

# **STOMIES DIGESTIVES**

**PRESENTATION**  
**INDICATIONS**  
**COMPLICATIONS**

**Jean-Pierre BAIL (CHU de Brest)**

# **PRESENTATION**

# EPIDEMIOLOGIE

- **AGE MOYEN : 65 ans**
- **CANCER 60% des cas**
- **COLOSTOMIES : 75%; ILEOSTOMIES :17%**
- **TEMPORAIRES / DEFINITIVES : 50%**

*Enquête française 1990 : 3000 nouveaux cas*

# COLOSTOMIES

## ➤ TERMINALE

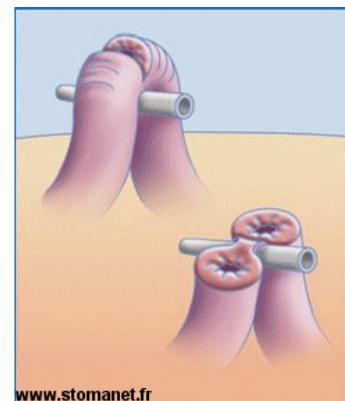
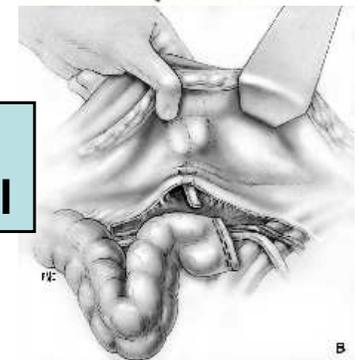
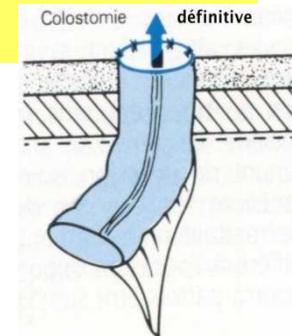


## ➤ OU LATÉRALE ...

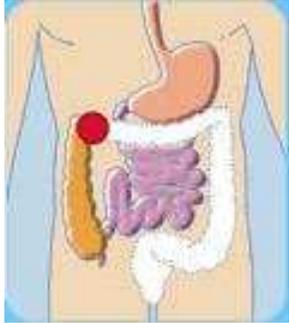


trajet direct

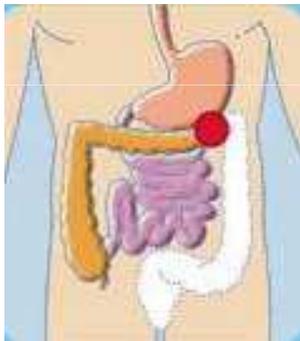
trajet  
sous-péritonéal



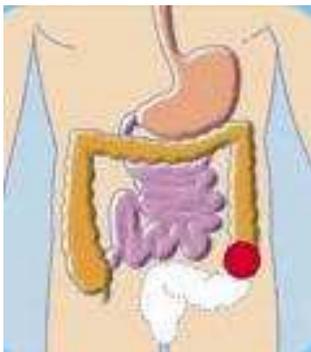
# ...de topographie variable



- **Côlon transverse droit : selles semi liquides**  
*60% latérales et temporaires*

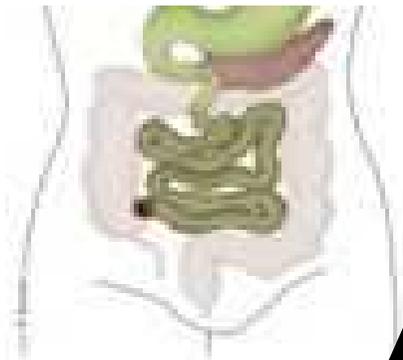


- **Côlon transverse gauche : selles pâteuses**  
*Souvent latérales et temporaires*

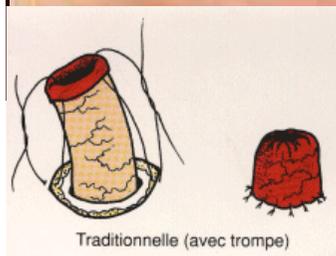


- **Côlon gauche : selles solides**  
*65 % terminales et définitives*

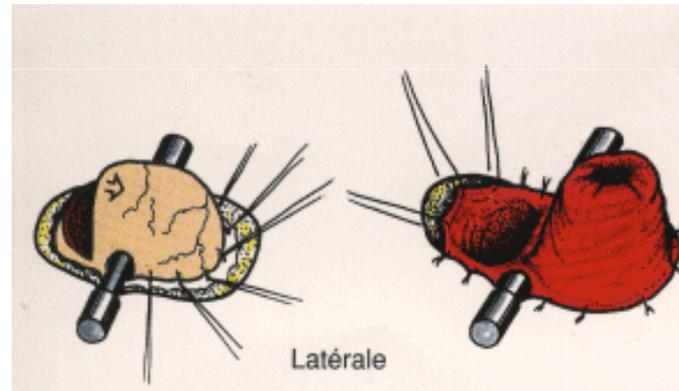
# ILEOSTOMIES toujours distales



**TERMINALE (63%)**



**LATERALE (37%)**



**selles liquides alcalines  
Production <1,2 litres / j**



# PSYCHOLOGIE

➤ **TERMES A EVITER**

« *Anus artificiel* »

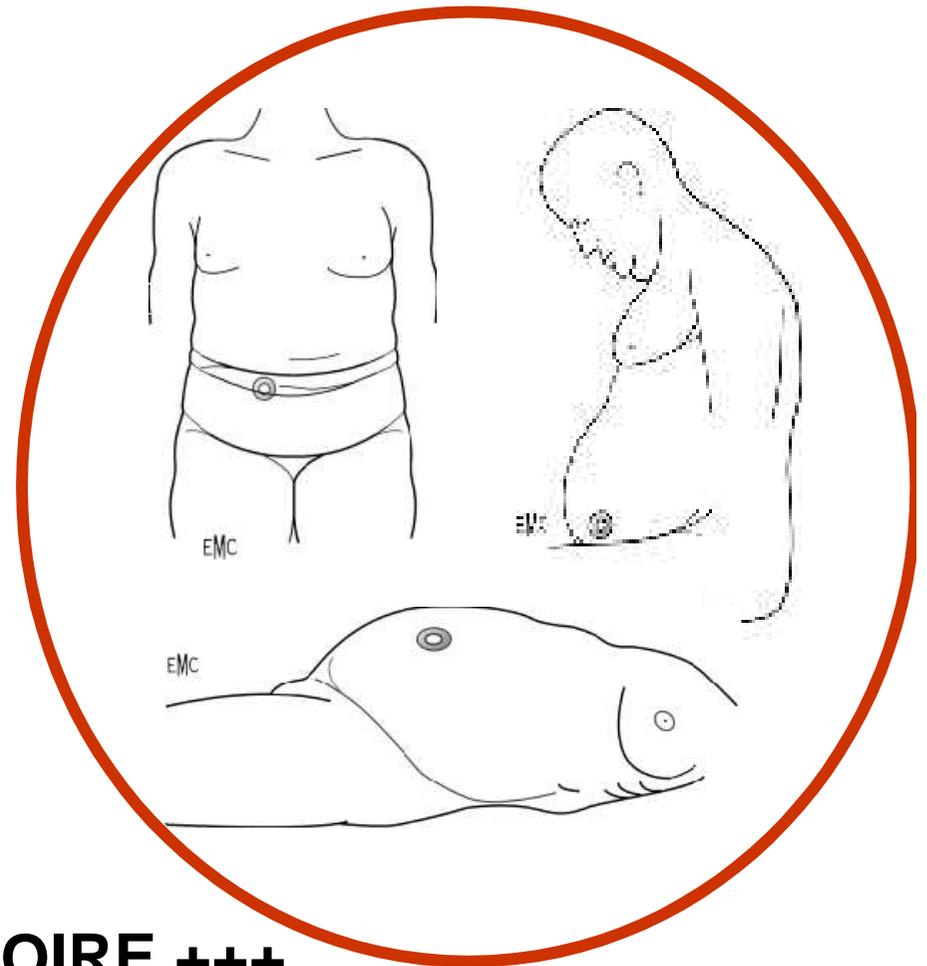
« *Poche* »

➤ **EXPLIQUER AU MALADE :**

Iléostomie

Colostomie

*Provisoire  
ou définitive*



➤ **REPERAGE PRE - OPERATOIRE +++**

négligé une fois/2

# **ACTEURS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE**

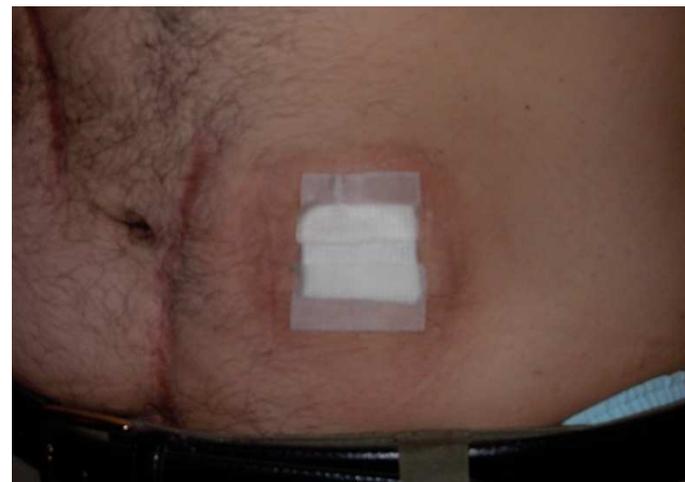
- **CHIRURGIEN**
- **IDE et AS**
- **STOMATHERAPEUTE**
- **DIETETICIEN**
- **PSYCHOLOGUE**

- **PATIENT**
- **PROCHES**
- **BENEVOLES DES  
ASSOCIATIONS  
DE STOMISES**

# SOINS ET MATERIEL



# COLOSTOMIES DISTALES ET TERMINALES = possibilité d'irrigations



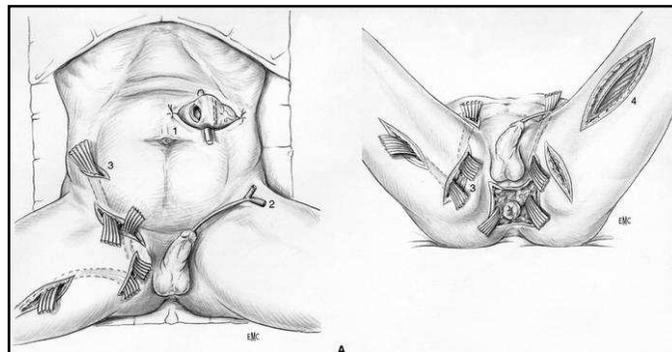
# INDICATIONS

- **1°) PLAIES - FISTULES - PERITONITES**
- **2°) OCCLUSIONS DES CANCERS DU CÔLON**
- **3°) CANCERS DU RECTUM**
- **4°) COLOPROTECTOMIES TOTALES**

# I) PLAIES - FISTULES - PERITONITES

= stomies temporaires

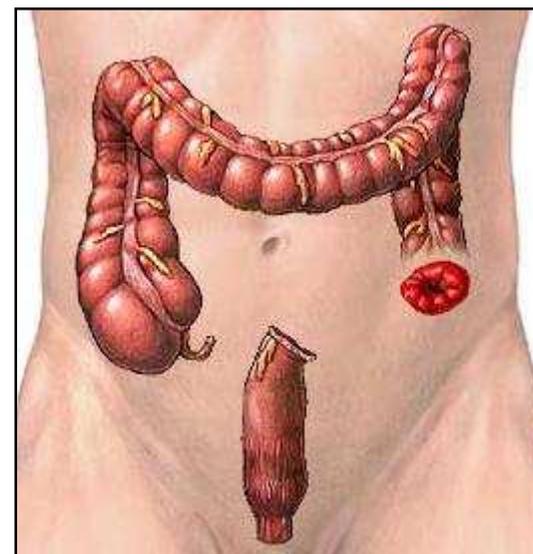
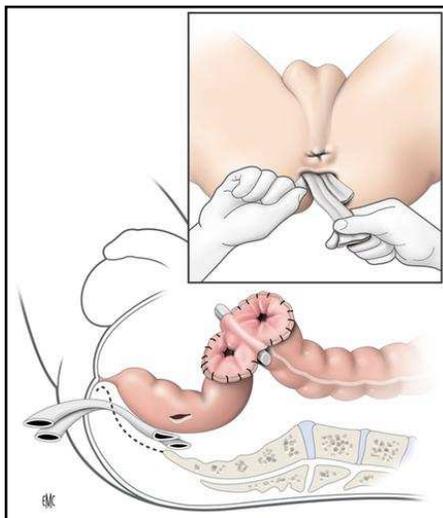
1) Infection du périnée  
Syndrome de Fournier



3) Maladies de Crohn  
avec fistules

4) Hartmann pour  
péritonite diverticulaire

2) Plaie  
du rectum



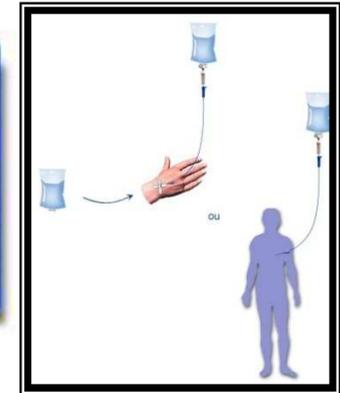
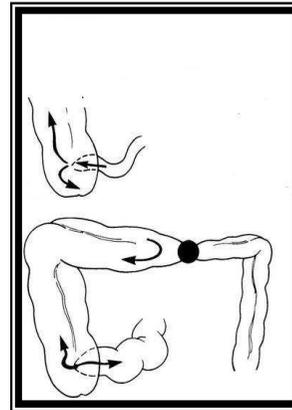
**II) CANCER DU CÔLON  
EN OCCLUSION :  
(16% des cas )**

# 1) Soulager !

Sonde gastrique aspirative

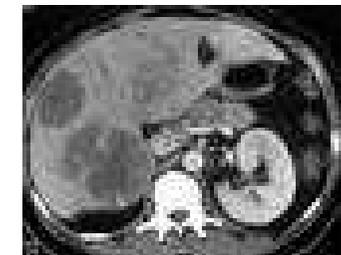
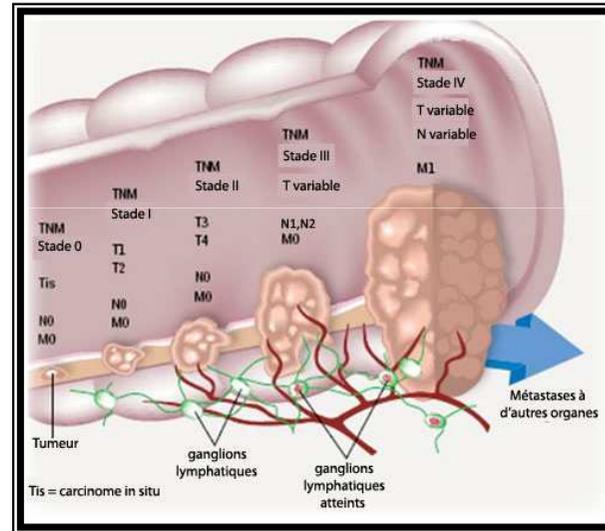
Perfusion poly-ioniques.

Antalgiques antispasmodiques



# 2) Stade?

avant d'envisager une résection



# 3) Stomie ?

importance de la topographie

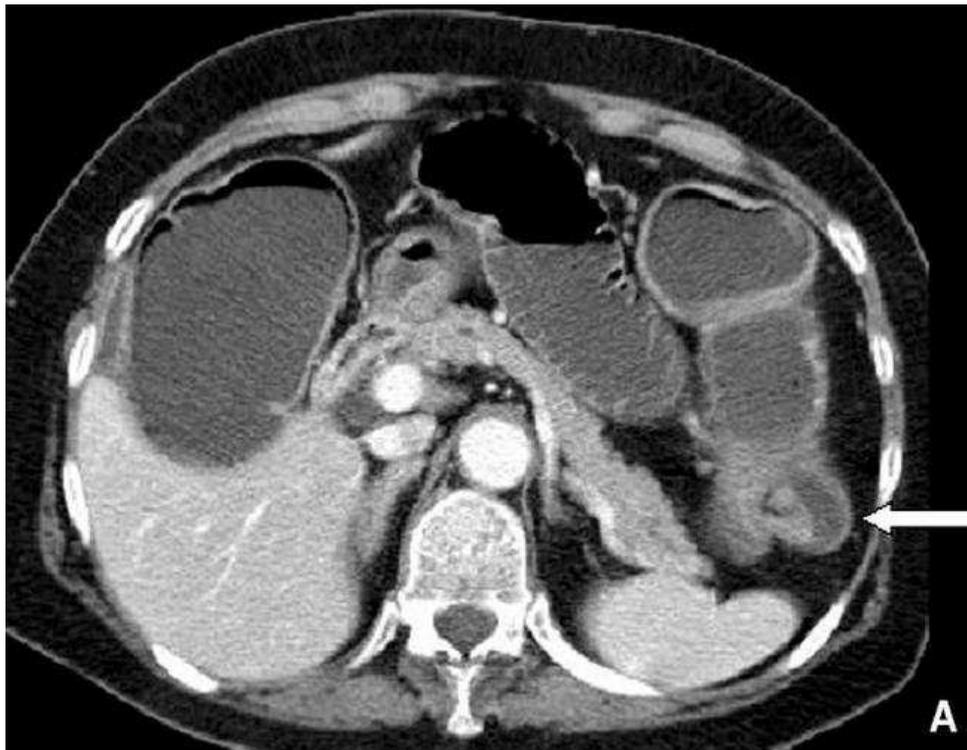


# OBSTACLE A GAUCHE : 2/3 des cas

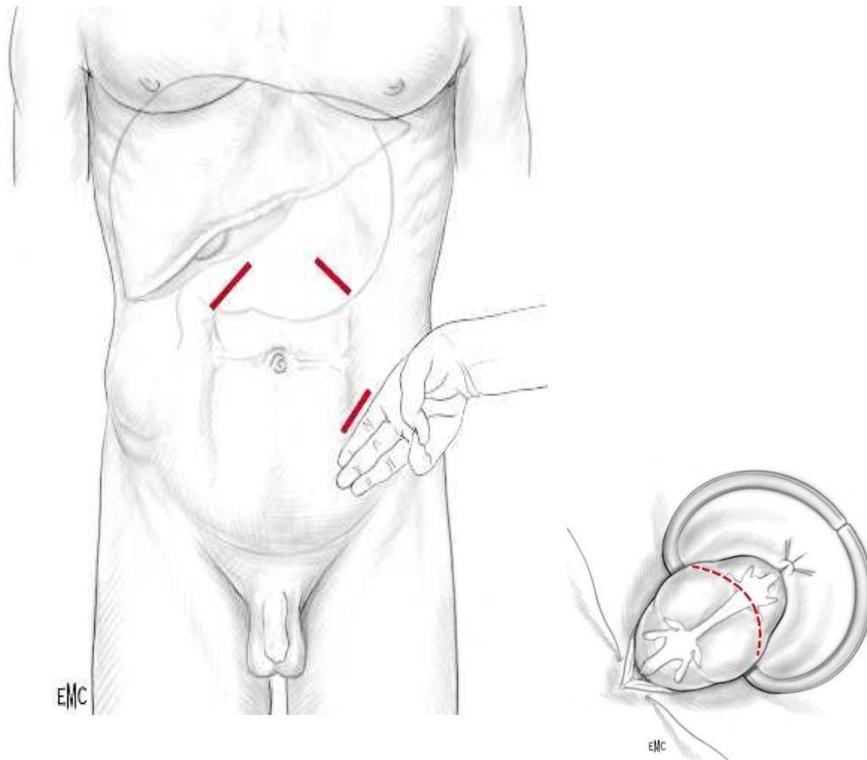


- Dilatation côlon droit (grêle peu dilaté)
- NHA de type colique
- Absence d'air au niveau de l'ampoule rectale

**Le lavement opaque  
et/ou le colo-TDM balisé à l'eau  
situent l'obstacle sur le côlon gauche**

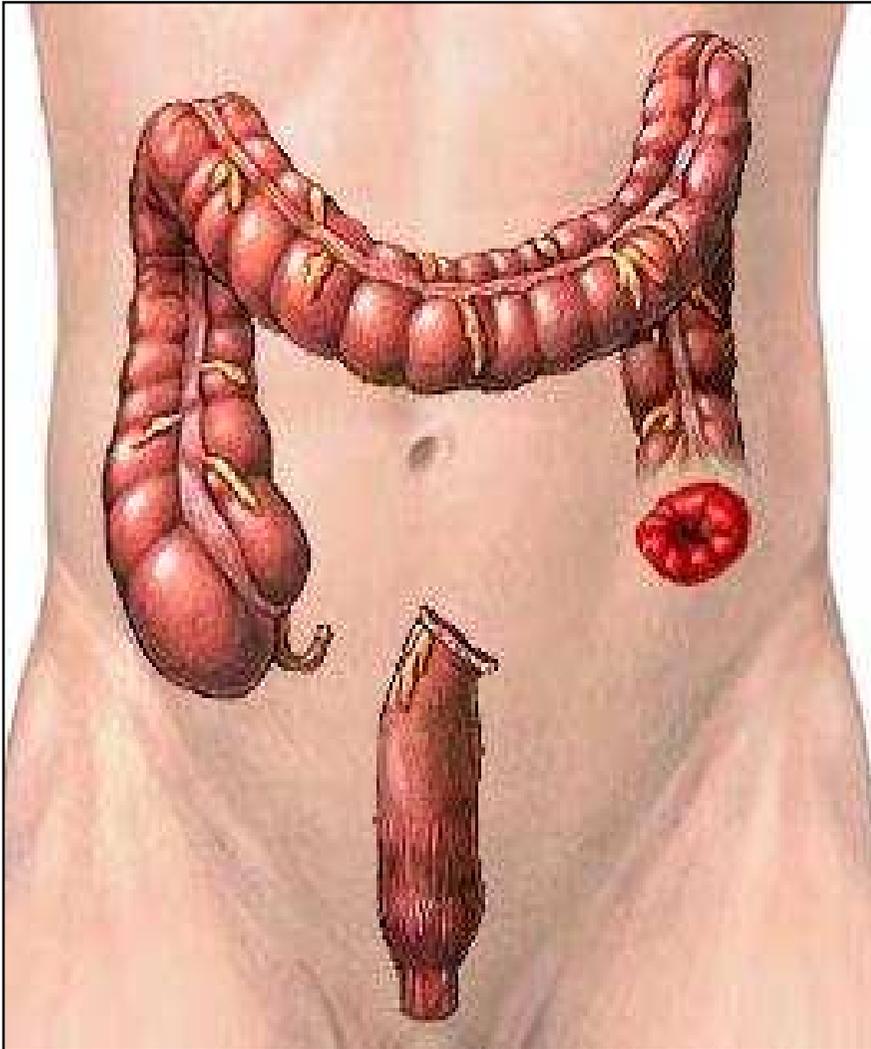


# Solution 1: Colostomie proche amont



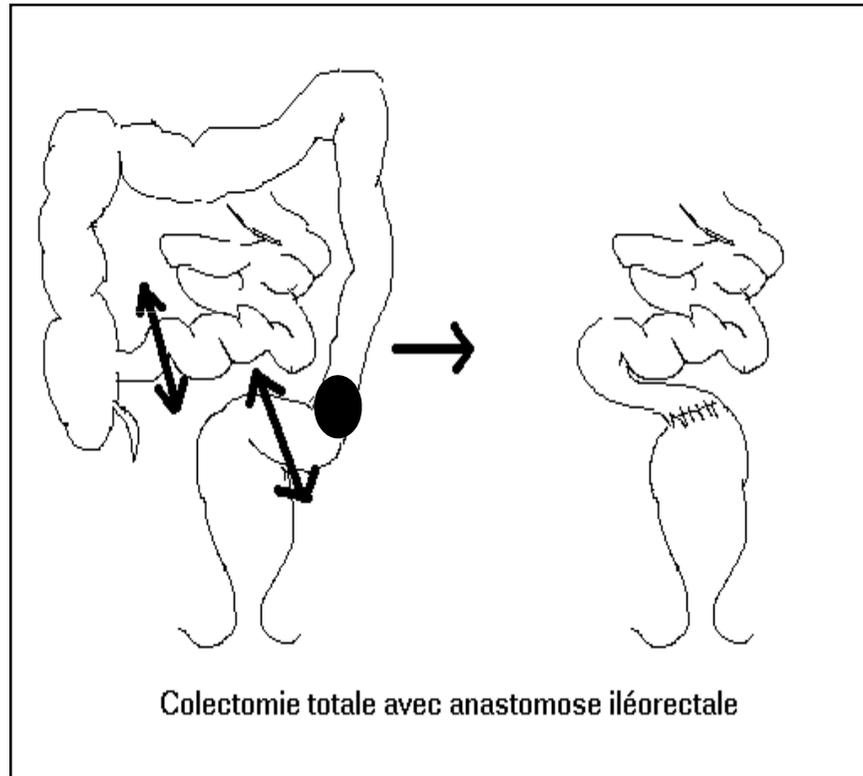
- Référence +++
- **Interdite** si souffrance d'amont
- Réopération **J8 à J15**
- Mortalité cumulée  
2,7 à 10%

## Solution 2 : Intervention de Hartmann



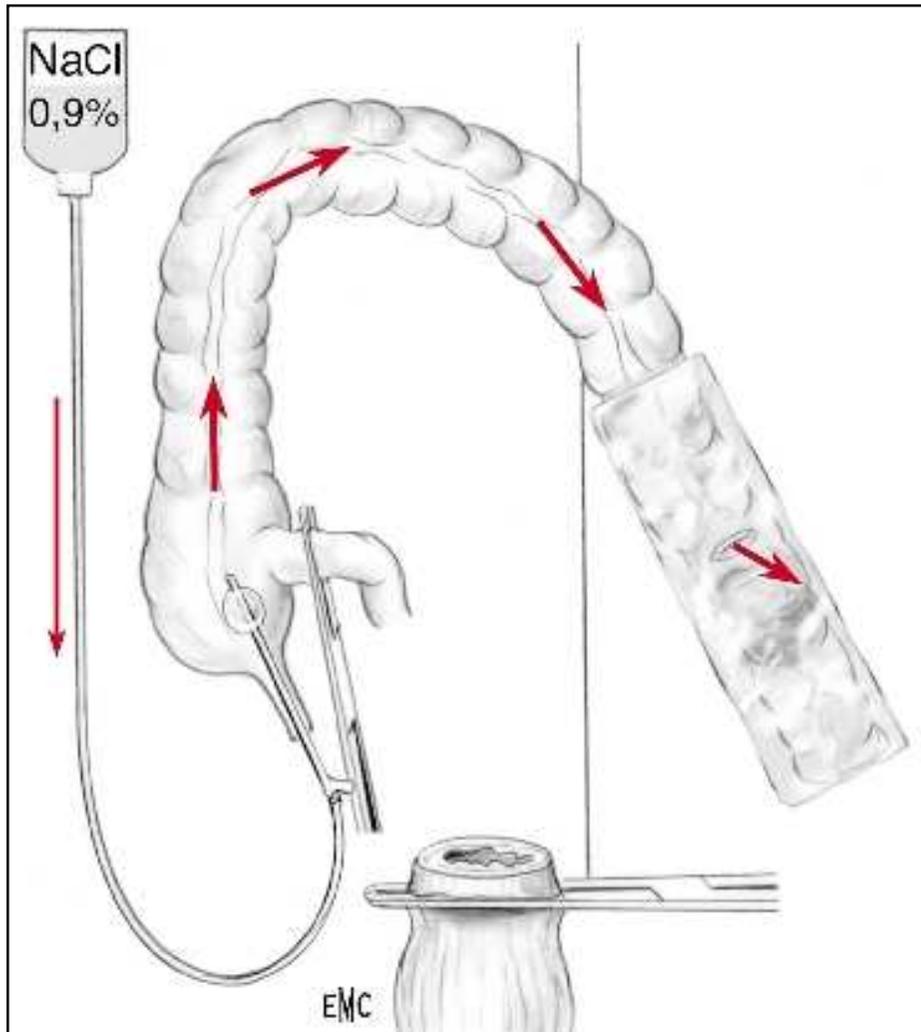
- **Mauvaises conditions /chirurgie carcinologique**
- **Mortalité 10%**
- **Rétablissement**
  - dans les 3 mois
  - **Possible une fois sur 2**

## Solution 3 : Colectomie sub-totale



- règle en un temps :  
occlusion et cancer
- **Mortalité 3 à 13%**  
**Morbidité 8%**
- Diarrhées  
+ faux besoins

# Solution 4: Résection – anastomose avec lavage peropératoire



Chirurgie en un temps

± Colostomie ou iléostomie  
de protection de l'anastomose

➤ Mortalité 0 à 11%

➤ Fistules 0 à 4%

➤ Impasse /autres  
lésions synchrones

# Solution 5 : Prothèse auto-expansive trans-anale

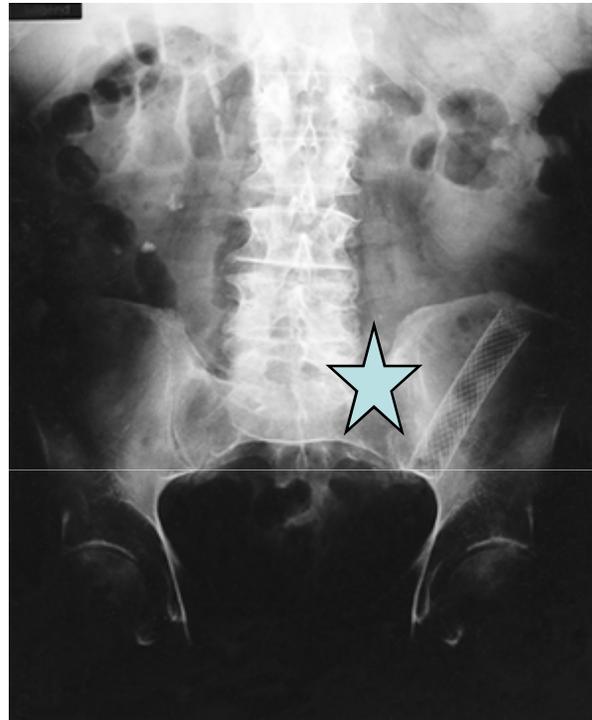
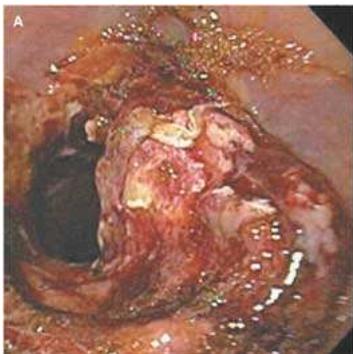


Figure 1: Patient de 75 ans avec métastases hépatiques avancées. Endoprothèse lors de tumeur sténosante au niveau de la zone de



Résection possible  
secondairement

➤ **Perforation : 4%**  
– Hémorragie

➤ **ECHECS : 8 à 12%**

➤ **SI PALLIATIVE**

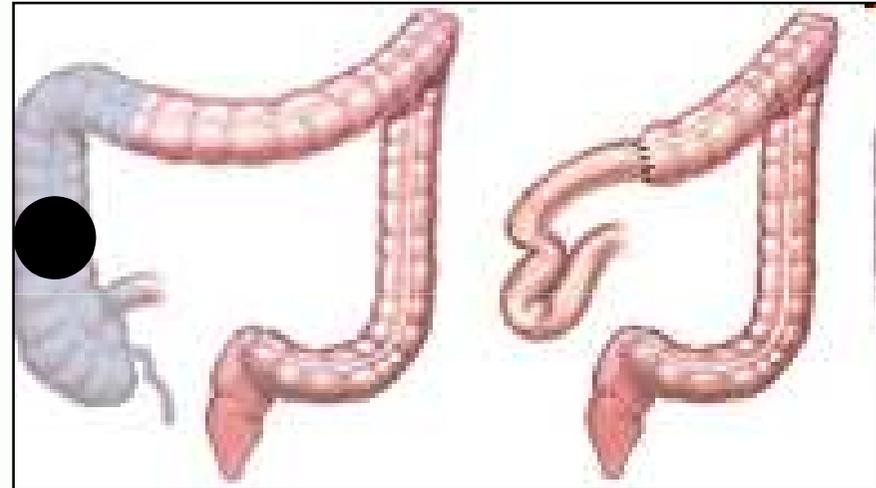
- 10% d'obstructions
- 10 % migrations

# OBSTACLE CÔLON DROIT : 1/3 des cas

Radiographie sans préparation de l'abdomen en position debout

niveaux hydro-aériques de type grêle (multiples, centraux, plus larges que hauts)

absence d'air dans tout le cadre colique.

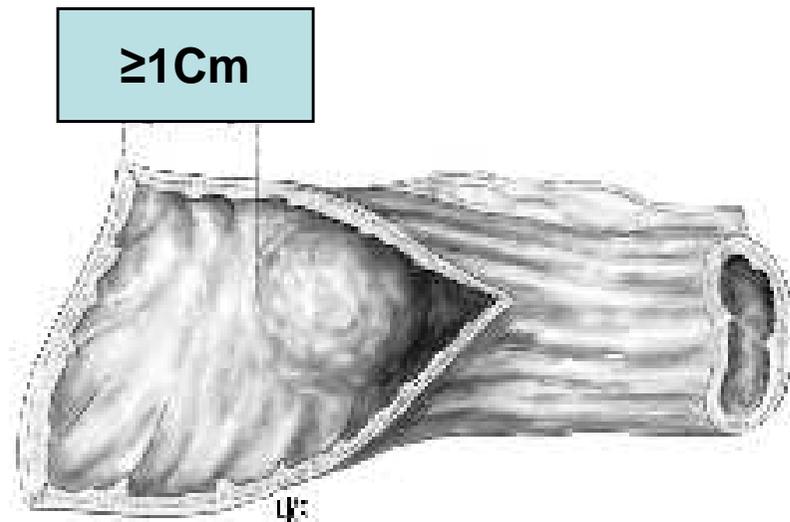


**Colectomie droite avec anastomose d'emblée sans stomie**

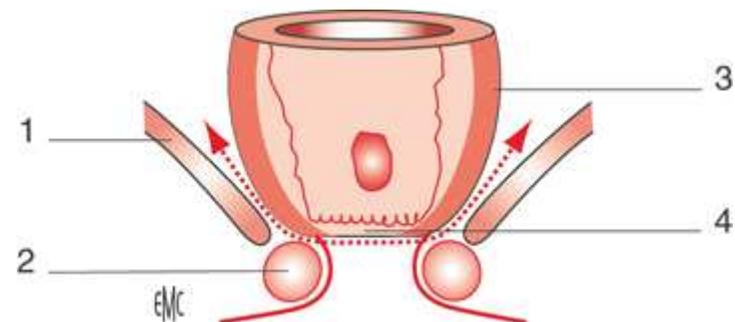
### **III) CANCER DU RECTUM**

# Limites de la préservation sphinctérienne

- marge distale per opératoire  $\geq 1\text{cm}$  (grade B)

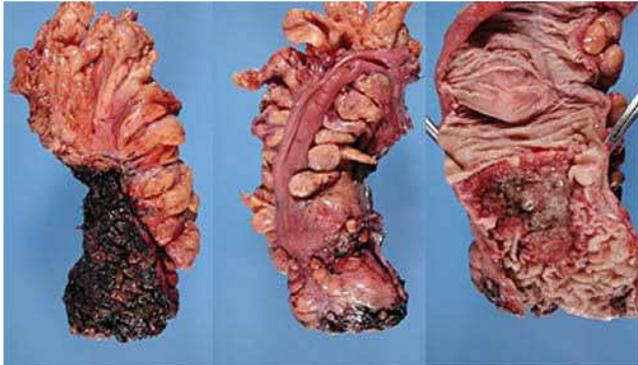


- éventuellement : résection intersphinctérienne



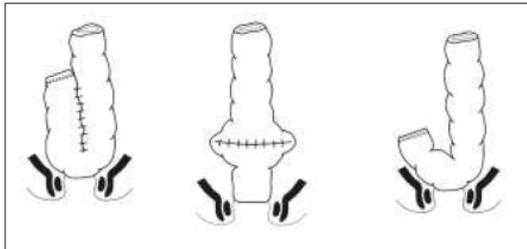
**Résection intersphinctérienne.**  
1. Releveur ; 2. sphincter externe ;  
3. sphincter interne ; 4. ligne pectinée.

# iléostomie de protection d'amont des anastomoses colo-anales



// mésorectum

+

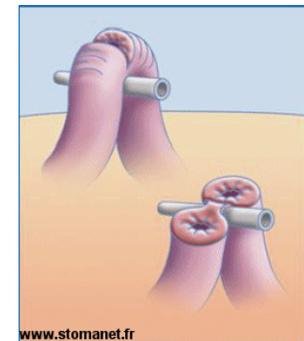


réservoir

+

Anastomose basse

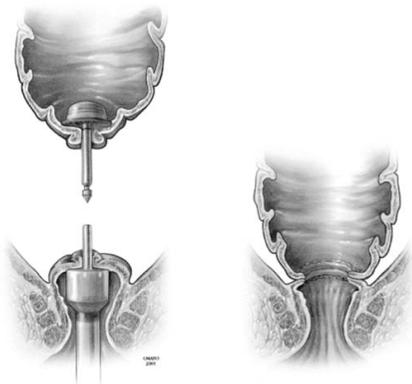
= risque majeur de fistule



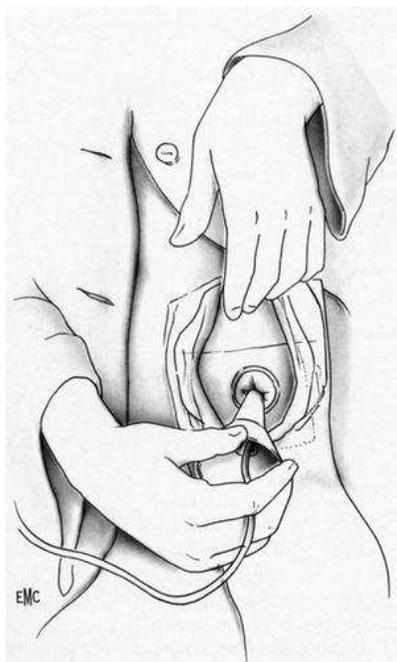
www.stomanet.fr

Protection 2 à 3 mois

Figure 3. - Réservoirs coliques pour reconstruction rectale.  
A. Réservoir en J; B. Coloplastie transverse; C. Anastomose latéro-terminale



# en cas d'amputation du rectum : irrigations possibles



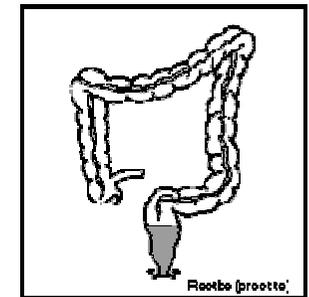
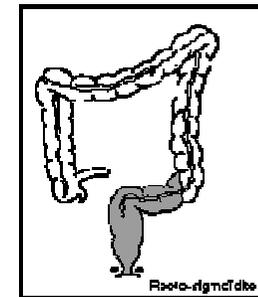
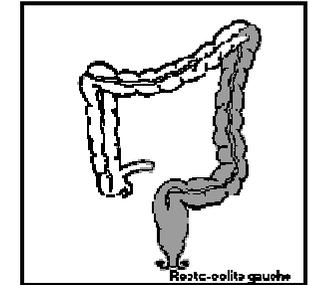
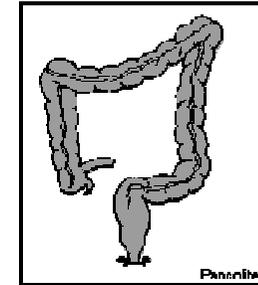
**Colostomie iliaque**



**Colostomie périnéale  
+/- Technique de MALONE**

# IV) COLOPROTECTOMIES TOTALES

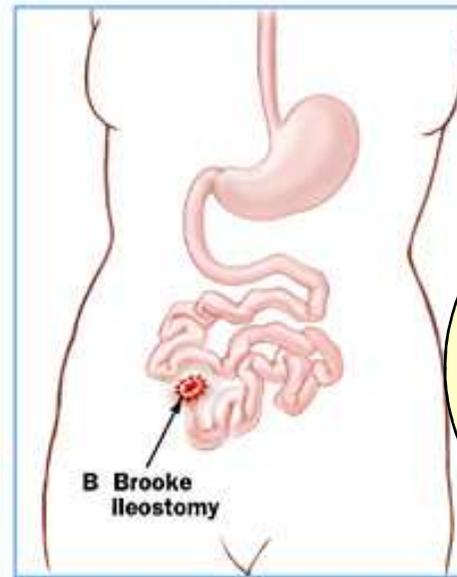
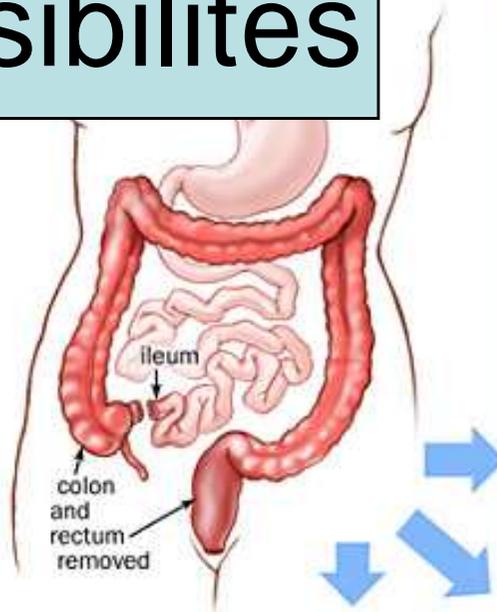
1<sup>o</sup>) Recto Colite Hémorragique graves (RCH)



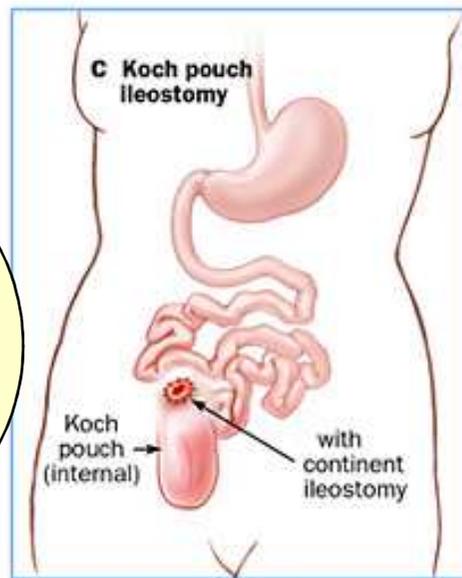
2<sup>o</sup>) Polyposes Adénomateuses Familiales (PAF)



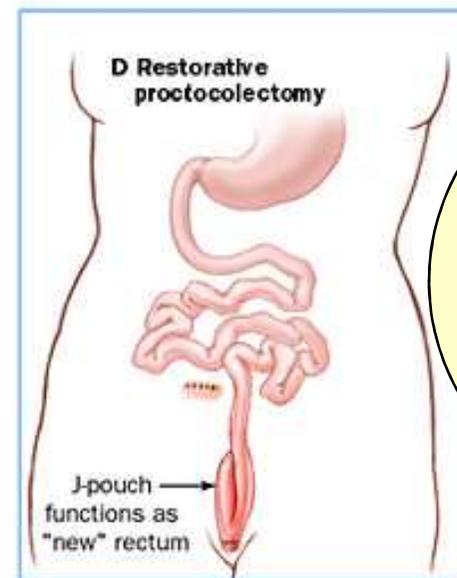
# 3 possibilités



1) ILEOSTOMIE  
SIMPLE

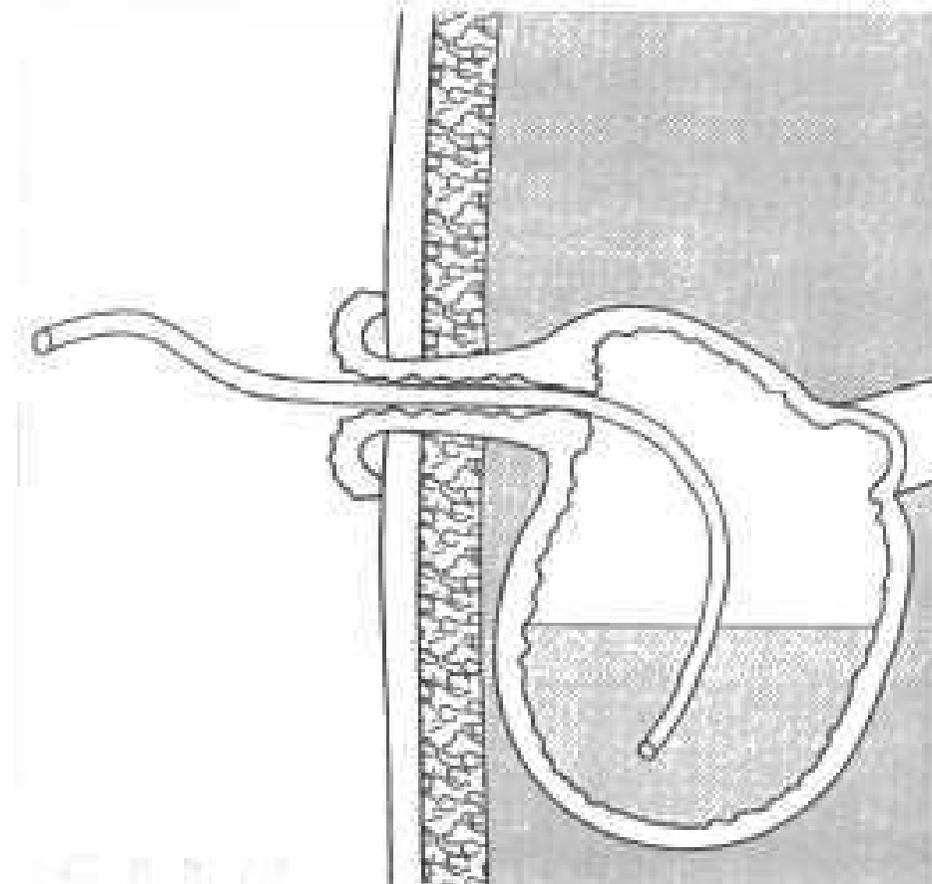
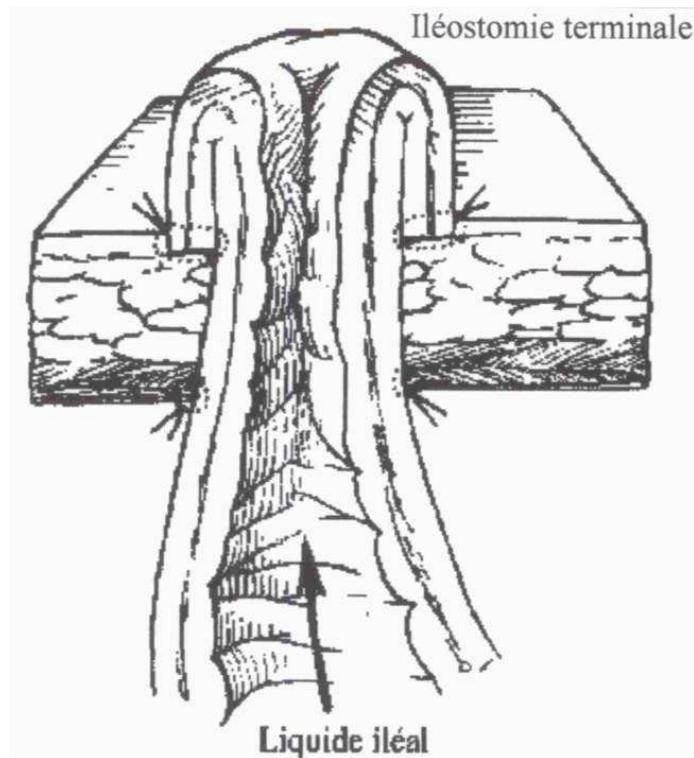


2) ILEOSTOMIE  
CONTINENTE  
DE KOCH



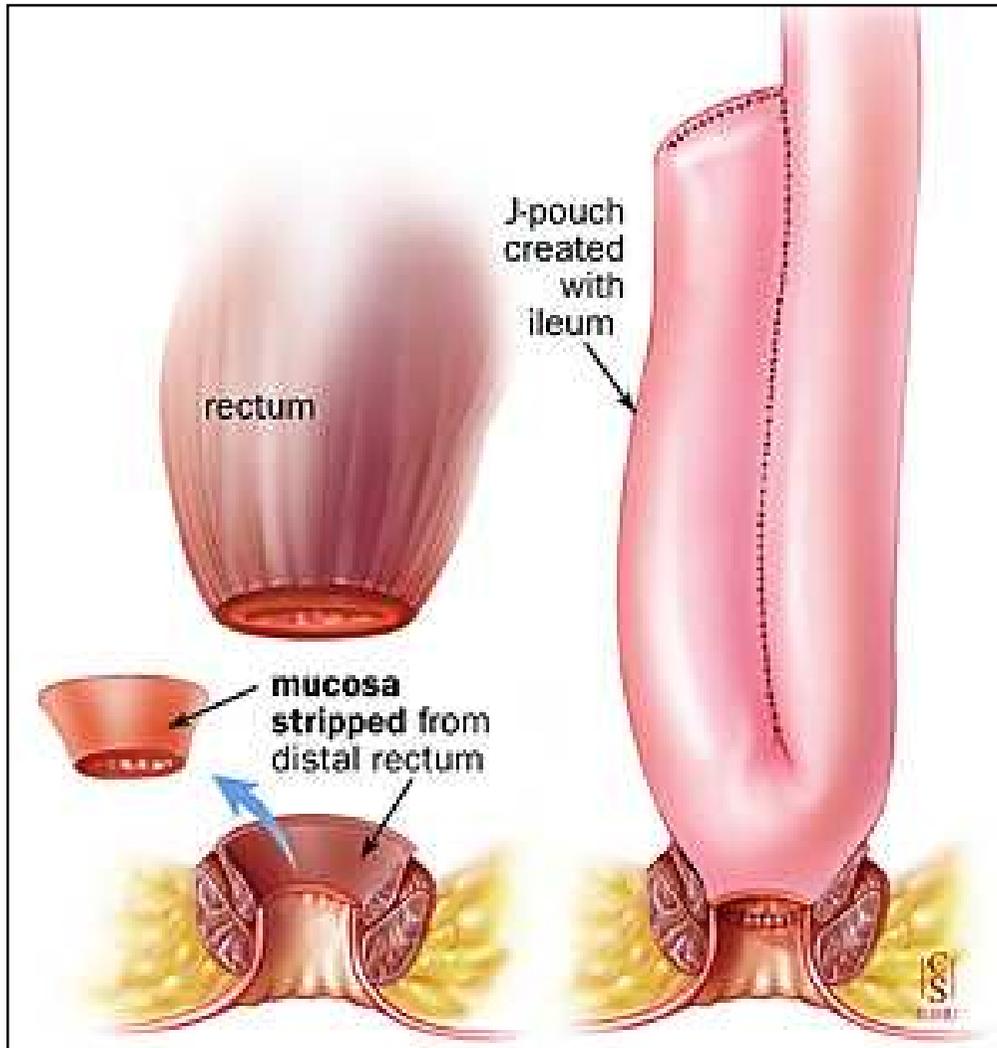
3) RESERVOIR EN J  
ILEOANAL  
avec conservation  
du sphincter

# Variantes iléo-cutanées



Iléostomie continente

# Anastomose iléo-anale avec réservoir en J



**Anastomose délicate**

***toujours protégée  
durant 2 à 3 mois par  
une iléostomie  
latérale d'amont***



# **COMPLICATIONS DES STOMIES**

# COMPLICATIONS IMMEDIATES

- **NECROSE ISCHIEMIQUE**



- **RETRACTION**  
**DESINSERSION**  
**ABCES PERISTOMIAL**



# COMPLICATIONS TARDIVES

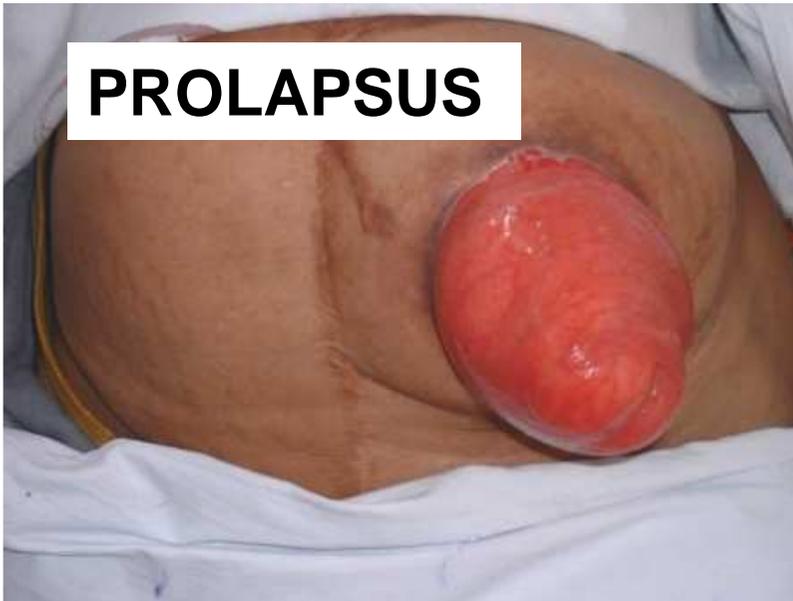
**STENOSE**



**ERYTEME / EROSION**



**PROLAPSUS**



**EVENTRATION**



# CONCLUSION

## 1) AVANT L'INTERVENTION :

informer le patient d'une éventuelle stomie  
et préciser sa nature

## 2) DECISION IMPORTANTE dépend :

- du degré d'urgence
- de la pathologie
- du type d'intervention

## 3) COMPLICATIONS des stomies 1fois/4