladie.

### **3.4.5. Les types d'Iléostomies**

#### **3.4.5.1. L'iléostomie terminale**

C'est une iléostomie à un orifice. Elle siège sur le grêle terminal. Elle est réalisée dans la fosse iliaque droite. Cette stomie est définitive en cas de colectomie totale <sup>2</sup>pour recto-colite hémorragique (RCH), polypose adénomateuse familiale. Elle est temporaire après colectomie sub-totale réalisée pour colite aiguë grave.

#### **3.4.5.2. L'iléostomie latérale**

C'est une iléostomie à deux orifices. Elle consiste à extérioriser le segment du grêle à dériver sur une baguette et à faire une incision latérale sans sectionner totalement l'anse grêle. L'iléostomie latérale est indiquée pour protéger une anastomose entre l'iléon et le rectum si ce dernier est pathologique (RCH) ou entre l'iléon et l'anus. Toute anastomose iléo-anale doit bénéficier d'une iléostomie de protection.

L'iléostomie de sauvetage est un type d'iléostomie latérale réalisée en chirurgie d'urgence. C'est une iléostomie avec deux extrémités intestinales issue d'une résection. Le rétablissement de la continuité en per opératoire n'étant pas possible à cause du milieu septique péritonéal, les bouts intestinaux sont abouchés temporairement à la peau.

L'abouchement peut être possible par un même orifice (iléostomie en canon de fusil), ou l'abouchement des deux bouts nécessite la réalisation de deux incisions pariétales distinctes pour éviter la traction sur les anses.

### **3.4.5.3. L'iléostomie continente**

C'est une iléostomie terminale proposée par Kock et consistant à créer un réservoir intra-abdominal pour plastie iléale dont l'anse efférente abouchée à la peau, constitue une valve anti-reflux par invagination sur elle-même. Elle est contre-indiquée en cas de maladie de Crohn [19].

### **3.4.6. Les types de colostomies**

#### **3.4.6.1. La colostomie terminale**

C'est une stomie à un seul orifice. Elle est dite terminale car consiste à aboucher la terminaison du côlon. La colostomie terminale est définitive en cas d'amputation abdomino-périnéale pour cancer du bas rectum. Elle est temporaire dans l'opération de Hartmann. Celle-ci associe une extériorisation du bout proximal et une fermeture du bout distal laissé en intra péritonéal.

Elle est indiquée dans les résections coliques avec impossibilité immédiate de rétablissement de la continuité du fait des conditions septiques péritonéales.

#### **3.4.6.2. La colostomie latérale**

C'est une stomie siégeant sur n'importe quelle partie du côlon mobile : le sigmoïde, ou le côlon transverse. Elle est le plus souvent temporaire, réalisée comme premier geste sur un cancer colique en occlusion ou pour la protection d'une anastomose colo-rectale ou colo-anale. Elle est le premier temps des interventions curatrices des maladies anorectales (Imperforations anales et mégacôlon). Elle est définitive en cas de lésion colorectale sous-jacente inextirpable.



### **3.4.6.3. La colostomie double**

Les deux extrémités coliques sont séparées et abouchées à la peau par un même orifice : on dit que c'est une colostomie en canon de fusil ou colostomie de Bouilly-Volkman. Les deux orifices sont souvent séparés par un pont cutané.

Ce type de colostomie est réalisé chaque fois que l'on résèque un segment de côlon mobile et que l'anastomose n'est plus possible en un temps côlon non préparé, milieu septique.

### **3.4.6.4. La caecostomie**

C'est une colostomie latérale portant sur le caecum. Elle est rarement utilisée car n'assure qu'une dérivation incomplète des matières fécales.

### **3.4.7. Jéjunostomie**

La jéjunostomie est la mise à la peau du jéjunum proximal, habituellement la 1<sup>ère</sup> ou la 2<sup>ème</sup> anse intestinale afin de pouvoir instituer une alimentation entérale hypercalorique. Elle est indiquée souvent après une résection chirurgicale pour cancer œsophagien ou gastrique en cas de dénutrition [20].

## **3.5. Principales complications des stomies et principes de traitement**

### **3.5.1. Complications chirurgicales précoces**

#### **❖ Hémorragies et Hématomes**

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 [20,21].

Le diagnostic est facile si l'hémorragie provient de la muqueuse ou de la suture entérocutanée. Il peut ailleurs s'agir d'une lésion des vaisseaux épigastriques au niveau de la traversée musculo-aponévrotique, avec survenue d'un hématome pariétal qui peut entraîner une ischémie de la stomie par compression.

Le diagnostic est clinique, parfois aidé par l'échographie et le traitement varie de la simple surveillance à l'évacuation chirurgicale de l'hématome par réabord local. Une plaie au niveau d'un vaisseau du méso peut compromettre la vitalité de la stomie et/ou provoquer un saignement intrapéritonéal pouvant nécessiter une réintervention [3].

Si l'hémorragie n'est pas extériorisée, cela peut être la cause d'un hémopéritoine, dans ce cas une réintervention chirurgicale en urgence est nécessaire [20].

### ❖ Œdème et nécrose stomiale

Elle peut être due à :

- Une squelettisation trop poussée de l'intestin avec dévascularisation de l'extrémité distale ;
- Une ischémie secondaire par traction excessive sur un méso court ou par strangulation au niveau d'un orifice pariétal trop étroit ;
- Une torsion ou striction du méso au niveau de l'orifice pariétal.

Le diagnostic est clinique, reposant sur la surveillance et l'inspection régulière de la stomie. Ceci nécessite une vision directe de la muqueuse hors de sa poche après l'avoir essuyée pour la débarrasser de ses caillots ou sécrétions. L'œdème immédiat traduit un phénomène ischémique de stase veineuse, puis apparait une modification de la couleur de la muqueuse, d'une teinte rosée à un aspect pâle, cyanosé puis noirâtre, traduisant la nécrose stomiale. Il importe d'apprécier l'extension en profondeur de la nécrose par l'inspection de l'intérieur du colon en s'aidant de valves ou par la réalisation d'un examen endoscopique court.

Les lésions ischémiques distales peu prononcées peuvent disparaître en quelques jours, au besoin en s'aidant d'applications de compresses imbibées d'hyaluronidase ou de vasodilatateurs. Si l'ischémie est en rapport avec une striction au niveau de l'orifice pariétal, un élargissement de cet orifice peut suffire, mais dans tous les autres cas, notamment en cas de problème vasculaire

au niveau du méso (torsion, dévascularisation), le risque de sphacèle impose une réintervention par abord médian. Celle-ci permet l'extériorisation d'une nouvelle anse bien vascularisée et la résection de la zone ischémique, en évitant tant que possible la transposition sur un autre site de la stomie [22].

### ❖ Rétraction stomiale

Incident grave en rapport avec l'extériorisation d'une anse sous traction.

Différents facteurs favorisent cet incident :

- Méso court, épaissi ou rétracté (comme dans les sigmoïdites) ;
- Obésité avec une paroi épaisse ;
- Iléus postopératoire, source de distension abdominale ;
- Suppurations péristomiales.

Il s'ensuit une traction sur le côlon provoquant la déchirure et le décrochage des points colo cutanés, voire, en cas de stomie latérale, une section complète de l'intestin sur la baguette. Si la traction est partielle, il est inutile et illusoire de pouvoir raccrocher la stomie par des points supplémentaires. Il convient d'attendre, sous surveillance stricte, la coalescence colo-pariétale et la conséquence en est une stomie partiellement rétractée avec des difficultés d'appareillage.

Une rétraction plus importante peut entraîner une inoculation septique du tissu cellulaire sous-cutané avec risque de cellulite du flanc. Il convient alors de reprendre la stomie par voie locale dans l'espoir de retrouver une longueur suffisante d'intestin viable à extérioriser, évitant ainsi une laparotomie itérative [23].

Une rétraction plus importante, voire la disparition de la stomie, impose, du fait du risque de contamination septique intra péritonéale, une laparotomie en urgence pour toilette abdominale et une nouvelle extériorisation sans traction de l'intestin.

Il est parfois indispensable de modifier le siège pariétal d'une colostomie

terminale. Ailleurs, il peut être nécessaire de transformer une stomie latérale en stomie terminale (notamment lorsque la baguette a sectionné une partie de la paroi du côlon) en abandonnant, après avoir retiré le segment colique endommagé, le segment d'aval préalablement fermé par un agrafage mécanique à l'intérieur de la cavité péritonéale. Lorsque cette stomie latérale a été réalisée en urgence par voie élective pour un syndrome occlusif, il peut être souhaitable de profiter de l'abord médian pour réaliser l'exérèse de la lésion et terminer l'intervention selon Hartmann [24].

### ❖ Occlusion

Elle peut siéger sur le grêle ou le côlon et relève de mécanismes divers :

- Passage du grêle entre la stomie et la paroi dans le trajet pariétal lui-même
- Incarcération d'une anse intestinale à travers l'orifice musculo-aponévrotique trop large ;
- Torsion axiale de l'anse extériorisée ;
- Obstacle au niveau de la traversée pariétale : orifice trop étroit, trajet en chicane de l'intestin, compression des jambages d'une stomie latérale par la baguette ;
- Erreur de montage chirurgical par agrafage du segment intestinal d'amont en lieu et place de la fermeture du segment d'aval dans le cas d'une stomie latérale terminalisée.

Cliniquement, le syndrome occlusif n'a rien de spécifique. Il est marqué par l'absence de gaz et de selles dans la poche d'appareillage. Après avoir éliminé une cause locale par un toucher stomial, il faut réintervenir, par abord local si celui-ci permet la correction du montage défectueux, ou par abord médian [22].

Selon Soravia, en cas d'occlusion grêle ou colique précoce, l'attitude est l'observation avec mise à jeun du patient et la pose d'une sonde nasogastrique.

Dans le cas où le transit ne reprend pas de façon adéquate, une exploration

chirurgicale peut être envisagée [20].

### ❖ Infection pariétale

Elle peut être superficielle et sans danger ou au contraire provoquer une cellulite profonde pariétale grave. Cette infection peut résulter d'une souillure de la paroi, contemporaine de la confection de la stomie, d'une fistule due à un point de fixation ou d'un hématome infecté. L'infection résulte parfois des complications précédentes (rétraction, nécrose). Les formes graves peuvent entraîner un sphacèle des plans superficiels de la paroi avec perte de substances réalisant un véritable cloaque stercoral dont le traitement est toujours difficile [25].

### ❖ Eviscération stomiale

L'éviscération peut être colique, en rapport avec une anse extériorisée trop longue. Il convient de réopérer le patient par voie locale et de reséquer l'excédent d'anse en refaisant une nouvelle stomie.

L'éviscération peut être parastomiale, avec passage d'une ou de plusieurs anses grêles autour de la stomie. Le diagnostic est simple si les anses sont extériorisées, plus difficile si l'éviscération est couverte, se manifestant par un tableau d'occlusion aiguë. Elle implique une réintervention en urgence. Il faut alors réintégrer le grêle viable et resserrer l'orifice musculoaponevrotique par plusieurs points de fil à résorption lente. En cas de reprise de la médiane, il est proposé, d'interposer entre le grand épiploon recouvrant les anses et le péritoine pariétale une prothèse pariétale résorbable fenêtrée pour le passage du colon (Vicryl®) et de fixer attentivement le côlon à la prothèse et au péritoine par plusieurs points non transfixiants au fil à résorption lente [26].

### ❖ Suppuration péristomiale

Elles sont le plus souvent liées à une inoculation pariétale lors de la confection

de la stomie ou à l'infection secondaire d'un hématome péristomial. En l'absence de rétraction stomiale, elles sont habituellement d'évolution bénigne sous traitement médical antibiotique associé à des soins et à un appareillage adapté [27]. Elles peuvent cependant évoluer vers la constitution d'un véritable phlegmon péristomial qui peut nécessiter un drainage chirurgical. Il faut si possible drainer cet abcès à distance de la stomie pour ne pas en gêner l'appareillage.

Une bonne préparation colique préopératoire (lorsqu'elle est réalisable) est la meilleure prévention de cette complication [28]. Dans tous les cas, il faut si possible extérioriser le côlon à lumière fermée et l'ouverture de la stomie avec suture entéro-cutanée doit représenter le dernier geste de l'intervention.

#### ❖ Lésions cutanées

Les lésions cutanées péristomiales peuvent présenter différents degrés de gravité, allant d'un simple érythème à un eczéma ulcéré et infecté. Elles peuvent être dues au contact de la peau péristomiale avec les matières fécales surtout lorsqu'il s'agit d'une iléostomie caractérisée par des selles irritantes et corrosives car très fluides et riches en enzymes et en ferments digestifs ; dans ce cas elles sont précoces.

Elles peuvent également être dues à l'action des supports et adhésifs en contact de la peau ou l'action de certains produits utilisés pour les soins de la stomie.

En cas de maladie dermatologique comme le psoriasis par exemple, il faut reconnaître et traiter la maladie car sa localisation péristomiale probable est sujette à des complications du fait de l'irritation et l'infection à laquelle elle est exposée [20,29].

La conduite à tenir consiste à :

- Traiter les lésions avec des produits cicatrisants tels que poudre, pâte et anneaux d'hydrocolloïdes ;
- Prévenir le contact des selles liquides avec la peau : joint d'étanchéité

avec pâte protectrice ou anneau, plaque convexe en cas de stomie rétractée, port d'une ceinture élastique ;

- Changer régulièrement l'appareillage ;
- Découper l'orifice de la plaque ou de la poche à la taille de la stomie ;
- Prévenir les irritations en proscrivant l'utilisation d'alcool, de benzine, d'éther, de savons parfumés pour nettoyer la peau.

### 3.5.2. Complications chirurgicales tardives

#### ❖ Prolapsus

Le prolapsus est le plus souvent purement muqueux, avec simple éversion de la muqueuse. Plus rarement, il est total avec déroulement de l'ensemble de la paroi colique, et constitue alors une véritable complication :

- Lorsque l'anus est terminal, le prolapsus constitue une invagination intestinale extériorisée, avec un double cylindre interne et externe, ce dernier se présentant par sa face muqueuse ;
- Lorsque l'anus est latéral, le prolapsus peut intéresser, soit les deux orifices de la stomie réalisant un aspect en « T », soit seulement l'une des deux anses, principalement l'anse distale, soit seulement l'éperon.

Certains éléments favorisent la survenue d'un prolapsus :

- Un orifice pariétal trop large avec orifice cutané trop étroit contre lequel viennent buter les ondes péristaltiques coliques ;
- Une localisation de la stomie sur une anse très mobile et longue ;
- Un siège proximal de la stomie.

Le prolapsus se constitue habituellement progressivement, n'entraînant qu'une gêne fonctionnelle modérée. De ce fait, ne sont opérés que les prolapsus importants empêchant un appareillage étanche et confortable et les prolapsus compliqués d'étranglement.

Plusieurs modalités de traitement existent :

- La résection du segment prolapsé par abord péristomial est le geste le plus

fréquemment pratiqué. Après libération, l'intestin excédentaire est recoupé et une nouvelle stomie est replacée dans le même site, avec fixation impérative de l'intestin à l'aponévrose ;

- En cas de prolapsus sur stomie directe et chez les patients en bon état général avec espérance de vie prolongée, il est souhaitable de réaliser une colopexie par voie intrapéritonéale en sous-péritonisant le côlon après réduction du prolapsus ;
- En cas de stomie latérale, la transformation en stomie bi terminale avec séparation des deux orifices cutanés selon Bouilly-Volkman constitue une solution simple. Il est également possible de « terminaliser » cette stomie par fermeture ou agrafage du bout distal dont l'extrémité anti-mésentérique est amenée à la peau dans le même site que le segment d'amont, après ablation a minima d'une partie des agrafes, créant ainsi une minime fistule muqueuse [3].

A distance, la remise en circuit du côlon peut se réaliser par un simple abord local. Lorsque le prolapsus survient sur une stomie temporaire, il peut être justifié de supprimer la stomie en rétablissant plus précocement que prévu la continuité.

En cas d'étranglement, si la vitalité de l'anse n'est pas compromise, l'application locale de glace et de sucre en poudre permet, par son pouvoir osmotique, une régression importante de l'œdème rendant la réduction possible [30]. Une intervention en urgence s'impose devant toute ischémie intestinale.

Le choix d'une option chirurgicale varie donc selon l'état général du patient et du caractère du prolapsus. Ce n'est qu'en face d'un volumineux prolapsus chez un patient en bon état général avec espérance de vie longue, ou encore, en cas de prolapsus nécrosé que l'on a recours à un traitement par voie intra péritonéale. Dans les autres cas, il faut favoriser les gestes simples par abord local.



### ❖ Sténoses

Une sténose peut être cutanée, s'accompagnant d'un certain degré de rétraction avec un aspect en entonnoir de la stomie, ou aponévrotique, du fait d'un orifice pariétal trop étroit. Le diagnostic est facile à l'examen clinique, le toucher stomial précisant le siège de la sténose. Une sténose est très longtemps bien supportée, mais elle peut gêner l'évacuation intestinale, entraînant une stase d'amont avec météorisme, et empêcher toute irrigation. Le mécanisme de ces sténoses est multiple : mauvais affrontement muco cutané lors de la réalisation de la stomie [28,31], découpe cutanée ou aponévrotique insuffisante, séquelles de rétraction partielle, de nécrose distale, ou conséquence d'une maladie colique sous-jacente évolutive (maladie de Crohn, rectocolite ulcérohémorragique, colite ischémique ou radique [32]. Enfin, quelques sténoses sont associées à une éventration ou à un prolapsus [31].

Lorsqu'une sténose devient symptomatique, il convient de la traiter [33,34]. Les dilatations instrumentales à la bougie de Hégar sont classiques, mais ne peuvent jouer qu'un rôle transitoire. L'incision simple de la sténose est inefficace car la cicatrisation secondaire de cette incision aboutit à une nouvelle sténose. Il en est de même des multiples incisions radiées périorificielles. En pratique, il faut, en cas de sténose cutanée, réaliser une excision complète de peau. Il est possible de réaliser sous anesthésie locale une excision péristomiale circulaire ou semi-circulaire et un nouvel affrontement colo-cutané. En cas de sténose aponévrotique, il faut reprendre l'ensemble de la stomie [3].

### ❖ Hémorragies tardives

Deux types d'accident hémorragique peuvent se voir : hémorragie due à une blessure de la muqueuse colique (occasionnée le plus souvent par un traumatisme local au cours d'une irrigation) dont le traitement est banal par simple compression, ou hémorragie liée à la rupture d'une varice stomiale [29].

Le diagnostic est facile. On note un aspect bleuâtre de la peau péristomiale, puis apparaissent des varicosités réalisant le classique aspect en « tête de méduse ». Ensuite, la stomie devient le siège de varices sous-muqueuses se présentant sous forme de sillons bleutés s'installant lentement et progressivement avec des premières manifestations hémorragiques très à distance de l'intervention. Le traitement initial de l'épisode hémorragique varie de la simple compression locale aidée par l'application d'une solution vasoconstrictrice (adrénaline), à l'hémostase directe par ligature, suture ou sclérothérapie. Il s'agit cependant de traitement palliatif ne permettant pas un contrôle à long terme des récurrences [35]. Lorsque les récurrences hémorragiques sont fréquentes, des gestes chirurgicaux locaux ont été proposés : déconnexion mucocutanée péristomiale avec recoupe à la demande de la stomie et nouvelle réinsertion cutanée à travers le même orifice ou en transposant la stomie, déconnexion porto systémique trans stomiale, comme cela a été décrit pour les varices œsophagiennes [3].

#### ❖ **Eventration péristomiale**

Leur survenue est favorisée par un orifice musculoaponévrotique trop large et tous les facteurs responsables d'hyperpression abdominale : bronchite, constipation, obésité, ascite. Les complications stomiales, aussi bien les infections que les sténoses, facilitent la survenue d'une éventration [36]. Elles se voient surtout après colostomie gauche et principalement terminale [37]. Le trajet sous-péritonéal de la traversée pariétale ne prévient pas la survenue d'une éventration sur la colostomie, mais diminue son incidence [38–41]. L'importance du trajet pariétal à travers les muscles grands droits pour réduire le risque de survenue de ces éventrations est bien étayée [42,43].

Devlin distingue plusieurs types d'éventration, interstitielle, sous-cutanée ou intrastomiale selon la position du sac, mais l'incidence thérapeutique de cette classification est faible [44]. Il faut surtout différencier la simple aplasie pariétale (gonflement de la paroi autour de la stomie en position debout) de la

véritable éventration avec création d'une voussure péristomiale provoquée par le passage des anses à travers l'orifice aponévrotique bien visible lors des efforts de toux [39]. La majorité de ces éventrations apparaît dans les deux premières années avec, comme pour toute éventration, une évolution lente se faisant vers l'augmentation de la voussure rendant l'appareillage difficile avec survenue possible de complications (Subocclusion, étranglement) [33,34,42,43,45].

Beaucoup de ces éventrations sont bien supportées par le patient grâce aux progrès actuellement réalisés dans l'adhésivité, la tolérance et la souplesse des poches et ne nécessitent pas de geste chirurgical [34,39,46–48]. L'indication d'une intervention n'est discutée que chez les patients symptomatiques : douleurs péristomiales par incarceration d'anse, difficultés de transit, difficultés d'appareillage avec les risques inhérents d'irritations cutanées, souci esthétique, complications. À l'inverse, il ne faut pas récuser une intervention sous prétexte des résultats médiocres rapportés dans certaines séries, car le risque d'étranglement n'est pas négligeable [46]. Toute décision chirurgicale n'est prise qu'après évaluation du risque anesthésique et bilan de la pathologie ayant motivé la réalisation d'une colostomie. En cas d'éventration après intervention de Bouilly Volkman ou de Hartmann, le meilleur traitement de cette éventration est le rétablissement de la continuité digestive.

Les modalités thérapeutiques chirurgicales sont nombreuses : correction locale ou transposition du site de la stomie, abord local ou abord transpéritonéal, renforcement ou non de la paroi par prothèse, approche laparoscopique.

### **3.5.3. Complications médicales**

#### **❖ Troubles Métaboliques [21]**

Leur importance est d'autant plus marquée que la stomie est haute.

##### **➤ 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 terminale. 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.

➤ Déplétion potassique

Une déplétion potassique primitive est inhabituelle chez le patient présentant une iléostomie. 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.

❖ **Retentissement psychologique**

Une stomie entraîne une altération de l'image du corps ; il y a une rupture dans la représentation mentale que l'individu a de son propre corps. Certaines personnes décrivent le sentiment d'être amputées, endommagées, et peuvent avoir la sensation d'être coupées en deux. Ce changement suscite une baisse de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation. Bien souvent, l'intensité des réactions émotionnelles à la modification du corps est moins liée à la gravité de l'incapacité qu'à l'importance attribuée à l'aspect physique. Cette perte d'intégrité

engendre parfois une réaction dépressive ou d'autres mécanismes de défense comme le déni, la banalisation ou parfois l'humour qui permettent de ne pas se laisser submerger par l'angoisse et le désespoir. Ces réactions sont à reconnaître et à respecter par les soignants car ce processus à la fonction de faire face à la douleur de la perte. Il s'agit pour les soignants d'avancer avec, en tentant de mobiliser le patient et ses ressources pour l'aider à intégrer cette atteinte dans sa vie quotidienne. La sexualité est l'un des aspects de santé ayant un impact important sur la qualité de vie. La reprise de cette activité peut déterminer l'adaptation à la stomie. Cependant pour le patient stomisé, certaines difficultés surviennent par exemple après une chirurgie pelvienne pour cancer rectal. Des troubles physiologiques liés aux lésions des fibres nerveuses des systèmes parasympathique et sympathique, entraînent des problèmes d'érection ou d'éjaculation chez l'homme, des problèmes d'anorgasmie et de lubrification chez la femme ; étant donné l'étendue de la tumeur ou des lésions inflammatoires, la longueur du vagin peut être diminuée entraînant alors une sévère dyspareunie. La radiothérapie complémentaire peut aussi détruire des nerfs ou des vaisseaux sanguins affectant la fonction sexuelle. Des difficultés d'ordre psychologique peuvent empêcher l'activité sexuelle : ces obstacles sont liés à la peur de ne plus être aussi attrayant ou séduisant, liés à la baisse de l'estime de soi, à la honte, à la peur d'être confronté au moment des relations sexuelles, à des problèmes avec la stomie, ou à la peur de l'échec qui reste, en soi, un facteur d'échec.

L'attitude du conjoint et la qualité de la communication dans le couple ont ici un rôle primordial. L'adaptation de la personne stomisée est souvent interdépendante de sa relation avec son conjoint. C'est pour cette raison que l'on s'intéresse aux préoccupations et aux craintes de la personne proche ou de l'entourage avec autant de soin que pour le patient stomisé. Des dysfonctions sexuelles peuvent relever directement de la dynamique de la relation dans le couple. Il est important pour les soignants (chirurgien, médecin, stomathérapeute) lors du suivi ambulatoire à long terme, d'explorer ce domaine

afin de discerner le mieux possible le type de difficultés et orienter le patient vers des consultations spécialisées : urologie, sexologie, thérapie de couple ou psychothérapie [20].

### **3.6. Soins de stomie**

#### **3.6.1. Alimentation**

Avoir une stomie n'oblige à aucun régime alimentaire particulier. L'alimentation doit simplement être équilibrée, comme pour tout le monde, et respecter quelques règles d'hygiène :

- Manger à des heures régulières, dans le calme et lentement (en mâchant bien les aliments) ;
- Boire beaucoup et régulièrement dans la journée (au moins 1,5 à 2 litres par jour).

Après une stomie digestive, en cas de colostomie, dès le retour au domicile, le malade peut reprendre une alimentation normale. La mise en place d'une iléostomie induit une modification du transit intestinal du fait de l'exclusion du côlon. Les selles sont plus liquides et plus abondantes qu'auparavant. Dans les suites immédiates de l'intervention, un régime sans résidus est proposé pour mettre l'intestin au repos. Cependant en quelques semaines, l'intestin grêle va apprendre à réabsorber davantage d'eau. Peu à peu le régime sans résidus va devenir inutile et on pourra réintroduire progressivement les fruits et les légumes cuits, des produits laitiers en nombre croissant, puis enfin les fruits et les légumes crus qui sont plus difficiles à digérer [20].

### 3.6.2. Appareillage

#### ❖ Matériel de recueil

Il doit répondre à certains critères : fiable, étanche aux odeurs, peu bruyant, facile à manipuler, non allergisant, confortable, esthétique dans sa forme et sa couleur. Il comporte la poche de recueil et les accessoires.

#### ➤ Poche

Il n'existe pas de poches universelles qui conviennent à tous. Les poches ont les caractéristiques suivantes :

- Poches fermées, prédécoupées, ou à découper avec filtre ;
- Poches vidangeables, prédécoupées, ou à découper avec ou sans filtre ;
- Poches adhésives par l'intermédiaire d'un protecteur cutané synthétique permettant de prévenir les complications locales dues aux fuites ou les irritations occasionnées par les adhésifs ; ils peuvent aussi guérir les lésions cutanées ;
- Poche une pièce monobloc (**Figure 9**) ;
- Poche 2 pièces ou bi bloc, composée d'un support collé sur la peau sur lequel s'emboîte une poche fermée ou viable (**Figure 10**).

Le système 2 pièces doit être utilisé avec précaution, en présence de pli pouvant entraîner des fuites sous l'appareillage si la grandeur de l'anneau n'est pas adaptée et si la découpe n'est pas ovalisée dans le sens du pli en position assise. Le support convexe permet de résoudre des problèmes liés à une stomie trop plane rétractée [21].

#### ➤ Accessoires

- Une ceinture peut être adaptée pour renforcer un appareillage.
- Des protecteurs cutanés : existent en plaque, tube, bandelettes, anneaux.



**Figure 9** : les poches systèmes « une pièce »[49]



**Figure 10** : les poches systèmes « deux pièces »[49]

### ❖ Réalisation de l'appareillage [21]

Elle comporte 4 temps ;

- La mesure du diamètre de la stomie : les anneaux de mesure sont disponibles dans les boîtes, pour effectuer le calibrage. La découpe de la poche ou du support est supérieure de 3 mm au diamètre de la stomie.
- Le nettoyage de la peau : c'est un soin d'hygiène semblable à celui réalisé lors de la toilette après avoir été à la selle. Il n'est nul besoin de compresses, a fortiori de compresses stériles ; le séchage doit être parfait.
- La pose de la poche : elle est faite minutieusement en commençant par la partie inférieure, puis en remontant et en appliquant le tout à l'aide d'une pression du plat de la main.



- L'entretien : avec une poche une pièce, le changement est effectué une à deux fois par 24h. En cas d'utilisation de poches bi bloc, le support peut rester en place plusieurs jours (2 à 7), tant qu'il n'y a pas de fuite.

# IV. MÉTHODOLOGIE

## IV. MÉTHODOLOGIE

### 4.1. Cadre et lieu d'étude

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

Situé au centre commercial de la ville de Bamako (commune III) ; le CHU Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier populaire de Médina-coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieur (E.N.I.), au Nord par le Quartier Général de l'Etat-major de l'Armée de Terre et au Sud par le TRANIMEX.

Ancien dispensaire National de Bamako, il a été érigé en hôpital le 17 février 1959. Il porte le nom d'un étudiant Malien, Gabriel Touré, mort de peste contractée au chevet de son malade.

L'hôpital est devenu un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996.

C'est un hôpital de 3<sup>ème</sup> référence de notre système de santé.

Dans l'enceinte de l'hôpital, le bâtiment < Benitieni Fofana > situé du côté Nord-Ouest abrite le service de chirurgie générale.

Ce pavillon regroupe toutes les spécialités chirurgicales à l'exception de L'ORL et de la Neurochirurgie.

#### 4.1.1. Les locaux

Le service comprend 33 lits d'hospitalisation repartis entre 9 salles :

Deux (2) salles de première catégorie (lit unique, toilette intérieure, climatisée)

Six (6) salles de deuxième catégorie (2 à 5lits)

Une (1) salle de troisième catégorie (8 lits)

Quatre (4) bureaux pour les chirurgiens maîtres de conférences et maîtres-assistants.

Un (1) bureau pour le chef de service

Un (1) bureau pour la secrétaire du chef de service

Un (1) bureau pour l'infirmier superviseur des soins

Une (1) salle de pansement

Le bloc opératoire situé au premier étage comprend 3 salles d'opération partagées avec le service de traumatologie-orthopédie, le service d'urologie, le service de neurochirurgie et le service de chirurgie pédiatrique, et une salle de coelio-chirurgie partagée avec le service de gynécologie-obstétrique.

Une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et un bureau pour l'infirmier major du bloc.

Le service a une équipe permanente au service d'accueil des urgences (SAU) qui s'occupe des urgences chirurgicales.

#### **4.1.2. Le personnel**

##### **4.1.2.1. Personnel permanent**

- Quinze (15) chirurgiens dont quatre professeurs en chirurgie générale
- Un technicien supérieur en santé, infirmier major du service
- Quatre agents techniques de santé et quatre aides-soignants
- Une secrétaire médical installé auprès du chef de service
- Deux techniciens de surface ou manœuvres

##### **4.1.2.2. Personnel non permanent**

Il est composé des médecins stagiaires, les médecins en formation de DES, des internes, les étudiants en stage de médecine ou d'infirmier.

#### **4.1.3. Les activités**

- Le staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 7h 45mn
- La visite est effectuée tous les jours ouvrables après le staff
- Les consultations externes ont lieu du lundi au vendredi après la visite

- Les interventions chirurgicales à froid se déroulent du lundi au jeudi
- Les gardes se font tous les jours du lundi au dimanche
- Un staff de programmation des interventions se fait tous les jeudis à 13 h.
- La réunion des thèses a lieu les vendredis avec le chef du service

Par ailleurs il faut noter la tenue d'un staff hebdomadaire, les vendredis à 8h, auquel participent toutes spécialités chirurgicales et le service d'anesthésie et réanimation.

#### **4.2. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective allant de janvier 2008 à décembre 2019 et prospective allant de janvier à décembre 2020.

#### **4.3. Population d'étude**

Tout patient ayant bénéficié d'une stomie dans le service durant notre période d'étude.

- **Critère d'inclusion**

Patients opérés et hospitalisés, d'âge supérieur à 15 ans porteurs d'une stomie dont les dossiers médicaux étaient complets et ceux ayant donné leurs accords en phase prospective.

- **Critère de non-inclusion**

Patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets et ceux porteurs de stomies d'alimentation.

#### 4.4. Méthodes

- **Phase rétrospective**

Nous avons établi une fiche d'enquête. Ensuite, nous avons procédé au recensement de tous les patients opérés, de tous les porteurs de stomies hospitalisés durant notre période d'étude en utilisant les registres d'admission et d'hospitalisation au secrétariat du service. Les dossiers médicaux de ces derniers ont ensuite été triés afin de sélectionner ceux qui étaient éligibles pour notre étude.

Les données ont aussi été recherchées dans les registres de compte rendus opératoires et les dossiers médicaux en consultation externe.

- **Phase prospective**

Nous avons recensé des patients auxquels nous avons expliqué le but de notre étude. Après obtention de leur accord, nous leur avons suggéré sur la base d'un suivi pré et post opératoire, une série de questionnaire afin de pouvoir évaluer le retentissement psychologique du port de stomie sur ces derniers. A ce propos nous avons tenu une liste de questionnaires pour aborder le chapitre, à savoir :

- Aviez-vous été informé de l'opération ?
- Quelle était votre réaction au réveil ??
- Comment vivez-vous avec votre stomie au quotidien ??
- Qu'est-ce qui vous dérange dans la stomie ??

- **Classification des complications selon Clavien-Dindo**

Dans notre étude, nous avons utilisé la classification de Clavien-Dindo pour répartir les complications. Élaborée en 2004, cette méthode permet une classification standardisée, reproductible, simple et objective des complications post-opératoires. Elle est basée sur le traitement nécessaire pour la prise en charge d'une complication. Son approche permet d'identifier la majorité des complications sans risquer de sous-estimer les conséquences néfastes notables.

Contrairement à une séquelle ou un échec de traitement, une complication est définie comme une déviation par rapport à l'évolution post-opératoire normale. Cette classification est particulièrement informative dans les études rétrospectives où les incidents post-opératoires sont souvent partiellement décrits tandis que les traitements mis en œuvre pour les soigner sont bien documentés dans les dossiers médicaux et infirmiers (Dindo et al. 2004) [50].

Grade	Définition	Exemple
<b>Grade I</b>	Tout évènement post-opératoire indésirable ne nécessitant pas de traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique. Les seuls traitements autorisés sont les antiémétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytes et la physiothérapie.	Iléus, abcès de paroi mis à plat au chevet du patient
<b>Grade II</b>	Complication nécessitant un traitement médical n'étant pas autorisé dans le grade I.	Thrombose veineuse périphérique, nutrition parentérale totale, transfusion
<b>Grade III</b>	Complication nécessitant un traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique.	
IIIa	Sans anesthésie générale	Ponction guidée radiologiquement
IIIb	Sous anesthésie générale	Reprise chirurgicale pour saignement ou autre cause
<b>Grade IV</b>	Complication engageant le pronostic vital et nécessitant des soins intensifs	
Iva	Défaillance d'un organe	Dialyse
IVb	Défaillance multi-viscérale	
<b>Grade V</b>	Décès	



#### **4.5. Analyse des données**

Après dépouillement, les données ont été saisies à l'aide d'Excel office 2013 ; qui nous a permis aussi de réaliser les graphiques. Quant à l'analyse des données, elle a été conduite avec le logiciel EpiInfo. La thèse a été saisie grâce au logiciel Microsoft Word 2013.

La significativité statistique a été établie à l'aide du test chi<sup>2</sup> de Pearson par une valeur p inférieure à 5%. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne avec un calcul de l'écart-type.

#### **4.6. Supports**

Les sources de renseignement provenaient de différents documents dont les dossiers d'hospitalisation, les registres de consultation, les registres de compte-rendu opératoire, les données du service de statistique et des ressources humaines puis une fiche de questionnaire établi par nous-mêmes (voir annexe).

#### **4.7. Ethique**

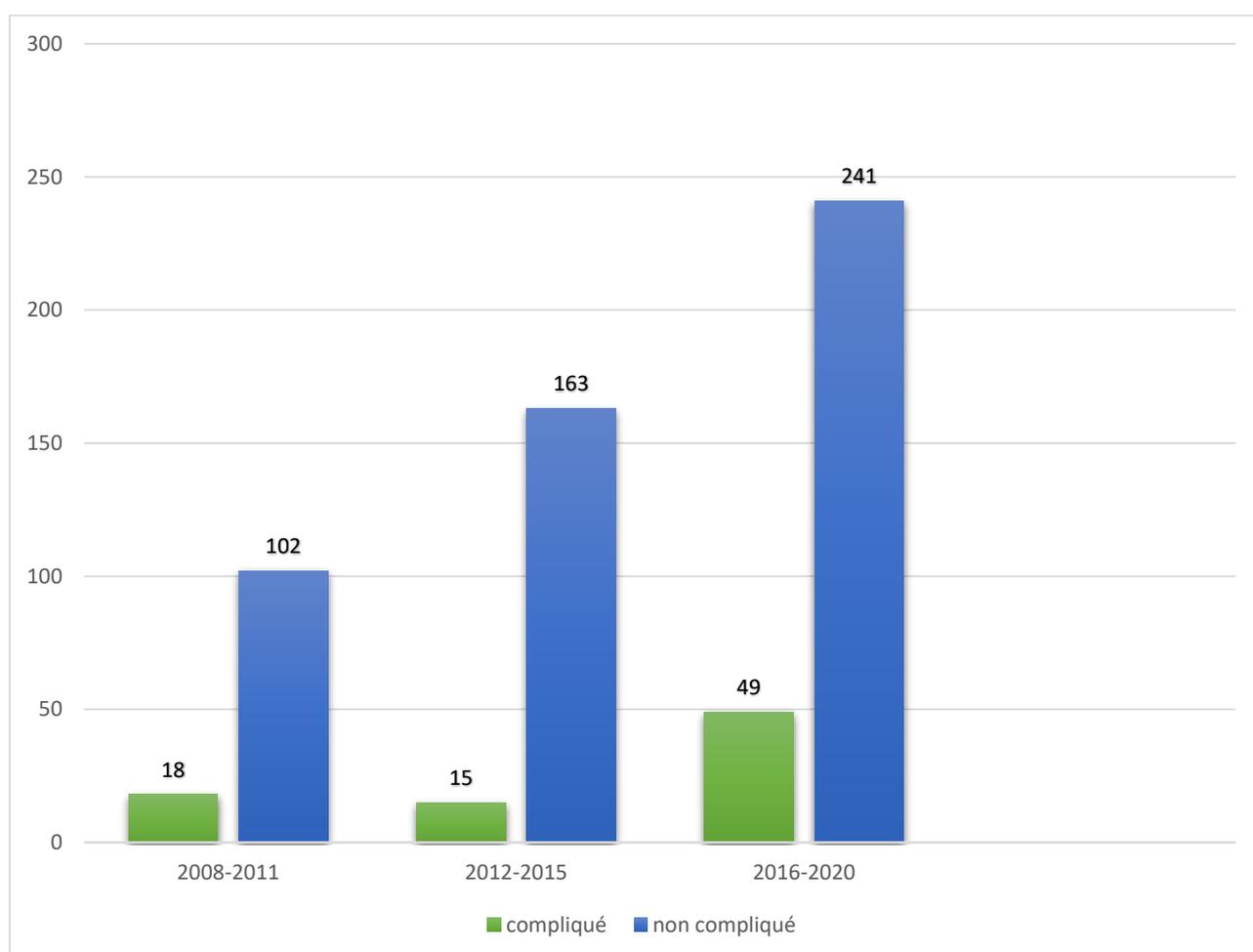
Nous avons obtenu l'autorisation du chef de service pour le recrutement des anciens dossiers. L'étude a été réalisée dans la confidentialité de l'identité des patients. L'accord des patients a été obtenu dans la partie prospective de notre étude. Les données recueillies ont été numérisées et stockées sur un serveur protégé et accessible qu'aux membres de l'équipe de recherche.

# V. RÉSULTATS

## 5.1. FREQUENCE

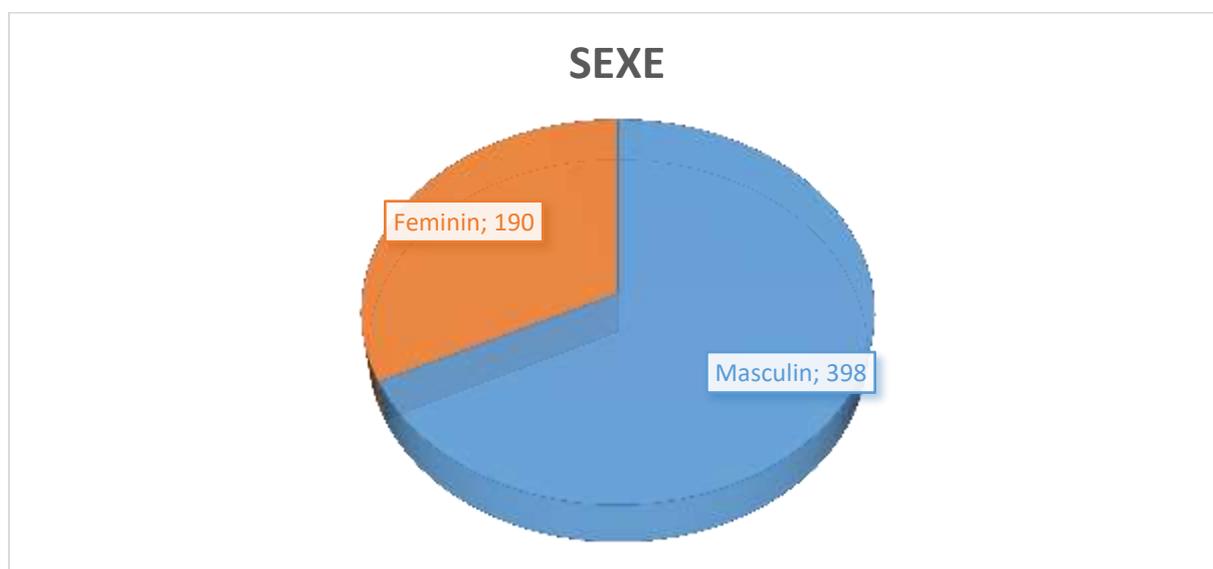
Nous avons colligé de janvier 2008 à décembre 2020, soit 13 ans :

- 588 cas de stomies ;
- 82 de nos patients ont eu des complications soit 13,96% ;
- 8887 cas d'hospitalisation ;
- 7065 cas d'interventions chirurgicales ;
- 2520 cas d'urgences chirurgicales.



**Figure11** : Fréquence des cas de complications par tranche d'année

## 5.2. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES



**Figure 12** : Répartition des patients selon le sexe

Dans notre groupe d'étude, la majorité des patients était de sexe masculin soit de 67,69% ; avec un sex-ratio de 2,09.

**Tableau1** : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectifs	Fréquences%
16-30	195	33,16
31-45	162	27,55
46-60	114	19,38
61-75	90	15,30
76-91	27	04,59
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>100</b>

L'âge moyen des patients était de 42,90 ans  $\pm$  17,92 avec des extrêmes allant de 16 à 90 ans ; les patients âgés de 16-30 ans (33,16%) étaient les plus représentés.

**Tableau2** : Répartition des patients selon la nationalité

<b>Nationalité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Maliennne</b>	586	99,66
<b>Ivoirienne</b>	1	0,17
<b>Burkinabé</b>	1	0,17
<b>Total</b>	588	100

La majorité des stomisés était de nationalité malienne soit 99,66%.

**Tableau3** : Répartition des patients selon la provenance

<b>Provenance</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Bamako</b>	501	85,20
<b>Kati</b>	3	0,51
<b>Kayes</b>	3	0,51
<b>Kita</b>	3	0,51
<b>Koulikoro</b>	22	3,74
<b>Mopti</b>	6	1,02
<b>Ségou</b>	42	7,14
<b>Tombouctou</b>	8	1,36
<b>Total</b>	588	100

Les patients provenant de Bamako étaient les plus représentés soit 85,20%.

**Tableau4** : Répartition des patients selon l’ethnie

<b>Ethnies</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Bambara</b>	363	61,73
<b>Bozo</b>	7	1,19
<b>Malinké</b>	37	6,29
<b>Mossi</b>	9	1,53
<b>Peulh</b>	99	16,84
<b>Sarakolé</b>	10	1,70
<b>Sénoufo</b>	12	2,04
<b>Somono</b>	8	1,36
<b>Soninké</b>	4	0,68
<b>Sorhaï</b>	21	3,57
<b>Tamachek</b>	18	3,06
<b>Total</b>	588	100

Le Bambara était l’ethnie la plus représentée avec un pourcentage de 61,73%.

**Tableau5** : Répartition des patients selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Chauffeur</b>	7	1,19
<b>Commerçant</b>	208	35,37
<b>Cultivateur</b>	107	18,20
<b>Elève</b>	14	2,38
<b>Enseignant</b>	22	3,74
<b>Ménagère</b>	183	31,12
<b>Militaire</b>	7	1,19
<b>Retraité</b>	40	6,80
<b>Total</b>	588	100

La majorité des patients était pour la plupart analphabète constituée par des commerçants suivis des cultivateurs.

### 5.3. DONNEES CLINIQUES

**Tableau6** : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectifs	Fréquences%
Urgence	553	94,05
Electif	35	5,95
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>100</b>

La majorité des stomies a été faite en urgence soit 94,05%.

**Tableau7** : Répartition des patients selon les indications des stomies

Indications	Effectifs	Fréquences%
Infectieuses	201	34,18
Traumatiques	50	8,50
Tumorales	195	33,16
Occlusions	142	24,15
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>100</b>

L'indication infectieuse est englobée par : les péritonites, abcès anal. Les traumatiques étaient caractérisés par : plaie périnéale et anale. Les tumeurs étaient pour la plupart découvertes en occlusion et prises en urgence.

**Tableau8** : Répartition des patients selon le type de stomie

Type de stomie	Effectifs	Fréquences%
Caecostomie	8	1,36
Colostomie	371	63,09
Iléocolostomie	22	3,74
Iléostomie	176	29,93
Jéjunostomie	11	1,87
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>100</b>

La colostomie était la stomie la plus réalisée avec un taux de 63,09% suivi de l'iléostomie à 29,93%.

**Tableau9** : Répartition des patients selon le caractère de la stomie

<b>Caractère</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Temporaire</b>	575	97,78
<b>Définitif</b>	13	2,21
<b>Total</b>	588	100

La majorité des stomies était temporaire, soit pour lever un obstacle, soit pour protéger une anastomose.

**Tableau10** : Répartition des patients selon le type d'appareillage

<b>Appareillage</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Poche stomie</b>	383	65,14
<b>Matériel local</b>	205	34,86
<b>Total</b>	588	100

Le matériel local était composé : de sachet plastique de 175f maintenu par du sparadrap, de couche ou de pagne.

**Tableau11** : Répartition des patients selon les suites opératoires

<b>Suites</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Simple</b>	506	86,05
<b>Complicquée</b>	82	13,95
<b>Total</b>	588	100



**Tableau12 : Complications chirurgicales**

<b>Complications chirurgicales</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Eventration</b>	1	0,17
<b>Prolapsus</b>	13	2,21
<b>Eviscération</b>	1	0,17
<b>Infection stomiale</b>	2	0,34
<b>Rétraction</b>	6	1,02
<b>Nécrose</b>	11	1,87
<b>Irritation péristomiale</b>	22	3,74
<b>Lâchage stomial</b>	5	0,87
<b>Suppuration stomiale</b>	7	1,19
<b>Sténose</b>	6	1,02

**Tableau13 : Complications médicales**

<b>Complications médicales</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Retentissement psychologique</b>	13	2,21
<b>Troubles ioniques</b>	14	2,38

Les troubles ioniques étaient à type d'hyponatrémie en majorité.

**Tableau14 : Répartition des patients selon la classification Clavien Dindo**

<b>Clavien Dindo</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Grade I</b>	33	5,61
<b>Grade II</b>	18	3,06
<b>Grade IIIb</b>	31	5,27

La majorité des complications était classée grade I, ne nécessitant pas de traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique.

**Tableau15 : Répartition des patients selon le rétablissement de la continuité**

<b>Rétablissement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Oui</b>	564	98,13
<b>Non</b>	24	1,87
<b>Total</b>	588	100

**Tableau16 : Répartition des malades selon la reprise du transit**

<b>Transit</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>≥02 jours</b>	148	25,17
<b>03 à 05 jours</b>	440	74,82
<b>Total</b>	588	100

Moyenne : 2,99 jours, écart type : 1,74 jours

**Tableau17** : Répartition des patients selon la durée de l'hospitalisation

<b>Durée</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>02 à 30 jours</b>	584	99,31
<b>31 à 60 jours</b>	4	0,68
<b>Total</b>	588	100

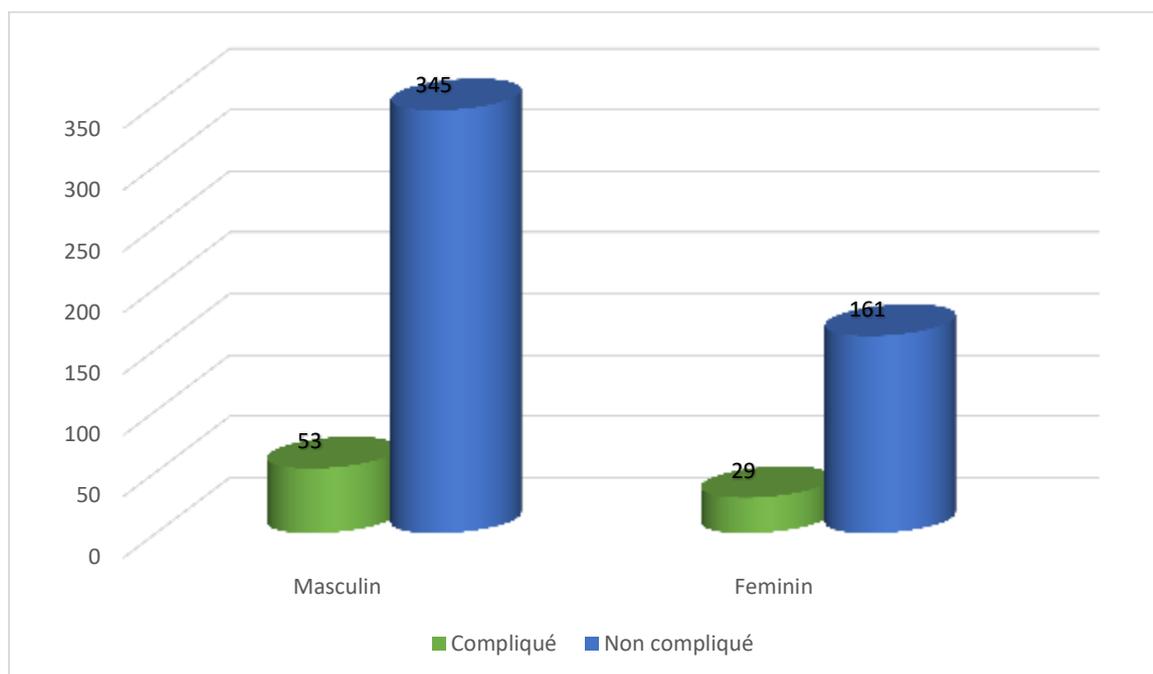
Moyenne :16,20 jours, écart type :2,43 jours, extrêmes :2 à 60 jours

**Tableau18** : Répartition des patients selon la mortalité

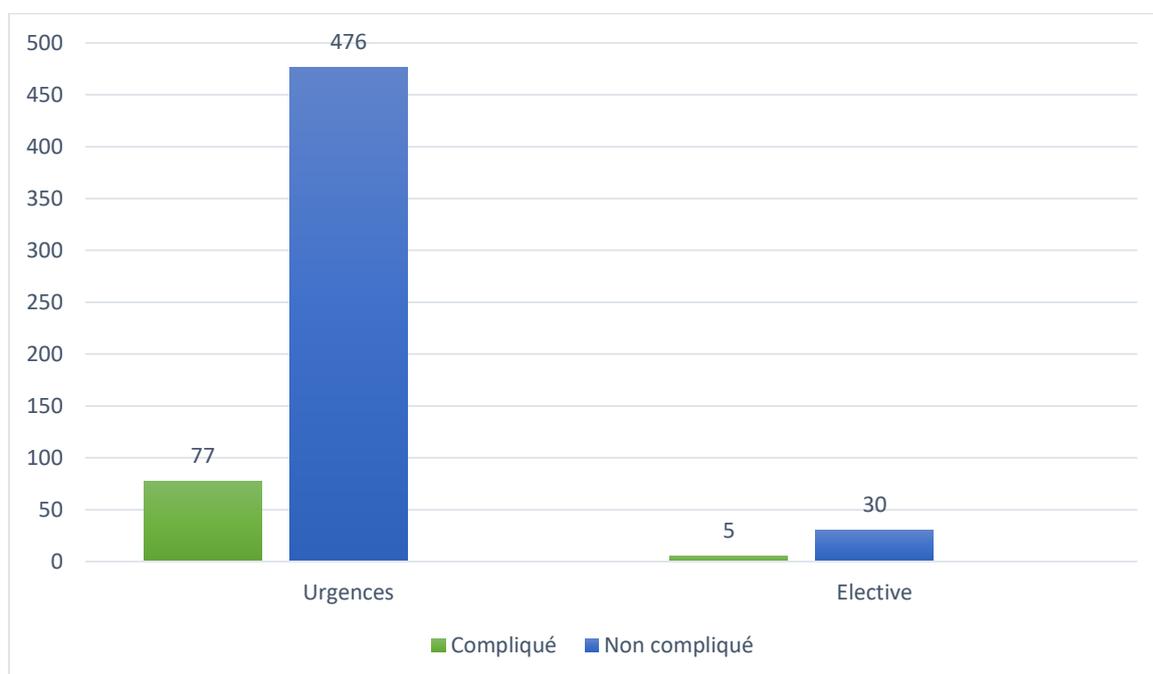
<b>Décès</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquences%</b>
<b>Non</b>	536	91,16
<b>Oui</b>	52	8,87
<b>Total</b>	588	100

La mortalité était beaucoup plus liée à la pathologie initiale qu'aux complications chirurgicales.

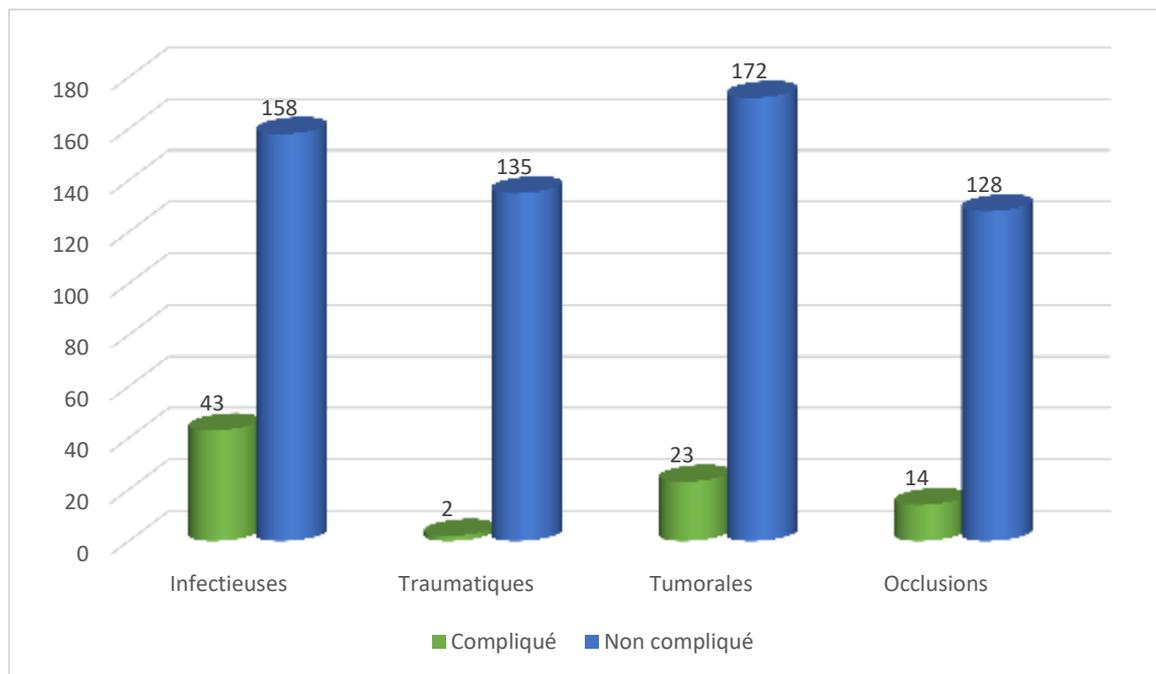
## 5.4. FACTEURS DES COMPLICATIONS



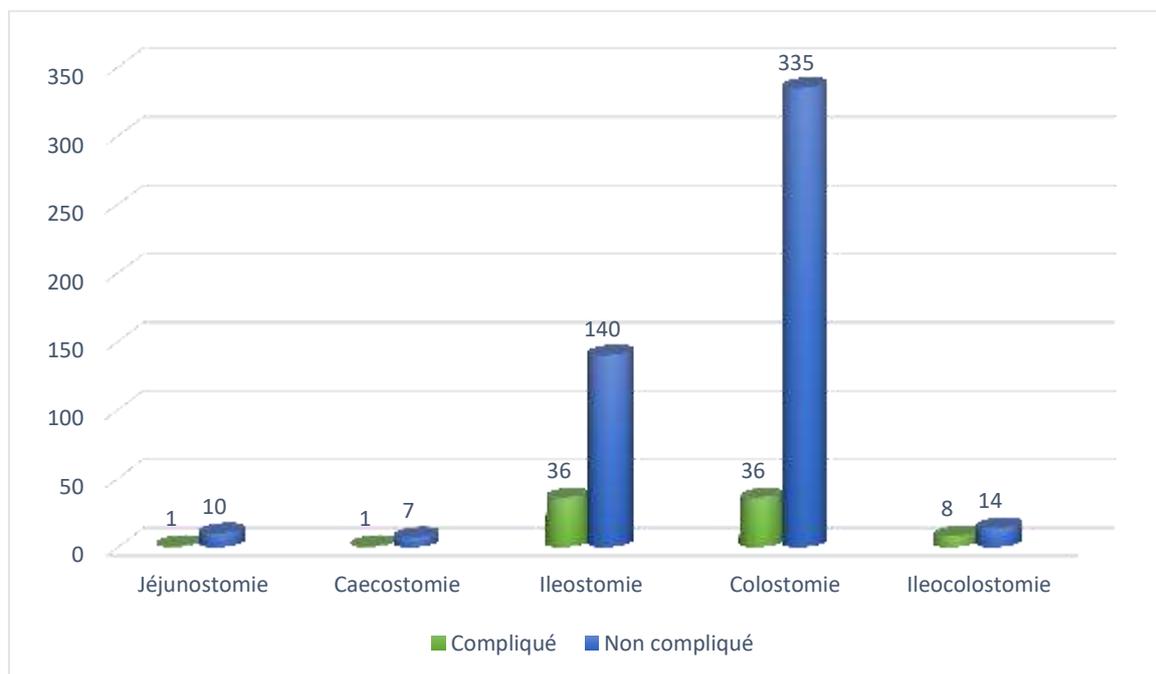
**Figure 13** : Répartition des cas de complications selon le sexe



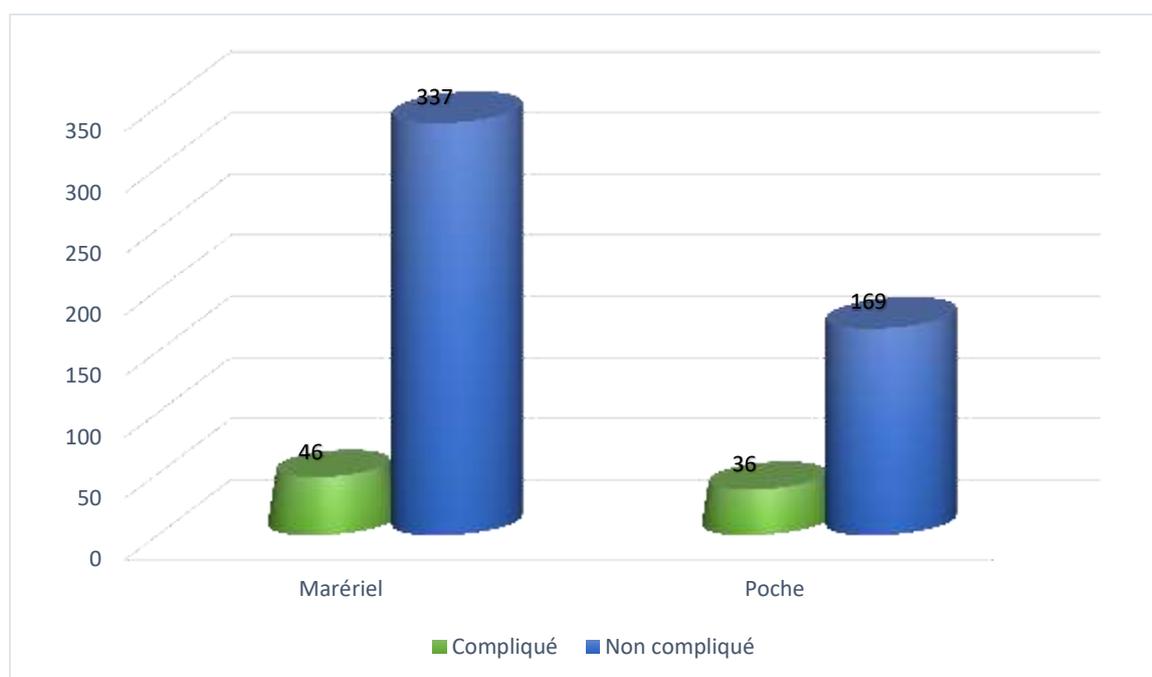
**Figure 14** : Répartition des cas de complications selon le mode de recrutement



**Figure15** : Répartition des cas de complications selon les indications



**Figure 16** : Répartition des cas de complications selon le type de stomie



**Figure 17** : Répartition des complications selon l'appareillage

**Tableau 19** : Répartition des patients selon les complications chirurgicales et le type de stomie

	Caecostomie	Colostomie	Iléostomie	Iléocolostomie	Jéjunostomie
<b>Eventration</b>	-	1	-	-	-
<b>Prolapsus</b>	-	12	-	1	-
<b>Eviscération</b>	-	1	-	-	-
<b>Infection</b>	-	-	1	1	-
<b>Rétraction</b>	-	1	3	2	-
<b>Nécrose</b>	-	3	4	3	1
<b>Irritation</b>	-	-	21	-	-
<b>Lâchage</b>	-	5	-	-	-
<b>Suppuration</b>	1	1	4	1	-
<b>Sténose</b>	-	5	1	-	-

**Tableau 20 : Traitement des complications chirurgicales**

<b>Complications chirurgicales</b>	<b>Procédure chirurgicale</b>
<b>Eventration</b>	Cure chirurgicale
<b>Prolapsus</b>	Reduction+ Réfection stomiale
<b>Eviscération</b>	Reprise chirurgicale
<b>Infection/Suppuration stomiale</b>	Antibiothérapie
<b>Rétraction</b>	Réfection stomiale
<b>Nécrose</b>	Reprise chirurgicale
<b>Irritation stomiale</b>	Application de vaseline et/ou Exofène talk
<b>Lâchage stomial</b>	Reprise chirurgicale
<b>Sténose</b>	Reprise chirurgicale

**Tableau 21 : Traitement des complications médicales**

<b>Complications médicales</b>	<b>Prise en charge</b>
<b>Retentissements psychologiques</b>	Soutien psychologique
<b>Troubles Métaboliques</b>	Remplissage +Apports +plumpy

## ❖ ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

L'enquête sur le retentissement psychologique a pour but l'amélioration de la prise en charge psychologique des patients porteurs de stomie. Elle a pour indication l'importance et l'efficacité d'un counseling pré opératoire. Nous avons interrogé 20 malades sur lesquels 13 ont eu des retentissements psychologiques. Le choix a été fait de façon aléatoire en ce qui concerne les régions et l'âge.

L'évaluation prend en compte la psychologie du patient après l'opération et toute la période pendant laquelle il porte sa stomie afin de mieux comprendre les répercussions psychologiques de la stomie et mieux prendre en charge l'accompagnement moral chez les patients porteurs de stomie.

Dans l'ensemble de tous les patients interrogés seulement 8 ont été informés avant l'intervention. Signalons que la connaissance et l'explication avant l'intervention aident assez le patient à plus facilement accepter son état, ce qui ne fut pas souvent le cas dans notre étude. Cependant le fait que la majorité des interventions ont été faites en urgence explique la non information des patients. Notons que malgré que certains soient informés cela n'empêche pas la surprise et la non adaptation à leur stomie.

La réaction au réveil chez les patients diffère. Ces avis de patients ci-dessous sont des témoignages. Il s'agit :

**Patient N°5 un jeune de 17 ans :** « *ce n'est pas bon ça, je me suis réveillé et j'ai vu les selles sortir de là* ».

**Patient N°6 un vieux de 68 ans :** « *on m'a expliqué... Est-ce que j'ai le choix, je suppose c'est pour mon bien... C'est pour quelques mois donc ça ira* ».

**Patient N°3 un jeune de 25 ans :** « *j'ai été surpris...j'ai fait un accident et à mon réveil je vois ça...personne ne m'a rien expliqué* »

**Patient N°8 un jeune de 45 ans :** « *au quotidien au début j'avais peur de me doucher...j'ai d'abord arrêté le boulot le temps qu'on me répare cela* »



**Patient N°9 un jeune de 31 ans : « ça me fruste de ne pas pouvoir contrôler la  
sortie des selles »**

# VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 6.1. Approche méthodologique

Notre étude a concerné tous les patients porteurs de stomies qui ont eu complications post-opératoires. L'étude a été effectuée sur deux phases : une phase rétrospective sur une période onze ans et une phase prospective allant de janvier 2020 à décembre 2020. Nous avons participé à l'élaboration de dossier et à la prise en charge de quarante-huit (48) patients qui ont été suivi en prospective soit 8,16% de l'ensemble.

Au cours de ce travail nous avons rencontré des difficultés en phase rétrospective, notamment :

- La mauvaise conservation des dossiers
- L'insuffisance de renseignements sur le devenir des patients

### 6.2. Fréquence

Auteurs	Effectifs	Taux de complications	(p)
<b>Sanogo ZZ Mali 2004[51]</b>	103	38,1	P=0,000
<b>Mati A Mali 2007[52]</b>	105	53	P=0,000
<b>Parmar KL 2011[53]</b>	192	46	P=0,002
<b>Formijne J et al 2012[54]</b>	100	82	P=0,003
<b>Notre étude</b>	588	13,96	

Dans notre étude, le taux de complication a été de 13,94%. Il est respectivement beaucoup plus élevé de 38,1% et de 53% dans les séries africaines de Guiet et Sanogo ; de même que celle de Parmar (46%) en Angleterre [51–53]. En 2012, Formijne Jonkers et al. ont rapporté d'une étude portant sur 100 patients que 82% des patients avaient au moins une complication liée à la stomie [54].

❖ Age

Auteurs	Age moyen
<b>Caricato M Italy 2006[55]</b>	68
<b>Mati A Mali 2007[52]</b>	37,4
<b>Takongmo S Yaoundé 2009[56]</b>	31
<b>Liu J Chine 2005[57]</b>	55,5
<b>Mahjoubi M Iran 2005[58]</b>	57,5
<b>Harris DA England 2005[4]</b>	68
<b>SGR Attolou 2019[59]</b>	54,4
<b>Cottam J Britain-Ireland 2006[5]</b>	63
<b>Notre étude</b>	40.96

La tranche d'âge la plus concernée était celle comprise entre 16 et 30 ans représentant 33,16%, avec un âge moyen de 40,96 ans. Notre étude constituée essentiellement d'adultes jeunes rejoint les résultats rapportés par la plupart des auteurs africains. Ainsi Takongmo S et al. avaient trouvé un âge moyen de 31 ans ; SGR Attolou et al. avaient trouvé un âge moyen de 54,4 ans [56,59]. Elle est superposable à ceux des études chinoises et Iranienne avec respectivement des moyennes d'âge de 55,5 ans et 57,5 ans [57,58]. Par contre en Europe la stomie a été réalisée chez des sujets âgés entre 63 et 68ans d'âge moyen [4,5,55].

Cette différence pourrait s'expliquer par l'âge jeune de notre population en particulier et celui de l'Afrique subsaharienne en général.

Certains auteurs ont trouvé que l'âge élevé était un facteur favorisant la survenue des complications [4,60,61].

#### ❖ Sexe

Auteurs	Sex ratio	( p )
<b>Sanogo ZZ Mali 2004[51]</b>	2	0,032
<b>Mati A Mali 2007[52]</b>	2	0,004
<b>Kibonge RDC 2019[8]</b>	2,6	0,001
<b>Hazem B Tunisie 2014[62]</b>	5,4	0,014
<b>Notre étude</b>	2,09	

La population masculine a été la plus représentée dans notre série avec 67,69% soit un sexe ratio de 2,09. Cette prédominance masculine a été retrouvée par la plupart des auteurs. Pour Kibonge et al. le sexe masculin était également le plus concerné avec un sex-ratio de 2,6 [8]. Sanogo et Mati ont retrouvé le même résultat soit un sex-ratio de 2 [51,52]. Hazem B et al. avaient trouvé dans leur étude sur les colostomies un sex-ratio de 5,4 [62]. Notons que cette prédominance masculine a été retrouvée aussi chez Gharbi L et al [63]. Le sexe n'est pas un facteur de risque pour les différentes complications.

### ❖ Provenance

Les malades résidents à Bamako (lieu de l'enquête) ont été les plus représentés (85,20%).

### ❖ La profession

Toutes les couches socio-professionnelles sont concernées. Les commerçants sont par contre les plus représentés. 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 ; ce sont entre autres des facteurs aggravant leur état de santé.

### ❖ Mode de consultation

Auteurs	Urgence	Elective	(p)
<b>Sanogo ZZ Mali 2004[51]</b>	82,5	17,5	0.0001
<b>Essomba AC Douala 2012[64]</b>	53,6	46,4	0.000
<b>Kibonge RDC 2019[8]</b>	90,9	9,1	0.003
<b>Mati A Mali 2007[52]</b>	81,9	18,1	0.005
<b>Notre étude</b>	94,06	5,94	

Plus de la moitié de nos patients a été recensée en urgence soit 94,05%. Ces résultats sont similaires à l'étude de Kibonge et al. qui trouvèrent 90,9% des patients reçus en urgence [8]; et superposables à ceux de Z.Z.Sanogo , de Guiet et Essomba AC. et al. qui rapportent respectivement 82,5% ,81.9% et 53,6 des malades reçus en urgence [51,52,64]. Les malades reçus en consultation externe,

sont surtout porteurs des pathologies cancéreuses ou inflammatoires. Contrairement à ceux reçus en urgence, ils 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 chiffres sont inférieurs à ceux de certains travaux européens (50 à 70% des cas) [65,66].

#### ❖ Type de stomie

Auteurs	Colostomie	Iléostomie
Sanogo ZZ Mali[51]	61,2	36,9
Nastro P et al. [67]	53,2	46,8
Makela J et al. [68]	57	43
Mati Guiet Mali 2007[52]	31	52,3
Notre étude	63,06	29,93

La colostomie a été le type de dérivation le plus fréquemment réalisé dans 63,06% des cas, suivies des iléostomies 29,93%.

Cette prédominance de la colostomie a été retrouvée dans les séries de Sanogo ZZ, Nastro P. et al., et Makela J. et al. qui retrouvent respectivement 61,2% ; 53,2% et 57% [51,67,68]. Contrairement à celle de Guiet dans laquelle le nombre d'iléostomie est fortement représenté soit 52,3% [52].

#### ❖ Caractère de la stomie

Dans notre série, la stomie a été pratiquée temporairement dans 97,78% des cas, et définitivement dans 2,21% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de Sanogo ZZ. et coll., qui ont trouvé 88,3% des cas de stomies temporaires et Traoré

A. et coll., qui rapportent dans leur série 78,1% des cas des stomies temporaires [12,51]. Guiet et coll. ont rapporté un taux de 88,6% des cas des stomies provisoires contre 11,4% de stomies définitives [52]. 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, les tumeurs du canal anal et du bas rectum [69]. La réalisation en urgence d'une stomie digestive est peut-être associée à une majoration du risque de complications péristomiales.

### ❖ Les indications de stomie

Dans notre série, l'indication la plus dominante a été les causes infectieuses avec 34,18% des cas, suivis des causes tumorales (33,16%) et des occlusions avec 24,15%. Nos résultats se rapprochent à l'étude de Koffi E. et coll. et celle de Kibonge, qui trouvèrent que la péritonite était l'indication la plus dominante dans respectivement 88% et 27,3% des cas [8,69]. Pour Sanogo ZZ. et coll., la péritonite occupe la deuxième position (18,5%) après le volvulus du sigmoïde avec 27,2% des cas [51]. Traoré A. et coll., avaient trouvé 31,3% des cas de volvulus suivi de 28,1% des cas de péritonites par perforation iléale typhique [12]. Par contre Baumel H. et coll., avaient trouvé en Europe que les stomies digestives étaient indiquées dans 81,1% des cas pour les cancers du côlon [25].

Des études faites en Occident font état des maladies cancéreuses, diverticulaires inflammatoires et les traumatismes abdominaux comme principales indications des stomies digestives [4,55,58]. Le contexte très particulier de notre contrée avec la population négligeant l'hygiène et s'adonnant à l'auto médication de tout genre a fait que les causes infectieuses ont eu une fréquence non négligeable. Il se dégage donc de ses résultats qu'en Afrique noire les pathologies infectieuses sont plus indicatrices des stomies digestives. Cela trouve son explication dans la pauvreté avec tous ses corolaires (environnement malsain, condition de vie précaire, inaccessibilité aux soins de qualité, la faim...)



### ❖ Moyens d'appareillage

Dans notre série, 65,14% des stomisés ont bénéficié de poches unibloc pour l'appareillage de leur stomie et 34,86% ont bénéficié des poches confectionnées par des moyens de bord (sachets, compresses abdominales...). Elle est superposable à celle de Guiet chez qui la majorité (56,2%) a utilisé le kit normal unibloc associé au matériel local et 13,3% ont utilisé uniquement le matériel local, il s'agit des patients les plus démunis [52]. L'utilisation de ces moyens de bord est rapportée dans plusieurs études en Afrique ; c'est le cas pour Sanogo ZZ. et coll. et celui de Traoré A. et al., qui avaient préconisé pour tous leurs malades un kit à base de sachets plastiques transparent et léger de volume suffisant pour une selle adulte [12,51]. Pour notre cas, l'efficacité de ces sachets n'est bonne que si le patient reste alité et cela demande une surveillance car si le sachet est trop plein, elle se décolle par effet de masse. Le coût élevé couplé à l'indisponibilité des différents kits de fabrication industrielle dans les offices pharmaceutiques fait que dans nos conditions, nous recourrions à ce matériel peu coûteux.

### 6.3. COMPLICATION DES STOMIES

#### ❖ Irritation cutanée

Dans notre étude, elle représente la complication à laquelle sont plus exposés les patients iléostomisés le plus souvent soit un taux de 3,74%. Elle a représenté dans l'étude de Guiet la complication la plus notée avec un taux de 21% [52]. Sanogo ZZ et Traoré A. et Coll., avaient trouvé également l'irritation péristomiale comme la complication la plus fréquente avec 33,9% et 21,8% des cas [12,51]. Un mauvais emplacement de la stomie ne permet pas un bon appareillage : d'où la déviation du liquide intestinal provoquant une brûlure de la peau. Elle peut aussi être due à un mauvais appareillage à long terme ainsi que les soins inappropriés et l'état du malade.

#### ❖ Suppuration péristomiale

Elle est due à une contamination du passage de la stomie par le contenu septique intestinal. Notre taux de 1,19% a été bas par rapport à ceux des auteurs Guiet, Traoré et al. et Hazem qui retrouvent respectivement un taux 5,7%, 9,4% et 15,8% [12,52,62].

#### ❖ Nécrose stomiale

Dans notre étude, la fréquence de survenue d'une nécrose stomiale est de 1,87% par rapport à l'ensemble des stomies réalisées. Selon les séries, ce taux est identique aux résultats de Bikandou (1%), Guiet (0,9%), Sanogo (1,9%) [51,52,70].

### ❖ Lâchage stomial

Nous avons enregistré un taux de 0,87% qui est beaucoup plus bas que ceux des auteurs Guiet et Traoré avec un taux entre 9,5% et 9,4% [12,52]. Il est secondaire à un mauvais amarrage de la stomie, une traction et une dévitalisation du segment intestinal à aboucher. Celui-ci se nécrose et se rétracte à l'intérieur de la cavité abdominale.

### ❖ L'éviscération

La fréquence de survenue était de 0,17% ; elle est beaucoup plus élevée dans la série de Guiet et Traoré avec 8,6% et 3,1% [12,52]. Le diagnostic était clinique devant l'issue des anses à travers l'orifice stomial. Les éviscérations se voient dans les stomies directes et sont la conséquence d'une faute technique [29].

Les éviscérations sont le fait d'un trajet pariétal trop large et surtout d'une mauvaise fixation entéro-pariétale [51].

Le traitement est identique dans toutes les séries et consiste en une réintégration des anses et une réfection de la stomie. Dans notre série, une réintégration des anses et une réfection de la stomie ont été effectuées, associées à une fermeture médiane par des points totaux chez les deux patients ayant présenté une éviscération médiane associée. Les suites opératoires étaient simples chez tous les patients.

### ❖ Prolapsus

Sa fréquence varie entre 1,9 et 22 % selon les auteurs des différentes séries [52,70]. Il résulte d'une faute technique : anse longue et mobile, orifice stomiale large, mauvaise fixation. Notre taux de 2,21 ne diffère statistiquement pas des résultats des autres auteurs.

### ❖ Sténose

Dans notre étude le taux était de 1,02%, leur fréquence d'apparition a été située selon les études entre 1,9% et 17% [52,55,58,71]. Une résection cutanée ou pariétale insuffisante, une infection péristomiale entraînant une inflammation sont entre autres des facteurs favorisant la sténose.

### ❖ Rétraction stomiale

La rétraction stomiale a représenté 1,02% des complications, Bikandou et Guiet ont retrouvé les mêmes résultats avec 2,1%, et 1,9% [52,70]. Par contre Traoré A. et al. ,et Kibonge ont retrouvé des taux plus élevés respectivement 9,4% et 9,09% [8,12]. Le diagnostic était essentiellement clinique devant le syndrome d'irritation péritonéale associé à un enfouissement de la stomie. Les patients ont été pris en charge et ont bénéficié d'une réfection de la stomie et d'une toilette abdominale. Elle est presque toujours la conséquence d'une malfaçon technique : insuffisance de mobilisation plus que de fixation de l'anse extériorisée [29]. La rétraction stomiale précoce survient si la stomie a été faite sous tension, d'autres incriminent la présence d'adhérences [20,72,73].

### ❖ Eventration

L'éventration péristomiale est une complication survenant principalement après la confection d'une colostomie terminale. Elle s'explique par une faiblesse pariétale, une hyperpression abdominale et une mauvaise technique chirurgicale. Notre fréquence de 0,17% est superposable à celle de la série de Bikandou et al. [70]. Par contre elle était plus élevée dans les études de Mati et de Traoré et al. (6,7% et 6,3%) [12,52]. Ces taux variables s'expliquent par le retard qu'accusent les malades (déshydratation, infection), le mauvais état des anses, la qualité de la technique chirurgicale, l'absence de stomathérapeute pour des soins adéquats.

### ❖ **Durée d'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 16,20 jours (Extrêmes :2-60 jours). Dans la série de Sanogo ZZ et coll., la durée moyenne d'hospitalisation a été de 39 jours [51]. Traoré A et Coll., ont trouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 37,5 jours [12]. Le séjour hospitalier se prolonge souvent par le fait de la survenue d'une complication ou un rétablissement immédiat.

### ❖ **Mortalité**

La mortalité causée par la confection d'une stomie digestive est rare, son taux varie de 0% à 6,79% [51,60]. Dans notre groupe, aucun patient n'est décédé suite à une complication de stomie. Notre taux de mortalité globale était de 8,84%. Les chiffres trouvés dans la littérature sont très variables : 6,7% pour Sanogo et 10,4% pour Bikandou [51,70].

### ❖ **Retentissements psychologiques**

Ils sont favorisés par le manque de préparation psychologique dû à la réalisation éventuelle d'une stomie [74]. Ils ont été notés essentiellement chez les patients opérés en urgence. L'anorexie est un symptôme du syndrome dépressif développé par ces malades.

A ceux-ci s'ajoute l'effet de dénutrition dû à la restriction alimentaire que s'imposent ces patients pour ralentir la fréquence d'émission des selles car ne supportant pas l'écoulement de selles à travers la paroi abdominale. Cela pourrait expliquer l'apparition de troubles psychologiques et la dénutrition. Malgré que Ouattara ait utilisé les anxiolytiques et la psychothérapie, il n'y a eu que peu d'effets sur les troubles psychologiques [75].

### ❖ **Désordres hydro-electrolytiques**

Nous avons enregistré un taux de 2,38%. Il existe peu de données dans la littérature sur son incidence exacte. En situation normale, le débit de stomie est de 400 à 800 ml/j. Un hyperdébit stomial peut être responsable d'une déshydratation de type : d'hyponatrémie, d'hypokaliémie, d'hypocalcémie ou d'hypomagnésémie notamment dans l'iléostomie. L'éducation du patient afin de prévenir ou de traiter cet hyperdébit stomial est fondamentale. Les patients doivent limiter les apports en sucre et graisse qui accélèrent le débit stomial, limiter l'apport hydrique à 500 ml/j, prescrire une solution de réhydratation OMS (une demi-cuillère à café de sel de table et deux cuillères à soupe de sucre dans un litre d'eau) et du loperamide au mieux 30 à 60 min avant les repas et au couché et des inhibiteurs de la pompe à protons. L'efficacité du traitement est évaluée au bout de 48 h [76].

# VII. CONCLUSION

Les stomies digestives sont des techniques chirurgicales fréquemment réalisées dans notre service dont les complications sont fréquentes et variées. Nous notons les complications chirurgicales et médicales. La prise en charge de ses complications nécessite des méthodes chirurgicales, médicales et psychologiques. Pour minimiser les complications psychologiques, les patients qui doivent être opérés doivent bénéficier d'un bon counseling pré opératoire. Compte tenu de la complexité de la prise en charge qui est multidisciplinaire et le manque de matériels adéquats en ce qui concerne l'appareillage, la formation des stomathérapeutes est une nécessité. Cette formation complétée à la création d'une association de stomisés permettrait de formuler les éléments de communications pour mieux aborder les difficultés psychologiques.



# VIII. RECOMMANDATIONS

## VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités sanitaires**

- Assurer la formation des infirmières stomathérapeutes pour la prise en charge adéquate des patients stomatisés ;
- Assurer la disponibilité des poches de stomies dans les officines ;

### **Au personnel de santé**

- Améliorer la communication péri-opératoire entre chirurgien et patients ;
- Promouvoir l'information sur l'appareillage en vue d'un meilleur confort ;
- Aider les stomisés à résoudre leurs problèmes spécifiques d'adaptation de manière à rompre leur isolement.

### **A la population**

- Eviter la stigmatisation des porteurs de stomie

# BIBLIOGRAPHIQUES

## BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Boissel P. Les stomies digestives, indications et modalités d'appareillage. Concours médical. 2003 ;125(30) :1768-1772.
- 2- Bonin E. Complications liées aux stomies de décharge dans le traitement chirurgical de l'endométriose digestive. [Thèse]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2018.
- 3- Bouillot JL, Aouad K. Traitement chirurgical des complications des colostomies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2008;40-545.
- 4- Harris D, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster ME. Complications and mortality following stoma formation. Ann R Coll surg Engl. 2005; 87:427-431.
- 5- Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Colorectal Disease. 2007 ;9 :834-838.
- 6- Sabbagh C, Rebibo L, Hariz H, Regimbeau JM. Confection d'une stomie digestive, situations difficiles, traitement des complications post-opératoires. Journal de Chirurgie Viscérale.2018;155:40-8.
- 7- Tam M, Lee M, Harikrishnan A. The incidence of stoma related morbidity a systematic review of randomised controlled trials. Ann R Coll Surg Engl. 2018 ;100 :501-8.
- 8- Kibonge AM, Bisimwa NM, Bagale YB, Kanganda DK, Munyantwari EA, Tshimbila JK. Indications et complications des stomies digestives en milieux sous-développés. Revue Médicale des Grands Lacs. 2019 ;10(01) :47-50.
- 9- Boro G. Les stomies intestinales au centre hospitalier national yalgado : indications et complications [Thèse]. Burkina-Faso : Université de Ouagadougou ; 2001(27). 112p.

- 10- Coulibaly Y, Keita M, Coulibaly C, Bagayoko H. Complications des stomies digestives en chirurgie pédiatrique. Mali médical. 2014 ;29(4) :4p.
- 11- Chaumier D. Douleur et soins de stomies. Douleurs. 2007 ;8(6) :358-62.
- 12- Traoré A, Diakité I, Togo A. Stomies digestives en chirurgie générale du CHU Gabriel Toure. Mali médical. 2010 ;25(4) :52-6.
- 13- Kamina P. Anatomie clinique.3<sup>e</sup> édition. Paris : Maloine ;2006.
- 14- Dahmani O, Belcaid A, EL Azzouzi O, Hami H. Physiologie absorption intestinale. [13/03/2020] Disponible : <http://www.chufes.ma/amirf/Cours/biologie>.
- 15- Rouvière H. Anatomie humaine descriptive et topographique. Paris : Masson. 1970 ;345-375.
- 16- Baumel H, Deixonne B. Iléostomies et colostomies : Indications et techniques chirurgicales. Concours médical. 1978 ;100(100) :6294-60302.
- 17- Theodore CH, Frileux P, Vidal A, Berger A, Morel R, Roche A. Iléostomie et colostomie. Editions techniques. Encycl Med Chir Gastro-entérologie. 1994; 9:068-10.
- 18- Vineeta G, Gupta SK, Shukla VK, Saro J. Perforated typhoid enteritis in children postgraduate. Médical journal. 1994 ;70(819) :19-22.
- 19- Johanet H, Costil P, Saliou C. Volvulus du sigmoïde en urgence résection en un temps par pinces mécaniques. Année Chir. 1991 ;45 :38-41.
- 20- Soravia C, Beyeler S, Lataillade L. Les stomies digestives : indications, complications, prise en charge pré et post opératoire. Revue médicale suisse. 2005;(1) :961-6.
- 21- Montandon S. Les appareils de dérivations digestives. Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Techniques chirurgicales – Appareil digestif. 2008;(1) :40-618.
22. Thibaudeau E, Roch A, Branger F, Arnaud J. Traitement chirurgical des complications des colostomies. EMC-Techniques chirurgicales-Appareil digestif. 2013 ;8(3) :40-545.

- 23- Adloff M, Ollier J. Complications des entérostomies digestives. In : les stomies digestives de l'adulte. Paris: Springer-Verlag; 1993:95-124.
- 24- Boissel P. Colostomies de protection. In : Actualités chirurgicales. Paris : Masson ; 1982.83-88.
- 25- Baumel H, Fabre JM, Manders J, Guillon F, Domergue J, Boutelier P. Caractéristiques cliniques et évolution des stomies digestives définitives. Résultats d'une enquête rétrospective nationale gastroentérologie. Paris : Masson. Clin bio. 1993 ;7 :547-52.
- 26- Abcarian H, Pearl R. Stomas. Surg Clin North Am. 1988; 68:1295-305.
- 27- Pearl R, Prasad M, Orsay C, Abcarian H, Tan A, Melzi M. Early local complications from intestinal stomas. Arch Surg. 1985; 120:1145-7.
- 28- Porter J, Salvati E, Rubin R, Eisenstat T. Complications of colostomies. Dis Colon Rectum. 1989 ;32 :299-303.
- 29- Gallot D. Traitement chirurgical des colostomies. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Techniques chirurgicales-Appareil digestif. 2008;40-545.
- 30- Myers J, Rothenberger D. Sugar in the reduction of incarcerated prolapsed bowel:report of two cases. Dis Colon Rectum. 1991 ;34 :416-8.
- 31- Cubertafond P, Gainant A, Barbier J, Coste G. Colostomies : indications et complications. À propos d'une analyse de 1 142 cas. Chirurgie. 1985;(111) :331-41.
- 32- Carlstedt A, Fath S, Hulten L, Nordgren S. Long-term ileostomy complications in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. Int J Colorect Dis. 1987; 2:22-5.
- 33- Allen-Mersh T, Thomson J. Surgical treatment of colostomy complications. Br J Surg. 1988; 75:416-8.
- 34- Cheung M. Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas. Aust N Z J Surg. 1995; 65:808-11.

- 35- Fucini C, Wolff B, Dozois R. Bleeding from peristomal varices: perspectives on prevention and treatment. *Dis Colon Rectum*. 1991; 34:1073-8.
36. Bokey E, Johson S, Chapuis P, Pheils M. A two- limb side-to-side reservoir for the continent ileostomy: an experimental study in dogs. *Aust N Z J Surg*. 1983 ;53 :273-5.
- 37- Cuilleret J, Bou B, Burgard G. Traitement des éventrations juxta-stomiales par voie intrapéritonéale sans transposition. *Technique et premiers résultats. Lyon chirurgie*. 1990; 86:473-6.
- 38- Goligher J. Extraperitoneal colostomy and ileostomy. *Br J Surg*. 1958; 46:97-103.
- 39- Goligher J. *Surgery of the anus, rectum and colon*. London: Bailliere Tindall. 1985;703-705.
- 40- Watts J, de Dombal F, Goligher J. Long-term complications and prognosis following major surgery for ulcerative colitis. *Br J Surg*. 1966; 53:1014-23.
- 41- Marks C, Ritchie J. The complications of synchronous combined excision for adenocarcinoma of the rectum at St Mark's hospital. *Br J Surg*. 1975; 62:901-905.
- 42- Sjö Dahl R, Anderberg B, Bolin T. Parastomal hernia in relation to site of the abdominal stoma. *Br J Surg*. 1988; 75:339-41.
- 43- Rosin J, Bonardi R. Paracolostomy hernia repair with marlex mesh: a new technique. *Dis Colon Rectum*. 1977; 20:299-302.
- 44- Devlin H. Parastomal hernia. In: *Management of abdominal hernias*. London: Butterworths; 1984: 177-186.
- 45- Abdu R. Repair of paracolostomy hernias with marlex mesh. *Dis Colon Rectum*. 1982; 25:529-31.
- 46- Cheung M, Chia N, Chiu W. Surgical treatment of parastomal hernia complicating sigmoid colostomies. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44:266-70.
- 47- Leslie D. The parastomal hernia. *Surg Clin North Am*. 1984; 64:407-415.

- 48- Martin L, Foster G. Parastomal hernia. *Ann R Coll Surg Engl* 1996; 78: 81-84. *Ann R Coll Surg Engl*. 1996 ;78 :81-4.
- 49- Ligue Suisse contre le cancer. [26/03/2020]. Disponible: [www.liguecancer.ch/fr](http://www.liguecancer.ch/fr)
- 50- Dindo D. Classification of Surgical Complications. *Annals of Surgery*. 2004 ;240(2) :205-12.
- 51- Sanogo ZZ, Yena S, Simega A. Stomies digestives : expérience du service de chirurgie « A » du CHU du point G. *Mali médical*. 2004;(3) :24-27.
- 52- Guiet AM. Les stomies digestives : expérience du service de Chirurgie « A » du CHU du Point G [Thèse]. Bamako; 2007 :122p.
- 53- Parmar K, Zammit M, Smith A. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer network. *Colorectal Dis*. 2011; 13:935-8.
- 54- Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM, van Overbeeke AJ, Broeders IA, Consten EC. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1 year follow-up. *Int J Colorectal Dis*. 2012; 27:1095-9.
- 55- Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartotozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Disease*. 2006;(9) :559-61.
- 56- Takongmo S. Les entérostomies au CHU de Yaoundé. Indications et résultats à propos d'une série de 42 patients. *Health Sci*. 2009;10(1).
- 57- Liu J, Bruch H, Farke S, Nolde J, Schwandner O. Stoma formation for fecal diversion: a plea for the laparoscopic approach. *Tech coloproctol*. 2005;9(1):9-14.
- 58- Mahjoubie B, Moghimi A, Mirzaci R, Bijari A. Evaluation of the colostomy complications and the risk factors influencing them in iranian patients. *Colorectal Disease*. 2005 7(5) :582-7.
- 59- Attolou S, Seto D, Njoumi N, Gandji W, Mehinto D, Ehirchiou A. Complications des stomies digestives dans le service de chirurgie viscerale



- II de l'hôpital militaire d'instruction MOHAMMED V DE RABAT à propos de 39 cas. *J Afr Chir Dig.* 2019;19(2):2836-40.
- 60- Park J, Del Pino A, Orsay CE. Stoma complications the cook country hospital experience. *Disease Colon Rectum.* 1999; 42:1557-80.
- 61- Saghir J, Mckenzie F, Leckie D. Factors that predict complications after construction of stoma. A retrospective study. *Eur J Surg.* 2001;(167) :531-4.
- 62- Hazem B. Les complications chirurgicales des colostomies. *La Tunisie Médicale.* 2014 ;92(07) :482-487.
- 63- Gharbi L, Huguier M. Colostomie latérale sur baguette sous-cutanée. *Ann Chir.* 2000 ;125(9) :874-6.
- 64- Essomba A. Indications, Complications et résultats des colostomies transverses à l'hôpital général de Douala, Cameroun. *Rev Med Gd lacs.* 2012 ;1(2) :76-89.
- 65- Berard P, Guyot M, Conge J, Verges J. La stomathérapie française face à 30000 nouvelles stomies annuelles. *Lyon chirurgie.* 1991 ;87 :605-8.
- 66- Cubertafond P, Gainant A, Barbier J, Coste G. Les colostomies, indications et complications. A propos d'une analyse de 1142 cas. *Chirurgie.* 1985 ; 111 :331-41.
- 67- Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TRC, Luniss PJ. Complications of intestinal stomas. *Colorectal Disease.* 2009;11-36.
- 68- Makela J, Niskasaari M. Stoma care problems after stoma surgery in northern finland scandinavian. *journal of surgery.* 2006;(95) :23-7.
- 69- Koffi E, Yenon K, Kouassi J. Les entérostomies dans notre pratique hospitalière. *Médecine d'Afrique Noire.* 45(1) :62-5.
- 70- Bikandou G, Missie H. Les stomies digestives au CHU de brazzaville. *Med Chirg Dig.* 1996;(25) :23-4.
- 71- Kairaluoma M, Rissanen H, Kullti V, Mecklin JP. Outcom of temporary stomas. *Dig Surg.* 19:45-51.

- 72- Gallot D. Anatomie chirurgicale du côlon. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Techniques chirurgicales-Appareil digestif. 2008;40-535.
- 73- Raber M, Steenvoorde P. Stomal mucocutaneous dehiscence as a complication of a dynamic wound closure system following laparotomy: a case report. Ostomy Wound Manage. 2011; 57:34-7.
- 74- Andivot T, Bail J, Chio F, Juliard G, Topart P, Lozach P, et al. Les complications des colostomies. Année Chir. 96 ;50(3) :252-7.
- 75- Ouattara T, Sanou A, Ouiminga RM, Soudre BR, Traoré O, Bonkougou B, et al. Le rétablissement de la continuité digestive à propos de 39 cas de résections coliques en urgence. Annales de l'Université de Ouagadougou. 1994; 2:8p.
- 76- Baker M, Williams R, Nighthingale J. Causes and management of a high-output stoma. Colorectal Disease. 2011 ;13 :191-7.



# ANNEXES

## FICHE D'ENQUETE

### LES COMPLICATIONS POST OPERATOIRES DES STOMIES DIGESTIVES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU CHU GABRIEL TOURE DE 2008 à 2020

Numéro fiche :.....

#### I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- Nom et prénoms :.....
- Sexe :.....
- Age :.....
- Nationalité :.....
- Provenance :.....
- Profession :.....
- Situation matrimoniale : .....
- Contact à Bamako : .....

#### II. MODE DE RECRUTEMENT DES MALADES

- Année de recrutement :.....
- Mode de consultation :
  - Urgence
  - Consultation externe
- Adressé par : .....

#### III. ANTECEDENTS

- Médicaux :
  - Diabète
  - Ulcère gastroduodéal
  - Immunodépression
  - Obésité
  - Autres :.....
- Chirurgical :.....

#### IV. DIAGNOSTIC INITIAL

- Indications de la stomie :.....
  - Tumorales
  - Infectieuses
  - Traumatiques
  - Occlusions

#### V. STOMIES

- Type de stomie
  - Jéjunostomie
  - Iléostomie
  - Caecostomie
  - Colostomie
  - Iléocolostomie

- Autres :.....
- Caractère de la stomie
  - Temporaire
  - Définitif
- Technique
  - Double canon
  - Selon Hartmann
- Variété
  - Latérale
  - Terminale
- Position
  - Droite
  - Gauche
- Mode d'appareillage
  - Poche stomie
  - Matériel local

## VI. COMPLICATIONS

- Complications précoces
  - Irritation péristomiale
  - Rétraction stomiale
  - Dérivation incomplète
  - Occlusion
  - Hémorragie et hématome
  - Œdème et nécrose stomiale
  - Eviscération stomiale
- Complications tardives
  - Prolapsus
  - Sténose
  - Eventration péristomiale
  - Perforation stomiale
- Complications médicales
  - Dénutrition
  - Déshydratation
- Retentissements psychologiques
  - Évaluée
  - Non évaluée
  - Autres :.....
- Classification Clavien Dindon : .....
  - GradeI
  - GradeII
  - GradeIIIa
  - GradeIIIb
  - GradeIVa
  - GradeIVb
  - GradeV

## VII. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE

- Glasgow : .....
- Conjonctives : .....
- Température : ..... °C
- Pouls : ..... batt/min
- Fréquence respiratoire : .....cycle/min
- Pression artérielle : ...../.....mmHg
- Constipation : .....1. Oui ; 2. non
- Diarrhée : .....1. Oui ; 2. non
- Arrêt des matières et des gaz.....1. Oui ; 2. non
- Natrémie : .....meq/l

## VIII. TRAITEMENT

### Médical

- Vaseline
- Antalgique
- Antibiotique
- Exofène
- Autres : .....

### Chirurgical

- Reprise au bloc
- Gestes : .....

## IX. EVOLUTION

- Evolution
  - Favorable
  - Rétablissement
  - Décès
- Reprise du transit : .....

# ICONOGRAPHIE



**Figure 18** : Iléostomie en double canon (image chirurgie générale CHU Gabriel Touré)





**Figure 19** : Irritation péristomiale (image chirurgie générale CHU Gabriel Touré)



**Figure 20** : Prolapsus stomial (image chirurgie générale CHU Gabriel Touré)



**Figure 21** : Suppuration péristomiale (image chirurgie générale CHU Gabriel Touré)



**Figure 22** : Irritation+ Rétraction stomiale (image chirurgie générale CHU Gabriel Touré)



**Figure 23** : Lâchage stomial + Infection + Rétraction stomiale (image chirurgie générale CHU Gabriel Touré)

## FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** GBEBO

**Prénoms :** Rollande Diesta Sèwanou

**E-mail :** gbebodiasta@gmail.com

**Nationalité :** Béninoise

**Année universitaire :** 2020-2021

**Lieu de dépôt :** *Bibliothèque de la FMOS*, Bamako, Mali.

**Titre de la thèse :** Les complications des stomies digestives au CHU Gabriel Touré de 2008 à 2020.

**Ville de soutenance :** Bamako      **Section :** Médecine

**Secteurs d'intérêt :** Chirurgie générale

### Résumé

**Introduction :** La création d'une stomie est une solution alternative ou définitive consistant à aboucher un viscère à la peau en dehors de son emplacement initial. Cette pratique chirurgicale peut provoquer des complications chirurgicales et médicales.

**Objectif :** Le but de ce travail était de mettre en évidence les principales complications enregistrées au sein du service, d'identifier les causes afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des stomies.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude rétro-prospective, descriptive portant sur des patients opérés et hospitalisés porteurs de stomies dans le service de chirurgie générale de Gabriel Touré de 2008 à 2020.

#### **Résultats :**

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 82 cas de complications sur 588 cas de stomies effectuées. Notre fréquence a représenté 13,96% des patients stomisés et 1,16% de nos interventions chirurgicales.

L'âge moyen de nos patientes était de 42,90 ans avec des extrêmes de 16 et 90 ans. Le sexe ratio était de 2,09.

La majorité de nos patients était prise en urgence soit (94,05%). Les indications essentielles ont été les causes infectieuses (34,18%), suivit de celles tumorales (33,16%) et des occlusions (24,15%). Les colostomies ont été les plus réalisées 63,09%, la majorité à caractère temporaire (97,78%). Le matériel local composé de sachet plastique était le plus utilisé comme moyen d'appareillage (65,14%).

Les principales complications étaient essentiellement : l'irritation stomiale (3,74%), les troubles métaboliques (2,38%), le retentissement psychologique (2,21%), le prolapsus stomial (2,21%), la nécrose stomiale (1,87%), la suppuration stomiale (1,19%), la sténose stomiale (1,02%), et la rétraction stomiale (1,02%). Nous avons enregistré 52 décès dont la cause n'était pas reliée directement aux complications.

**Conclusion :** Si la réalisation des stomies est facile, il n'en demeure pas moins qu'elles exposent à des complications dont le diagnostic est essentiellement

clinique. L'amélioration du plateau technique, l'information du patient, l'éducation des populations pour une consultation pourrait diminuer les complications.

**Mots clés** : stomies digestives, indications, complications, chirurgie, Mali.

## **SERMENT D'HYPPOCRATE**

**En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !**

**JE LE JURE !**