

LES STOMIES DIGESTIVES : PRESENTATION - INDICATIONS – COMPLICATIONS

jean-pierre.bail@chu-brest.fr

PRESENTATION DES STOMIES DIGESTIVES
--

Les stomies digestives sont réalisées dans 2/3 des cas pour un cancer, elles concernent des sujets âgés en moyenne de 65 ans. Elles sont définitives une fois sur deux ; il s'agit d'une colostomie dans 75% des cas et d'une iléostomie dans 20% des cas.

Une colostomie peut être terminale (un seul orifice) ou latérale (deux orifices). En cas de colostomie terminale on réalise un passage sous péritonéal de l'extrémité colique (trajet en chicane) afin de limiter les risques de prolapsus. La consistance des selles varie selon la topographie de l'extrémité extériorisée et selon le régime alimentaire : s'il s'agit du côlon transverse droit les selles sont liquides et un régime sans résidu associé à un traitement ralentisseur du transit peut s'avérer nécessaire. S'il s'agit du côlon transverse gauche les selles sont plus pâteuses. S'il s'agit du côlon gauche, les selles sont en général solides et l'alimentation normale est possible. Les colostomies du côlon transverse droit et du côlon transverse gauche sont plus souvent latérales et temporaires, à l'opposé celles du côlon gauche sont dans 65% des cas terminales et définitives.

Une iléostomie qu'elle soit latérale ou terminale est toujours distale. Les selles, en général liquides et alcalines, ont une forte tendance à altérer la peau : d'où l'intérêt d'un appareillage parfaitement ajusté (mesure précise de la découpe des poches) et de l'éversion de la muqueuse en forme de trompe. Lorsque la quantité de selles dépasse 1,5 litre par 24 h, il peut y avoir des répercussions graves de déshydratation et de déséquilibre ionique : un régime sans résidu peut être nécessaire et il faut compenser les pertes par des boissons (eau de vichy) ; au besoin il faut recourir à des

ralentisseurs de transit par voie orale (Imodium* ou Arestal* : 1 à 6 cps / jour).

Pour l'éducation thérapeutique du patient l'approche psychologique est déterminante ; De nombreux acteurs peuvent intervenir, chacun dans son rôle propre : chirurgien, équipes soignantes, stomathérapeutes, diététiciennes, psychologues, bénévoles des associations de stomisés. En chirurgie programmée comme en chirurgie d'urgence, il importe de bien informer le patient et ses proches avant l'intervention de l'éventualité d'une stomie : le repérage de l'emplacement de la stomie doit être marqué de façon indélébile, en tenant compte des plis cutanés, de la morphologie de la sangle abdominale, des positions debout, assise et allongée. Si l'on envisage une colostomie distale définitive, il faut informer le patient des possibilités d'auto irrigations rétrogrades, en lui exposant les avantages pour son autonomie et l'amélioration de sa qualité de vie. Le matériel nécessaire pour différents appareillages doit être bien expliqué (poches autocollantes, filtres, matériel d'irrigation) et il faut éduquer le patient à des règles de soins élémentaires (utilisation de l'eau du robinet et du savon ordinaire, séchage cutané au sèche-cheveux).

INDICATIONS DES STOMIES DIGESTIVES

1° Certaines plaies ou infections du périnée, certaines formes graves de maladie de Crohn, certaines péritonites graves peuvent nécessiter une colostomie ou une iléostomie, jusqu'à consolidation de la maladie.

Le rétablissement ultérieur de la continuité digestive ne sera parfois possible qu'au prix d'une intervention chirurgicale lourde : c'est le cas par exemple du rétablissement de continuité digestive après intervention de HARTMANN (colectomie gauche avec fermeture du moignon rectal et colostomie terminale) réalisée en urgence en cas de péritonite généralisée par perforation d'un diverticule.

2°) Les cancers primitifs du côlon se révèlent par une occlusion dans 16% des cas, dans cette situation il faut tenter de résoudre de façon concomitante trois priorités : 1°) soulager le patient (sonde gastrique aspirative, perfusion IV, antalgiques et antispasmodiques) ; 2°) évaluer au mieux le stade du cancer (scanner du thorax et de l'abdomen) ; 3°) envisager avec le malade et l'équipe soignante l'éventualité d'une opération chirurgicale pouvant conduire à une stomie digestive.

a) Dans 2/3 des cas l'obstacle se situe au niveau d'une sténose du côlon gauche infranchissable à l'endoscopie : Le scanner balisé par un lavement à l'eau ou aux produits de contraste hydrosolubles permet de confirmer la topographie de la lésion. La stratégie chirurgicale dépend du retentissement de l'occlusion, de l'état général du patient et du stade de la maladie.

- Une première solution peut être, en dehors d'une souffrance colique d'amont importante, de dériver l'obstacle par une colostomie latérale de décharge dite « de proche amont » : le patient sera opéré de son cancer et libéré de sa colostomie 8 à 15 jours plus tard après un bilan plus approfondi comportant notamment une coloscopie totale.
- Une seconde solution peut être l'intervention de HARTMANN qui est une chirurgie assez lourde dans un contexte d'urgence, mais qui présente l'avantage de traiter en même temps le cancer (parfois perforé et abcédé) et l'occlusion. Le rétablissement de la continuité digestive est envisagé deux à trois mois plus tard au prix d'une seconde opération qui n'est en pratique réalisée qu'une fois sur deux en raison de la fragilité de certains patients.
- A l'extrême afin d'éviter la stomie digestive, on peut envisager en urgence une colectomie subtotalaire emportant à la fois la tumeur et le côlon dilaté, ce qui autorise la réalisation d'une anastomose iléo colique sans risque important de fistule. Cette opération radicale a l'inconvénient d'exposer le patient à des diarrhées et à des faux besoins qui peuvent être très invalidants en cas de continence sphinctérienne préalablement altérée.
- Une quatrième solution peut être la réalisation d'une résection segmentaire du côlon avec anastomose colo-colique d'emblée. Afin de diminuer les risques de fistules on peut recourir à la vidange lavage du côlon en occlusion « sur table » et/ou protéger

l'anastomose par une stomie latérale temporaire de dérivation. Cette option idéale a néanmoins l'inconvénient de faire une impasse sur d'éventuelles lésions coliques synchrones.

- Une cinquième solution, pour des tumeurs pas trop basses, consiste à lever l'obstacle en urgence par la mise en place sous contrôle endoscopique d'une prothèse auto expansive. Une opération chirurgicale peut être envisagée à distance : s'il s'agit d'un cancer étendu du rectum une radiothérapie préopératoire peut être discutée ; s'il existe des métastases multiples hépatiques et/ou pulmonaires, en absence d'occlusion persistante, le traitement premier voire exclusif par chimiothérapie est habituellement proposé. Dans plus de 10% des cas cependant la prothèse est un échec en raison de perforations, d'hémorragies, d'obstructions et de migrations, ce qui peut conduire à une opération chirurgicale précipitée.

b) Dans 1/3 des cas l'obstacle se situe au niveau du côlon droit : Le tableau clinique et radiologique est superposable à celui d'une occlusion de grêle par obstruction, l'acte chirurgical est une colectomie droite avec anastomose iléo colique d'emblée.

3° En cas de cancer du rectum bas situé, il faut toujours envisager la possibilité d'une stomie temporaire ou définitive.

a) La tendance actuelle est d'éviter la colostomie définitive en réalisant des anastomoses colo anales basses et en poussant à l'extrême les limites de la préservation sphinctérienne, sous couvert d'une iléostomie latérale de décharge durant 3 mois.

Pour éviter une anastomose en tissu néoplasique, on admet qu'il faut respecter une marge longitudinale de sécurité minimale de 1cm entre la tranche de section et le pôle inférieur. Cette règle prévaut pour une lésion ne dépassant pas la paroi en profondeur. Pour des lésions plus évoluées traitées par radio chimiothérapie préopératoire, la règle ne demeure applicable que sous couvert d'une recoupe saine à l'examen histologique extemporané.

Au cas échéant, au prix d'une continence moins bonne, il est possible d'effectuer une section très basse (résection inter sphinctérienne avec sacrifice partiel ou total du sphincter interne).

Toutes ces anastomoses basses sont pratiquées sur des segments digestifs souvent fragilisés : à l'ischémie induite par la confection d'un mini -réservoir colique en J ou en losange (nécessaire pour diminuer le nombre de selles) s'ajoutent celle induite par la résection totale du méso rectum et parfois celle induite par l'irradiation préopératoire. Il est par conséquent indispensable de protéger ces anastomoses le temps de la cicatrisation durant deux à trois mois, par une dérivation iléale en amont.

b) Il demeure des circonstances pour laquelle l'amputation abdomino-périnéale avec colostomie terminale définitive reste la seule solution (tumeur trop basse, mauvais résultats fonctionnels prévisible).

Dans cette situation selon notre expérience, la technique d'irrigation colique rétrograde est particulièrement adaptée aux patients actifs : elle se pratique toutes les 48 heures, dure en moyenne 35 minutes et nécessite environ 950 ml d'eau tiède. Elle permet d'obtenir une continence satisfaisante dans plus de 80% des cas. Seul un nombre limité de malades habitués à la technique (moins de 10%) l'abandonne, la raison essentielle étant l'incontinence et plus rarement la douleur ou le temps passé.

4°) Les coloprotectomies totales nécessitent toujours une iléostomie temporaire ou définitive.

Ces interventions qui sacrifient la totalité du côlon et du rectum ne sont envisagées qu'en cas de risque important de dégénérescence cancéreuse de l'ensemble de la muqueuse ou en cas d'une atteinte inflammatoire sévère de la totalité de cette muqueuse. Elles concernent essentiellement deux types de maladie :

-La polypose adénomateuse familiale, qui est une affection héréditaire rare à transmission autosomique dominante liés à une

mutation germinale du gène APC. Elle est à l'origine de 1% des cancers colorectaux. Les polypes colorectaux se manifestent sous la forme d'un « tapis de laine » vers la fin de la première décennie, ils augmentent en nombre et en taille avec l'âge et se répartissent sur l'ensemble du cadre colique et au niveau du rectum. La dégénérescence cancéreuse est systématique avant l'âge de 40 ans. Pour cette raison en cas de forme classique de la maladie, une chirurgie prophylactique est systématiquement requise chez le grand adolescent ou l'adulte jeune. En cas de forme atténuée de la maladie, la décision d'une chirurgie radicale repose sur la gravité de la polypose et sur les possibilités de contrôles endoscopiques.

-Les formes graves de rectocolites ulcéro hémorragiques (RCH) résistantes aux traitements médicamenteux par corticoïdes et par immunosuppresseurs.

Lorsque l'on pratique une coloprotectomie totale il existe trois possibilités d'abouchement de l'extrémité iléale :

-Soit un abouchement en une simple iléostomie cutanée terminale. Cette option peut être la solution d'attente en cas de RCH compliquée d'une colectasie sévère, nécessitant en urgence une résection colique subtotale avec mise à la peau au niveau de l'incision médiane de l'extrémité rectale en vue de lavages du moignon par des corticoïdes locaux. La décision de totalisation de la protectomie avec anastomose iléoanale sur réservoir ne sera éventuellement prise que dans un second temps, au vu de l'évolution des contrôles endoscopiques.

-Soit une d'iléostomie dite continente, avec réservoir et valve continente nécessitant des *auto sondages évacuateurs* (technique peu pratiquée).

-Soit la confection d'une anastomose iléo anale avec réservoir en J long de 15 cm. Cette intervention est pratiquée par voie abdominale (classique ou par laparoscopie) combinée avec un abord périnéal endo anal. En cas de polypose, il n'est pas toujours nécessaire de recourir à une iléostomie d'amont de protection. Il n'en est pas de même en cas de RCH en raison des risques importants de désunion liés à l'inflammation.

COMPLICATIONS LOCALES DES STOMIES DIGESTIVES

Les complications des stomies peuvent constituer un handicap pour les patients, la littérature avance des taux de complications de 20 à 40%.

Les complications précoces (dans le mois faisant suite à l'opération) sont observées dans environ 25% des cas, elles nécessitent une reprise chirurgicale une fois sur 5 : Les complications les plus fréquentes sont **les abcès, les nécroses, les rétractions**.

Les complications tardives (au bout d'un an minimum) sont observées de même dans environ 25% des cas et elles nécessitent une nouvelle opération chirurgicale une fois sur 3 : Les complications les plus fréquentes sont à égale répartition : **les éventrations péri stomiales, les prolapsus, les sténoses**. Les trois premières complications sont souvent associées.

La plupart de ces complications est liée à des défauts techniques qu'il conviendrait de rectifier en respectant les principes opératoires élémentaires de confection des stomies : utilisation du repérage préopératoire, découpe cutanée ajustée, trajet sous péritonéal, extériorisation sans tension et à foyer fermé d'un segment bien vascularisé, suture colo cutanée extra muqueuse.

EN CONCLUSION

Le rôle propre de chaque personnel soignant et en particulier de l'infirmière stomathérapeute est capital pour l'éducation thérapeutique des patients et pour le dépistage des complications précoces et tardives.
