

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Lorraine THIERCELIN

.....

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2007

LE PATIENT STOMISÉ

Président : M. Marcel JUGE, Maitre de conférences de pharmacologie

Membre du Jury :

Mme Catherine JACQUOT, Maitre de conférences de physiologie

Mlle Vanessa VISSET-PERON, Docteur en pharmacie

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : QU'EST CE QU'UNE STOMIE ?	10
1.1. RAPPELS ANATOMIQUES	11
1.1.1. L'APPAREIL DIGESTIF	11
1.1.1.1. Devenir des aliments de la bouche à l'estomac	12
1.1.1.2. Fin de la digestion et absorption	12
1.1.1.3. Histologie de la paroi digestive	15
1.1.2. L'APPAREIL URINAIRE	16
1.2. HISTORIQUE	18
1.2.1. LES STOMIES DIGESTIVES	18
1.2.1.1. Des stomies digestives initialement accidentelles	18
1.2.1.2. Le début des stomies volontaires	19
1.2.1.3. Amélioration des techniques de stomies volontaires	20
1.2.1.4. Les progrès de la fin du XIX ^{ème} et du XX ^{ème} siècle	21
1.2.2. LES UROSTOMIES	22
1.3. LES DIFFERENTES STOMIES	23
1.3.1. LES STOMIES DIGESTIVES	23
1.3.1.1. L'oesophagostomie	23
1.3.1.2. La gastrostomie	23
1.3.1.3. La Jejunostomie	24
1.3.1.4. L'iléostomie	25
1.3.1.5. La colostomie	26
1.3.2. LES UROSTOMIES	27
1.3.2.1. Dérivation urinaire directe	27
1.3.2.2. Dérivation urinaire indirecte "type Bricker"	29
1.4. INDICATIONS DES STOMIES	30
1.4.1. LES STOMIES DIGESTIVES	30
1.4.1.1. Malformations intestinales	30
1.4.1.2. Tumeurs colorectales (polypes et cancers)	32

1.4.1.3. Maladies inflammatoires de l'intestin	32
1.4.1.4. Causes diverses	35
1.4.2. LES UROSTOMIES	36
1.5. COMPLICATIONS DES STOMIES	38
1.5.1. LES STOMIES DIGESTIVES	38
1.5.1.1. Les complications précoces	38
1.5.1.2. Les complications tardives	41
1.5.1.3. Les lésions cutanées peristomiales	43
1.5.1.4. Les complications métaboliques	44
1.5.2. LES UROSTOMIES	44
PARTIE 2 : LA STOMATHERAPIE	45
2.1. CONSEQUENCES DES STOMIES	47
2.1.1. AU NIVEAU PHYSIQUE	47
2.1.1.1. La perte de contrôle des évacuations	47
2.1.1.2. L'apprentissage de soins locaux appropriés	48
2.1.1.3. La conservation d'un bon état général	49
2.1.2. AU NIVEAU PSYCHOLOGIQUE	49
2.1.2.1. Le traumatisme psychique	49
2.1.2.2. L'adaptation psychologique	51
2.2. DES STOMIES PARTICULIERES	53
2.2.1. CHEZ LA FEMME ENCEINTE	53
2.2.2. CHEZ L'ENFANT	54
2.3. L'APPAREILLAGE	56
2.3.1. HISTORIQUE	56
2.3.2. LES ENJEUX DE L'APPAREILLAGE	58
2.3.3. LES TYPES D'APPAREILLAGES	59
2.3.3.1. Choix de l'appareillage	59
2.3.3.2. Les différents types de systèmes	61
2.3.3.3. Poches fermées et poches vidables	65

2.3.3.4. Les supports	66
2.3.3.5. Quelques options	68
2.3.4. LES ACCESSOIRES	70
2.4.L'IRRIGATION COLIQUE	72
2.4.1. DEFINITION	72
2.4.2. PRINCIPE	72
2.4.3. TECHNIQUE	73
2.4.4. QUELQUES QUESTIONS PRATIQUES	76
2.4.5. APPAREILLAGE	78
2.5.CONSEILS PRATIQUES	79
2.5.1. MANIPULATION DE L'APPAREILLAGE	79
2.5.1.1. Mise en place	79
2.5.1.2. Retrait	82
2.5.2. TOILETTE DU STOMISE	83
2.5.2.1. Soins de la stomie	83
2.5.2.2. Soins du corps	84
2.5.2.3. Quelques conseils	85
2.5.3. HABILLEMENT	86
2.5.4. MEDICAMENTS ET STOMIES	87
2.5.4.1. Médicaments couramment utilisés	87
2.5.4.2. Mise en garde contre certains médicaments	88
2.5.4.3. Contre-indications de certains médicaments	90
2.6.L'ALIMENTATION	91
2.6.1. APRES UNE STOMIE DIGESTIVE	91
2.6.1.1. Evolution de l'alimentation de l'enterostomisé	91
2.6.1.2. Le régime normal du patient enterostomisé	97
2.6.1.3. Conseils généraux	99
2.6.1.4. Quelques aliments particuliers	100
2.6.1.5. Les troubles du transit	102
2.6.2. APRES UNE STOMIE URINAIRE	104

2.6.2.1. Aliments particuliers	105
2.6.2.2. Urostomie et peau	105
2.6.2.3. Urostomie et infection urinaire	106
2.6.2.4. Stomie urinaire et calculs	106
2.7. VIE QUOTIDIENNE DU STOMISE	107
2.7.1. AU TRAVAIL	107
2.7.1.1. Une reprise progressive	107
2.7.1.2. Conseils pratiques au travail	108
2.7.2. EN FAMILLE	108
2.7.3. LA SEXUALITE	108
2.7.4. LES SPORTS ET LOISIRS	109
2.7.5. LES VOYAGES	110
2.8. UN PROBLEME, UNE SOLUTION	111
2.8.1. LES STOMIES DIGESTIVES	111
2.8.2. LES UROSTOMIES	111
2.9. LES DROITS DES STOMISES	113
2.9.1. PRIX ET REMBOURSEMENT	113
2.9.2. LA CARTE D'INVALIDITE	115
2.9.3. LA PENSION D'INVALIDITE	116
2.9.4. LE RECLASSEMENT	117
2.10. ASSOCIATIONS / LABORATOIRES	118
2.10.1. LES ASSOCIATIONS	118
2.10.2. LES LABORATOIRES	120
CONCLUSION	121
ANNEXES	123
BIBLIOGRAPHIE	127

INTRODUCTION

La stomie, du grec "stoma" la bouche est l'abouchement chirurgical à la peau d'une partie du tube digestif ou du système urinaire.

Une urostomie est une dérivation urinaire, elle consiste en l'abouchement temporaire ou définitif de l'urètre à la peau de l'abdomen pour permettre l'élimination des urines dans une poche.

Les stomies digestives correspondent, quant à elles, à l'abouchement d'une partie du système digestif à la peau.

En France, 80 à 100000 personnes vivent avec une stomie.

Dans une première partie et après de brefs rappels anatomiques et historiques, seront décrites les différents types de stomies, leurs principales indications et les complications les plus fréquentes.

Le patient stomisé était il n'y a pas si longtemps, livré à lui même à la sortie de l'hôpital. Il était plus ou moins bien conseillé et équipé et avait tendance à se replier sur lui-même et à s'éloigner de ses proches.

Actuellement, le stomisé bénéficie d'un appareillage très évolué, d'une prise en charge adaptée et d'un soutien optimisé.

La deuxième partie traitera des conséquences physiques et psychologiques d'une stomie et de la vie pratique du patient stomisé en abordant les différents modèles d'appareillage, l'irrigation colique, l'alimentation, la vie de tous les jours, les différents problèmes rencontrés au quotidien ainsi que les droits des stomisés.

PARTIE I
QU'EST CE QU'UNE STOMIE ?

1.1. RAPPELS ANATOMIQUES

1.1.1. L'APPAREIL DIGESTIF

L'appareil digestif se compose de nombreux organes : œsophage, estomac, intestin grêle, colon, rectum et anus qui vont assurer au fur et à mesure la digestion des aliments, l'absorption des nutriments dans la circulation sanguine et l'élimination des résidus. (2)

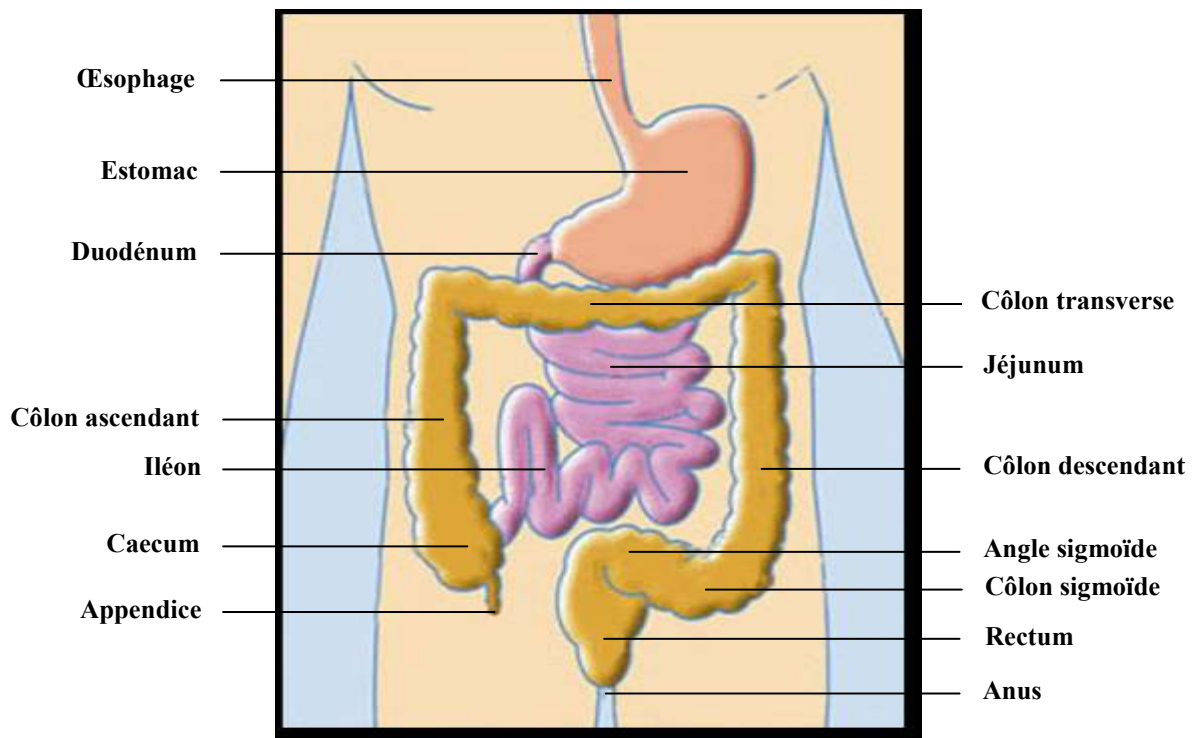


Figure n°1 : Anatomie de l'appareil digestif (39)

1.1.1.1. Devenir des aliments de la bouche à l'estomac

Les aliments sont mastiqués dans la bouche et imprégnés de salive qui contient un enzyme, l'amylase qui commence à dégrader l'amidon en sucres plus simples. L'œsophage sous l'effet de contractions péristaltiques amène les aliments du pharynx à l'estomac.

L'estomac est le lieu de la digestion des aliments. Il brasse les aliments par ses contractions et participe à leur dégradation en sécrétant de l'acide et des enzymes. La pepsine est un enzyme produit lorsque le pepsinogène, une substance sécrétée par la paroi de l'estomac, est altéré par l'acide chlorhydrique (lui aussi produit par la paroi stomacale). La pepsine dégrade les protéines en unités plus petites appelés polypeptides et peptides. La lipase est un enzyme stomacal qui réduit les lipides en glycérol et en acides gras. L'acide que produit l'estomac détruit également les bactéries. (2, 3)

1.1.1.2. Fin de la digestion et absorption

L'intestin fait suite à l'estomac. Il se compose de deux grandes parties : l'intestin grêle et le colon (gros intestin) et se poursuit par le rectum et l'anus.

Le grêle termine la dégradation des aliments. De plus sa muqueuse permet l'absorption des substances nutritives dans le sang. C'est un long tube enroulé et étroit mesurant de 6 à 7 mètres et se composant de trois parties :

- > **Le duodénum qui reçoit le bol alimentaire provenant de l'estomac,**
- > **Le jéjunum,**
- > **L'iléon qui se raccorde au colon.**

Dans le duodénum, les enzymes pancréatiques déversées par le pancréas par l'intermédiaire du canal de Wirsung interviennent. La lipase dégrade les lipides en glycérol et en acides gras. L'amylase réduit l'amidon en maltose (un sucre disaccharide).

Les puissantes trypsines et chymotrypsines brisent les protéines en polypeptides et en peptides.

Dans le jéjunum et l'iléon, la maltase, l'invertase et la lactase, enzymes secrétées par la paroi de l'intestin grêle, convertissent les disaccharides en monosaccharides. La peptidase, autre enzyme intestinal, scinde les gros peptides en peptides plus petits puis en acides aminés.

Le colon est un tube musculaire et muqueux mesurant environ 1,40 mètre de long. Il a essentiellement pour rôle de réabsorber l'eau et les sels et accessoirement de digérer quelques aliments de nature fibreuse. Les éléments non digestibles à l'exemple des pigments résiduels, des cellules mortes et des bactéries, sont compactés en matières fécales et stockés pour être excrétés.

Le colon comporte quatre parties principales :

- > **Le colon droit ou ascendant,**
- > **Le colon transverse,**
- > **Le colon gauche ou descendant**
- > **Le sigmoïde.**

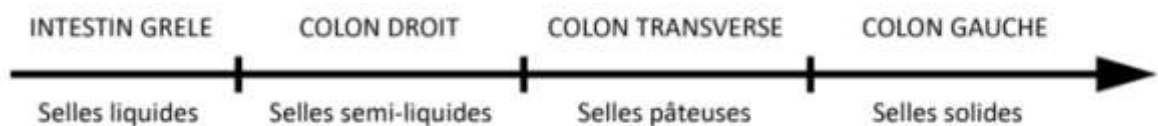


Figure n°2 : Etat des selles en fonction de leur progression dans l'intestin (13)

Le rectum est un réservoir et l'anus contrôle l'évacuation des selles. (2, 3, 13)

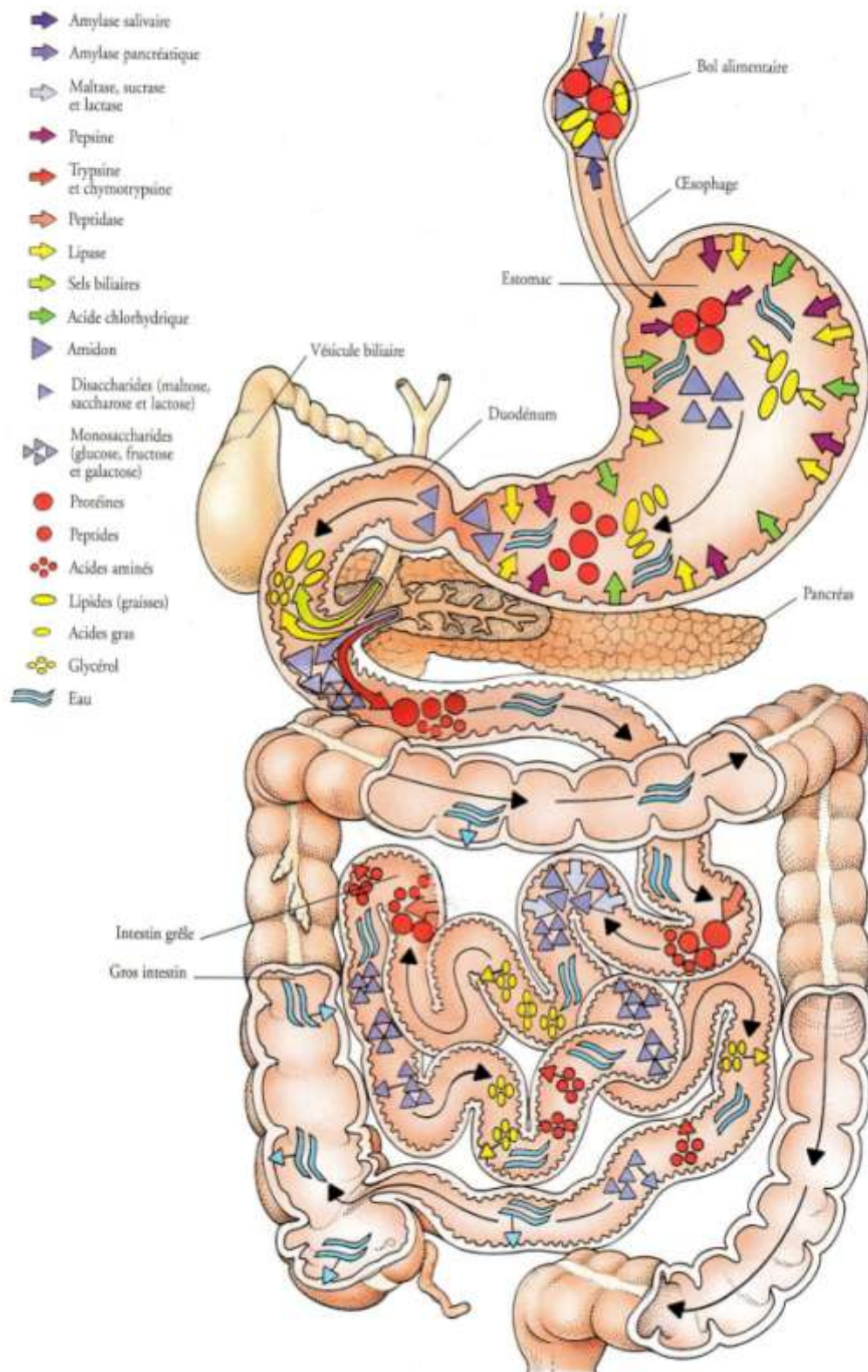


Figure n°3 : L'absorption progressive des nutriments (2)

1.1.1.3. Histologie de la paroi digestive

La paroi de l'estomac comme celle de l'intestin est formée de trois couches chacune ayant une importance différente selon les niveaux du tube digestif :

- > La muqueuse,
- > La sous-muqueuse,
- > La couche musculaire.

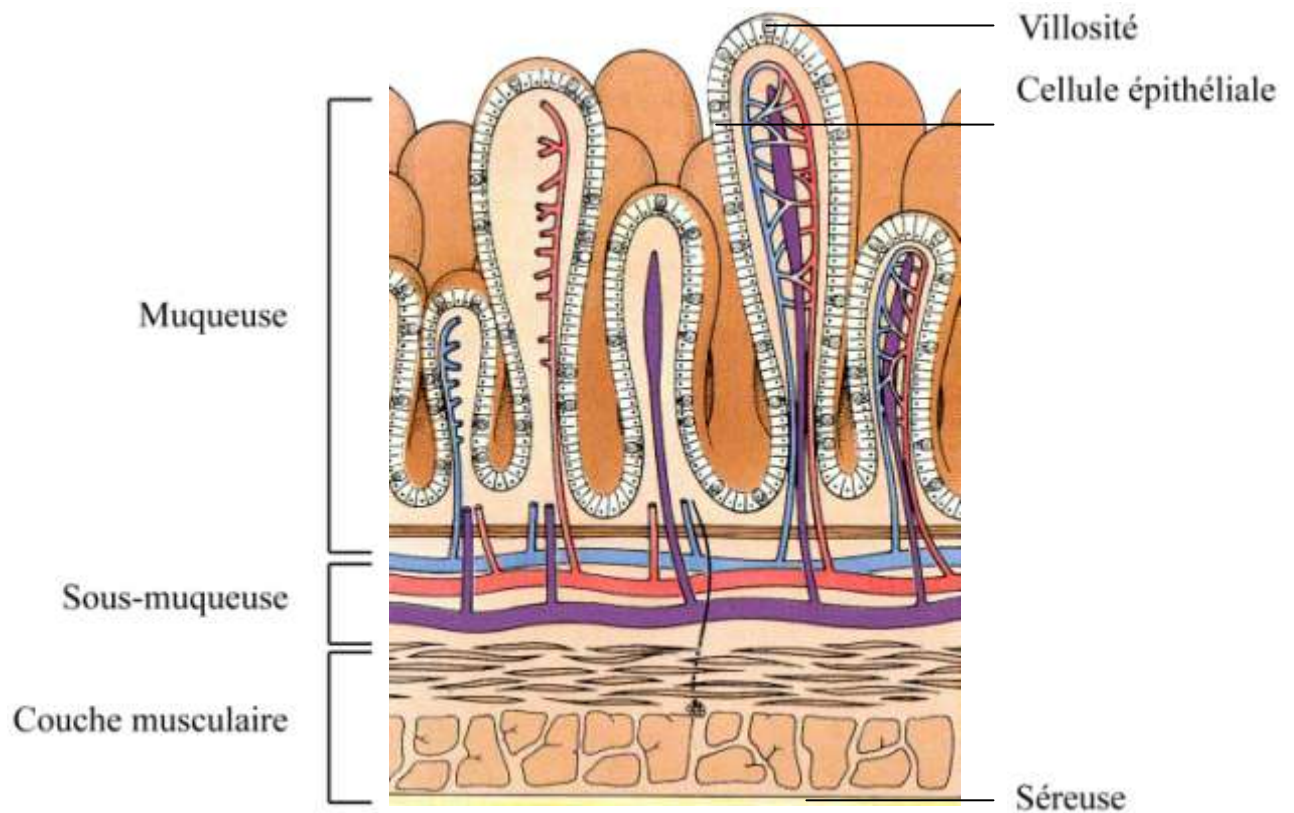


Figure n°4 : paroi intestinale (2)

La muqueuse de la paroi intestinale contient des millions de minuscules excroissances en forme de doigts appelées villosités, recouvertes chacune d'une couche de cellules épithéliales. En augmentant la surface intestinale, ces saillies optimisent l'absorption des éléments nutritifs. (2)

1.1.2. L'APPAREIL URINAIRE

L'appareil urinaire se compose de deux reins, de deux uretères, de la vessie et de l'urètre.

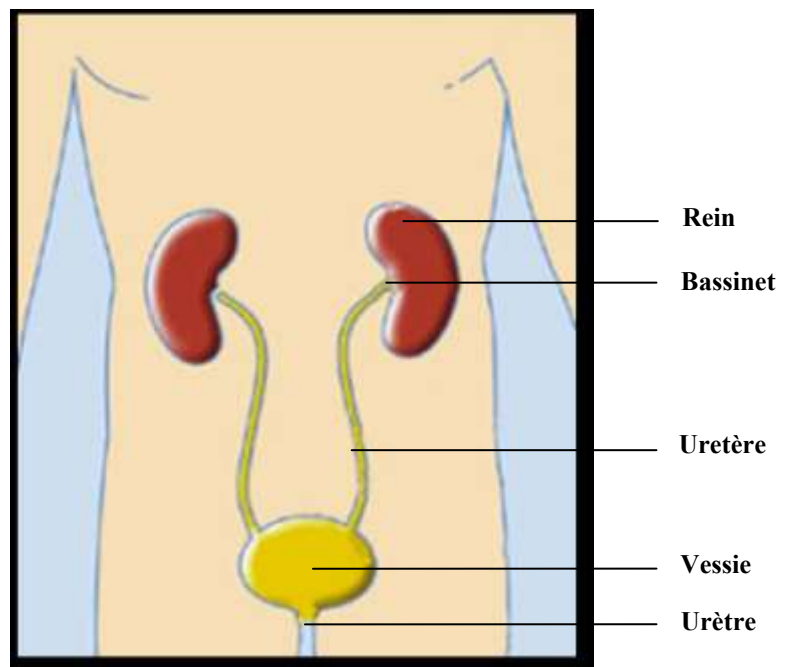


Figure n°5 : Anatomie de l'appareil urinaire (13)

L'eau que l'on boit et celle qui est extraite des aliments lors de la digestion passe dans le sang à travers la paroi intestinale (surtout au niveau du colon). Dans les cellules des tissus, elle véhicule des éléments nutritifs et se charge progressivement des déchets qui résultent de leur assimilation.

Les reins ont pour rôle d'épurer le sang de ses déchets, d'absorber l'eau en excès et donc de fabriquer l'urine. Les reins sont constitués de plus d'un million de néphrons, chacun renfermant un glomérule sorte de pelote de capillaires où le sang est filtré. Le filtrat résultant est collecté dans le tube contourné et en traverse les parois : une grande partie de l'eau et des autres substances qu'il contient est alors réabsorbée dans le sang. Ce qui subsiste du filtrat constitue l'urine, qui rejoint le tube collecteur.

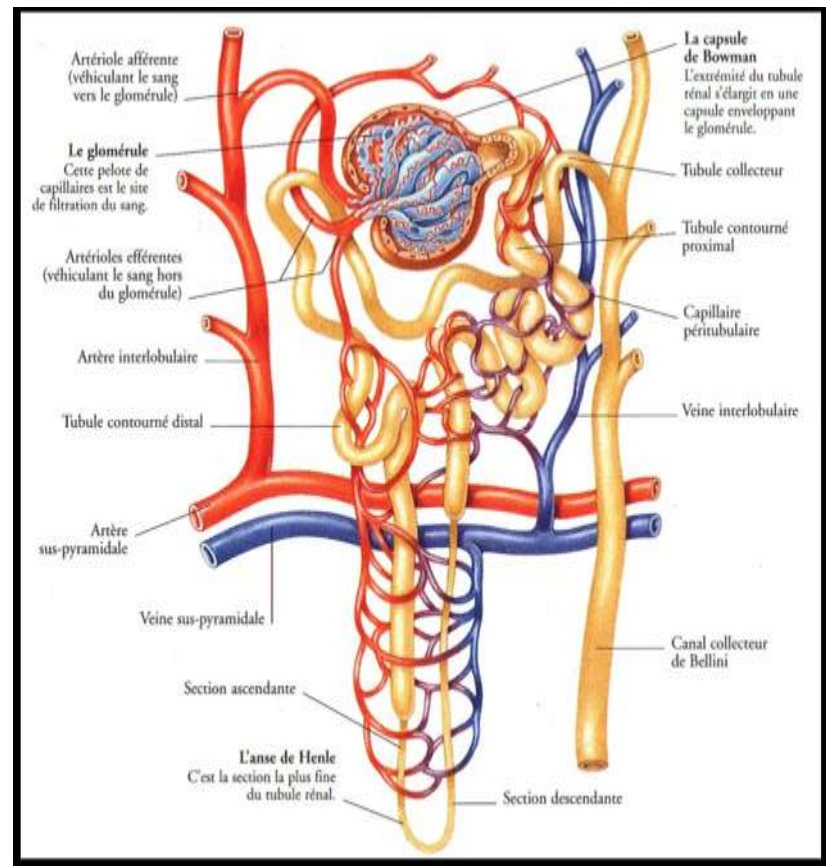


Figure n°6 : Un néphron et sa structure (2)

Les uretères font suite aux reins et conduisent l'urine des reins vers la vessie. Ils ont la capacité de se contracter vers le bas et de s'opposer à tous reflux des urines.

La vessie est le réservoir d'urine ; en effet, le rein en produit en permanence.

L'urètre est le canal qui permet l'écoulement de l'urine à partir de la vessie lorsque le besoin se fait ressentir, le volume d'urine finissant par distendre cette dernière. C'est le relâchement des muscles de l'orifice urétral qui permet l'évacuation de l'urine. En pratique la vessie évacue chaque jour entre un et deux litres d'urine. Cette évacuation se fait sous contrôle volontaire. (2, 3, 13, 39)

1.2. HISTORIQUE

La progression des connaissances en matière de stomies digestives et urinaires permet de réaliser les difficultés rencontrées par les patients, les médecins et autres soignants tant sur le plan pratique que sur le plan des mentalités.

1.2.1. LES STOMIES DIGESTIVES

1.2.1.1. Des stomies digestives initialement accidentelles

Les conséquences d'une ouverture du côlon à la peau sont connues depuis la plus haute Antiquité. Dans le troisième livre des Juges de l'Ancien Testament, Ehud le libérateur éventa d'un coup d'épée Eglon le roi des Moabites : « *l'intestin d'Eglon fut perforé et il mourut des conséquences de cette plaie* ». Il ne savait sans doute pas qu'ayant ouvert un segment intestinal de sa victime, celle-ci aurait pu être sauvée par l'abouchement à la peau abdominale du segment sectionné.

Toutes les plaies coliques ne sont néanmoins pas mortelles. Parmi les « guérisons » d'une plaie colique, nous pouvons citer :

> **Vater**

Il signale, en 1706, le cas de G. Deppe qui à la suite d'une blessure de l'hypochondre gauche vécut pendant 14 ans avec une plaie de colon par laquelle s'écoulaient les matières.

> **Steigerhall**

Il rapporte en 1770, l'histoire d'une femme de 41 ans blessée par un sanglier sur le rebord costal gauche entraînant une plaie intestinale donnant lieu à un écoulement stercoral. Malgré cette fistule, cette femme continua à avoir de temps en temps des selles par voie naturelle et vécut de nombreuses années. (1, 4)

1.2.1.2. Le début des stomies volontaires

La véritable histoire des stomies chirurgicales débute en 1770. Auparavant, les seules entérostomies observées étaient involontaires, consécutives à des plaies abdominales, ou à l'évolution de certaines maladies génératrices de fistules spontanées de l'intestin.

Les plus anciens exemples rapportés sont les suivants :

> **Alexis Littré**

Il eut sans doute le premier l'idée de réaliser une entérostomie en cas d'occlusion intestinale. Il affirme en effet après autopsie d'un enfant mort d'occlusion par imperforation anale que celui-ci aurait pu être sauvé par création d'un anus artificiel.

> **Henri Pillore**

Ce chirurgien réussit à Rouen, en 1776, la première caecostomie chez un adulte atteint d'un cancer du rectum révélé par une occlusion et chez lequel l'ingestion de 2 livres de mercure n'était pas l'obstruction. Une péritonite lui fut fatale 28 jours après à la suite d'une perforation jéjunale provoquée par le mercure absorbé.

> **Charles Louis Dumas**

Il recommande l'ouverture de l'intestin chez le nouveau-né en cas d'imperforation anale. (4)

1.2.1.3. Amélioration des techniques de stomies volontaires

De nombreux autres exemples vont se multiplier par la suite et dans le courant du XIX^{ème} siècle les cas rapportés deviendront de plus en plus fréquents.

En 1821, Daniel Pring de Bath utilise pour la première fois le terme d'anús artificiel et pose le problème du retentissement psychologique et social qui en découle.

La colostomie lombaire droite préconisée par l'anglais John Erickson est privilégiée par la majorité des chirurgiens. On considérait à l'époque que cette localisation avait pour avantages l'absence d'inoculation péritonéale et permettait d'avoir l'action sphinctérienne des muscles lombaires. Elle fut abandonnée en 1880 au profit de la voie abdominale.

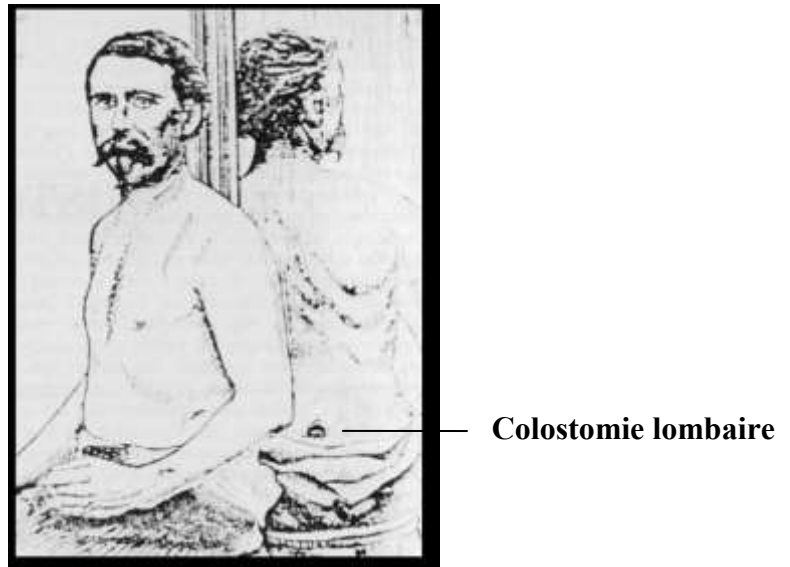


Figure n°7 : Colostomie lombaire (4)

En 1884, la première colostomie latérale est réalisée par l'autrichien Maydl et en 1890, Thomas Paul de Liverpool pratique une colostomie iliaque gauche terminale dans laquelle il introduit un tube de verre relié à un tube de caoutchouc pour permettre l'évacuation des matières sans souillure de la région opératoire.

La situation de toutes ces colostomies était toujours très basse presque inguinale. Ce n'est que vers 1920 que cette localisation remonte au niveau supérieur de la fosse iliaque afin d'optimiser les soins. (1, 4)

1.2.1.4. Les progrès de la fin du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle

Dès la fin du XIX^{ème} siècle des chirurgiens ont tenté d'obtenir des colostomies continentales (ne nécessitant pas de poche) par l'utilisation de différentes méthodes qui ont successivement été abandonnées. Les derniers procédés en date de colostomies continentales sont l'anneau magnétique (Feustel et Henning, 1975) et l'autotransplant de muscle lisse (Schmidt, 1980).

Les techniques de l'iléostomie sont apparues beaucoup plus tardivement que celles de la colostomie. Cette dernière est longtemps restée une intervention d'exception. Par ailleurs, l'ablation totale du colon et du rectum qui accompagne généralement l'iléostomie, n'a commencé à être pratiquée qu'au XX^{ème} siècle.

Ce n'est qu'à partir des années 50 que la colectomie totale se développe de façon plus importante dans le traitement de la polypose colique, de la recto-colite hémorragique et de la maladie de Crohn.

En 1970, Kock met au point une technique d'iléostomie continente, procédé qui consiste en la réalisation à l'aide de la fin du grêle, d'un réservoir intra-abdominale fermé par une valve continente obtenue par invagination de la dernière anse iléale sur elle-même.

(1, 4, 27)

1.2.2. LES UROSTOMIES

Des cystostomies (abouchement chirurgicale de la vessie à la peau) étaient pratiquées couramment dès l'Antiquité. L'exstrophie vésicale était connue depuis très longtemps comme une malformation congénitale compatible avec la vie, mais avec une espérance de vie réduite. Cette anomalie réalisant l'abouchement de la muqueuse de la paroi postérieure de la vessie à l'extérieur, a toujours posé de délicats problèmes d'appareillage. Elle touche actuellement un enfant sur 10 000 à 40 000 à la naissance avec une nette prédominance chez les garçons.

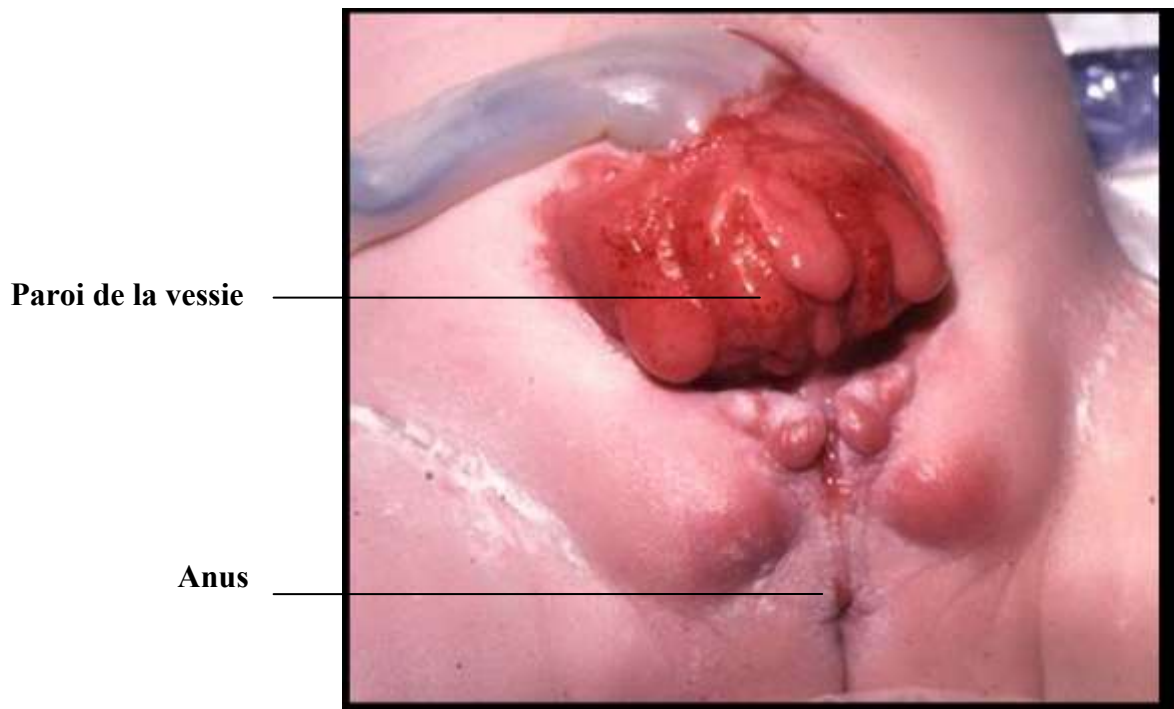


Figure n°8 : Extrophie vésicale chez une fille (29)

Les dérivations hautes des urines ne furent pratiquées qu'à partir du XIX^{ème} siècle. L'urétérostomie cutanée a été pendant longtemps la seule technique proposée pour les dérivations urétérales externes. Les problèmes d'appareillage par sonde et les risques de rétrécissement de l'orifice ont cependant conduit à des techniques améliorées, notamment à l'intervention de Bricker (1950) qui a marqué réellement le début de l'ère moderne des dérivations urinaires et de leur appareillage. (4, 27)

1.3. LES DIFFERENTES STOMIES

1.3.1. LES STOMIES DIGESTIVES

Les stomies digestives ont pour objectif de permettre l'exonération des selles lorsque les structures anatomiques normales sont absentes ou atteintes d'une pathologie. Elles permettent également d'apporter une alimentation quand cela n'est plus possible par les voies naturelles. Elles peuvent être temporaires ou définitives et terminales ou latérales.

1.3.1.1. L'oesophagostomie

C'est l'abouchement chirurgical, définitif ou temporaire de l'œsophage à la peau du cou. Il s'agit d'une intervention très rare. Du fait de la situation profonde de l'œsophage, celle-ci ne pourra siéger qu'au niveau de l'œsophage cervical.

Cette intervention se pratique après section chirurgicale de l'œsophage, soit après suppression du segment sous-jacent comme par exemple lors d'un cancer soit pour dériver la salive si l'œsophage sous-jacent est en mauvais état. L'opération se réalise sous anesthésie générale ; l'extrémité supérieure de la section est suturée à un petit orifice pratiqué dans la peau du cou, auquel est fixée une poche où s'écoule la salive. L'alimentation est assurée soit par perfusion, soit au moyen d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie permettant de nourrir le malade de façon définitive ou en attendant que la continuité digestive puisse être rétablie chirurgicalement par oesophagoplastie. (1, 3)

1.3.1.2. La gastrostomie

Cette opération consiste à relier directement l'estomac à la peau par une sonde permettant l'alimentation. Elle est pratiquée quand l'alimentation par la voie normale est impossible ou dangereuse : rétrécissement de l'œsophage par une tumeur maligne ou fausse-route alimentaire par trouble de la commande de la déglutition.

Une sonde est placée chirurgicalement ou grâce à un endoscope entre l'intérieur de l'estomac et la peau. Des produits nutritifs sont ensuite introduits dans la sonde. (1, 3)

1.3.1.3. La Jéjunostomie

La jéjunostomie est une intervention consistant à pratiquer une petite ouverture dans la paroi du jéjunum que l'on suture en regard d'une ouverture pratiquée dans la peau permettant ainsi de réaliser ultérieurement une nutrition entérale grâce à une sonde introduite dans l'ouverture.

Cette technique est indiquée quand la nutrition par les voies naturelles et la nutrition par sonde dans l'estomac est impossible en particulier au cours de certaines pancréatites aiguës. Généralement temporaire, une jéjunostomie peut exceptionnellement être définitive notamment lors de cancer. (1, 3, 39)

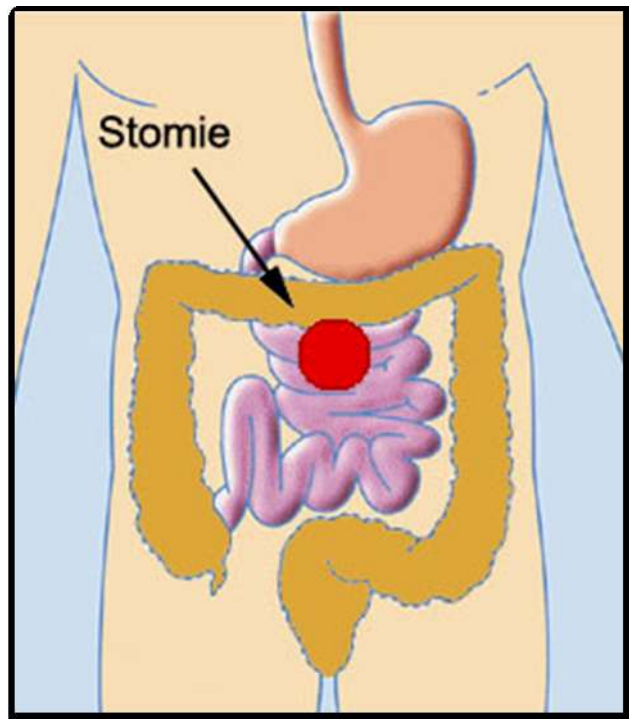


Figure n°9 : La jéjunostomie (13)

1.3.1.4. L'iléostomie

L'iléostomie correspond à l'abouchement et la suture de l'iléon à la peau de la paroi abdominale. L'extrémité de l'intestin grêle est en effet amenée à l'extérieur de l'abdomen et cousue à la peau.

Cette opération se pratique après une colectomie (ablation de tout ou partie du colon) quand l'atteinte du colon est trop grave pour qu'on puisse le conserver ou quand on ne peut pas rétablir dans l'immédiat la continuité digestive (en suturant les deux segments restants). Les matières fécales sont alors dérivées dans une poche collée sur la peau. Le plus souvent, il s'agit d'une solution provisoire, la continuité digestive étant rétablie ultérieurement par le raccordement de l'iléon au colon restant, au rectum ou à l'anus.

En période post opératoire, les selles sont liquides car la réabsorption de l'eau n'a pas eu lieu. De plus elles sont irritantes pour la peau car elles contiennent beaucoup d'enzymes digestives. Les soins cutanés doivent donc être particulièrement réguliers et soigneux et les apports alimentaires doivent être riches en eau et sels minéraux. Après trois à quatre semaines l'intestin grêle va acquérir certaines propriétés dévolues normalement au colon. De ce fait les selles verront leur volume diminuer et seront un peu plus consistantes. (1, 3, 18, 39)

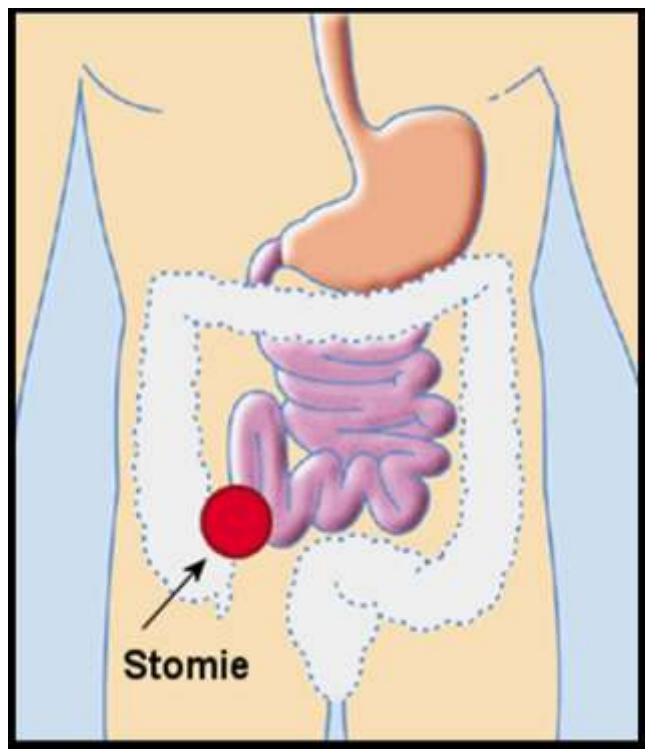


Figure n°10 : L'iléostomie (13)

1.3.1.5. La colostomie

La colostomie est un abouchement chirurgical du colon à la peau constituant un anus artificiel temporaire ou définitif. Un orifice est créé sur l'abdomen par lequel se vident les matières en partie ou en totalité au lieu de s'évacuer par l'anus. La colostomie peut être latérale ou terminale. La localisation de la stomie sera fonction de la portion du colon qui sera atteinte. Sur les images ci-dessous, la portion blanche correspond à la section lésée ou retirée du colon.

> **La colostomie transverse droite.**

C'est l'abouchement du côlon ascendant droit à la peau.

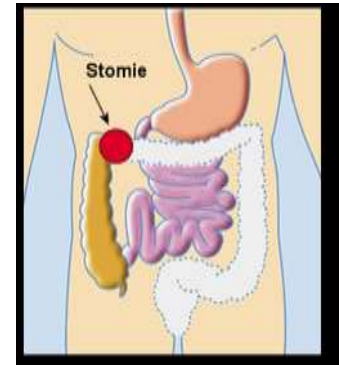


Figure n°11 : La colostomie transverse droite (13)

> **La colostomie transverse gauche.**

C'est l'abouchement du côlon transverse gauche à la peau.

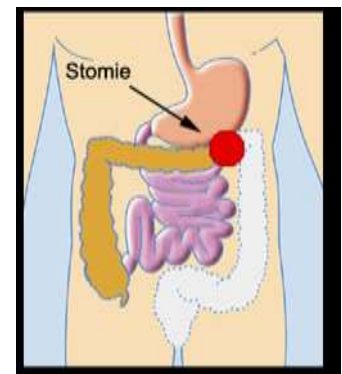


Figure n° 12: la colostomie transverse gauche (13)

> **La colostomie gauche.**

C'est l'abouchement du colon gauche descendant à la peau.

(1, 3, 39)

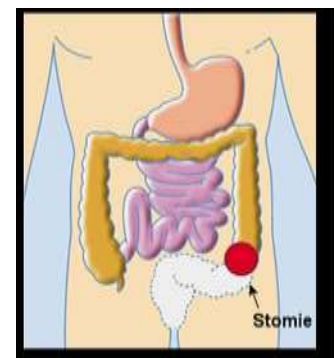


Figure n°13 : la colostomie gauche (13)

1.3.2. LES UROSTOMIES

Lorsque la vessie n'est plus fonctionnelle, il est nécessaire de dériver les uretères pour assurer l'évacuation des urines. Il existe deux principales catégories de dérivation des uretères.

1.3.2.1. Dérivation urinaire directe

Les uretères sont implantés directement à la peau. Cela peut être réalisé de différentes façons.

> Implantation directe avec deux stomies.

Chaque uretère (droit et gauche) est mis en contact avec la peau. Deux stomies sont créées et le port de deux poches de recueil est nécessaire.

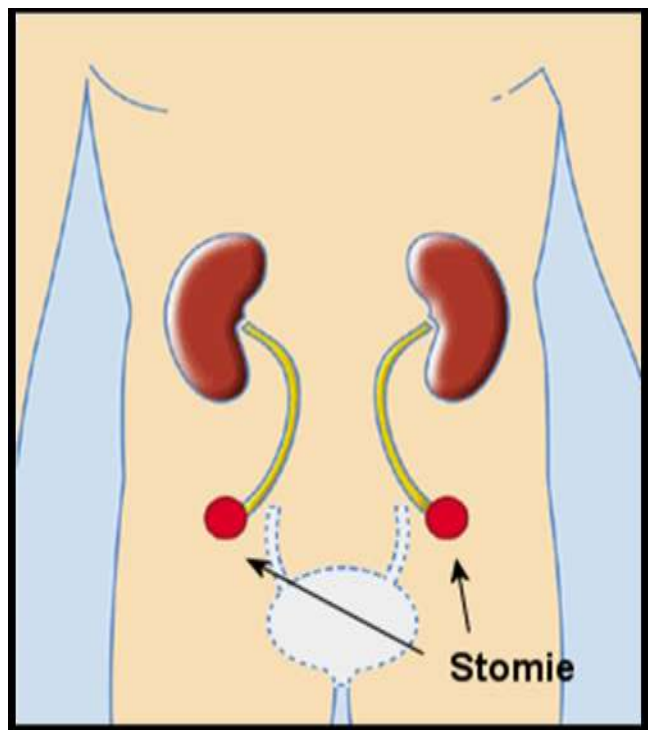


Figure n° 14: L'urétérostomie bilatérale (13)

> **Implantation directe à une seule stomie.**

Les uretères peuvent alors soit être reliés l'un à l'autre avant d'être reliés à la peau en une seule stomie, il s'agit de l'urétérostomie unilatérale, soit ils sont abouchés l'un à côté de l'autre ce qui permet de n'utiliser qu'une seule poche, c'est l'urétérostomie en "canon de fusil".

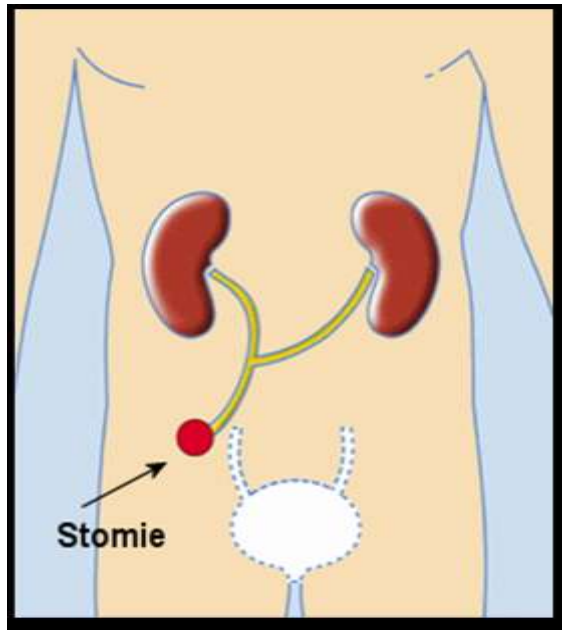


Figure n°15 : L'urétérostomie unilatérale (13)

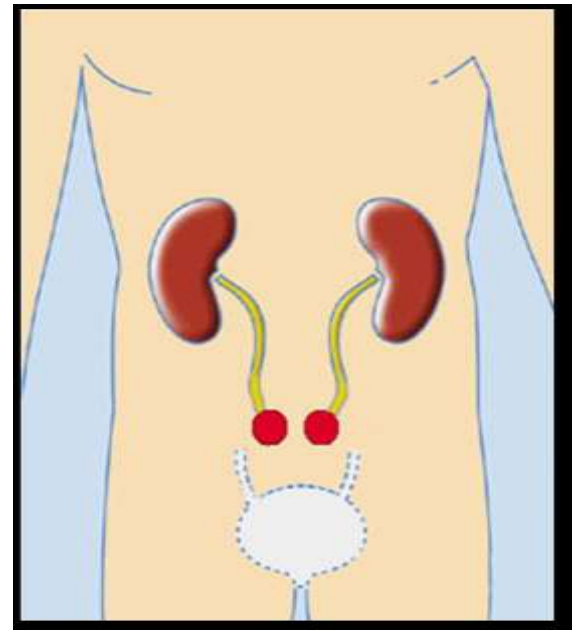


Figure n°16 : Urétérostomie en "canon de fusil" (13)

Quelque soit le type d'implantation directe, les uretères peuvent faire l'objet d'un rétrécissement. Aussi pour éviter ce problème, le chirurgien place une sonde qui remonte vers le rein dans chacun des uretères pour maintenir leur calibre. Parfois la construction de la stomie permet à l'uretère de ne pas se refermer spontanément et dans ce cas, il n'y aura pas de sonde ; elle sera retirée définitivement après la période périopératoire. La pose de ces sondes est plus délicate en cas d'implantation directe à une seule stomie. Par mesure d'hygiène et pour éviter toute infection, ces sondes sont changées régulièrement de façon stérile, en consultation à l'hôpital. (3, 12, 32, 39)

1.3.2.2. Dérivation urinaire indirecte "type Bricker"

Les uretères sont abouchés dans un petit segment d'intestin grêle isolé qui est amené à la peau. Dans un premier temps, le chirurgien prélève un petit segment de l'intestin grêle c'est-à-dire 10 à 20 cm de sa partie terminale, puis il rétablit la continuité digestive. Les deux uretères sont abouchés à ce petit morceau d'intestin qui est, lui-même amené à la peau.

Cette technique possède plusieurs avantages. Tout d'abord, il n'existe qu'une seule stomie pour les deux reins et, donc, une seule poche de recueil suffit. Par ailleurs, le diamètre du segment d'intestin étant beaucoup plus important que celui des uretères, il ne peut pas se sténoser. Il n'est donc pas nécessaire de placer des sondes dans les uretères comme dans les techniques d'implantation directe. Cette dérivation est à l'heure actuelle la plus fréquente, néanmoins, elle ne peut pas toujours être proposée. (3, 12, 32, 39)

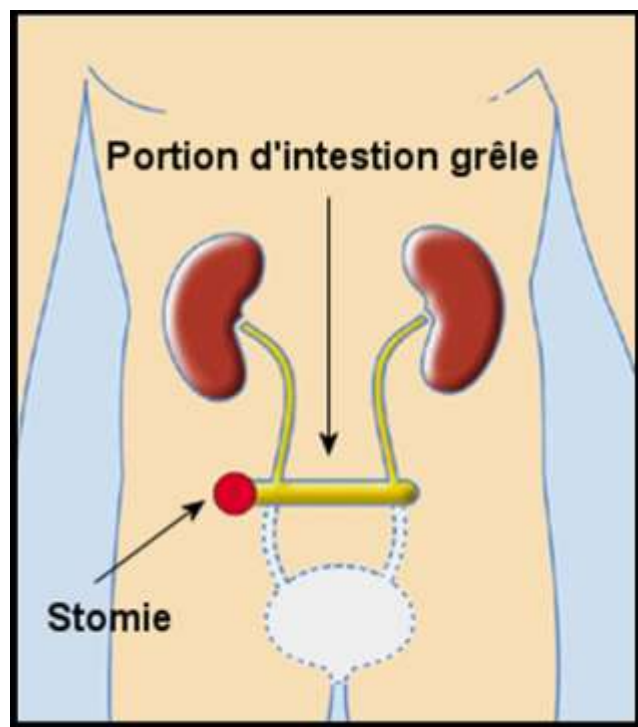


Figure n°17 : L'urétostomie "type Bricker" (13)

1.4. INDICATIONS DES STOMIES

1.4.1. LES STOMIES DIGESTIVES

En dehors de certains traumatismes abdominaux avec des plaies de l'intestin qui sont, en réalité, rarement en cause, la plupart des stomies digestives relèvent de diverses maladies intestinales.

Dans le cas des traumatismes abdominaux avec perforation colique ou rectale une stomie de dérivation sera mise en place. Celle-ci restera en place de trois à six mois et la continuité intestinale sera rétablie une fois la blessure guérie.

1.4.1.1. Malformations intestinales

Quelques maladies congénitales de l'intestin et certaines malformations peuvent nécessiter la réalisation d'une stomie. Leur particularité essentielle tient à l'âge auquel elles sont pratiquées puisqu'il s'agit habituellement de nouveau-nés ou de nourrissons parfois d'enfants un peu plus grands.

> Malformation anorectale

Cette malformation consiste en l'absence d'un orifice de sortie du tube digestif. En moyenne un enfant sur cinq mille naît avec cette malformation. On la découvre à la naissance lors de l'examen systématique du périnée du nouveau-né. Une colostomie est donc nécessaire pour permettre au nouveau-né d'évacuer ses selles. Un anus sera formé vers l'âge de trois mois et la colostomie sera fermée lorsque le bébé aura atteint l'âge de six mois.

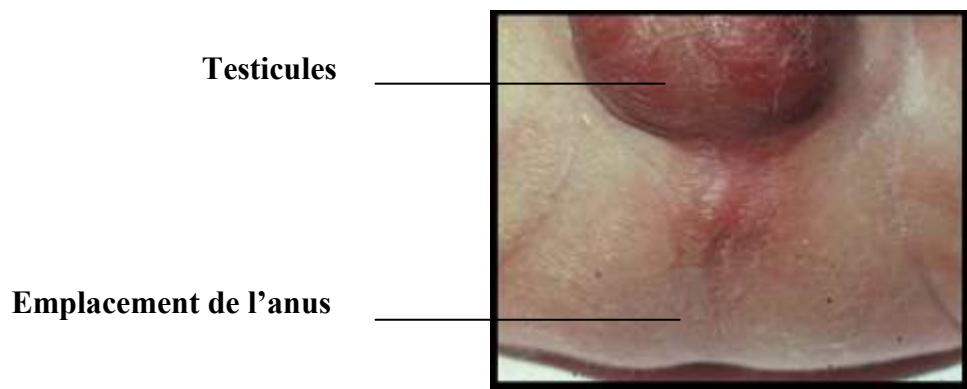


Figure n°18 : Malformation anorectale chez un garçon (29)

> **Maladie de Hirschsprung**

Cette malformation est caractérisée par l'incapacité du nouveau-né à évacuer ses selles même si l'anus est normal. C'est une anomalie de fonctionnement de la partie terminale de l'intestin se traduisant par une constipation et une occlusion intestinale. Le problème est dû à l'absence de contraction d'une partie du colon et à l'incapacité de relaxation du sphincter interne de l'anus. Plus vieux, l'enfant pourra être atteint d'une constipation chronique et d'une dilatation importante du côlon.

La maladie de Hirschsprung est une maladie génétique rare qui touche une naissance sur cinq mille en majorité des garçons (80%). Il s'agit souvent de formes sporadiques (sans antécédent familial) mais il existe également des formes familiales.

Le traitement de première intention consiste à introduire une sonde dans le rectum ou à effectuer de petits lavements prudents. Cela permet l'évacuation des selles. Dans les formes où ce traitement médical est inefficace, on effectue une colostomie. Celle-ci consiste en l'ouverture de la paroi du côlon dans le but de son exploration. Elle permet parfois la découverte d'anomalies mais également l'ablation de petites tumeurs bénignes comme des polypes qui font saillie à l'intérieur de la cavité intestinale. Elle permet une décompression et l'évacuation du colon. Quand le colon est atteint dans son entier une colostomie est alors nécessaire en attendant la correction définitive de la malformation qui consiste à joindre la partie saine du colon avec l'anus. (3, 25, 36)

1.4.1.2. Tumeurs colorectales (polypes et cancers)

Elles représentent la principale indication de la colostomie définitive.

Les cancers colorectaux représentent les cancers les plus fréquents tous sexes confondus. Il existe 33500 nouveaux cas par an en France dont 35% de cancers rectaux et 65% de cancers coliques avec une localisation préférentielle au niveau du sigmoïde. Le nombre de décès par cancers colorectaux est de 15 à 16000 par an. Tout stade confondu, le taux de survie à 5 ans est de 40%. Ce mauvais résultat est lié à un diagnostic souvent trop tardif (70 ans).

Lorsqu'elles ne peuvent pas être extirpées par voie naturelle (endoscopique) les tumeurs colorectales nécessitent des interventions chirurgicales avec ablation plus ou moins étendue de l'intestin. Le type d'opération utilisé ne présume en rien de la gravité de la maladie mais dépend de la localisation des lésions.

Ainsi, la présence de polypes parfaitement bénins sur toute la hauteur du gros intestin peut nécessiter une ablation complète de tout le colon, alors qu'un cancer peut être guéri par simple ablation d'un segment (20 à 30 cm) du gros intestin avec raccordement immédiat sans nécessité de stomie.

Certaines tumeurs situées très bas près de l'anus nécessitent parfois le sacrifice du rectum et de la zone sphinctérienne obligeant à la mise en place d'une colostomie définitive. (8, 31)

1.4.1.3. Maladies inflammatoires de l'intestin

Il en existe plusieurs : diverticulose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique... Leur gravité est due à la possibilité de complications graves (perforation, abcès...). Dans certains cas, elles peuvent être contrôlées par des traitements médicaux. Parfois le traitement chirurgical s'impose et consiste en une ablation plus ou moins étendue de l'intestin malade qui peut aller jusqu'à la suppression totale du gros intestin. Plus rarement, le rectum doit également être enlevé entraînant la création d'une stomie définitive. Dans quelques cas, l'inflammation altérant la qualité des tissus, rend impossible la confection de bonnes sutures. Le raccordement de l'intestin (de part et d'autre de la partie malade enlevée) est alors impossible et oblige la création d'une stomie parfois provisoire.

> La diverticulose colique

Cette pathologie consiste en la présence de diverticules généralement multiples sur la paroi colique. Un diverticule est une évagination de la muqueuse à travers la paroi musculaire.

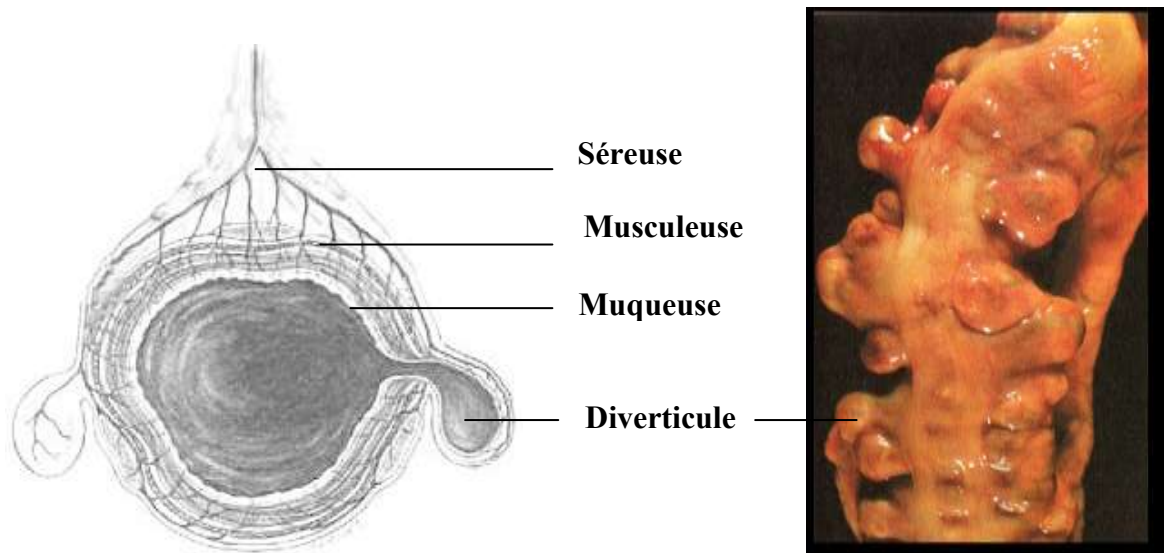


Figure n°19 : Colon en coupe avec diverticule (30)



Figure n°20 : Diverticules creusant dans la paroi du colon (3)

La cause de ces désordres est certainement alimentaire, elle serait due à un déficit de l'alimentation en fibres alimentaires et une trop grande quantité de sucres. C'est une pathologie très fréquente dans les pays industrialisés habitués à un régime pauvre en résidus. En Europe de l'Ouest, elle touche près de 30% des sujets âgés de plus de 60 ans.

Ce sont les complications qui sont le plus à craindre. Elles apparaissent chez 10 à 20% des malades sous formes de lésions inflammatoires, de perforations diverticulaires, d'occlusions, d'hémorragies, de fistulisations ou de dégénérescences cancéreuses.

Le traitement fait appel à un régime alimentaire riche en fibres et particulièrement en son. Les médicaments sont peu utilisés sauf en cas de diverticulite, où l'antibiothérapie s'impose. La répétition des crises de diverticulite, les abcès, les pseudotumeurs et les fistules imposent un traitement chirurgical qui consiste en la résection du sigmoïde. Si elle est effectuée en période d'infection, elle comporte généralement deux temps : colostomie avec établissement d'un anus artificiel transitoire, puis abouchement des segments coliques, après traitement antibiotique. En l'absence d'infection, elle se fait en un seul temps avec rétablissement immédiat de la continuité colique.

> La maladie de Crohn

Il s'agit d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin d'origine inconnue.

La maladie de Crohn qui atteint de 3 à 6 personnes sur 100000, se rencontre à tout âge. Elle évolue par poussées successives et lèse des segments de l'intestin avec une prédilection pour l'iléon, le colon et l'anus. Les lésions comportent un épaissement de la paroi et des ulcérations.

Le traitement est anti-inflammatoire sauf dans certains cas rebelles où l'on a recours à des immunodépresseurs. Le traitement chirurgical concerne les formes résistantes au traitement médical et les complications de la maladie qui sont les occlusions, hémorragies ou fistules grave. Une stomie est nécessaire quand il y a une atteinte majeure au niveau du périnée ou du rectum. Ces stomies sont mises en place pour des durées de un à deux ans et parfois deviennent permanentes s'il n'y a pas d'amélioration de la maladie anale.

> La rectocolite hémorragique

Il s'agit d'une inflammation chronique de la muqueuse du colon et du rectum, d'origine inconnue, caractérisée par des émissions de mucus et de sang par l'anus. Cette maladie touche essentiellement la femme jeune. On estime à 40000 le nombre de patients touchés en France.

Le traitement est d'abord médicamenteux. Dans les poussées, il consiste en une courte antibiothérapie suivie d'anti-inflammatoire. Si la poussée est sévère, un régime alimentaire dit sans résidus est prescrit. En dehors des poussées, un traitement par salicylés et immunosupresseurs permet d'éviter les récurrences sans consignes alimentaires particulières.

En cas d'échec, on a recours soit aux immunosuppresseurs soit à la chirurgie qui est indiquée en cas de résistance au traitement médical, ou dans les dégénérescences cancéreuses ou encore dans le cadre de complications graves ou aigues comme les colectasies ou perforations. La colectasie est une dilatation aigue, partielle ou totale, du colon, due à la présence de gaz. Le traitement peut comporter l'ablation totale du colon et le cas échéant du rectum. (3, 27, 30)

1.4.1.4. Causes diverses

> L'entérocolite nécrosante

Cette infection bactérienne survient surtout chez les enfants prématurés ou de petits poids. Dès que l'enfant est alimenté par la bouche, il développe une nécrose et une perforation intestinale, ce qui provoque la présence de selles dans la cavité abdominale. La résection de l'intestin malade est alors nécessaire. Comme le rétablissement de la continuité intestinale s'avère alors trop dangereux, une colostomie ou une iléostomie est alors obligatoire pour sauver l'enfant. La stomie sera maintenue quatre à six mois et refermée une fois que l'enfant aura grandi.

> Les traumatismes coliques

Une stomie de dérivation peut être nécessaire à la suite d'un traumatisme abdominal, avec perforation colique ou rectale.

> Les fistules colorectales

Elles sont en rapport avec des lésions inflammatoires, tumorales ou traumatiques. On pratique alors soit une colostomie en amont soit une colostomie sigmoïdienne.

> Les fistules cutanées du grêle

Elles mettent en communication le grêle à la peau.

> La protection d'une suture

Lorsqu'une partie pathologique de l'intestin vient d'être traitée, il peut être nécessaire de la mettre au repos jusqu'à guérison complète.

> La section de la moelle épinière

Elle peut être à l'origine d'une incontinence sphinctérienne entraînant la nécessité de mise en place d'une colostomie.

> Les occlusions diverses

Une obstruction partielle ou totale de l'intestin grêle ou du colon peut amener à la création d'une stomie temporaire en attendant le rétablissement de la continuité intestinale.

(3, 27)

1.4.2. LES UROSTOMIES

Les indications des urostomies sont nombreuses, dès qu'une lésion de la voie excrétrice entraîne une destruction fonctionnelle de l'organe, une dérivation urinaire est réalisée. La lésion peut être de différentes natures.

> Les lésions tumorales

Il s'agit des cancers de la vessie, des uretères, de la prostate et du col utérin. Les affections cancéreuses et en particulier celles de la vessie constituent chez l'adulte les principales causes de dérivations urinaires. Le cancer de la vessie est à la deuxième place des cancers de l'appareil urinaire après celui de la prostate. Il touche en France plus de 10000 personnes chaque année. C'est un cancer majoritairement masculin (quatre hommes pour une femme) et qui touche principalement les personnes entre 50 et 70 ans. Les facteurs de risques sont le tabagisme, certains produits chimiques comme les amines aromatiques (présents dans l'industrie chimique, textile, caoutchouc, métallurgie) et la radiothérapie pelvienne.

> Les lésions radiologiques

Elles correspondent à des sténoses urétrales ainsi qu'à des rétractions de la vessie.

> Les lésions de nature infectieuse

Certaines pathologies infectieuses comme la tuberculose peuvent avoir des conséquences au niveau urinaire.

> Les lésions d'origine neurologique

Des pathologies comme le spina-bifida ou la sclérose en plaque peuvent être à l'origine d'une atteinte urinaire.

> **Les lésions congénitales**

Chez l'enfant, l'extrophie vésicale et la vessie neurologique sont les principales indications d'une urostomie. La vessie neurologique correspond à l'ensemble des troubles urinaires dus à un dysfonctionnement ou à une lésion du système nerveux.

> **Les lésions traumatiques**

Un traumatisme sur les voies urinaires peut nécessiter une urostomie.

> **Les fistules**

Une urostomie peut également être indiquée en cas de fistules vésico-rectales, vésico-vaginales et uretro-vaginales. (3, 27)

1.5. COMPLICATIONS DES STOMIES

Tout sujet porteur d'une stomie doit être averti des différentes complications qui peuvent survenir à moyen ou à long terme.

1.5.1. LES STOMIES DIGESTIVES

Les entérostomies peuvent être à l'origine d'un certain nombre de complications pouvant donner lieu à la nécessité d'une nouvelle intervention.

On distingue quatre groupes de complications liées aux stomies digestives : les complications chirurgicales précoces et tardives, les lésions cutanées peristomiales et enfin les complications métaboliques.

1.5.1.1. Les complications précoces

> L'hémorragie péristomiale

Seules les hémorragies en rapport avec une hypertension portale à distance de l'intervention sont considérées comme une véritable complication alors que les petits saignements locaux provoqués par des lésions irritatives locales ou par un appareillage inadéquat sont sans gravité.



Figure n°21 : Hémorragie péristomiale due à une hypertension portale (4)

> Nécrose de la stomie

Elle est due à un orifice pariétal trop étroit entraînant une dévascularisation. La nécrose se diagnostique lorsque la couleur de cette dernière devient cyanosée puis noire.



Figure n° 22: Nécrose d'une colostomie terminale (4)



Figure n° 23: Nécrose d'un prolapsus sur iléostomie (4)

> Rétraction de la stomie

Elle correspond à une invagination de la stomie dans la paroi abdominale. Elle peut intervenir après une importante prise de poids, car l'épaisseur abdominale est alors modifiée. Le traitement est chirurgical par la réalisation d'une nouvelle stomie.

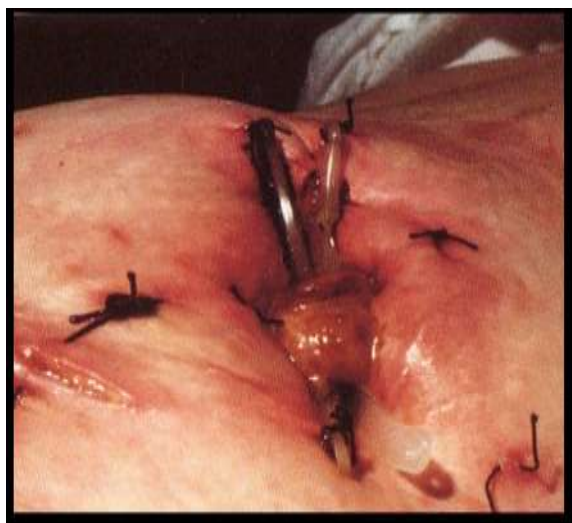


Figure n° 24: Stomie en voie de rétraction (4)

> **Complications septiques**

Elles sont représentées par les fistules entéro-cutanées, les phlegmons (inflammation aigue ou subaigüe du tissu conjonctif sous-cutané ou profond), les abcès de la paroi (écoulement purulent) ainsi que les péritonites.

> **Eviscération parastomiale**

Il s'agit de l'extériorisation d'une ou de deux anses grêles autour de l'orifice stomial.

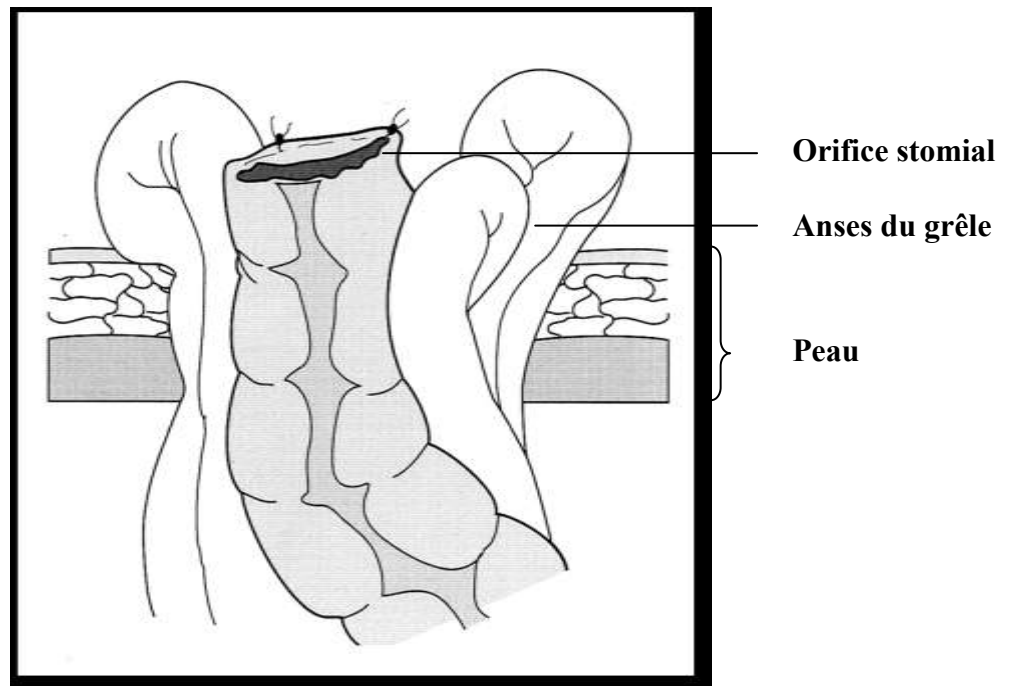


Figure n° 25 : Eviscération parastomiale (4)

> **Occlusion du grêle ou du colon**

(1, 3, 4, 6,11, 27)

1.5.1.2. Les complications tardives

> Eventration péristomiale

Les éventrations péristomiales se présentent comme une tuméfaction plus ou moins asymétrique, expansive à la toux et réductible à la palpation. L'orifice stomial restera alors soit au centre de l'éventration soit sera totalement désaxé ce qui rendra l'appareillage plus difficile. Les éventrations sont le plus souvent bien supportées et ne nécessitent pas de traitement particulier mis à part le port d'une ceinture de maintien abdominal avec fenestration. En cas de manifestations douloureuses ou de troubles sub-occlusifs, le traitement sera chirurgical.

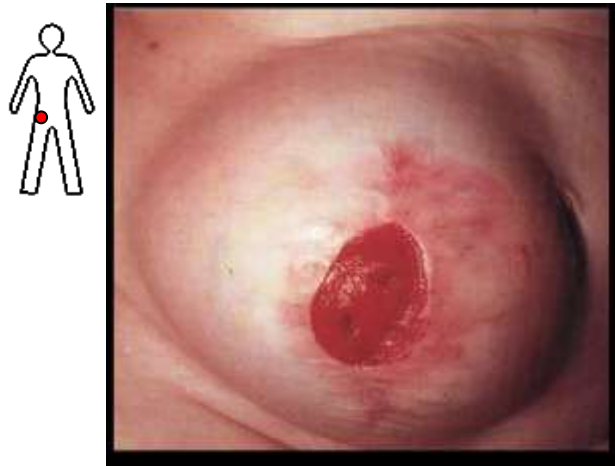


Figure n°26 : Eventration sur stomie latérale (4)

> Prolapsus

Le prolapsus est une complication fréquente. Il peut être soit seulement muqueux (éversion de la seule muqueuse) soit total (éversion des trois tuniques intestinales).



Figure n°27 : Prolapsus sur colostomie terminale (4)

> **Sténose**

Elles sont souvent les conséquences 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 toucher stomial devient impossible, c'est une sténose vraie.



Figure n°28 : Sténose d'une colostomie terminale (4)

> **Rétractions**

> **Saignements**

(1, 3, 6)

1.5.1.3. Les lésions cutanées peristomiales

On distingue ici deux grands types de complications :

> **Les irritations cutanées**

Elles sont dues au contact de la peau avec les selles liquides ou une intolérance de la peau aux produits ou à l'appareillage.

> **Les mycoses**

Elles se développent autours de la stomie en milieu humide chez le patient affaibli ou dénutri. (1, 3)



Figure n°29 : Lésions cutanées
"bulleuses" (4)



Figure n°30 : Escarre dû à un appareillage
trop rigide (4)

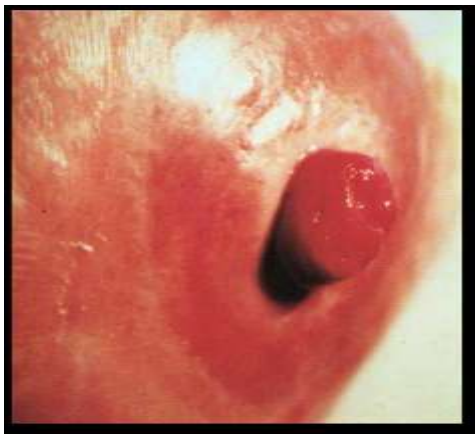


Figure n°31 : Irritation érythémateuse
péristomiale (4)



Figure n°32 : Lésions allergiques
péristomiales (4)

1.5.1.4. Les complications métaboliques

Parmi les complications métaboliques, on peut relever la déplétion sodée et hydrique fréquemment rencontrées chez l'iléostomisé. Un apport alimentaire insuffisant en eau et en sodium peut entraîner une déshydratation et une hypovolémie.

Une carence en vitamine B12 peut être retrouvée chez les iléostomisés. La vitamine B12 joue un rôle dans la maturation des globules rouges et dans la synthèse de certains acides gras et de certains acides aminés. Une carence peut être compensée par le foie dans un premier temps (2 à 3 ans). Ensuite différents signes apparaissent : fatigue générale, perte de l'appétit, troubles hématologiques, neuropsychiatriques (perte de mémoire, trouble de l'humeur, dépression) troubles cutanés et muqueux (langue dépaillée).

Une lithiase rénale, vésiculaire ou biliaire peut survenir également. (3, 6)

1.5.2. LES UROSTOMIES

Une stomie bien placée et bien faite a toutes les chances d'échapper à la survenue de complications importantes. Les complications des urostomies sont proches de celles des stomies digestives. On retrouve dans les complications postopératoires les hémorragies, les risques de rétraction, de nécrose ainsi que les complications septiques.

Dans les complications plus tardives, peuvent survenir les complications locales avec des mauvais emplacements de stomie, des éventrations peristomiales, des prolapsus, sténoses et saignements. Des complications cutanées peuvent également avoir lieu.

Enfin, les risques d'infections urinaires doivent également être pris en compte. (4, 27)

PARTIE II
LA STOMATHERAPIE

La stomathérapie est la prise en charge médicale et psychologique du patient stomisé. Elle correspond plus précisément à la maîtrise des connaissances techniques et des principes de relation d'aide qui doivent permettre au stomisé de retrouver son autonomie le plus rapidement possible après l'intervention.

Les patients porteurs d'une stomie sont confrontés à différents problèmes :

- > **Problèmes psychologiques liés à la perte d'une fonction naturelle importante**
- > **Problèmes locaux et soins d'appareillage**
- > **Problèmes socio professionnels et familiaux**

Le patient stomisé doit pouvoir bénéficier d'une aide collective de façon à ce qu'il puisse rapidement redevenir un membre à part entière de la communauté. Le malade stomisé était auparavant livré à lui-même à la sortie de l'hôpital, il avait tendance à se replier sur lui-même, rejeté par son cercle familial et ses amis. Actuellement, tout est fait pour que celui-ci retrouve rapidement une "vie normale" avec les activités qu'il pratiquait avant, ses loisirs, ses sports et qu'il soit parfaitement à l'aise avec son entourage.

En France, on compte environ 500 infirmières stomathérapeutes. Elles rassurent, informent, expliquent, apaisent les inquiétudes, répondent aux questions et aident le patient à les formuler.

2.1. CONSEQUENCES DES STOMIES

La fonction d'évacuation est profondément investie dans le subconscient de l'homme depuis la toute première enfance. Il faut se rappeler que l'enfant acquiert le contrôle de ses sphincters entre deux et trois ans. C'est une étape importante de son développement physique et psychologique où l'aspect éducatif a un rôle prépondérant : acquisition de la notion du propre et du sale.

La perte de contrôle des exonérations est vécue comme une régression pour l'adulte. Le schéma corporel de la personne stomisée est profondément modifié ; la présence de la stomie fait apparaître une « zone » qui était cachée et symbole du sale.

Le bouleversement anatomique et physiologique majeur conditionné par la stomie va inévitablement produire un choc psychologique important déterminé par une profonde altération de l'image corporelle.

La perte d'un orifice induit chez le patient une réaction de deuil, son comportement est modifié : régression, agressivité, dépression... (4)

2.1.1. AU NIVEAU PHYSIQUE

Une stomie va entraîner un grand changement sur le plan physique. De nombreuses contraintes dues à la modification des fonctions d'évacuation vont s'imposer au patient stomisé. Une bonne réadaptation sera nécessaire pour y faire face.

2.1.1.1. La perte de contrôle des évacuations

Les sphincters musculaires qui sont annexés à la vessie et au rectum sont doués d'une fonction de contrôle particulièrement précise et efficace comportant une phase permanente, réflexe, inconsciente assurée par un sphincter lisse et une phase de renforcement, volontaire commandée par la sensation de besoin assurée par un sphincter strié.

Ici, la suppression des zones sphinctériennes ne permet plus aucun contrôle des évacuations qui se font alors de façon tout à fait capricieuse et involontaire sur un mode quasi permanent pour les urines et au rythme des contractions intestinales pour les gaz et les matières. De nombreux inconvénients sont associés à cette stomie tels que les bruits, les mauvaises odeurs, les risques de fuites et la crainte de la vision de la stomie par les personnes extérieures.

Le colostomisé aura des selles en général plus solides et faciles à recueillir que l'iléostomisé mais il sera un plus grand producteur de gaz que ce dernier. En effet, au niveau du colon, il y a une grande réabsorption d'eau, le bol fécal se solidifie entraînant de nombreuses fermentations chimiques et bactériennes.

Le patient stomisé cherchera toujours à avoir un transit régulier avec une diurèse abondante afin d'éviter au maximum différents désagréments comme la diarrhée, la constipation ainsi que la fermentation et pour le stomisé urinaire la polyurie et l'oligurie. (4, 11)

2.1.1.2. L'apprentissage de soins locaux appropriés

La perte de contrôle de ses évacuations va obliger le patient stomisé à porter un appareillage particulier afin de collecter les matières émises. Ce dernier constituera la contrainte physique la plus importante vécue par le stomisé.

Le patient va être confronté à la recherche du modèle le plus adapté ainsi qu'à des manipulations plusieurs fois dans la même journée. Parallèlement au souci de l'appareillage, le stomisé doit prendre soin de sa stomie en la soumettant à une surveillance quotidienne et à une toilette appropriée, de façon à la maintenir en parfait état, ainsi que la peau qui l'entoure. En effet, la muqueuse de la stomie est une muqueuse fragile.

La peau péristomiale est souvent irritée par le contact des matières, des urines ou tout simplement par le maintien de l'appareillage surtout s'il est mal adapté ou qu'il doit fréquemment être renouvelé. Le bon état de la peau peristomiale est un élément important de son confort qui ne peut être préservé que par des soins attentifs. (4, 10)

2.1.1.3. La conservation d'un bon état général

La création d'une enterostomie ou d'une urostomie n'entraîne aucune altération de l'état général. Il n'y a pas de détérioration du poids et de l'appétit. Néanmoins, le patient peut voir son appétit et son poids augmenter du fait de la guérison de la maladie initiale grâce à la chirurgie. Toute altération de l'état général doit motiver un examen médical afin de déterminer la cause de celle-ci et de surveiller son évolution. (4)

2.1.2. AU NIVEAU PSYCHOLOGIQUE

Toutes les formes de stomies constituent pour le malade un traumatisme psychique qui doit être reconnu et accompagné pour lui permettre de dépasser cette épreuve et se reconstituer d'un point de vue psychologique.

2.1.2.1. Le traumatisme psychique

Le traumatisme psychique est d'autant plus important quand la stomie est réalisée dans l'urgence sans que le malade ait été informé.

Le traumatisme est dû à plusieurs facteurs :

- > **La perte de son intégrité physique : mutilation**
- > **Une profonde blessure narcissique : diminution de l'amour de soi. Le patient a souvent un sentiment de honte et de culpabilité.**
- > **Une régression au stade de la petite enfance : incontinence, apprentissage de la propreté, dépendance...**

Le fait d'être malade va entraîner des pertes et des deuils multiples :

- > **Renoncer à sa toute puissance et à l'illusion de son immortalité**
- > **Quitter le monde des êtres bien portants**
- > **Renoncer à son bien être physique, psychologique, sexuel**
- > **Renoncer à sa place familiale et sociale**
- > **Renoncer à ses projets de vie**

Selon le docteur Elisabeth Kübler-Ross psychiatre et psychologue, toute perte passe par différentes phases :

> **Le choc, la sidération**

Il n'ya plus de place pour le rationnel, l'information ne passe pas. Les explications ne pourront être reprises qu'ultérieurement.

> **Le déni**

Il constitue une protection psychologique qu'il faut respecter tant que cela ne met pas le malade en danger.

> **La révolte**

Il s'agit d'un sentiment d'injustice. Les paroles des soignants sont à ce stade souvent déformées et mal interprétées.

> **Le marchandage**

La maladie est discutée, parlée. Les sentiments sont multiples et contradictoires.

> **La tristesse et souvent la dépression**

> **L'acceptation**

La communication et l'échange sont plus que jamais les soutiens indispensables au malade.

Ce descriptif reste très schématique, la succession des sentiments allant et venant, s'entremêlant, au rythme de chacun et des circonstances. (19)

2.1.2.2. L'adaptation psychologique

Chaque malade réagit au choc de l'annonce pour pouvoir s'y adapter.

L'angoisse devant les séquelles d'une chirurgie lourde et mutilante est généralement importante dans la première période d'adaptation soit environ pendant trois mois. Cette manifestation pourra aller de la simple appréhension à des états évoquant une crise d'angoisse.

Peuvent également apparaître chez les patients stomisés d'autres manifestations réactionnelles. Un état dépressif sera fréquemment rencontré dû à une certaine perte d'autonomie, une nécessité d'adaptation à de nouvelles contraintes et surtout un sentiment d'atteinte de l'intégrité corporelle, une impression de "perte". De même des comportements obsessionnels peuvent survenir chez certains patients : obsession du régime alimentaire, des soins d'hygiène spécifiques... Enfin, on peut également mentionner certains symptômes phobiques surtout représentés par la peur de sentir mauvais, l'appréhension d'une mauvaise étanchéité du matériel, la phobie de l'expulsion de gaz malodorants...

Chaque individu réagit de façon singulière en fonction de sa personnalité, de son histoire, de la période de vie qu'il est en train de traverser ainsi qu'en fonction de son environnement affectif et social. Le rôle des proches occupe en effet une place essentielle.

Les stratégies d'adaptation à cette mauvaise nouvelle se nomment « coping ». Elles doivent être respectées par les soignants et les proches, elles sont propres à chaque individu, elles évoluent au cours du temps et ne sont jamais fixées (va et vient entre plusieurs stratégies). Les proches doivent aussi s'adapter à la maladie et à ses conséquences. (7, 19)

	Processus conscient "COPING"	Processus inconscient MECANISMES DE DEFENSE
TOUTE- PUISSANCE	<ul style="list-style-type: none"> > Révolte, injustice > Revendication agressive > Insoumission > Resistance passive > Recherche de bouc émissaire... 	<ul style="list-style-type: none"> > Dénî > Minimisation > Banalisation > Intellectualisation > Répression émotionnelle...
INTERMEDIARIE	<ul style="list-style-type: none"> > Combativité > Besoin de maîtrise > Besoin de s'informer > Recherche de solutions > Responsabilisation... 	<ul style="list-style-type: none"> > Fuite > Refoulement, oubli > Déplacement sur d'autres sources de préoccupations > Compensation par l'alcool, le tabac...
IMPUISSANCE	<ul style="list-style-type: none"> > Renoncement > Désespoir > Résignation > Soumission au destin > Sublimation, réévaluation, « maladie épreuve »... 	<ul style="list-style-type: none"> > Délégation du pouvoir aux autres > Idéalisation de la médecine > Attente d'une solution magique > Recherche de soutien social...

Figure n°33 : Processus d'adaptation conscient et inconscient (19)

2.2. DES STOMIES PARTICULIERES

2.2.1. CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Les femmes stomisées sont généralement inquiètes à propos de leurs capacités à concevoir et mettre au monde un enfant. L'existence d'une stomie n'est pas une contre indication à la grossesse mais il est souvent conseillé de patienter un à deux ans après l'intervention chirurgicale avant de l'envisager. La consultation de son chirurgien et de son gynécologue permet de s'assurer qu'il n'existe pas de contre indications et permet éventuellement de refaire un bilan de santé.

L'obstacle relatif à la grossesse, rencontré chez les femmes stomisées est généralement d'ordre émotionnel. Elles doivent fréquemment supporter les rumeurs ainsi que des conseils souvent inappropriés. C'est pour cela, qu'il est important que la femme enceinte stomisée soit suivie par une équipe pluridisciplinaire (stomathérapeute, médecin traitant, obstétricien, gastro entérologue, chirurgien, psychologue, diététicienne...).

Tout au long de la grossesse, le diamètre de la stomie va s'accroître, il faudra donc adapter au fur et à mesure le diamètre du support des poches pour que celui-ci reste toujours parfaitement adapté à la taille de la stomie. L'apparition d'un prolapsus après l'accouchement est fréquente.

L'alimentation sera celle de toutes les femmes enceintes.

L'accouchement s'effectue le plus souvent par voie naturelle mais peu également se faire par césarienne. Il n'y a pas de risque d'avortement ou d'accouchement prématuré.

L'allaitement sera possible en fonction de la pathologie et de la prise de médicaments.

(5, 13, 24, 39)

2.2.2. CHEZ L'ENFANT

Contrairement aux adultes, les stomies chez les enfants sont souvent temporaires. Les patients et leur famille ont besoin d'être informés et soutenus par des professionnels expérimentés afin d'apporter des réponses à leur questions et à leurs besoins.

> Avant deux ans

Les parents d'un enfant stomisé avant l'âge de deux ans ont très peur que son développement en soit affecté mais, contrairement à l'adulte, l'enfant vit dans le moment présent. S'il se sent aimé, encouragé et qu'il n'a pas de douleur, il est heureux. S'il voit ses parents malheureux, découragés, il sera plus craintif et ne se sentira pas sécurisé.

L'enfant découvrira sa stomie comme les autres parties de son corps. L'appareil collecteur peut d'ailleurs beaucoup l'intéresser tant à cause de sa texture que des sons qu'il produit. Il est donc recommandé d'habiller l'enfant avec des vêtements d'une pièce afin de réduire l'accès à la stomie.

Chez le tout petit, la création d'une stomie peut nécessiter une alimentation spécifique.

> A l'âge préscolaire

Cette période est caractérisée par le besoin d'indépendance et d'autonomie de l'enfant. Il est important de leur expliquer avec des mots simples et des dessins pourquoi ils ont une stomie.

> A l'âge scolaire

C'est le moment où l'enfant commence à acquérir des habiletés et des compétences. Son besoin d'intimité se manifeste beaucoup.

Les parents peuvent ressentir une grande anxiété vis-à-vis de l'école (fatigue, décolllement de poches) cependant, la scolarisation à domicile est vivement déconseillée. L'enfant a besoin de se sentir comme les autres et d'avoir des amis. Par contre, il est utile de prévenir l'enseignant principal ainsi que l'infirmière ou le médecin de l'établissement.

Un enfant bougeant beaucoup, il est conseillé de lui faire porter une ceinture pour bien maintenir la poche.

> A l'adolescence

C'est une période où l'on accorde une grande importance à la beauté du corps, à la propreté et à la réussite sociale. L'adolescent sera inquiet de la réaction de ses amis, il devra choisir quelques confidents et en rester à des choses simples.

Il est primordial de l'encourager dans sa scolarité.

Au niveau de sa sexualité, l'adolescent a des doutes sur ses compétences. Il se pose des questions quant à la fertilité, la grossesse, la possibilité de transmission de cette anomalie à ses enfants. (13, 25)

2.3. L'APPAREILLAGE

2.3.1. HISTORIQUE

Les premiers modèles d'appareillage pour les stomies étaient en toile puis, un peu plus tard, les poches collectrices furent réalisées avec du cuir.

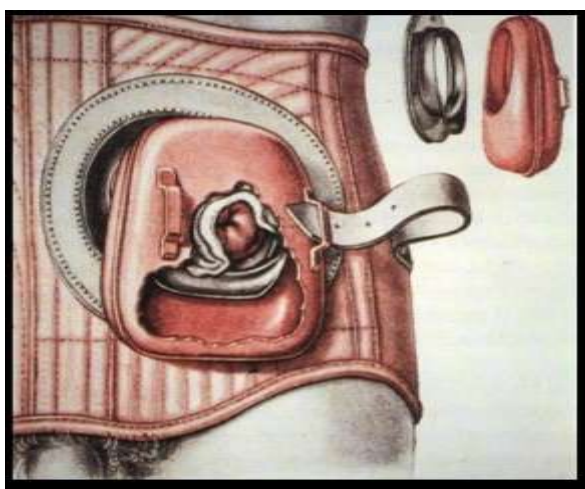


Figure n°34 : Appareillage en cuir (1)

En 1930, le caoutchouc fait son apparition, la poche étant maintenue par une ceinture. Les risques de fuites et de mauvaises odeurs n'étaient pas négligeables. Ce type de système fut utilisé jusque dans les années 1950.

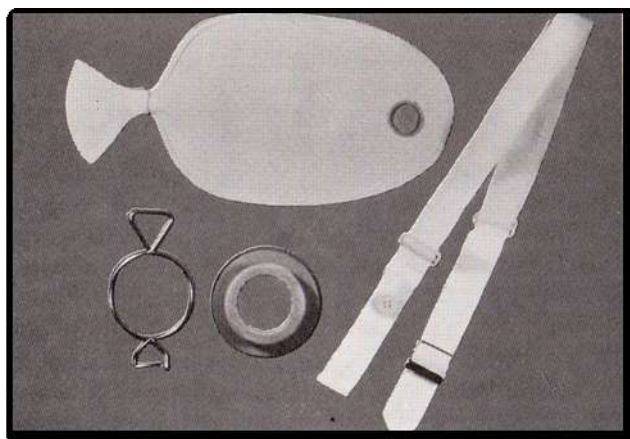


Figure n°35 : Poche en caoutchouc (4)

La situation s'améliore avec l'adoption d'un système de collecte dit "tampon de toile". Des récipients en métal et caoutchouc, puis plus tard en plastique, étaient fabriqués et utilisés en association avec un pansement conçu sur mesure pour chaque stomisé. Pendant des dizaines d'années, les tampons étaient la seule méthode de gestion des stomies. Aucune distinction n'était faite en fonction du type de stomie. Les récipients étaient remplis de cellulose par le patient afin d'absorber les excréments liquides. Le dispositif devait être nettoyé plusieurs fois par jour, ce qui était fastidieux et contraignant. L'innovation par rapport au sac de caoutchouc était la réduction des odeurs mais les fuites restaient, elles, toujours importantes.



Figure n°36 : Tampon de toile (21)

Dans les années 1940 le développement de la matière plastique signifiait que les récipients pouvaient être fabriqués en plexiglas. Une autre amélioration a été celui de la poche de collecte synthétique équipée d'un anneau. Les selles pouvaient être éliminées dans les toilettes et les poches dans les ordures ménagères ce qui dispensait le patient de laver ses poches devenues jetables. Ce fut l'époque de l'appareil de type Saniliac®.



Figure n°37 : Appareillage de type Saniliac® (4)

Les progrès faits dans les appareillages au lendemain de la seconde guerre mondiale ont permis d'envisager des implantations de stomies plus fréquemment qu'auparavant. En 1957, la première poche auto-adhésive, à usage unique est commercialisée. La surface de la poche est en oxyde de zinc garantissant son attachement ferme à la peau.

Vers le milieu des années 1960 la gomme karaya (une résine naturelle produite par un arbre d'Asie) est utilisée. Celle-ci est hautement hygroscopique, ce qui permettait à la peau de rester propre et sèche et permettait donc de réduire les irritations cutanées et d'augmenter la tolérance par rapport à l'oxyde de zinc. Cependant, les dispositifs devaient toujours être maintenus par une ceinture car la gomme karaya n'adhérait pas très bien.

En 1972, le laboratoire Convatec lance le premier appareillage pour stomies en système deux pièces.

A partir des années 1980, chaque laboratoire va lancer sur le marché différents protecteurs synthétiques sous forme de plaques, de pâtes ou de poudre. Les poches seront alors équipées de gommes synthétiques soit sur la totalité de la zone adhésive soit mixte (gomme cerclée de micro pores). En parallèle, vont se développer différents accessoires comme les filtres, les ceintures élastiques, les couvre-poches, les clamps ou encore les tubes de raccord.

Actuellement, le matériel ainsi que les accessoires sont adaptés aux besoins individuels de chaque patient. (4, 9)

2.3.2. LES ENJEUX DE L'APPAREILLAGE

> Enjeux de l'appareillage pour le prescripteur

L'appareillage doit être confortable, préserver l'intégrité de la peau en n'entraînant pas de lésions cutanées péristomiales. La protection cutanée optimale est le critère de choix des spécialistes de la prise en charge.

> Enjeux de l'appareillage pour le patient

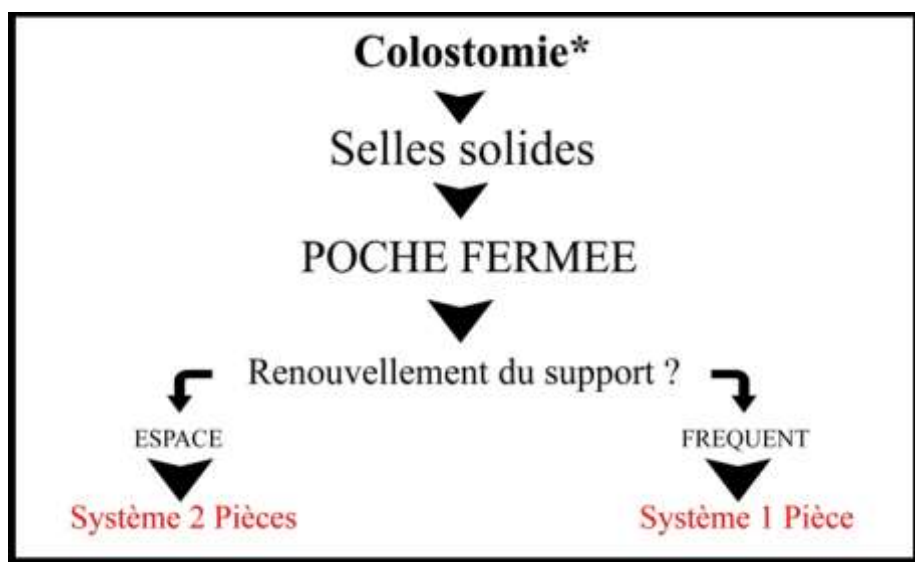
Les patients cherchent à oublier le plus possible leur appareillage : il doit être discret et facile d'utilisation : facile à mettre en place et à enlever, facile à adapter à la stomie. Il ne doit pas leur causer d'allergies. Les patients veulent avoir confiance en leur appareillage pour retrouver une vie aussi proche que celle d'avant. Ils veulent donc que soient minimisés les risques de fuites et les odeurs.

Les stomisés temporaires conserveront généralement leur premier choix en ce qui concerne l'appareillage car ils gardent toujours à l'esprit que leur handicap aura une fin. Les stomisés définitifs vivront eux toujours avec leur appareillage et chercheront donc plus à adapter au mieux celui-ci. Ils resteront toujours ouverts aux innovations qui arrivent sur le marché. (22, 39)

2.3.3. LES TYPES D'APPAREILLAGES

2.3.3.1. Choix de l'appareillage

Il va se faire en fonction de différents critères.



* Pour les colostomies droites ou transverses, il peut être recommandé d'utiliser une poche vidable.

Figure n°38 : choix de l'appareillage en cas de colostomie (17)

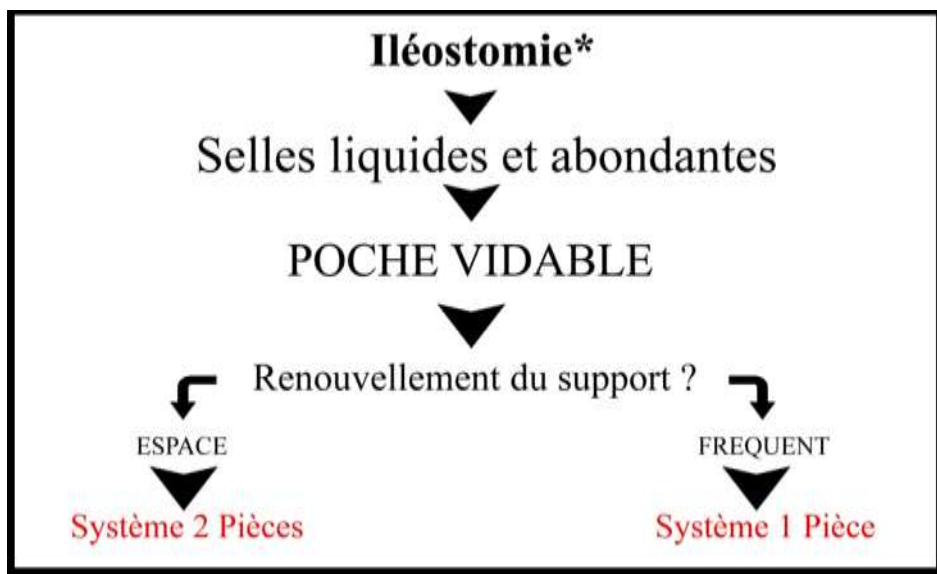


Figure n°39 : Choix de l'appareillage en cas d'iléostomie (17)

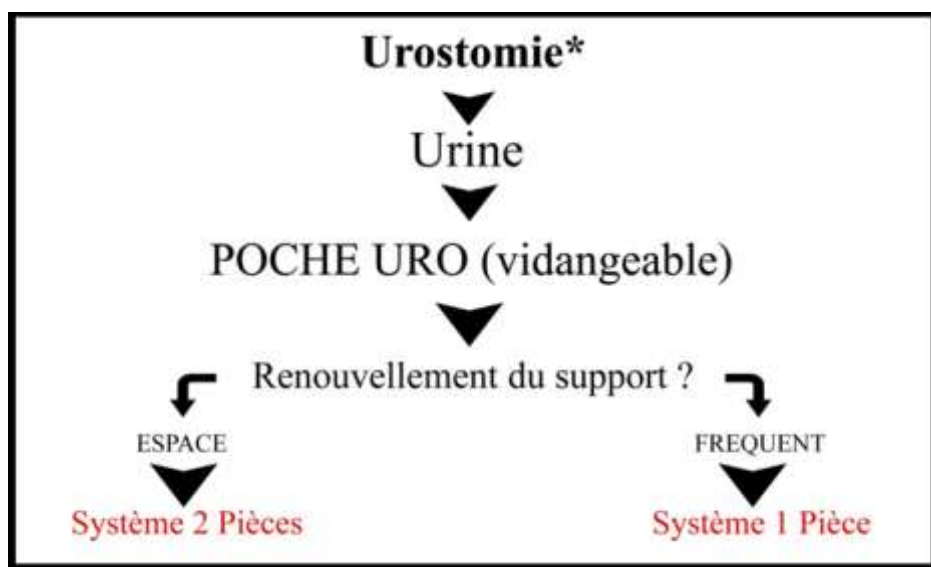


Figure n°40 : Choix de l'appareillage en cas d'urostomie (17)

2.3.3.2. Les différents types de systèmes

> Les systèmes "une pièce"

Dans ces dispositifs, le support protecteur est solidaire de la poche. L'ensemble doit être renouvelé chaque fois que la poche doit être changée.

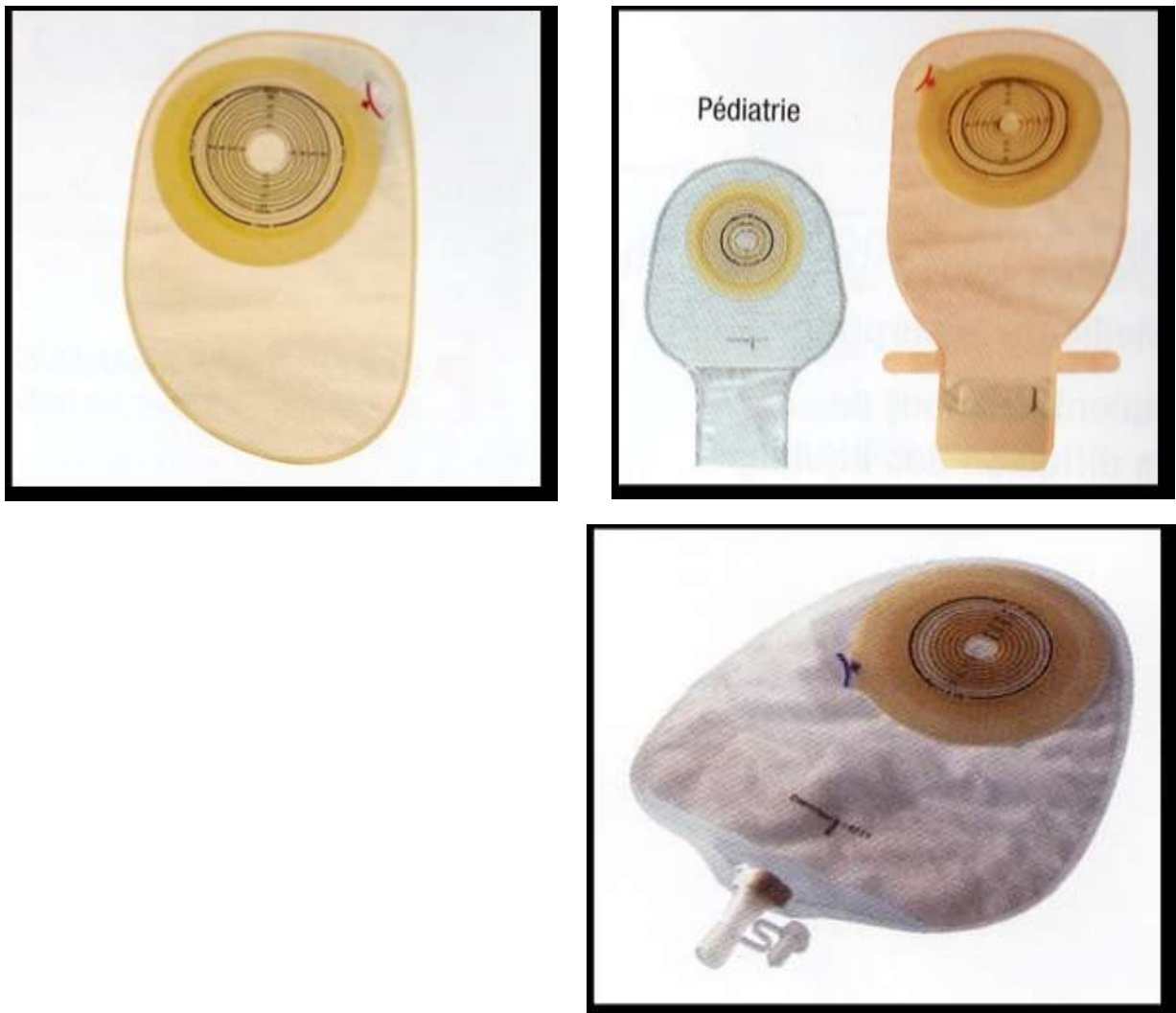


Figure n°41 : Différents modèles de systèmes "une pièce" (17)

> Les systèmes "deux pièces"

Ils sont constitués d'un support protecteur sur lequel vient se fixer la poche de recueil. Il existe deux types de système "deux pièces" selon la technique de fixation de la poche de recueil sur le support protecteur.

Les systèmes "deux pièces" avec bague de fixation. Dans ces systèmes, le support protecteur est muni d'une bague de fixation sur laquelle vient s'emboîter par déclic la poche de recueil.



Figure n°42 : Support d'un système "deux pièces" avec bague de fixation (17)



Figure n°43 : Poche pour urostomie avec bague de fixation (17)



Figure n°44 : Agrandi de la bague de fixation (17)



Figure n°45 : Différentes poches avec bagues de fixation (17)

Les systèmes "deux pièces" avec couplage adhésif souple. Dans ces systèmes, le support protecteur comporte une collerette souple à large surface d'adhérence sur laquelle vient se fixer la poche de recueil comportant un anneau en mousse adhésive renforcée.



Figure n°46 : Support d'un système "deux pièces" avec adhésif souple (17)

Figure n°47 : Différentes poches avec adhésif souple (17)



Figure n°48 : Poche et support pédiatrique avec adhésif souple (17)



Figure n°49 : Poche pour urostomie avec adhésif souple (17)

Système avec adhésif souple	Système avec bague de fixation
<ul style="list-style-type: none"> > Couplage parfait > Etanchéité garantie > Absence de décollement de support lors du retrait de la poche > Discrétion et confort 	<ul style="list-style-type: none"> > Emboitage parfait > Fixation garantie > Adaptation aux différents besoins quotidiens

Figure n°50 : Avantages des deux types de supports (17)

Quelque soit le système "deux pièces", le support protecteur permet de pouvoir rester en place pendant trois à quatre jours, la poche étant, quant à elle, changée en fonction des besoins. (17, 39)

2.3.3.3. Poches fermées et poches vidables

Le choix entre ces deux types de poches va se faire en fonction de la consistance et la quantité de selles en ce qui concerne les stomies digestives.

Poches fermées (soudées en bas)	Poches vidables (ouverture en bas)
> Selles solides et abondantes	> Selles semi-liquides
> Selles pâteuses et abondantes	> Diarrhées



Figure n°51 : Choix de la poche en fonction des selles (17)

En ce qui concerne les urostomies, les poches seront toujours vidables. Les poches vidables ont pour avantage de pouvoir rester en place puisque lorsqu'elles sont pleines, il suffit de les vider et de les refermer. (17)

2.3.3.4. Les supports

Les différents supports ont tous pour objectifs de garantir une bonne adhésivité, de protéger la peau et d'absorber l'humidité. Le support sera adapté à l'état et au relief de la peau ainsi qu'à la nature des effluents.

> Le support standard

Il est destiné aux stomies normales avec une peau normale ou fragile.



Figure n°52 : Support standard (17)

> Le support H.P. (Haute Protection)

Il est adapté à tous les reliefs. Il permet de prévenir le risque de fuites en s'adaptant parfaitement au relief péristomial. Grâce à un appui progressif, il bloque le passage des effluents. Il sera adapté en cas de plis cutanés, de creux, de stomies planes, rétractées ou en période post-opératoire.

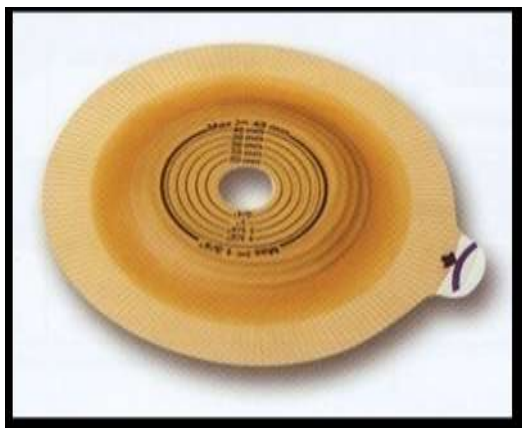


Figure n°53 : Support H.P. (17)

> **Le support H.R. (Haute Resistance)**

Il est adapté aux effluents agressifs. Une gomme très adhérente assure l'adhésivité immédiate et une autre gomme à haut pouvoir absorbant se gélifie au contact de l'humidité formant une barrière de gel protecteur doux. L'érosion est ainsi réduite, les fuites sont maîtrisées et la protection de la peau est ainsi renforcée.

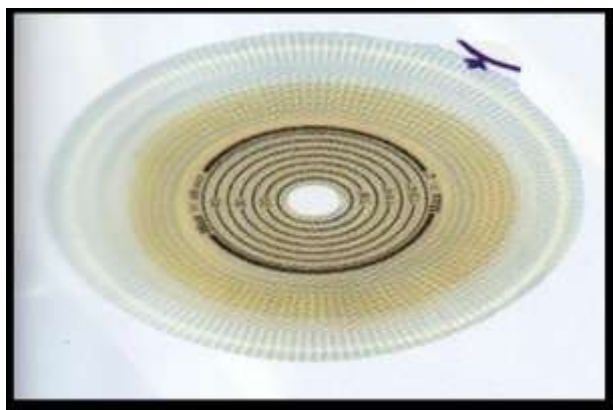


Figure n°54 : Support H.R. (17)

> **Le support H.P/H.R. (Haute Protection/Haute Resistance)**

Il est adapté à tous les reliefs et apporte une grande résistance aux effluents agressifs. (17)



Figure n°55 : Support H.P. / H.R. (17)

2.3.3.5. Quelques options

> Les filtres

Ils permettent une filtration totale des mauvaises odeurs et une évacuation optimale des gaz.



Figure n°56 : Filtre (17)

> Les systèmes de fermeture

En ce qui concerne les systèmes deux pièces pour stomies digestives, les poches sont fermées grâce à un système de Velcro®, le tout étant maintenu et réintroduit à l'intérieur de la poche. Cela limite les risques de fuites, n'occasionne aucune gêne même en position assise et permet une manipulation hygiénique.

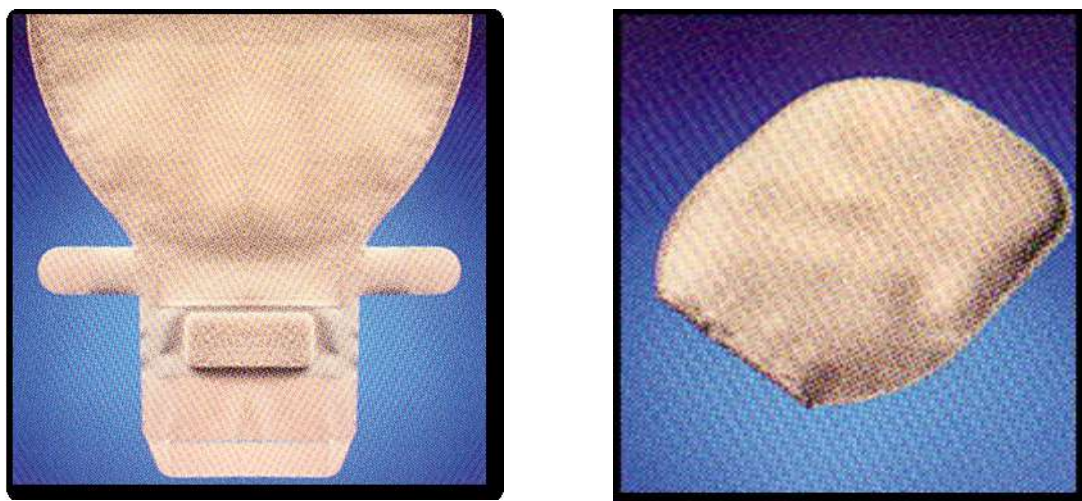


Figure n°57 : Clamp intégré en Velcro® (17)

Pour les urostomies, les poches sont fermées grâce à un robinet ou à un tube.

> Poches opaques ou transparentes

Les poches peuvent être transparentes ou opaques. La transparence de la poche permet la surveillance des effluents. Généralement, les poches transparentes sont préférées pour les premiers jours d'appareillage afin de surveiller si le liquide ou les matières fécales ne présentent pas d'anomalies et d'observer si la poche est bien positionnée. Une poche opaque peut par la suite être choisie.

> Options spécifiques aux urostomies

Les poches à urines peuvent être rattachées à une autre poche par l'intermédiaire d'un raccord. Cette technique permettra une hygiène et un plus grand confort la nuit. Le jour, elle autorisera une plus grande liberté de mouvement dans les différentes activités comme les voyages, les déplacements. On pourra utiliser alors un micro-système au niveau de la stomie.

Lors de certains moments choisis tels que les activités sportives les baignades ou les relations sexuelles, le patient urostomisé pourra utiliser une mini-poche qui sera une bonne alternative à la poche de recueil. Cette mini-poche permettra d'apporter un maximum de discrétion. Cette dernière peut absorber et gélifier jusqu'à 100ml d'effluents. (11, 17, 39)



Figure n°58 : Mini-poche (17)

2.3.4. LES ACCESSOIRES

Ils permettent de faciliter et d'améliorer le confort du stomisé.

> **Ceinture**

Elle se fixe directement sur la poche. Elle n'est généralement pas nécessaire mais peut apporter un sentiment de sécurité.

> **Couvre-poche**

C'est une enveloppe de coton ou de matière non-tissée dans laquelle est glissée la poche permettant de l'isoler de la peau. Cela évite les irritations cutanées dues à la transpiration et permet d'améliorer l'esthétique en dissimulant la poche et son contenu.

> **Film protecteur**

Il protège la peau saine et améliore la tenue de l'appareillage.

> **Anneaux convexes pour système "deux pièces"**

Ils augmentent la pression de la plaque protectrice sur la peau peristomiale ce qui fait ressortir la stomie et diminue les risques d'infiltrations.

> **Lotion nettoyante**

Elle facilite le décollement des appareillages usagés et supprime les résidus des adhésifs microporeux.

> **Pâte protectrice**

Elle permet de réaliser un joint étanche autour de la stomie et entre l'appareillage et la peau. Elle permet d'obtenir une surface d'appareillage plane évitant les infiltrations en cas d'irrégularités cutanées. Elle a également un pouvoir cicatrisant en cas de lésion cutanée.

> **Poudre protectrice**

Elle absorbe les suintements quand la peau est légèrement irritée ou blessée. Elle a un rôle de cicatrisant en cas de lésions cutanées.

> Filtres

Ils peuvent être rajoutés quand ils ne sont pas intégrés dans la poche. Ils laissent passer les gaz produits par la digestion en éliminant les mauvaises odeurs garantissant confort et absence de gêne.

> Sacs jetables

Ils permettent l'élimination, dans la poubelle, des poches de recueil et des supports cutanés avec un maximum de discrétion sans odeurs indésirables.

> Poudre et gélules désodorisantes

Elles détruisent les substances malodorantes présentes dans les selles. Elles évitent surtout que les odeurs désagréables ne se fixent dans les poches.

> Les tampons de type "dentaire"

Ils permettent d'obturer la stomie pendant les soins et donc d'éviter les écoulements sur la peau peristomiale.

> Les ciseaux courbés

Ils permettent d'adapter l'ouverture du protecteur cutané à la taille et la forme de la stomie. Les lames courbes permettent une découpe régulière ce qui évite les infiltrations. Ils peuvent également faciliter la coupe des poils présents dans la zone peristomiale qui peuvent gêner l'appareillage. (17, 31, 38)

2.4. L'IRRIGATION COLIQUE

2.4.1. DEFINITION

L'irrigation est une technique simple mais encore assez peu connue. Elle offre au colostomisé gauche un bien-être et une liberté importante. Pour pouvoir la pratiquer, une prescription par un chirurgien est nécessaire et son enseignement doit être réalisé par un(e) infirmier(e) compétent(e) dans les soins aux stomisés. L'apprentissage en est simple et ne nécessite que quelques séances. Il s'agit d'une technique permettant de vider entièrement le colon de son contenu et ce, pendant deux ou trois jours consécutifs ; elle permet de s'appareiller avec des mini-poches très discrètes ou bien d'utiliser un tampon obturateur. (15, 34)

2.4.2. PRINCIPE

L'irrigation consiste à injecter environ $\frac{3}{4}$ de litre d'eau tiède (entre 36 et 38°C) par la stomie (l'eau froide provoquant des spasmes et de coliques, l'eau chaude risquant d'endommager l'intestin). Cette eau remonte très haut dans l'intestin et provoque le réflexe d'évacuation des selles, vidant ainsi entièrement le colon de son contenu. Le remplissage du colon par de nouveaux aliments nécessite environ 48 à 72 heures en fonction des personnes ; il n'y a donc pas d'émission de selles pendant cet intervalle.

Pour être efficace, l'irrigation doit être pratiquée régulièrement c'est-à-dire toutes les 48 à 72 heures selon les personnes, et à heure à peu près fixe. Elle peut se faire n'importe quand dans la journée avec une préférence pour le matin après le petit déjeuner au moment duquel les ondes péristaltiques sont les plus importantes. L'ensemble de la manipulation nécessite environ une heure.

L'irrigation n'est pas conseillée chez le sujet âgé, en mauvais état général, gêné visuellement ou manuellement, ayant des antécédents d'angine de poitrine ou d'infarctus du myocarde. (15, 34)

2.4.3. TECHNIQUE

L'irrigation nécessite du matériel :

> **Un nécessaire pour la toilette**

Savon neutre, compresses non stériles ou mouchoirs en papier.

> **Eau tiède du robinet.**

> **Cuvette des W.C. ou seau hygiénique pour l'évacuation.**

> **"Kit" d'irrigation**

Il comprend un bock pour l'eau, relié à un tuyau muni d'un régulateur de débit et auquel on adapte une canule à un embout conique (cône d'irrigation) qui évite le refoulement de l'eau pendant l'injection et ne risque pas de blesser l'intestin ; un manchon collecteur qui sera fixé autour de la stomie. (15, 34)

L'irrigation se fait selon les étapes suivantes :

➤ **1 - Enlever la poche**



➤ **2 - Nettoyer et sécher la peau péristomiale**



➤ **3 - Placer un manchon sur la stomie dont l'extrémité inférieure trempera dans la cuvette des W.C.**



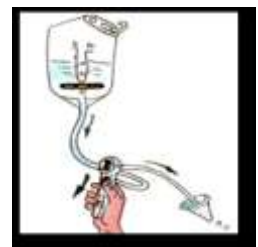
- 4 - Remplir le bock de $\frac{3}{4}$ litre d'eau tiède



- 5 - S'installer confortablement près des W.C.



- 6 - Chasser l'eau de la tubulure.



- 7 - Effectuer un toucher stomal afin de repérer l'orientation à donner au cône



- 8 - Introduire le cône d'irrigation à l'entrée de la stomie en le maintenant assez fermement pour que l'eau ne reflue pas



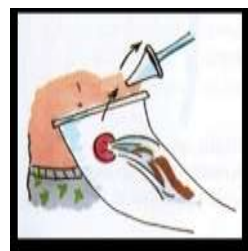
- 9 - Ouvrir le régulateur de débit et faire pénétrer l'eau en 2 à 3 minutes environ



- 10 - Attendre quelques secondes après le passage de l'eau



- **11** - Enlever le cône d'irrigation. Un premier rejet d'eau et de selles a lieu assez rapidement



- **12** - Couper l'extrémité du manchon qui trempe dans la cuvette des W.C.



- **13** - Remonter et fixer le manchon sur l'extrémité supérieure.



- **14** - Bouger pour faciliter et activer la vidange totale du colon (gymnastique, ménage...).



- **15** - Enlever le manchon (au bout de 30 à 45 minutes) une petite glaire peut apparaître à l'entrée de la stomie.



- **16** - Procéder à la toilette et à l'appareillage (mini-poche, tampon obturateur ou poche fermée standard).

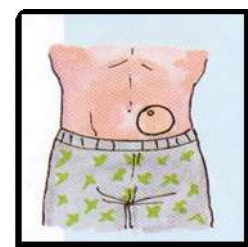


Figure n°59 : Déroulement de l'irrigation colique (15)

2.4.4. QUELQUES QUESTIONS PRATIQUES

> **Que faire en cas de colique lors du passage de l'eau pendant l'irrigation ?**

Il faut fermer le régulateur de débit, sans retirer le cône d'irrigation et attendre que la colique soit passée pour reprendre l'irrigation. Cela peut être dû à une eau trop froide ou à une injection trop rapide. Il faut vérifier que l'eau est à 37°C et ouvrir le régulateur de débit progressivement.

> **Que faire en cas de diarrhées ?**

L'irrigation ne doit pas être pratiquée en cas de diarrhée. Il faut donc attendre que le transit redevienne normal pour pouvoir pratiquer à nouveau l'irrigation.

> **Que faire en cas de radiothérapie ou chimiothérapie ?**

Il faut arrêter la pratique de l'irrigation car l'intestin est rendu plus sensible par ces deux méthodes.

> **Que faire si l'eau ne rentre pas bien ?**

Il faut faire un nouveau toucher pour bien repérer le trajet. Il se peut en effet que le colon forme un coude et que le cône d'irrigation bute dessus.

> **Que faire si l'eau ne ressort pas bien ?**

Il faut boire suffisamment car le corps a besoin d'eau et le colon en absorbe beaucoup, y compris celle apportée par l'irrigation.

> **Peut-on pratiquer l'irrigation en voyage ?**

Oui, elle peut être pratiquée en toutes circonstances, à l'hôtel, en caravane... Il faut cependant vérifier la qualité de l'eau.

> Est-il possible d'interrompre les séances d'irrigation pendant une période plus ou moins courte ?

Normalement pour être efficace, l'irrigation doit être pratiquée régulièrement à heure à peu près fixe mais il est possible pour des raisons de commodité, de l'interrompre momentanément sans inconvénients. Il faut alors penser à se munir de poches standards en quantité suffisante.

> Faut-il suivre un régime alimentaire ?

Un régime alimentaire n'est pas nécessaire, il faut cependant savoir que certains aliments tels que les boissons glacées, les glaces ou encore certains fruits peuvent accélérer le transit des sujets sensibles. Il est par contre indispensable de boire beaucoup d'eau (1.5 litre minimum) car l'intestin absorbe en partie l'eau de l'irrigation et celle-ci ne serait pas pleinement efficace.

(22, 33, 34)

2.4.5. APPAREILLAGE

Après une irrigation, il y'a trois possibilités d'appareillage :

> **La poche standard**

> **Le tampon obturateur**

Au contact de l'humidité du colon, le tampon se dilate, bloque le passage des matières et supprime les bruits. Il garde l'orifice de la stomie ouvert, permettant l'évacuation silencieuse des gaz filtrés par le charbon de bois actif contenu dans le tampon qui est en fait un grand filtre. Il peut être laissé en place 8 à 12 heures après un temps d'adaptation.

> **La mini-poche**

La mini-poche permet une grande discrétion, elle a une faible épaisseur, est extrêmement souple et possède un filtre pour neutraliser les odeurs. (15, 23, 31, 38)



Figure n°60 : Tampon obturateur (17)



Figure n°61 : Mini-poche (17)

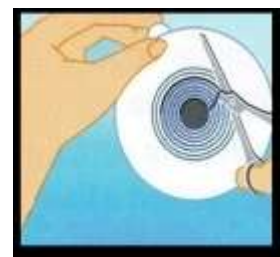
2.5. CONSEILS PRATIQUES

2.5.1. MANIPULATION DE L'APPAREILLAGE

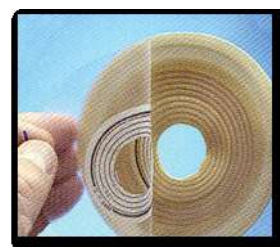
2.5.1.1. Mise en place

> Système "deux pièces"

- 1 - Découper le protecteur cutané du support en partant du centre pour l'ajuster à la taille de la stomie.



- 2 - Retirer le film protecteur.



- 3 - Appliquer le support sur une peau nette et propre.



➤ 4 - Mise en place de la poche.

Si adhésif souple :

- Retirer le film protecteur de l'anneau de la poche.



- Positionner l'anneau sur la collerette du support.



- Coller du bas vers le haut par une légère pression.

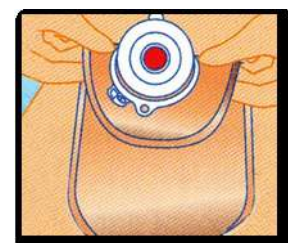


- Palper pour éviter l'absence de plis entre l'anneau et la collerette.

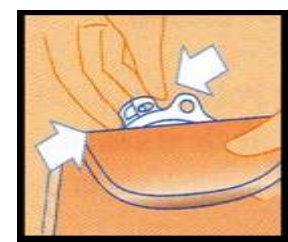


Si bague de fixation :

- Ouvrir la bague de fermeture et emboîter la poche sur le support par une simple pression de bas en haut.

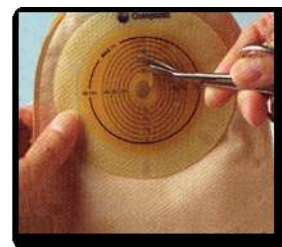


- Verrouiller la bague de fermeture par un léger déclic.

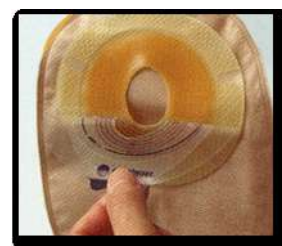


> **Système "une pièce"**

- 1 - Découper le protecteur cutané.



- 2 - Retirer le film transparent.



- 3 - Poser la poche en partant du bas.



Pour les poches vidables, il faut toujours penser à fermer le système d'ouverture. (17)

2.5.1.2. Retrait

> Système "deux pièces" : retrait de la poche seule

En cas de système avec adhésif souple, il faut tirer la languette vers le bas en maintenant la partie supérieure du support contre la peau. Dans le cas rare où il resterait des résidus sur la collerette, il serait facile de la nettoyer avec une lingette ou un mouchoir en papier humidifié avec de l'eau.

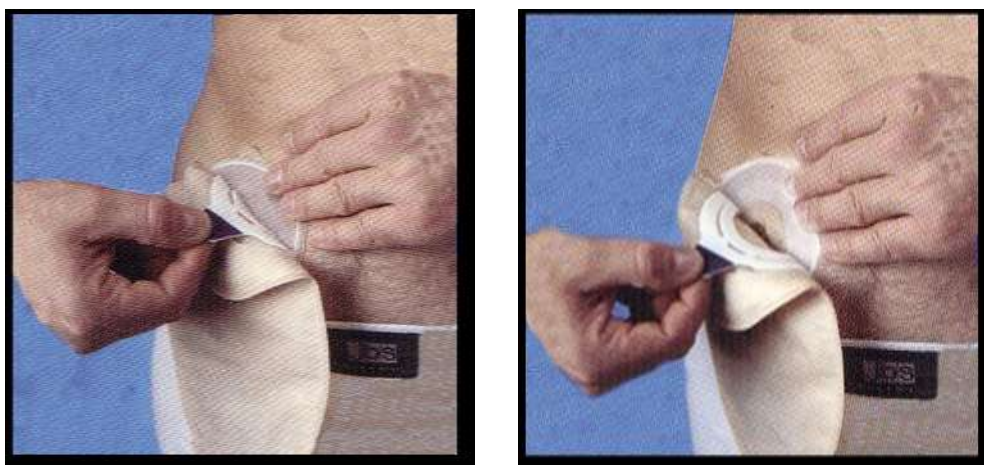


Figure n°62 : retrait d'une poche munie d'un système adhésif souple (17)

En cas de système avec bague de fixation, il suffit de déverrouiller le système en exerçant une légère pression sur le bouton de fermeture du clip.

> Systèmes "deux pièces" ou "une pièce" : retrait de l'ensemble

Il faut décoller délicatement l'appareillage de haut en bas à l'aide d'une compresse humide. (17)

2.5.2. TOILETTE DU STOMISÉ

2.5.2.1. Soins de la stomie

Quel que soit le type de stomie, les soins de base sont toujours les mêmes : ce sont des soins d'hygiène simples. Pour les soins, il est préférable de choisir un moment tranquille à distance des repas. Il est conseillé en cas d'iléostomie ou d'urostomie de le faire le matin à jeun car la stomie produit moins d'effluents.

La stomie n'est pas une plaie, c'est de la muqueuse intestinale. Elle est insensible, elle doit être rouge vif et peut saigner facilement. Il ne faut pas la froter mais la tamponner avec précaution. Il ne faut pas utiliser de produits agressifs pour la peau (antiseptiques, alcool, parfums, eau de Cologne) qui assécheraient la peau et risqueraient d'entraîner des irritations ou des allergies. L'éther ne doit jamais être utilisé non plus car il dessèche la peau et pourrait réduire l'adhésivité de l'appareillage.

Les poils autour de la stomie peuvent être coupés à ras mais il ne faut pas utiliser de crème dépilatoire ou les raser car cela peut entraîner des irritations.

> Préparation du matériel

Il faut avant de commencer la toilette de la stomie réunir l'ensemble du matériel nécessaire à celle-ci :

- Le nouvel appareillage,
- Des ciseaux courbes s'il faut adapter l'appareillage à la taille et la forme de la stomie (cela sera fait en fonction d'un patron de découpe),
- Une petite éponge ou un gant de toilette pour nettoyer la peau autour de la stomie,
- Des compresses non stériles ou des mouchoirs en papier,
- Un savon doux de type savon de Marseille (il faut éviter les savons liquides, ceux avec des colorants, des parfums ou des huiles qui risqueraient de donner des allergies et de diminuer l'adhérence du support),
- Un sac en plastique ou une poubelle pour se débarrasser de la poche et des différents déchets.

> Réalisation du soin

Il s'agit surtout de nettoyer la peau autour de la stomie. Les différentes étapes sont les suivantes :

- Se placer près d'un lavabo avec tout le matériel nécessaire,
- Se laver les mains et enlever l'ancien appareillage,
- Nettoyer doucement la peau autour de la stomie avec de l'eau tiède du robinet et un savon doux type savon de Marseille,
- Rincer à l'eau claire puis sécher soigneusement la peau peristomiale en la tamponnant délicatement jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement sèche (l'usage d'un sèche-cheveux est possible mais il faut bien le passer en balayage et à distance pour ne pas se brûler),
- Mettre le nouvel appareillage.

Pendant la réalisation du soin, une astuce consiste à craquer une ou deux allumettes afin d'enlever les odeurs. (13, 17)

2.5.2.2. Soins du corps

Les soins d'hygiène corporelle ne posent pas de problème particulier. Les douches comme les bains sont possibles avec ou sans poche de recueil en fonction des cas.

En cas de colostomie gauche, le patient peut prendre une douche ou un bain avec ou sans poche. L'eau ne peut pas pénétrer dans la stomie. Si la poche est gardée, il faut recouvrir le filtre avec une pastille adhésive.

En cas d'iléostomie ou d'urostomie, les émissions étant irrégulières, il est préférable de garder sa poche lors de la douche et surtout du bain.

En cas d'urostomie avec port de sonde, il faut obligatoirement garder sa poche pendant la douche et le bain.

Les bains ne doivent pas être pris trop chauds car à la chaleur le support a tendance à adhérer d'avantage ce qui entraînerait des difficultés lors du retrait.

Il faut également éviter les bains moussants qui pourraient irriter la peau. (13, 17)

2.5.2.3. Quelques conseils

Quelques petites astuces sont à connaître :

- > **Redécouper la partie centrale du support à 2 mm du pourtour de la stomie si celle-ci est ovale ou irrégulière,**
- > **Ne pas hésiter à utiliser largement les pates protectrices pour combler les irrégularités et isoler la peau autour de la stomie.**
- > **Bien noter la marque et la référence des poches et des supports habituels.**
- > **Conserver les poches et les supports dans un endroit sec à l'abri de la chaleur et du froid.**
- > **Avoir un stock de poches correspondant environ à un mois de traitement..**
- > **Avoir toujours sur soi de quoi parer à toutes éventualités : poche de rechange, support, mouchoirs en papier, sac en plastique jetables.**
- > **Prévoir des poches vidangeables pour les colostomes en cas de diarrhées.**

(13, 17, 34)

2.5.3. HABILLEMENT

La présence d'une poche de recueil au niveau de l'abdomen à proximité ou à la hauteur même de la ceinture peut faire craindre quelques difficultés d'ordre vestimentaire.

A l'époque des vieux appareillages, les gonflements du système de recueil associés aux bruits et odeurs rendaient pratiquement toujours visible la poche. Cela obligeait le patient à porter des vêtements larges et à ne jamais utiliser de ceinture. Les appareillages modernes ont totalement modifié ce problème. Actuellement, les patients peuvent conserver leur style vestimentaire et peuvent s'habiller avec une grande liberté. La seule précaution à respecter est de ne pas comprimer la poche de recueil ni la stomie.

De nos jours, la plupart des stomisés n'ont plus aucune contrainte vestimentaire. Les changements de poche peuvent être plus fréquents (système deux-pièces) et l'évacuation de poches vidangeables souvent renouvelée ; les filtres de dégazage suppriment les gonflements qui soulèvent les vêtements et absorbent les odeurs ; quant à ceux qui pratiquent l'irrigation colique, ils peuvent n'utiliser qu'une simple protection sur leur stomie. Les patients aimant porter des vêtements près du corps préféreront les systèmes deux pièces à couplage adhésif souple, plus discret qu'un système deux pièces avec bague de fixation.

> **Maillot de bain**

Il faut préférer les maillots une pièce pour les femmes et les maillots type bermuda pour les hommes.

> **Sous-vêtement**

Pour les femmes, les culottes style "Boxer" permettent le maintien de la poche sans la comprimer.

Pour les hommes, les caleçons sont plus pratiques mais le port de slips est également possible en plaçant la poche au dessus de celui-ci pour ne pas gêner l'écoulement des selles.

Pour éviter les irritations au voisinage de la stomie, il est préférable que les sous-vêtements soient en coton.

> **Ceinture ou bretelle**

Le port de bretelle peut permettre d'éviter de comprimer la stomie.

> **Pantalon taille basse et tee shirts courts**

Leur port est possible, on peut placer une ceinture de grossesse de petite taille (en la coupant dans le sens de la hauteur) sur la poche. L'idéal est de choisir la ceinture de grossesse dans les tons vifs afin d'obtenir une superposition de couleurs. (4, 13, 30, 39)

2.5.4. MEDICAMENTS ET STOMIES

2.5.4.1. Médicaments couramment utilisés

> **Chez les colostomisés**

Les gaz dus à la fermentation colique peuvent être diminués par l'utilisation d'antiseptiques ou d'antibiotiques intestinaux (colistine). Peuvent également être utilisés du charbon absorbant ou du kaolin.

Les à-coups du débit iléal qui peuvent être à l'origine d'une chasse colique seront réduits par des ralentisseurs de transit du grêle (anticholinergiques ou médicaments agissant sur les fibres musculaires lisses comme la mébéverine)

> **Chez les iléostomisés**

Un déficit en vitamine B12 peut être traité par des injections.

> **Chez les urostomisés**

L'acidification des urines en cas de cristallisation péri-stomiale peut être obtenue grâce au chlorure d'ammonium (Chlorammonic[®]). Il est par contre déconseillé de l'utiliser en cas de traitement par des sulfamides antibactériens utilisés en cas d'infection urinaire. Cela entraînerait un risque accru de précipitations urinaires. (11, 26)

2.5.4.2. Mise en garde contre certains médicaments

> Médicaments entraînant une diarrhée

Il s'agit principalement des antibiotiques à large spectre (béta-lactamines, fluoroquinolones) et de la colchicine. Cette dernière stimule le péristaltisme intestinal lorsqu'elle est utilisée à fortes doses. Ces médicaments seront donc à utiliser avec précaution chez le patient stomisé.

> Médicaments entraînant une constipation

Certains médicaments par leur action pharmacologique vont réduire la motricité digestive et ne devront donc être utilisés chez le patient stomisé qu'après avis médical.

Les médicaments à effet anti-cholinergique : ils diminuent le péristaltisme intestinal ce qui engendre une constipation.

Ils se composent de cinq grandes classes :

- Les anti-histaminiques (méquitazine Primalan[®] ; phénothiazine Phenergan[®], Théralène[®])
- Les antidépresseurs imipraminiques (clomipramine Anafranil[®])
- Les neuroleptiques (chlorpromazine Largactil[®] ; cyamemazine Tercian[®])
- Les anti-arythmiques (disopyramide Rythmodan[®])
- Les anti-parkinsoniens (bipéridène Akineton[®])

> Médicaments colorant les selles ou les urines

Il n'est pas rare que des médicaments puissent provoquer un changement de coloration des selles ou des urines, on ne doit en aucun cas s'inquiéter et il faut rassurer le stomisé. Toutes colorations anormales des selles ou des urines doit amener à rechercher s'il y'a eu prise d'un médicament colorant.

Le tableau ci-dessous reprend les principaux médicaments susceptibles de colorer les selles ou les urines. (22, 26)

SELLES		URINES	
Médicaments	Coloration	Médicaments	Coloration
Antiacides	Blanc/Gris/ Tacheté	Propofol	Bleu/Vert
Antibiotiques	Vert/Gris	Amrinone	Bleu/Vert
Anticoagulants	Rose/rouge/ Noir	Mitoxantone	Bleu/Vert
Sels de bismuth	Noir	Noramidopyrine ou Métamizole Phénacétine	Rose/Rouge Jaune/Brun à Rose/Rouge
Sels de fer	Noir	Méthyl dopa	Brun/Rouge
Héparine	Rose/Rouge/ Noir	Clofazimine	Orange
Indométacine	Vert	Lévodopa	Brun/Rouge
Phénylbutazone	Rose/rouge/Noir	Rifabutine, Rifampicine	Orange
Salicylés	Rose/Rouge/Noir	Bleu de méthylène	Bleu/Vert
Séné	Vert-gris/Marron	Déféroxamine, Défériprone	Brun/Rouge
		Fluorescéine	Jaune
		Sels de fer	Noir
		Séné, cascara, rhubarbe	Jaune/Brun à Rose/Rouge
		Vitamine B2	Jaune
		Vitamine B12	Brun/Rouge

Figure n°63 : Médicaments qui colorent les selles ou les urines (22/26)

2.5.4.3. Contre-indications de certains médicaments

Les médicaments voient souvent leur cinétique modifiée chez les patients stomisés. En cas de stomie pratiquée très haut dans le tractus digestif, la plupart des médicaments ne seront pas absorbés et ne pourront donc pas agir.

> Chez les iléostomisés

Les antihypertenseurs diurétiques sont contre-indiqués du fait des désordres hydro-électrolytiques qu'ils peuvent engendrer.

L'utilisation de colestyramine Questran[®] est sans intérêt chez l'iléostomisé car elle agit en fixant les sels biliaires. Or, les sels biliaires excrétés dans la bile sont normalement réabsorbés par l'iléon. Sans l'iléon, les sels biliaires ne peuvent pas être réabsorbés et réexcrétés avec la bile.

Les sels de magnésium, calcium, aluminium, ou sodium antiacides sont à utiliser avec précaution et en maintenant un bon équilibre entre l'aluminium "constipant" et le magnésium "laxatif".

Les contraceptifs oraux peuvent être inefficaces du fait d'une absorption limitée.

L'administration de vitamine B12 est inutile car son absorption a normalement lieu au niveau de l'iléon.

> Chez les colostomisés

Le lactulose est déconseillé car il fermente et peut donner des gaz qui seront mal supportés par les colostomisés (ainsi que les iléostomisés).

Les laxatifs stimulants sont fortement déconseillés. (22, 26, 34)

2.6. L'ALIMENTATION

En ce qui concerne l'alimentation des stomisés, la règle la plus importante est de manger ce qui fait plaisir. Le plaisir est la base d'un équilibre nutritionnel réussi.

2.6.1. APRES UNE STOMIE DIGESTIVE

2.6.1.1. Evolution de l'alimentation de l'enterostomisé

Après une stomie digestive, l'organisme doit s'adapter à de nouvelles conditions. Cependant, aucun régime nutritionnel strict n'est imposé aux personnes porteuses d'une stomie. L'alimentation doit toujours rester un moment agréable pour tout le monde. Le patient stomisé devra juste passer par une période d'adaptation d'environ un mois puis son régime s'élargira jusqu'à redevenir normal.

> Juste après l'opération

Pendant les deux premières semaines, le régime devra être pauvre en résidus et constipant afin de mettre les intestins au repos. Il comportera essentiellement des viandes blanches, des poissons maigres, du riz, des pâtes, des gelées de fruits, des boissons non gazeuses... Cela permettra de diminuer la fréquence et l'abondance des selles et de limiter les ballonnements intestinaux. Ce sera surtout important pour les iléostomies.

Aliments donnant des résidus	Aliments donnant peu de résidus
Légumes à grosses fibres : blettes, poireaux, céleris, haricots verts	Riz
Pain	Pâtes
Biscuits	Fromages à pâte cuite (gruyère...)
Fruits	Œufs
	Viandes grillées

Figure n°64 : Aliments et résidus (9)

Cinq priorités sont à respecter :

1. Fractionner les prises alimentaires afin d'épargner les intestins

Plusieurs petits repas fréquents seront préférables à trois gros repas par jour qui accélèrent la propulsion des matières dans l'intestin

Consommer du pain blanc, pas trop frais ou grillé permet d'éviter les ballonnements.

2. Contrôler la consommation de sucres et de graisses.

Ces derniers constituent une charge lourde à digérer et favorise la production de gaz (surtout les sucres).

Les graisses cuites accélèrent le transit par stimulation des sécrétions biliaires.

3. Eviter la consommation de fibres qui peuvent être irritantes par leur action mécanique sur les parois intestinales, en particulier la cellulose qui stimule à la fois les sécrétions digestives et les mouvements intestinaux.

Les fruits, les légumes et les céréales entières seront évités pendant les deux premières semaines.

4. Boire abondamment afin de compenser le débit important de certaines stomies en particulier les iléostomies.

5. Consommer du lait en petites quantités ou le remplacer par un lait à teneur réduite en lactose.

L'objectif principal des colostomisés est d'avoir une alimentation équilibrée avec un élargissement rapide du régime pauvre en résidus et en adaptant son alimentation à son transit.

En ce qui concerne les iléostomisés, il faut surtout compenser les pertes en eau et en sels minéraux.

Boire un litre d'eau minérale gazeuse riche en minéraux (comme la Saint-Yorre, la Vichy...) ainsi que de l'eau plate.

Bien saler les repas (sauf en cas de contre-indication médicale)

Privilégier les aliments riches en potassium

Aliments riches en potassium (en mmol pour 100g)	
Légumes secs	40
Fruits secs et oléagineux	20 à 35
Jambon fumé	15 à 20
Champignon, épinards	15
Pomme de terre, bettes	12
Poissons gras, caviar	10 à 12
Chocolat, banane, cassis	10
Crustacé, mollusque	6 à 10

Figure n°65 : Aliments riches en potassium (26)

Élargir progressivement le régime pauvre en résidus en fonction de la tolérance digestive.

<p>PETIT-DEJEUNER</p> <p>Thé ou café</p> <p>Biscottes beurrées confiturées</p> <p>Yaourt à la vanille</p> <p>COLLATION VERS 10H</p> <p>Fromage fondu ou pâte cuite</p> <p>Pain blanc</p> <p>DEJEUNER</p> <p>Poulet rôti</p> <p>Riz</p> <p>Poire au four sans la peau/sauce au chocolat</p> <p>GOUTER</p> <p>1 tranche de gâteau de Savoie</p> <p>Thé léger</p> <p>DINER</p> <p>Bouillon de légumes</p> <p>Escalope de veau</p> <p>Pâtes</p> <p>Pain blanc</p> <p>Fromage à pâte cuite (gruyère, hollandaise...)</p>
--

Figure n°66 : Journée type d'un régime sans résidu (26)

> Elargissement vers une alimentation normale

Après deux semaines pour les iléostomies et plus rapidement pour les colostomies seront réintroduits les fruits et les légumes crus ainsi que d'avantage de produits laitiers. La règle principale est de n'introduire qu'un nouvel aliment par jour afin d'en observer les effets (volumes des selles, gaz, ballonnements). Si un aliment est mal toléré, on pourra essayer de le réintroduire quelques jours plus tard. Une expérience malheureuse ne suffit pas à rejeter l'aliment incriminé. Cette technique permet d'établir progressivement la « carte des sensibilités ».

Les légumes cuits de type épinards, poireaux, haricots verts sont réintroduits dans les menus en association avec les féculents. Si les légumes et les fruits crus sont difficiles à supporter, il faudra leur enlever la peau ou éventuellement les consommer râpés.

Le lait et les fromages sont présents dans chaque menu alors que les crudités sont réintroduites au déjeuner ou au dîner seulement.

Pendant cette période, il est toujours préférable d'éviter les plats trop épicés, les légumes secs et les artichauts.

<p style="text-align: center;">PETIT-DEJEUNER</p> <p style="text-align: center;">Thé ou café</p> <p style="text-align: center;">Pain blanc grillé ou brioche/beurre/confiture</p> <p style="text-align: center;">Yaourt aromatisé ou lait selon tolérance digestive ou petit suisse</p> <p style="text-align: center;">DEJEUNER</p> <p style="text-align: center;">Sole grillée</p> <p style="text-align: center;">Gratin de courgette</p> <p style="text-align: center;">Pain blanc</p> <p style="text-align: center;">Pomme crue râpée</p> <p style="text-align: center;">GOUTER</p> <p style="text-align: center;">Yaourt sucré et banane ou tartine de confiture</p> <p style="text-align: center;">DINER</p> <p style="text-align: center;">Viande grillée</p> <p style="text-align: center;">Carottes vichy</p> <p style="text-align: center;">Pain</p> <p style="text-align: center;">Port Salut</p>

Figure n° 67: Journée type d'un régime élargi (26)

Quelques astuces de cuisson:

La vapeur est une technique rapide et saine et qui préserve un maximum de vitamines et de sels minéraux.

La cuisson en papillotes permet d'éviter de mettre de la matière grasse et conserve intacte la saveur des aliments. (4, 9, 11, 16, 26)

2.6.1.2. Le régime normal du patient enterostomisé

Il correspond à une alimentation variée et équilibrée.

Sitôt passée la période de convalescence post-opératoire, le patient stomisé peut reprendre progressivement ses habitudes alimentaires.

L'équilibre alimentaire est réalisé avec une entrée de crudités, une viande ou un poisson, des féculents et des légumes variés, du pain, un produit laitier et un fruit.

Les légumes secs (lentilles, haricots secs, fèves et petits pois) peuvent remplacer les féculents de temps en temps selon la tolérance. Il faut éviter d'abuser des fruits secs.

Il est préférable de consommer des matières grasses crues.

Un ou deux verres de vin sont envisageables en consommation quotidienne. Il faut éviter les mélanges d'alcool. (11, 16)

<p>PETIT-DEJEUNER</p> <p>Thé ou café au lait</p> <p>Tartines beurrées confiturées</p> <p>Un fruit ou son jus</p> <p>Un yaourt</p> <p>DEJEUNER</p> <p>Steak haché</p> <p>Pâtes avec sauce tomate</p> <p>Salade verte au roquefort</p> <p>Pain</p> <p>Clafoutis aux cerises</p> <p>DINER</p> <p>Tomates mozzarella, basilic, huile d'olive</p> <p>Côtelette d'agneau, haricots verts</p> <p>Camembert</p> <p>Banane ou poire</p> <p>Pain</p> <p>Un verre de vin rouge</p>
--

Figure n°68 : Journée type d'un régime normal (26)

Le tableau en annexe reprend l'ensemble des aliments conseillés chez l'entérostomisé et ceux à éviter.

2.6.1.3. Conseils généraux

Quelques conseils sont nécessaires pour augmenter le confort du stomisé.

Le patient stomisé doit :

- Respecter les interdits antérieurs dûs à des antécédents digestifs, un diabète, une insuffisance cardiaque
- Savoir que les aliments qui n'étaient pas supportés avant la stomie ne le seront pas d'avantage après
- Savoir que le jeune ne met pas le colon au repos et que la stomie est plus active le matin après le petit déjeuner
- Respecter ses préférences alimentaires tout en ayant conscience de l'intérêt de l'hygiène alimentaire.

Quelques règles générales :

Les repas doivent être pris à heures régulières afin de favoriser la régulation du transit intestinal ;

Les aliments doivent être mastiqués longuement, dans le calme et en fermant la bouche, ce qui diminue la quantité d'air dégluti.

L'alimentation peut être fractionnée : 3 repas par jour sans négliger le petit déjeuner, avec en plus des collations permettent de ralentir le transit intestinal ;

Les excès alimentaires doivent être évités. En cas d'écart, il faut alors prévoir une poche plus grande et avoir une poche de rechange ;

Les produits alimentaires ingérés doivent être frais et sains et ne pas entraîner une production trop importante de déchets et de gaz.

Les boissons doivent être très importantes, afin de compenser les pertes en eau. Elles seront choisies en fonction de critères qualitatifs plus que quantitatifs. En effet le volume ingéré n'a qu'une faible influence sur le volume et sur la consistance des selles. C'est en fait leur qualité qui est importante. Les boissons gazeuses notamment la bière accélèrent le transit et augmentent la production de gaz. Les alcools forts sont irritants et laxatifs. Les eaux polluées peuvent entraîner une infection intestinale génératrice de diarrhée. Pour les iléostomisés, il vaut mieux éviter de boire plus d'un verre d'eau au cours du repas. Le maximum des boissons doit être pris entre les repas.

Le repas du soir pour les iléostomisés ne doit jamais être pris trop tard (pas après 20h) afin de réduire les émissions fécales la nuit. (5, 13, 16, 22)

2.6.1.4. Quelques aliments particuliers

> Aliments qui donnent des gaz et conseils associés

Champignons ;
Choux ;
Salsifis ;
Navets ;
Artichauts
Haricots secs ;
Ail, oignons ;
Melon ;
Boissons gazeuses dont bière ;
Féculents ;
Pain complet ;
Gomme à mâcher ;
Légumes secs, noix, noisettes, dattes ;
Avocats, olives.

Conseils :

- Manger lentement car l'absorption d'air donne des gaz
- Prendre des repas à heures régulières
- Faire des repas de volume modéré
- Mastiquer longtemps
- Adapter un filtre sur la poche
- Vider la poche régulièrement
- Appliquer une noisette de vaseline à l'entrée de la stomie pour étouffer les bruits.

> Aliments qui donnent des odeurs fortes et conseils associés

Fromages fermentés ;
Viandes faisandées ;
Charcuterie ;
Ail, oignons ;
Asperges ;
Alcool ;
Œufs ;
Poissons ;
Petits pois ;
Choux.

Conseils :

- Utiliser des désodorisants sous forme de bâtonnets, gélules, solutions ;
- Adapter un filtre sur la poche.

> Aliments qui donnent beaucoup de volume aux selles et conseils associés

Légumes à fibre : blettes, poireaux, céleri ;
Pain ;
Biscuits ;
Fruits frais.

Conseil :

- Vider la poche plus souvent

> Aliments riches en fibres et grains et conseils associés

Asperges ;
Poireaux ;
Tomates ;
Rhubarbe ;
Céleri en branche ;
Noix, noisettes ; amandes.

Conseil :

- Les consommer en petites quantités et les mâcher soigneusement

> Aliments qui colorent les selles

Betterave (coloration en rouge)
Boudin, épinards, fer (coloration en noire)

(9,13, 22)

2.6.1.5. Les troubles du transit

> La constipation

C'est le principal problème à éviter en cas de colostomie gauche.

Si la constipation relative représente plus un avantage qu'un inconvénient, une constipation importante et durable peut devenir très désagréable.

Elle peut être due à une déshydratation de selles. Il faudra donc augmenter les apports en eau, jus de fruits, bouillons de légumes, infusions.

Si elle vient de l'alimentation, il faudra éliminer les aliments constipants et favoriser les aliments accélérants le transit tels que les fruits et légumes verts, les céréales complètes, les laitages frais... Il est également possible d'assaisonner les salades avec de l'huile de paraffine.

Manger une glace suivie d'un café peut être un bon moyen pour résoudre le problème. En effet, la glace accélère la progression du contenu intestinal et le café augmente la motricité intestinale. De même, prendre un verre d'eau glacée le matin à jeun permet d'accélérer le transit.

Face à une constipation chez un patient stomisé, la première chose à faire est d'orienter le patient vers une thérapeutique hygiéno-diététique. Si malgré cela, la constipation persiste, il faudra la traiter. En effet, la constipation entraîne un risque de ballonnements, de spasmes intestinaux, et surtout d'expulsion des matières compactes pouvant abimer la stomie.

Tout laxatif irritant est à proscrire. Il faudra conseiller de préférence des PEG (polyéthylèneglycol) tels que le Forlax[®], Transipeg[®] ou le Movicol[®] qui sont des laxatifs osmotiques qui agiront en hydratant le bol fécal.

Le lactulose également laxatif osmotique comme le Duphalac[®], le Lactulose[®] et l'Importal[®] sera à éviter car il peut donner des gaz.

Par ailleurs, l'irrigation constitue un excellent moyen pour éviter la constipation permanente.

Toute constipation anormale ou durable doit motiver un examen médical pour rechercher une gêne mécanique à l'évacuation.

> La diarrhée

Avant de conclure à une diarrhée, il faudra tout d'abord interpréter la consistance des selles en fonction de la localisation de la stomie. Dans le cas d'une colostomie gauche, une diarrhée est représentée par des selles liquides alors que dans le cas d'une iléostomie, c'est l'augmentation du volume des selles qui est significatif car les selles sont à ce niveau habituellement semi-liquides.

S'il s'agit réellement d'une diarrhée il ne faut surtout pas réduire la quantité de boissons mais au contraire l'augmenter car les pertes peuvent être importantes et il y a alors un risque de déshydratation. Il faudra supprimer pendant 2 jours les produits laitiers et les légumes sauf les carottes et consommer du riz bien cuit, des pâtes, de la semoule ou du tapioca, des viandes grillées ou bouillies, du Coca-cola[®] sans bulles. Lorsque le transit sera régulé, le patient pourra reprendre progressivement une alimentation normale en réintroduisant les aliments un par un. Si les mesures diététiques ne suffisent pas, le patient stomisé pourra se voir conseiller la prise de silicates (Smecta[®]) qui absorbent l'eau et les gaz, d'adsorbants anti-diarrhéiques (gelopectose[®]), ou d'un ralentisseur de transit tel que le lopéramide.

En cas de diarrhée, le colostomisé qui s'irrigue doit suspendre momentanément les irrigations et revenir à l'utilisation de poches de recueil. Les irrigations ne seront reprises que lorsque le transit aura repris un aspect normal.

Si la diarrhée est accompagnée de signes associés tels odeur fétide, fièvre, vomissement, douleur ainsi que toute diarrhée persistante une consultation s'impose.

En règle générale, toute diarrhée ou constipation d'une durée supérieure à un ou deux jours sans cause alimentaire apparente doit entraîner une consultation. Une récurrence de la pathologie pour laquelle la stomie a été faite peut être en cause. (11, 22, 34)

Aliments qui constipent	Aliments qui donnent la diarrhée
Chocolat ; Marrons ; Carottes cuites ; Riz ; Bananes ; Coings ; Mais ; Pommes râpées crue ; Noix ; Noix de coco ; Raisin ; Myrtille.	Boisson glacée, glace ; Lait ; Jus de fruits ; Pruneaux ; Crudités ; Epinards ; Fruits frais : cerise, melon, pêche, prune ; Friture ; Rillettes ; Charcuterie grasse ; Melon.

Figure n°69 : Aliments entrainant une constipation ou une diarrhée (22)

2.6.2. APRES UNE STOMIE URINAIRE

Les sujets porteurs d'une déviation urinaire n'ont généralement pas de régime alimentaire particulier à suivre sauf s'il existe une insuffisance rénale chronique ou des troubles métaboliques.

Les conseils diététiques sont simples : les boissons doivent être abondantes : 2 litres par jour en hiver et jusqu'à 3 litres en été. Ces quantités doivent être augmentées en cas de transpiration (chaleur, sport...). Cette consommation permet un confort optimal pour le travail rénal. L'important est d'avoir une diurèse (quantité d'urine émise en 24heures) d'environ de 2 litres. L'eau est un facteur d'équilibre, il faut boire pendant et entre les repas, une eau faiblement minéralisée de type Evian[®], Volvic[®] ou de l'eau du robinet tout simplement. (16)

2.6.2.1. Aliments particuliers

Les aliments conférant aux urines une odeur forte, tels que le chou, les asperges ou le café doivent être évités. Par ailleurs, le patient urostomisé doit avoir une alimentation équilibrée comme tout le monde.

Il faut également savoir que les betteraves colorent les urines en rouge. (13, 32)

2.6.2.2. Urostomie et peau

Des urines trop alcalines (pH supérieur à 9) peuvent entraîner quelques fois une irritation cutanée. La peau a en effet un pH légèrement acide. Cette gêne est souvent passagère et peut être atténuée par l'acidification des urines. (16, 34)

	Privilégier les acidifiants d'urine	Eviter les alcalinisants urinaires
Fruits	Myrtilles, fruits rouges, airelles, rhubarbe, prunes, pruneaux	Agrumes (orange, pamplemousse, citron), poire
Protéines	Viande, poisson, œuf, jambon	Lait, yaourt
Légumes	Chou-fleur, persil, brocoli, poivron, céréales	
Boissons		Vichy [®] , Badoit [®]

Figure n°70 : L'alimentation de l'urostomisé (16/34)

2.6.2.3. Urostomie et infection urinaire

Il existe un risque d'infection urinaire lorsque le patient stomisé ne boit pas suffisamment d'eau. En effet, la quantité de liquide absorbé joue sur la valeur du pH. Le pH urinaire doit normalement être compris entre 6 et 7. Un minimum de 1.5 litre d'eau faiblement minéralisée par jour associée à d'autres boissons (café, thé, tisanes...) permet un bon équilibre du pH.

Certains germes (*Proteus mirabilis* et staphylocoque *Saprophyticus*) aiment à se développer dans des urines très alcalines (pH > 8) et engendrent des complications spécifiques aux stomies urinaires : les cristaux phosphocalciques.

Si l'on ne boit pas suffisamment, les urines vont se concentrer, elles auront une odeur plus forte et deviendront troubles. Il existera alors un risque réel d'infection urinaire.

Le contrôle du pH est facile à réaliser ; il ne nécessite aucune précaution particulière et des bandelettes sont en vente en pharmacie. Il s'agit d'un papier réactif qui change de couleur en fonction du pH des urines. Un contrôle régulier permet d'éviter les complications telles que les cristallisations. (27, 32)

2.6.2.4. Stomie urinaire et calculs

La formation de calculs (lithiase) est une complication possible des stomies urinaires c'est pourquoi il faut consommer une eau faiblement minéralisée (eau également recommandée pour la préparation des biberons des nourrissons).

Les préconisations alimentaires pour éviter la formation de calculs urinaires vont également dans le sens de l'acidification des urines.

Pour éviter la formation de calculs d'acide oxalique, mieux vaut limiter le chocolat, le thé fort, les légumes secs, le poivre, la moutarde et la betterave.

Pour éviter les calculs d'acide urique, il faut éviter de consommer des abats et des poissons gras (anchois, sardines, harengs). (27, 32, 34)

2.7. VIE QUOTIDIENNE DU STOMISE

2.7.1. AU TRAVAIL

Reprendre son activité professionnelle est un facteur important pour retrouver son équilibre et s'adapter à sa nouvelle vie. Il est recommandé de rester en contact avec son milieu professionnel, si cela est possible, pendant son congé maladie.

2.7.1.1. Une reprise progressive

La reprise de l'activité doit se faire le plus rapidement possible. Cette réinsertion va cependant varier d'un sujet à l'autre en fonction de son type d'activité (bureau ou plein air, sédentaire ou réalisant de nombreux déplacements, travail physique ou pas...), son âge, ainsi que sa pathologie initiale

Avant de reprendre le travail, il faudra passer une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail afin de déterminer si le sujet est apte à reprendre son métier dans les mêmes conditions qu'avant.

Pour se réinsérer progressivement dans le milieu professionnel, le patient stomisé peut commencer au début par une activité à mi-temps. Cet aménagement du temps de travail ou « mi-temps thérapeutique » nécessite que le médecin traitant prescrive une reprise à temps partiel. Cette décision devra être validée par le médecin-conseil de la Sécurité Sociale qui en fixera la durée. L'employeur doit être d'accord avec cette reprise à temps partiel.

Une fois cette période passée, il sera alors peut-être possible de travailler de nouveau à temps plein.

Un reclassement s'avère parfois nécessaire soit au sein de l'entreprise soit en dehors. (13, 22, 39)

2.7.1.2. Conseils pratiques au travail

Le patient stomisé peut s'il le souhaite parler de sa stomie à son entourage professionnel mais cela dépend évidemment de la relation qu'il entretient avec ses collègues. Il est parfois plus pratique d'en parler à son supérieur.

En ce qui concerne le changement d'appareillage, il est conseillé d'avoir toujours sur soi une trousse de toilette avec tous les éléments nécessaires aux soins de la stomie (appareillages de rechange prêts, ciseaux, compresses ou mouchoirs en papier, sac en plastique). En cas d'iléostomie, il est préférable de vider sa poche fréquemment.

En cas de stomie urinaire, il peut s'avérer pratique de raccorder une poche supplémentaire à fixer à la jambe afin d'acquérir une plus grande autonomie. (13, 22, 39)

2.7.2. EN FAMILLE

Le soutien familial joue un rôle très important quand le patient doit accepter le changement de son image corporelle.

Il est généralement préférable de parler de sa situation à sa famille même si cela n'est pas du tout une obligation, rien dans l'apparence ne laissant supposer la présence d'une poche. Généralement, l'entourage est tout à fait à même de comprendre ce nouvel état.

Les enfants acceptent souvent bien la situation, notamment lorsqu'ils sont jeunes. Il faut leur expliquer cette nouvelle condition avec des mots simples, ce qui permet souvent de dédramatiser la situation et de ne pas laisser leur imagination fabriquer de fausses images. (13, 22)

2.7.3. LA SEXUALITE

Le patient stomisé n'est pas obligé de montrer sa stomie à son conjoint ni de lui faire assister aux soins. Il faut cependant lui en parler pour qu'il s'habitue à cette nouvelle situation et qu'il comprenne mieux ce qu'il se passe.

Les patients porteurs d'une stomie peuvent rencontrer certaines difficultés sur le plan de leur sexualité.

> **Chez l'homme**, il s'agit essentiellement de l'impuissance et de la perte ou de la diminution de la libido.

L'impuissance est caractérisée chez l'homme par l'impossibilité d'accomplir l'acte sexuel dans sa totalité.

La diminution de la libido correspond à une perte de désir. Elle n'est pas spécifique à l'homme et s'applique donc aussi à la femme. L'origine du trouble de la libido est multiple : conséquence de l'état dépressif s'il existe, conséquence de l'altération de l'image du corps, conséquence de la modification de la vie relationnelle (professionnelle ou conjugale).

> **Chez la femme**, les troubles sexuels sont constitués par la frigidité qui se définit comme une inaptitude aux plaisirs sexuels.

Il faut également signaler chez l'homme et la femme certaines conséquences directement liées à l'acte chirurgical. (7, 13)

2.7.4. LES SPORTS ET LOISIRS

Le stomisé doit reprendre une activité sociale comparable à celle qu'elle était avant l'intervention le plus rapidement possible. Avoir une stomie n'empêche en rien de sortir, aller au restaurant, au cinéma, faire du sport, se baigner...

Tous les sports sont permis. Il faut cependant éviter la pratique de ceux qui entraînent des pressions importantes sur la stomie tels que les exercices aux barres parallèles. Il est également déconseillé de se livrer à des sports violents comme le judo, le karaté, la lutte, la boxe ainsi que le rugby (en raison des placages).

Aujourd'hui, il est plus facile de faire du sport car grâce aux matériaux modernes, les poches ne se décollent plus sous l'action de la sueur. Pour être sûr d'éviter tout déplacement, l'utilisation d'un sparadrap microporeux pour maintenir la poche est possible.

La pratique de la natation en mer ou en piscine est également possible. Les poches sont résistantes au chlore et à l'eau salée. Pour les femmes, il est préférable de choisir un maillot une pièce avec des motifs. Pour les hommes, il vaut mieux opter pour un maillot de bain style "surfeur" afin de dissimuler parfaitement l'appareillage. Enfin, il est mieux de porter une plus petite poche pour aller à la plage ou à la piscine. (1, 5, 13, 39)

2.7.5. LES VOYAGES

Aucune restriction ne s'impose mais il faut se munir du matériel nécessaire aux soins locaux et des différents appareillages. Il est préférable de ne pas les enregistrer en soute (mise à part les ciseaux) afin d'être sûr de les avoir si la valise est égarée.

En avion, les cabines pressurisées n'ont aucun effet sur la stomie et la poche.

En voiture, il faut mettre sa ceinture de sécurité à l'avant comme à l'arrière en la disposant de façon à ce qu'elle ne comprime pas la stomie. (1, 13)

2.8. UN PROBLEME, UNE SOLUTION

2.8.1. LES STOMIES DIGESTIVES

> **Est-ce normal d'avoir envie d'aller à la selle avec une stomie temporaire ?**

Oui. La dérivation digestive a pour but de mettre une partie de l'intestin au repos mais celle-ci continue de produire des sécrétions intestinales qui s'écoulent par les voies naturelles donnant cette sensation urgente d'aller à la selle.

> **Que faire en cas de vomissements, fièvre ou une augmentation subite du volume des selles ?**

Il faut consulter un médecin

> **Que faire en cas de plaque rouge autour d'une iléostomie ?**

Il s'agit généralement d'une agression de la peau par les selles liquides riches en enzymes digestifs. Il est alors conseillé d'utiliser un support de poche muni d'un protecteur cutané.

(22, 32, 34)

2.8.2. LES UROSTOMIES

> **Que faire si la sonde se bouche ?**

Il faut immédiatement consulter le médecin ou la stomathérapeute qui ont l'habitude de changer la sonde. Pour prévenir ce genre de désagrément, il faut boire abondamment.

> **Que faire en cas de perte de sonde ?**

L'orifice se ferme au bout de 6 heures. Il faut obligatoirement se rendre chez le médecin pour qu'il pose une nouvelle sonde.

> Que faire si les urines sont troubles ?

Cela peut venir d'un simple excès de mucus. En cas d'urétérostomie cutanée avec une sonde, une surveillance et un changement régulier de la sonde évitent les risques infectieux.

Si malgré une augmentation des boissons, les urines sont toujours troubles avec une odeur forte, il faut faire un E.C.B.U (Examen Cytobactériologique des Urines) et un antibiogramme.

> Faut-il s'inquiéter s'il ya du sang dans les urines ?

Cela peut être du à un traumatisme : stomie blessée. Cela peut provenir de certains médicaments ou de l'alimentation.

S'il y a une douleur lombaire, il faut rechercher une cause rénale. (22, 32, 34)

2.9. LES DROITS DES STOMISES

Le pharmacien d'officine est souvent amené à répondre aux questions des stomisés sur leurs droits en regards des services médicaux et sociaux des caisses d'assurance maladie. Ces droits peuvent se présenter sous divers aspects.

2.9.1. PRIX ET REMBOURSEMENT

Le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS) a été remplacé par la LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) par la loi de financement de la sécurité sociale 2000 modifiant l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale et stipulant que pour être remboursé un dispositif médical doit être inscrit à la LPPR.

Le principe de la LPPR est le suivant : il y a des lignes génériques de remboursement avec un prix déterminé qui sont fixées par les autorités. Ces lignes génériques décrivent les différents types d'appareillages pris en charge au titre de la LPPR. Les laboratoires doivent alors faire coïncider leurs produits avec ces lignes génériques et déterminer s'il existe un remboursement pour un produit précis et d'en fixer le prix le cas échéant. Le prix de remboursement est alors celui de la ligne générique.

Les appareillages de stomathérapie sont constitués de plusieurs composants qui ont chacun leur ligne LPPR, donc leur prix de remboursement. Si on prend l'exemple d'une poche 1 pièce fermée avec filtre, la LPPR indique un prix de remboursement pour la poche et le filtre.

Pour une boîte de 30 poches avec filtres le calcul du prix est le suivant :

$$30 \times (\text{prix poche} + \text{prix filtre})$$

Les différents laboratoires sont tous au même niveau de remboursement donc ont tous les même prix de vente au public.

Exemples :

Support Easiflex H.R (boîte de 10) COLOPLAST® : 36.70€

Support Combihesive 2S Ultra (boîte de 10) CONVATEC® : 36.70€

Les appareillages de stomathérapie sont remboursés à 100% du LPPR par la sécurité sociale si l'affection qui a déterminé la stomie est inscrite sur la liste des trente maladies (décrite par la sécurité sociale) et si une demande d'entente préalable a été réalisée auprès de la caisse. Dans ce cas, le patient devra penser à mettre sa carte vitale à jour pour que la mention de l'exonération du ticket modérateur y figure. Si la cause de la stomie n'est pas répertoriée sur la liste (exemple : accident de voiture), la sécurité sociale remboursera seulement 65% et le reste pourra éventuellement être pris en charge par une mutuelle complémentaire. Néanmoins, le stomisé pourra demander au chirurgien de rédiger un certificat attestant que « l'état de santé doit nécessiter des soins longs et coûteux » ce qui peut permettre un remboursement à 100% par la caisse.

1	AVC invalidant	16	Maladie de Parkinson
2	Insuffisances médullaires	17	Maladies métaboliques héréditaires
3	Artériopathies chroniques	18	Mucoviscidose
4	Bilharziose compliquée	19	Néphropathie, syndrome néphrotique
5	Insuf. cardiaque, cardiopathie	20	Paraplégie
6	Cirrhoses et maladies du foie	21	PAN, LEAD, sclérodémie ^c
7	Infection VIH, déficit immunitaire	22	Polyarthrite rhumatoïde
8	Diabète	23	Aff. psychiatriques de longue durée
9	Aff. neurologiques et musculaires	24	Rectocolite hémorragique et Crohn
10	Hémoglobinopathies et hémolyses	25	Sclérose en plaques
11	Hémophilies et aff. de l'hémostase	26	Scoliose structurale évolutive
12	Hypertension artérielle sévère	27	Spondylarthrite ankylosante
13	Maladie coronaire	28	Transplantation d'organe
14	Insuffisance respiratoire	29	Tuberculose active, lèpre
15	Maladie d'Alzheimer et démences	30	Tumeur maligne

Figure n°71 : liste des trente maladies permettant un remboursement à 100% par la sécurité sociale (40)

La caisse peut refuser le remboursement de l'appareillage dans deux cas :

L'appareillage n'est pas inscrit sur la LPPR (appareillage hospitalier par exemple). Il s'agit alors d'un refus administratif et il est possible de s'adresser par l'intermédiaire de la caisse au FASS (Fonds d'Action Sanitaire et Sociale) qui peut prendre en charge certains articles de manière extralégale.

Le médecin-conseil de la caisse fait un refus médical estimant que l'affection qui a nécessité la stomie est guérie et que le remboursement ne doit être que de 65% du tarif LPPR. Dans ce cas, on peut contester la décision en demandant une expertise médicale.

(11, 13, 17, 20, 23)

2.9.2. LA CARTE D'INVALIDITE

Le stomisé peut obtenir une carte d'invalidité. Pour cela, il doit s'adresser au bureau d'Aide Sociale de la mairie de son domicile qui lui remettra un questionnaire à faire remplir par son médecin traitant. Le dossier dûment rempli sera adressé à la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel). La décision de la COTOREP est notifiée au demandeur dans les six mois qui suivent la demande.

La carte d'invalidité est accordée soit à titre définitif soit à titre temporaire et pour une durée déterminée.

Cette carte, outre les renseignements d'état civil porte différentes mentions :

Le taux d'invalidité : entre 60 et 80%

La durée de la carte : entre un et cinq ans

Les droits liés à la carte d'invalidité :

Pour un taux d'invalidité d'au moins 80%, la carte d'invalidité donne droit à une exonération d'une demi-part d'impôt. Il faut s'adresser alors au centre des impôts de son domicile.

A la SNCF et à la RATP, des places numérotées sont réservées en priorité dans les transports en commun.

En dessous d'un certain plafond de revenus, elle dispense de la redevance annuelle de télévision (il faut alors se renseigner auprès du bureau d'Aide Sociale). (11, 27, 37)

2.9.3. LA PENSION D'INVALIDITE

Le stomisé peut demander à recevoir une pension d'invalidité à partir du moment où il reçoit des indemnités journalières pour Affection de Longue Durée (ALD) depuis plus de trois ans. Celle-ci sera versée tous les trimestres.

Cette pension est généralement plus adaptée aux personnes proches de la retraite qu'aux sujets jeunes sauf si leur état de santé l'exige réellement. En effet, ces derniers ont tout intérêt à reprendre le travail afin de préserver leur équilibre psychologique.

Le type de pension d'invalidité attribué sera fonction de la décision du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie.

Les trois sortes de pensions d'invalidité sont les suivantes :

> **La pension de première catégorie** concerne les sujets dont l'état de santé a nécessité un changement d'emploi avec une diminution de salaire. Dans ce cas, la pension versée permettra de compenser au mieux la différence de salaire.

> **La pension de deuxième catégorie** est accordée lorsque le patient stomisé ne peut plus travailler. Le montant sera de 50% du salaire annuel moyen des 10 meilleures années.

> Enfin, **la pension de troisième catégorie** sera pour les patients qui d'une part ne peuvent plus travailler et d'autre part ont besoin d'une tierce personne pour les aider au quotidien. Le montant sera aussi de 50% du salaire moyen des 10 meilleures années. Il est également possible de bénéficier d'une majoration mensuelle pour tierce personne. (11, 27)

2.9.4. LE RECLASSEMENT

Si le stomisé ne peut pas reprendre son travail, il doit faire une demande de reclassement. Il faudra alors demander un dossier à la COTOREP auprès de la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) de la région du stomisé. Le patient avec son médecin auront à remplir le dossier puis celui-ci sera retourné à la COTOREP ou il passera devant une commission. Cette dernière fera alors des propositions de reclassement qui iront du placement chez un nouvel employeur à un nouvel apprentissage. *(11, 17)*

2.10. ASSOCIATIONS / LABORATOIRES

2.10.1. LES ASSOCIATIONS

Le début des associations de stomisés remonte en France à 1976. Il y'avait « Informer pour Aider les Stomisés » (I.A.S) à Lyon et « Iléostomie, Colostomie France » (ILCO France) à Nîmes.

Rapidement, les stomisés prennent eux-mêmes en charge le fonctionnement et l'organisation des associations, les médecins et stomathérapeutes continuant un simple rôle de conseil selon la demande.

La vie associative est une opportunité de rencontre avec d'autres stomisés. Elle permet des échanges à la fois chaleureux et constructifs. Les associations aident les stomisés à résoudre les problèmes auxquels ils peuvent être confrontés surtout ceux d'ordre administratif. Elles permettent des échanges entre stomisés récents et plus anciens et apportent donc un réconfort psychologique en montrant aux nouveaux stomisés que la vie reprend son cours après l'intervention.

La naissance de la Fédération des Stomisés de France (FSF) en 1986 permet d'apporter une certaine homogénéité, de centraliser les activités administratives des différentes associations régionales et de donner plus de poids à certaines démarches. Cette dernière a plusieurs missions :

- > Résoudre les problèmes d'insertion des stomisés
- > Encourager la formation médicale et paramédicale
- > Favoriser l'information sur les appareillages
- > Promouvoir la recherche pour améliorer les techniques chirurgicales et l'appareillage
- > Informer l'opinion publique sur les problèmes médico-sociaux des stomisés
- > Encourager les centres de réinsertion

- > Faire rencontrer après accord de l'équipe médicale et des stomathérapeutes des "stomisés contacts" qui sont des stomisés pleinement réinsérés avec des stomisés nouvellement intégrés pour les aider à surmonter toutes leurs difficultés.
(9, 11, 22)

Les différentes associations :

FSF Fédération des Stomisés de France

76-78, Rue Balard

75016 Paris

Tel : 01 45 57 40 02

www.fsf.asso.fr

AFET Association Française D'Entéro-ma-Thérapeutes

Hôtel Dieu

Centre Stomathérapie Georges Guillemin

1, place de l'Hôpital

69002 LYON

2.10.2. LES LABORATOIRES

Quatre laboratoires commercialisent le matériel nécessaire à l'appareillage. (31, 39)

B.Braun Médical

204 avenue du marechal juin 07
BP 331
92107 Boulogne Billancourt Cedex
Tel : 01 41 10 53 00
N° vert : 0 800 51 98 07

Coloplast

6 rue de Rome .A.C de Nanteuil
93561 Rosny-sous-Bois
Tel : 01 56 63 17 00
N° vert : 0 800 48 95 69

Convatec

3 rue Joseph Monier
BP 325
92506 RUEIL-MALMAISON Cedex
Tel : 01 58 86 64 40
N° vert : 0 800 35 84 80

Hollister

98 Bd Victor Hugo
92115 Clichy
Tel: 01 45 19 38 50
N° vert: 0 800 47 92 67

CONCLUSION

Une stomie est un abouchement chirurgical d'un organe creux à la peau. La création de celle-ci est toujours une épreuve pour un patient. En faisant disparaître les reflexes les plus profonds et intimes de l'être humain, la stomie désorganise gravement la connaissance et la maîtrise de son propre corps.

Cette nouvelle situation va avoir des conséquences très importantes sur la vie quotidienne du patient tant au niveau physique que psychologique. Elle doit être gérée au mieux afin que le stomisé ne se sente pas handicapé et que le retour à une vie familiale, personnelle, professionnelle et sociale normale se fasse le plus simplement et le plus rapidement possible.

Ces dernières années, des progrès considérables de prise en charge ont été accomplis. La stomathérapie qui correspond à l'ensemble de l'aide apportée aux stomisés va permettre à chacun de retrouver le plus rapidement possible son autonomie et de s'organiser autour de nouveaux repères. En effet, le stomlathérapeute sera appelé à intervenir dans le choix de l'appareillage et dans l'éducation des patients. Sa connaissance des différents modèles devra donc être parfaite afin de trouver la meilleure solution pour chacun. Une prise en charge psychologique sera mise en place pour aider le patient à s'accepter avec ce nouvel handicap et donc faciliter l'apprentissage des soins visant à l'autonomie et ainsi permettre au stomisé sa réhabilitation. Par la suite, les stomisés pourront dans le cadre d'une consultation externe, bénéficier d'une écoute pour parler de leurs difficultés ainsi que d'un suivi pour parachever leur maîtrise technique des soins et de l'appareillage de leur stomie.

Le pharmacien a un rôle prépondérant à jouer auprès des stomisés qu'il est amené à rencontrer régulièrement dans son officine. Il peut transmettre ses connaissances aux patients sur les appareillages, la diététique, donner différents conseils pratiques, et apporter des informations sur les dispositions légales et réglementaires applicables aux stomisés. Son action individuelle et ponctuelle s'inscrit dans le cadre général de l'aide apportée aux stomisés.

ANNEXES

RECOMMANDES	ALIMENTS	A EVITER
Pain pas trop frais ou grillé, pain de mie Biscottes Biscuits secs	Pain	Pain frais ou chaud, pain complet, de seigle, de campagne, au son, croissant
Pâtes, riz, semoule Farine, maïzena Pomme de terre (vapeur, purée, au four, gratin, papillote, robe des champs)	Féculets	Plats cuisinés (raviolis, cannellonis) Céréales complètes Frites, pomme sautées, pomme dauphines, chips, Légumes secs (haricots blancs, pois, fèves) Lentilles, pois chiches Marrons, châtaignes
Lait écrémé Petits-suisse, yaourts, fromages blancs Fromages non fermentés à pâte cuite Desserts lactés du commerce : crème, flans, entremets	Laitages	Lait entier Crème fraîche, béchamel Fromage fermentés et gras
Œufs à la coque, pochés, mollets, durs	Œufs	Œufs au plat, omelette
Sel Fines herbes et aromates Bouillons dégraissés	Assaisonnements	Poivre, piments, épices Vinaigre, moutarde, cornichons, câpres Ail, oignons, échalotes
Beurre et huile crus Margarine crue Sauce hollandaise	Matières grasses	Graisses cuites et fritures Mayonnaise Toutes les sauces du commerce

RECOMMANDES	ALIMENTS	A EVITER
<p>Eau plate nature ou aromatisée</p> <p>Jus de fruits doux : raisin, pomme, abricot</p> <p>Infusions et tisanes, thé et café léger</p> <p>Sirops dilués</p>	Boissons	<p>Boissons gazeuses dont sodas</p> <p>Jus de fruits acides : orange, citron, tomate, pamplemousse, ananas</p> <p>Alcool : apéritif, digestif, cidre, bière</p>
<p>Légumes verts tendres, bien cuits : haricots verts extra-fins, courgette, aubergines épluchées et épépinées, blanc de poireaux, fonds d'artichaut, endives, tomates cuites épluchées et épépinées</p> <p>Crudités tendres selon tolérance : laitue, betteraves rouges</p>	Légumes	<p>Légumes riches en fibres dures et contenant des produits fermentescibles : asperges, navets, artichauts, choux, fenouil, salsifis, céleri, poireaux, petits pois</p> <p>Légumes acides : tomates, poivrons</p> <p>Ratatouille</p> <p>Epinards</p> <p>Crudités dures : radis, concombre, carottes rapées, céleris, fenouil</p>
<p>Fruits cuits, en compote, au four, fruits au sirop</p> <p>Fruits crus sans la peau, s'ils sont bien mûrs : pomme, poire, abricot, pêche</p> <p>Banane, fraise selon la tolérance personnelle</p>	Fruits	<p>Agrume</p> <p>Fruits acides et fibreux : ananas, figues, pruneau, raisin, abricot</p> <p>Fruits oléagineux : noix, noisette, amande, cacahuète, pistache, olive, avocat</p> <p>Melon, pastèque</p>
Jambon	Charcuterie	Boudin, pâté, saucisson...

RECOMMANDES	ALIMENTS	A EVITER
Cheval, veau, bœuf, porc, lapin Abats : foie, rognons Langue Volailles	Viandes	Viandes grasses, en sauce, faisandées Abats en sauce Plats cuisinés Bouillon de viande non dégraissé Quenelle et croquettes Escargots, cuisses de grenouilles en sauce
Poissons frais et surgelé au naturel Coquillage et crustacés non cuisinés Saumon fumé, conserve au naturel	Produits de la mer	Poissons panés, frits, conservés à l'huile Poissons fumés
Pâtisseries légères : cake, génoise, quatre-quarts, gâteau de Savoie, éclair au café ou à la vanille, meringues, tartes à base de pâte brisée ou sablée, de crème pâtissière, de compote, de fruits au sirop	Desserts	Pate d'amande, glaces, sorbets Pâtisseries lourdes : pâte feuilletée, frangipane, moka, merveilleux Pâtisseries à base de chantilly, de chocolat Crème au beurre

Figure n°72 : Aliments conseillés et à éviter par les stomisés digestifs (19/29)

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **ALDOFF M, OLLIER J-CI,**
Les stomies digestives de l'adulte,
Edition Springer Verlag, France, 1993

- 2- **BAGGALEY Ann,**
Encyclopédie visuelle du corps humain,
Ed gallimard, 2001

- 3- **BAT Carole,**
Larousse médical,
Edition GRAFICA EDITORIAL PRINTING, 2003

- 4- **BAUMEL H, LOUIS J-F,**
Vivre avec une stomie : digestive ou urinaire,
Edition SIMEP, Paris, 1986

- 5- **BERGER A, FRILEUX R, MOREL R, ROCHE A, THEODORE Ch,**
Iléostomie et colostomie.
Editions Techniques-Encyclopédie Med-Chir-Gastro-Entérologie, Paris, 1994

- 6- **BEYELER S, LATAILLADE L, SORAVIA C,**
Les stomies digestives : indications, complications, prise en charge post-opératoire,
Revue médicale suisse, groupe.msn.com/stomie/documentation

- 7- **BILLET jacques,**
Aspects psychologiques des porteurs d'une stomie intestinale,
Thèse de doctorat, Montpellier, 1983

- 8- **BROCHERIOU I, GASOWSKI M, VAILLANT J-C,**
Les cancers colorectaux,
CHU Salpêtrière, Paris, 2004, www.chups.jusieu.fr

- 9- <http://cancers-et-stomies.free.fr>

- 10- **CHAUDERON M, COMBES P-F, MONTANE C,**
Soins aux malades porteurs d'une stomie abdominale : guide à l'usage des infirmières.
Editions FOURNIE, Toulouse, 1984

- 11- **CHUPEAU Lydie**,
Le conseil à l'officine du patient stomisé : de la stomie digestive à l'appareillage,
Thèse de doctorat, Poitiers, 2003
- 12- www.coloplast.fr
- 13- **Coloplast Laboratoire**,
Guide pratique : Au fil des jours, vous comprendre... c'est vous aider
- 14- **Coloplast Laboratoire**,
Les stomies temporaires,
Brochure, Edition Cherpe, Paris, 2005
- 15- **Coloplast Laboratoire**,
L'irrigation colique,
Edition Cherpe, Paris, 2003
- 16- **Coloplast Laboratoire**,
Livret diététique,
2004
- 17- **Coloplast Laboratoire**,
Soins des stomies
- 18- www.convatec.ca
- 19- **Convatec Laboratoire**,
Aide à la prise en charge psychologique du patient stomisé,
2005
- 20- **Convatec Laboratoire**,
Tarifs patients, 1^{er} février 2007
- 21- **Convatec Laboratoire**,
Vivre en toute liberté,
Automne 2002 n°2
- 22- **DAGUER Isabelle, WALLERAND Ludovic**,
La stomathérapie,
Thèse de doctorat, Lille, 2004

- 23- **DARONDEAU Frederic-Mathieu**,
Marketing et dispositifs Médicaux,
Thèse de doctorat, Paris, 2004
- 24- **DAVID A, MOROWITZ M-D**,
Stomie et grossesse,
pages.infinet.net/aboucher/asry/Enfants.htm
- 25- **DICKENS ST VIL, LALANDE L**,
Stomie chez les enfants,
pages.infinet.net/aboucher/asry/Enfants.htm
- 26- **Dorosz**,
Guide pratique des médicaments, 2007,
Edition Maloine, Paris
- 27- **FAGNONI Francis**,
Interventions chirurgicales conduisant à une stomie : rôle du pharmacien d'officine,
Thèse de doctorat, Paris, 1985
- 28- **FONTAINE Geraldine**,
Bien vivre avec une stomie, c'est possible mais ça s'apprend,
Communiqué de presse, Bruxelles, 2003
- 29- **FREMOND B**,
Malformations viscérales graves du nouveau-né,
www.med.univ-rennes1.fr
- 30- **HOUDART Rémy**,
Groupe hospitalier Diaconesses Croix St Simon, Paris, 2000,
www.hopital.dcss.org
- 31- ilco95.fr/stomie
- 32- **LANCEL Pierrette**,
Une stomie urinaire,
Laboratoire Convatec, Paris
- 33- **Le moniteur des pharmacies**,
Cahier II, Cahier conseil, Article n°2496 du 28 juin 2003

34- Le moniteur des pharmacies,

Les stomies,

Cahier II, Cahier conseil, Article n°2472 du 11 janvier 2003

35- Le moniteur des pharmacies,

Stomie : un marché perdu de vue,

Cahier I : Entreprise, Article n°2409 du 1^{er} septembre 2001

36- *Maladie de Hirschsprung*, fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_de_Hirschsprung

37- SCHAERER René,

www.jalmav.org

38- www.stoma.ilco.org

39- www.stomanet.fr

40- VALLIER Nathalie,

Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance Maladie,

Article L.322.3 du code de la sécurité sociale. Point de repère n°3 octobre 2006

Nom-Prénoms : THIERCELIN Lorraine

Titre de la Thèse : Le patient stomisé

Résumé de la thèse :

Une stomie est un abouchement chirurgical à la peau d'une partie du tube digestif ou du système urinaire. Une stomie peut être réalisée pour diverses indications. Elle peut être digestive ou urinaire et provisoire ou définitive. Des complications précoces ou tardives peuvent apparaître.

La création d'une stomie va avoir des conséquences au niveau physique et psychologique.

Le choix de l'appareillage se fera en fonction des caractéristiques de chacun. L'irrigation colique permettra une certaine continence.

De nombreux conseils tant sur la manipulation de l'appareillage, que sur la toilette, l'habillement, l'usage des médicaments ou encore a propos de nombreux petits problèmes quotidiens rencontrés seront utiles. Des conseils diététiques seront importants en vue d'aider dans une certaine mesure à la réinsertion du stomisé.

Enfin, les droits des stomisés et leur réinsertion sociale et professionnelle sont primordiaux.

MOTS CLES :

**STOMIE
APPAREILLAGE
DIETETIQUE
PSYCHOLOGIE
HYGIENE
REINSRTION**

JURY

PRESIDENT : M. Marcel JUGE, Maitre de conférences de pharmacologie
Faculté de pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Catherine JACQUOT, Maitre de conférences de physiologie
Faculté de pharmacie de Nantes
Mlle Vanessa VISSET-PERON, Pharmacien
21, rue Louis Lumière
44000 NANTES

Adresse de l'auteur : 30 rue du général De Sonis
44000 NANTES