



Prise en charge des stomies dans les cancers digestifs

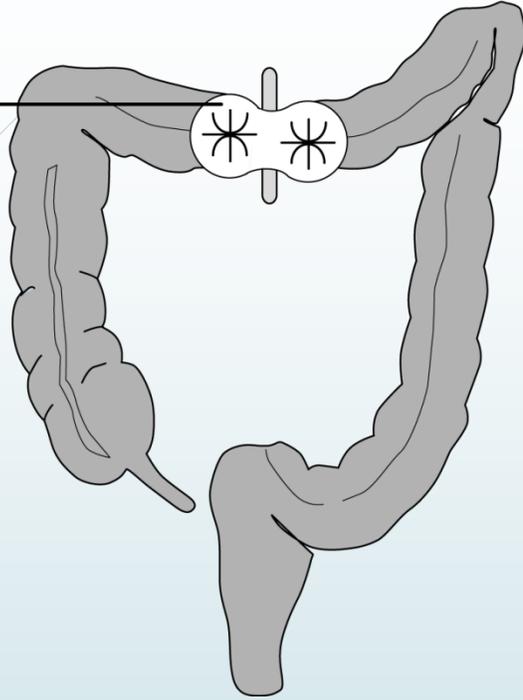
Amandine DIETRICH
INFIRMIERE
Spécialité oncologie et recherche clinique

Définition:

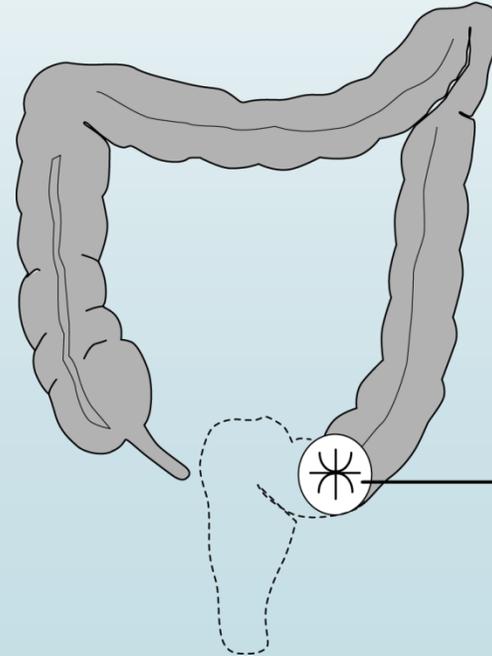
- Le mot stomie vient du grec «stoma», qui signifie «bouche» ou «orifice».
- C'est l'abouchement chirurgical d'un organe creux à la peau.
- Concrètement, la stomie digestive est une dérivation de l'intestin ou du colon qui permet l'élimination des selles à travers une incision pratiquée dans la paroi abdominale.
- Elle est indiquée chaque fois qu'il est nécessaire de dériver les selles hors du tube digestif, notamment lors de la mise au repos ou de l'ablation d'un segment intestinal.
- La stomie peut être temporaire ou définitive, latérale ou terminale.

Stomie latérale (Colostomie latérale)

stomie latérale
(suspendue par une
tige en plastique)

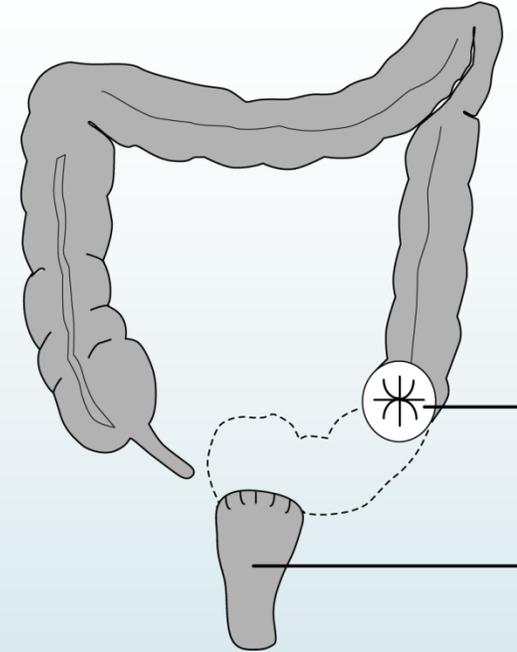


Stomie terminale



stomie
terminale

Stomie terminale avec moignon rectal (Intervention de Hartmann)



stomie
terminale

moignon
rectal

Historique des stomies

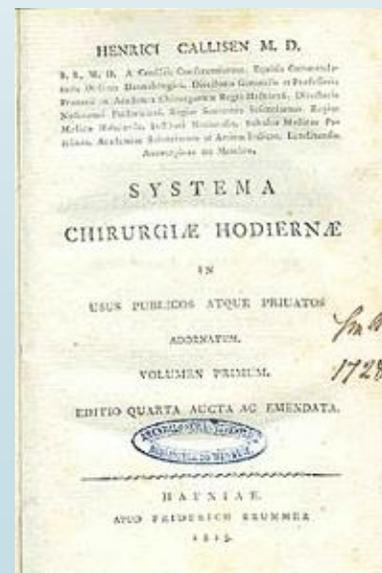
- Le soldat Georges DEPPE blessé lors de la bataille de Ramillies en 1706 a vécu avec un semblant de colostomie pendant 14 ans. Un des premiers cas de stomie involontaire.
- C'est Alexis Littré (1558 - 1725) qui présente pour la première fois en 1710 l'idée d'une colostomie pour traiter l'atrésie anale. Selon sa méthode la sortie artificielle était sur le côté gauche de l'abdomen, soit dans la région de l'aîne.
- Le chirurgien britannique William Cheselden (1688-1752), est l'un des chirurgiens les plus prestigieux du 18ème siècle. En 1750, il opéra une patiente anglaise Margaret WHITE, âgée de 73 ans, qui fût considérée comme la première patiente stomisée de l'histoire.



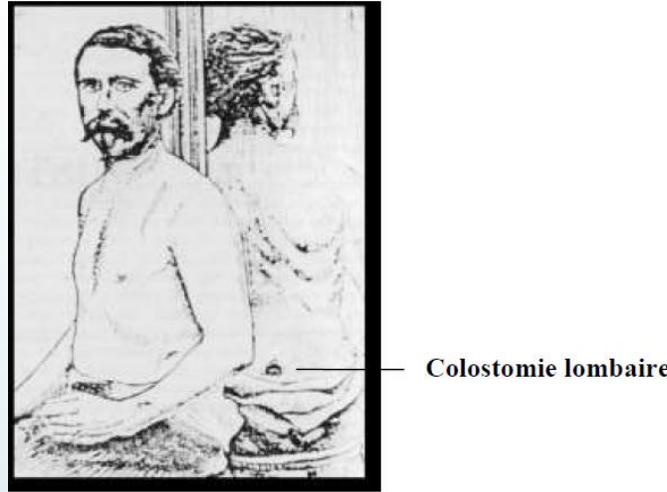
- Le chirurgien français Henri Pillore a réalisé avec succès la première caecostomie en 1776 pour une certaine Mme M. Morel, qui avait une tumeur maligne du rectum. Une péritonite lui fut fatale 28 jours plus tard.



- En 1783, le chirurgien Antoine Dubois, avec le méthode de Littré, tente la première colostomie sur imperforation anale chez un enfant de 7 jours qui décèdera 10 jours après.
- Le français Duret a eu un meilleur résultat avec la même chirurgie en 1793 sur un bébé âgé de quelques jours né sans anus.
- Le chirurgien danois, Hendrik Callisen (1740-1824) décrit en 1798 dans son manuel chirurgical une approche chirurgicale pour la réalisation d'une colostomie. Selon lui, il était possible d'établir une colostomie dans la région lombaire sans ouvrir le péritoine. Il a affirmé que cette approche réduit le risque de dommages au péritoine, et donc le risque de péritonite.



- Le Français Amussat (1796-1855), va poursuivre les études de Callisen, et va réaliser en 1839 la première colostomie sur le côté gauche de la région lombaire.



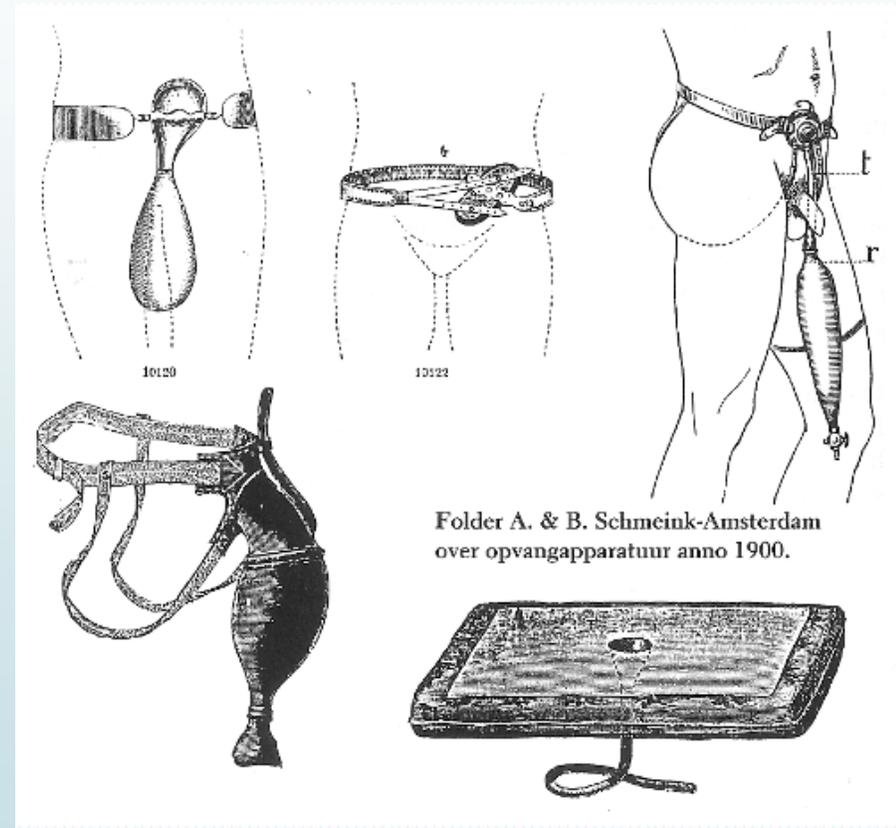
Colostomie lombaire

- La méthode Amussat présentait une complexité opératoire, et la stomie était difficile à gérer par la personne elle-même aux vues de son emplacement. Cette méthode a donc été abandonnée au profit de la méthode de Littré.
- Les techniques de l'iléostomie sont apparues plus tardivement et ont commencé à être pratiquées à partir du XXème siècle.

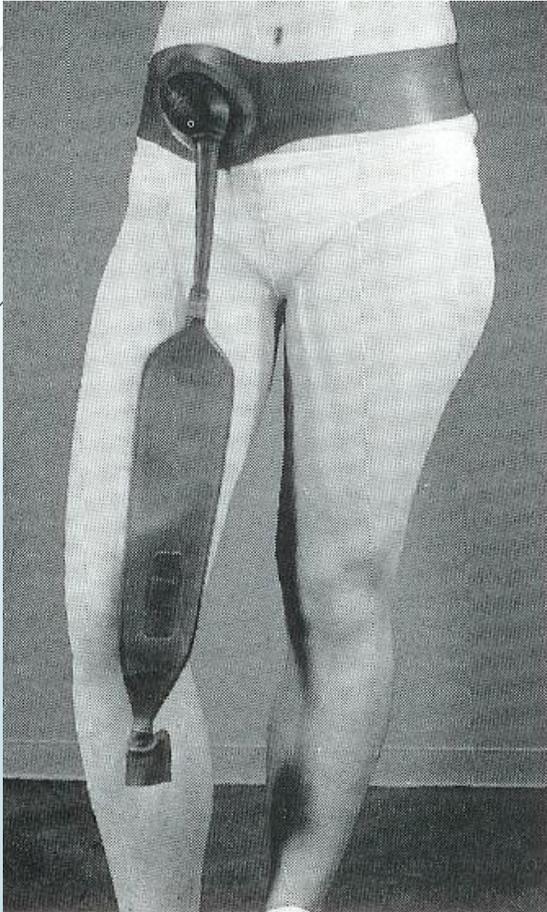
Les matériaux de stomies à travers le temps



Début 1900



Dans les années 30
naissent les premières
poches en caoutchouc
munies d'une
ceinture.



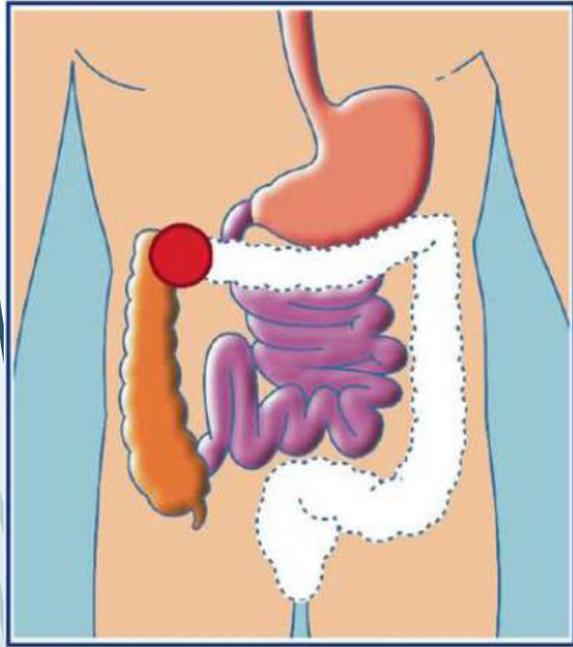
Puis jusqu'à la fin des années 50
ces systèmes ont utilisé des
réservoirs métalliques, puis en
verres et enfin en plexiglas qui
étaient accrochés à la peau
par des bagues en caoutchouc ou
des corsets.



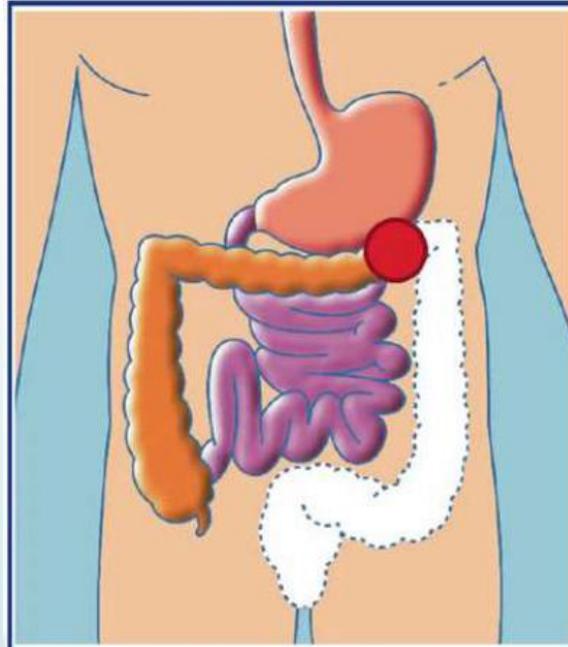


De nos jours

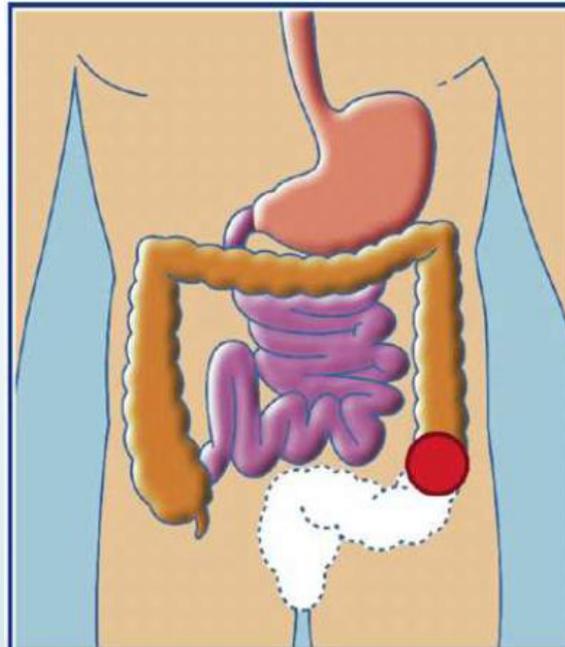
Différents types de stomies digestives



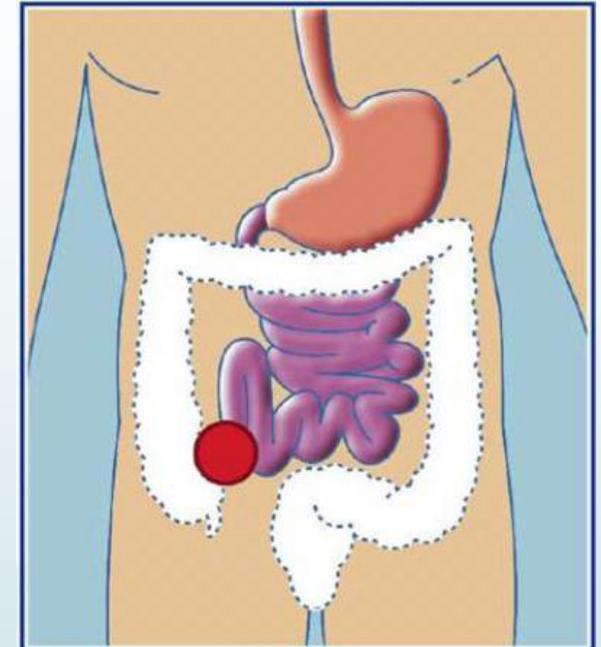
Colostomie droite
selles semi-liquides et irritantes, évacuation relativement abondante



Colostomie transverse
selles pâteuses, évacuation fréquente



Colostomie gauche
selles moulées, évacuation intermittente

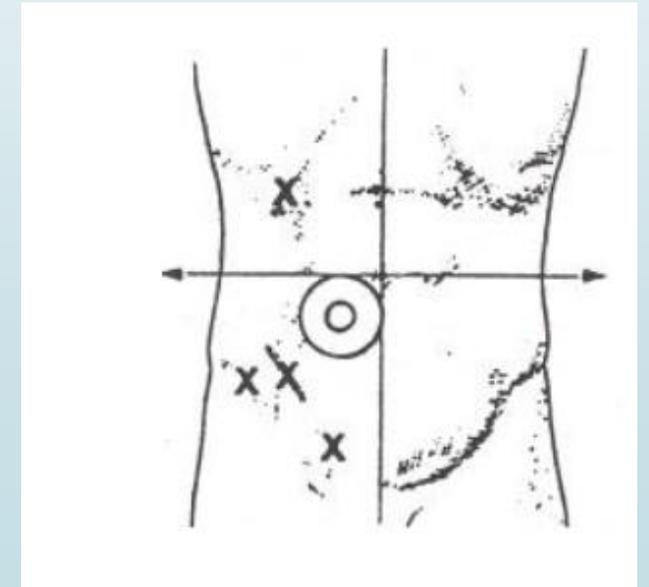
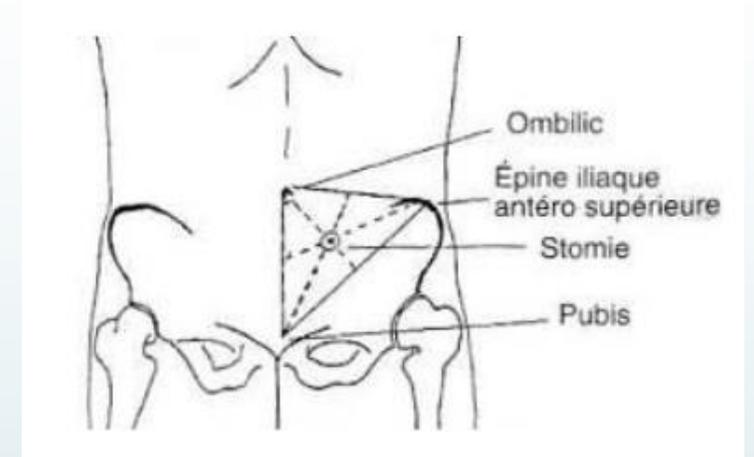


Ileostomie
Selles liquides, très irritantes avec débit important

1.5 à 2 l. les premiers jours
0.8 à 1.5 l. par jour au bout de quelques semaines

Repérage pré-opératoire

- Réalisé et vérifié dans les trois positions : debout, assis, couché
- À distance d'un relief osseux (ex : crête iliaque)
- À distance d'une cicatrice
- En dehors d'un pli cutané
- Sur une surface plane d'au moins 7cm de diamètre
- À travers les muscles grands droits afin d'éviter les risques d'éventration
- Visible de la personne
- Compatible avec les habitudes de vie (habillement, travail, sport) et les handicaps éventuels.



Une stomie bien placée permettra d'éviter:

Les fuites

Les difficultés d'appareillages

Les problèmes cutanés...

et favorisera l'autonomie et la qualité de vie du patient



Choix de l'appareillage

► consistance des selles :

- selles solides à pâteuses = poche fermée
- selles liquides = poche vidable

► volume de selles/24h :

- vol. nécessitant 1 à 2 changes/24h = poche fermée
- vol. nécessitant plus de 2 changes/24h = poche vidable (ou fermée mais en 2 pièces uniquement)

► "topographie" cutanée péristomiale:

- si la peau péristomiale est plane quelque soit la position (assis, debout ou couché), les systèmes 1 ou 2 pièces sont utilisables
- si un pli cutané se forme dans l'une ou l'autre des positions, cela contre-indique les systèmes 2 pièces (manque de souplesse = décollement au niveau du pli = FUIITE)
- si la stomie est invaginée, un syst. 2 pièces CONVEXE sera conseillé

► poche 1 pièce:

- transparente ou opaque
- fermée ou vidable

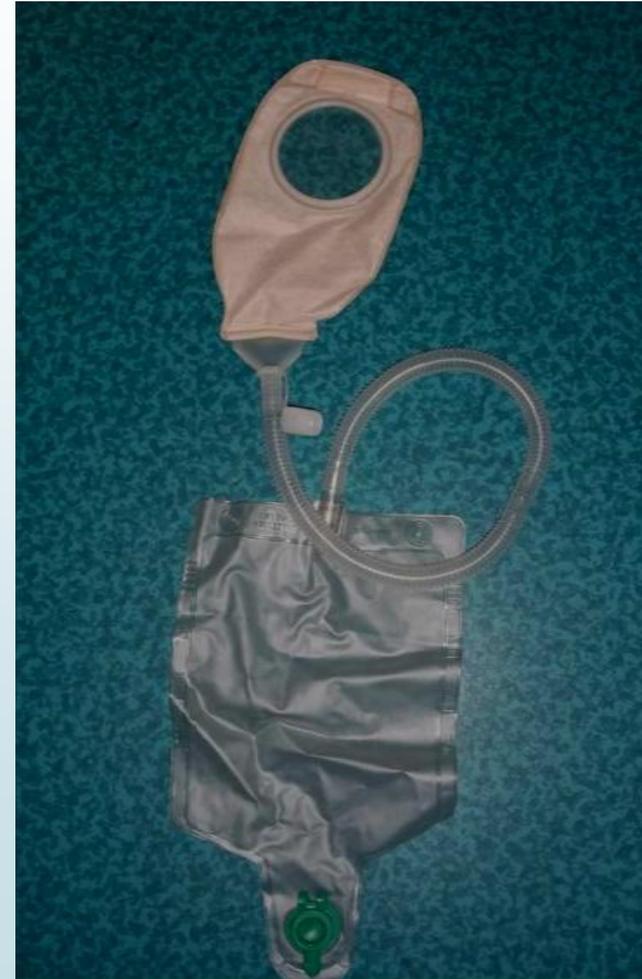


► poche 2 pièces:

- transparente ou opaque
- fermée ou vidable
- support click ou adhésif
- support convexe



➤ Appareillage haut débit pour iléostomie:



► La stomie sur baguette :

Laisser la poche post-op en place jusqu'à J3



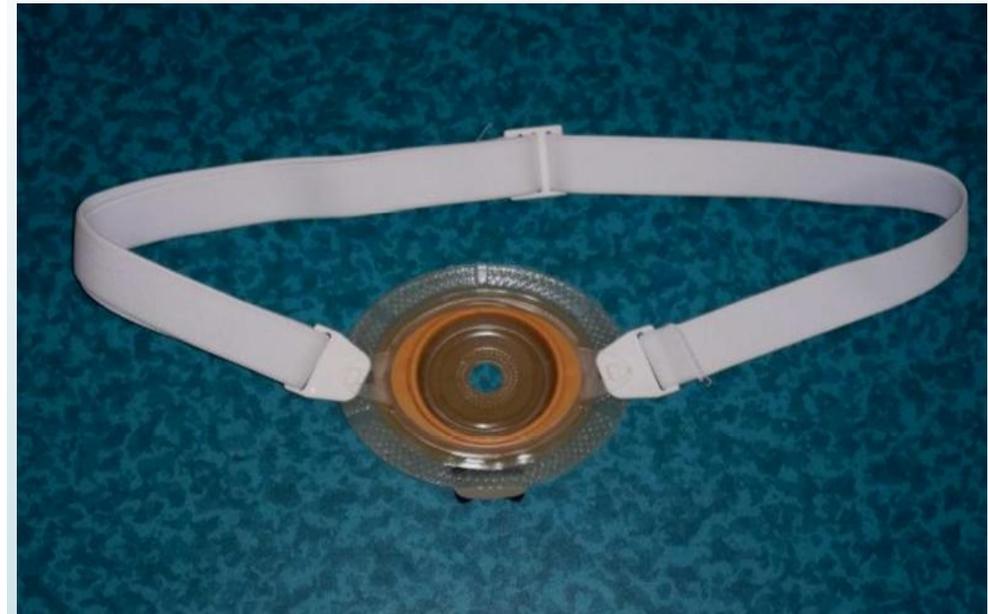
A partir de J3, privilégiez un appareillage souple pour positionner la baguette plus facilement, transparent, sans filtre avec un système de vidange.



➤ Les accessoires :



Ceinture



Bonnes pratiques

LA STOMIE N'EST PAS UNE PLAIE

- Pratiquer le soin à distance des repas ++++
- Fréquence de changement :
 - Pour un appareillage de type une pièce, le changement est quotidien.
 - Pour un appareillage de type 2 pièces, le changement de la poche est quotidien et le changement du support tous les 3 jours.
 - Les selles étant agressives pour la peau, il est impératif de changer l'appareillage dès que le patient se plaint de picotements ou brûlures.

► Ne pas utiliser les produits suivants:

- Eosine®
- Bétadine®
- Ether®
- Dakin®
- Biseptine®
- Teinture de Benjoin®

► Ne pas utiliser de pommades du type:

- Alloplastine®
- Mytosil®
- Conveen®

► Ne pas utiliser:

- Lotion, crème, lait ou huile pour le corps
- Eponge ou lavette
- Rasoir ou crème dépilatoire

► Ne pas faire de découpe trop large ou trop serrée du support par rapport à la stomie



Réalisation du soin

► Préparation du matériel

- Gants non stériles (si soin effectué par un soignant)
- Sac poubelle
- Compresses non stériles
- Ciseaux propres
- Eau du robinet
- Dispositif d'appareillage 1 ou 2 pièces
- Pâte adhésive ou anneau protecteur si besoin
- Poudre « Adapt » si lésions peristomiales

► Déroulement du soin

- Préparer le matériel et l'appareillage
- Se laver les mains avant et après la pose de l'appareillage
- Retirer délicatement la poche usagée de haut en bas et la jeter dans le sac prévu à cet effet
- Nettoyer à l'eau la peau peristomiale par des mouvements circulaires doux à l'aide de compresses puis nettoyer l'orifice de la stomie, sans frotter mais simplement en tamponnant avec précaution pour ne pas la faire saigner
- Sécher minutieusement la peau peristomiale en tamponnant avec des compresses sèches non stériles sans frotter
- Si la peau peristomiale est lésée et suintante : sécher et mettre de la poudre Adapt
- Poser l'anneau protecteur, préalablement « chauffé » au creux de la main, au ras de la stomie
- Poser le support préalablement découpé (il faut laisser 2 à 3 mm autour de la stomie pour ne pas léser la muqueuse) du bas vers le haut et vérifier sa tenue.
- Si la découpe est supérieure, la peau peristomiale sera irritée par les écoulements agressifs.
- Le support est un protecteur cutané, à ce titre il doit recouvrir la lésion pour la cicatriser.
- Eliminer le sac poubelle



► Surveillance

- Dépister les complications de la stomie : nécrose, désinsertion, abcès, invagination, sténose, prolapsus, occlusion, hémorragie ...
- Dépister les complications cutanées, rechercher l'étiologie et agir en conséquence
- Quantifier quotidiennement les effluents et avertir le médecin si quantité > à 2 l /24h
- Contrôler les apports alimentaires et liquidiens et compenser pertes selon la prescription médicale, et avis de la diététicienne
- Dépister les éventuels signes de troubles métaboliques liés un hyper débit : comportement inhabituel, propos incohérents, désorientation, soif, sècheresse cutanée
- Surveiller le poids du patient une fois par semaine

Complications

Précoces:

- ▶ L'hémorragie péristomiale (en rapport avec une hypertension portale)



► La nécrose



► L'invagination



► L'éviscération



► La désinsertion



► L'occlusion



► La fistule, les abcès



Tardives :

► L'éventration



► Le prolapsus



► La sténose

Elle est souvent la conséquence d'une minime rétraction de la stomie associée à une excision cutanée trop limitée. Lorsque le doigt ne peut plus pénétrer librement dans la stomie, on parle de sténose relative, quand le touche stomial devient impossible, on parle de sténose vraie.



Les lésions cutanées périlstomiales :

- ▶ Les dermatites de contact
Dues aux contact des selles sur la peau car la découpe du protecteur cutané n'est pas adaptée
Zone rouge , sensible, le plus souvent en anneau
Lésion qui se situe sur la peau en contact avec les selles



► Les intolérances

Zone rouge , douloureuse.

Lésion qui se situe sur la peau en contact avec le support ou le produit non toléré due:

- à l'emploi de produits de lavage inadapté, irritants ou allergisants
- à une intolérance liée au protecteur cutané ou à l'adhésif en contact avec la peau
- au plastique ou voile de la poche de recueil



► Les brûlures dues aux effluents

Lésions exsudatives, très douloureuses rendant l'appareillage très difficile car les protecteurs cutanés n'adhèrent plus.

Lésion +/- étendue qui vont de la simple rougeur à la brûlure.

Ces fuites de selles sont dues à un débit important, un repérage préopératoire non réalisé, une stomie plane, invaginée, la présence d'un pli, un appareillage inadapté à la stomie, une découpe inappropriée.



► Les folliculites

Inflammation des follicules pileux avec présence de rougeurs et de suintements due au rasage de la peau péristomiale.



Couper les poils avec une tondeuse ou des ciseaux.
Utiliser un système 2 pièces jusqu'à cicatrisation.

► Les bourgeons peristomiaux

Dus à des résidus de fils résorbables qui entraînent une hypercicatrisation ou une réaction inflammatoire.



Les bourgeons peuvent être traités par le nitrate d'argent, utilisé en crayon, sur prescription médicale.

➤ Lésions d'arrachage



Répercussions d'une stomie

► Répercussions physiques :

- Modification de l'aspect physique (stomie, appareillage).
- Perte du contrôle des évacuations (évacuations capricieuses et involontaires, risques de fuites, bruits, mauvaises odeurs).

► Répercussions psychologiques :

- Sentiment de régression physique (incontinence, dépendance,...), sentiment de honte
- Trouble profond du schéma corporel (corps mutilé, meurtri, ne répondant plus aux "normes", modification de la perception de soi, perte de confiance en soi)
- Présence du cancer



► Répercussions sociales et personnelles :

- isolement social, professionnel, familial
- sexualité "évitée"

Les patients vont alors passer par différentes étapes:

- le choc, la sidération
- la déni
- la révolte
- le marchandage
- la tristesse voire dépression
- l'acceptation



Que faire?



Aider le patient à traverser cette épreuve et à se reconstruire:

- en prenant en compte ses demandes et ses besoins
- l'écouter +++
- respecter ses réactions de défense
- respecter le temps d'adaptation et le rythme de la personne

Laisser le temps au temps!!!



Le but est d'aider la
personne stomisée à
retrouver son autonomie
physique et psychique,
mais sans la forcer... pas
à pas... à son rythme.

