



Urostomie



Colostomie



Iléostomie

© image ConvaTec

LES STOMIES

UE 4.12 ED DM – DR CLAIRE GAILLARD

STRUCTURE DU COURS

Rappel anatomique

Les entérostomie

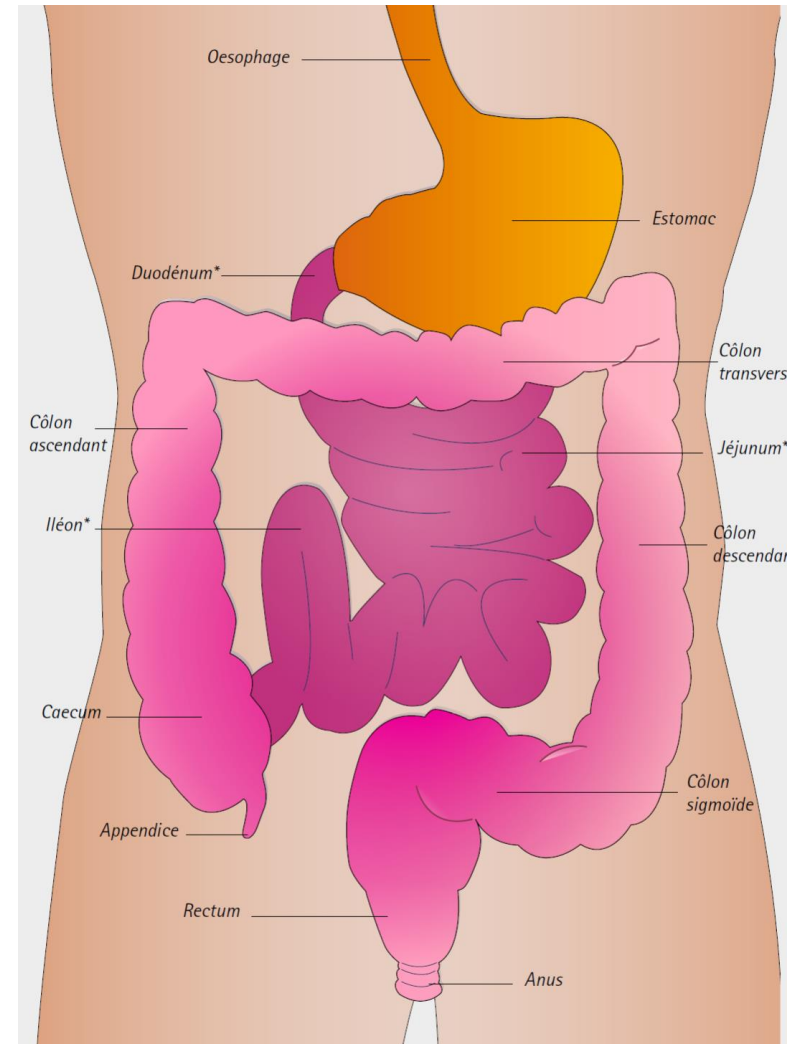
Les entérostomies : l'iléostomie

Les entérostomies: la colostomie

L'urostomie (urétérostomie et cystostomie)

RAPPEL ANATOMIQUE

- **ILEON** : L'iléon est la partie de l'intestin grêle faisant suite au jéjunum et s'étendant jusqu'à la valve iléo-caecale, débouchant sur le gros intestin.
- **COLON**: Il mesure en moyenne chez l'adulte 1,5 mètres de longueur pour 8 cm de diamètre et se répartit en quatre segments se faisant suite : le colon droit ou colon ascendant, le colon transverse, le colon gauche ou colon descendant puis le colon sigmoïde.



RAPPEL: L'INTESTIN GRÊLE

- Il a pour fonction essentielle l'absorption, mais il joue également un rôle dans la digestion, la sécrétion et la défense de l'organisme. A ce niveau se produisent aussi différents phénomènes mécaniques qui sont le fait de la musculature lisse.
- Le duodénum hydrolyse les aliments en nutriments par action des sucs digestifs.
- Le jéjunum absorbe massivement l'eau et les nutriments.
- L'iléon absorbe sélectivement la vitamine B12 et les sels biliaires.
- Le péristaltisme permet la progression du bol alimentaire en 6h. Les effluents produits sont abondants, liquides et irritants pour la peau. Il y a peu d'odeurs et les gaz sont rares.

RAPPEL: LE COLON

Il comprend plusieurs parties :

- Le côlon ascendant
- Le côlon transverse au niveau duquel sont absorbés l'eau et le sodium, les selles se concentrent. La flore microbienne est abondante et l'activité métabolique importante.
- Le côlon descendant permet le stockage des matières fécales entre les défécations.

Les selles sont peu nombreuses, moulées et non irritantes

DÉFINITIONS

Une stomie est l'abouchement chirurgical, temporaire ou définitif, d'un organe creux à la peau. Ce mot vient du grec "stoma" qui veut dire bouche.

Au niveau de l'arbre digestif
= les entérostomies

Au niveau de l'arbre urinaire
= les urostomies

DIFFÉRENTES ENTEROSTOMIES

Oesophagostomie

Gastrostomie

Jéjunostomie

Iléostomie

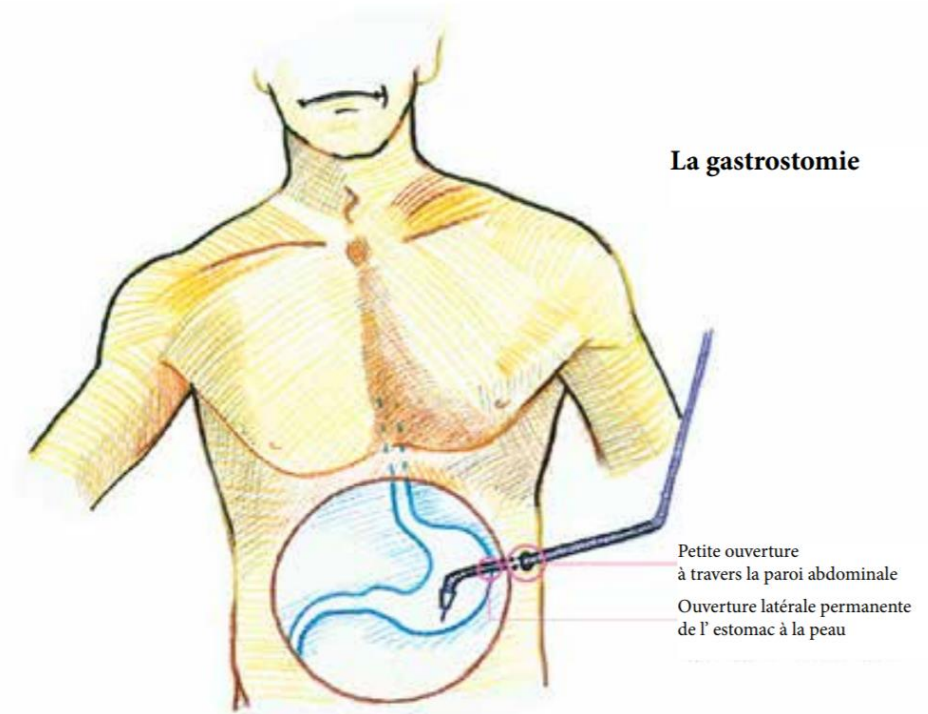
Colostomies

LES ENTÉROSTOMIES : ŒSOPHAGOSTOMIE

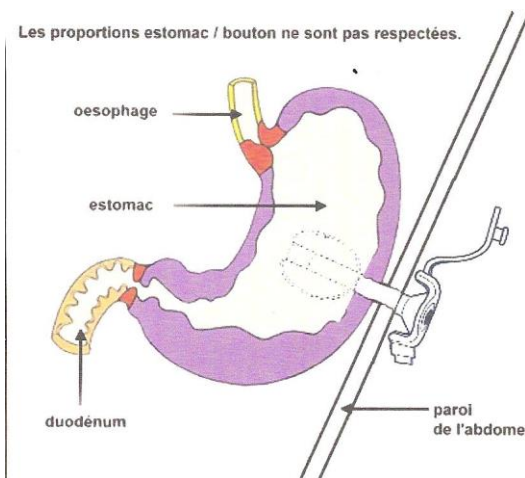
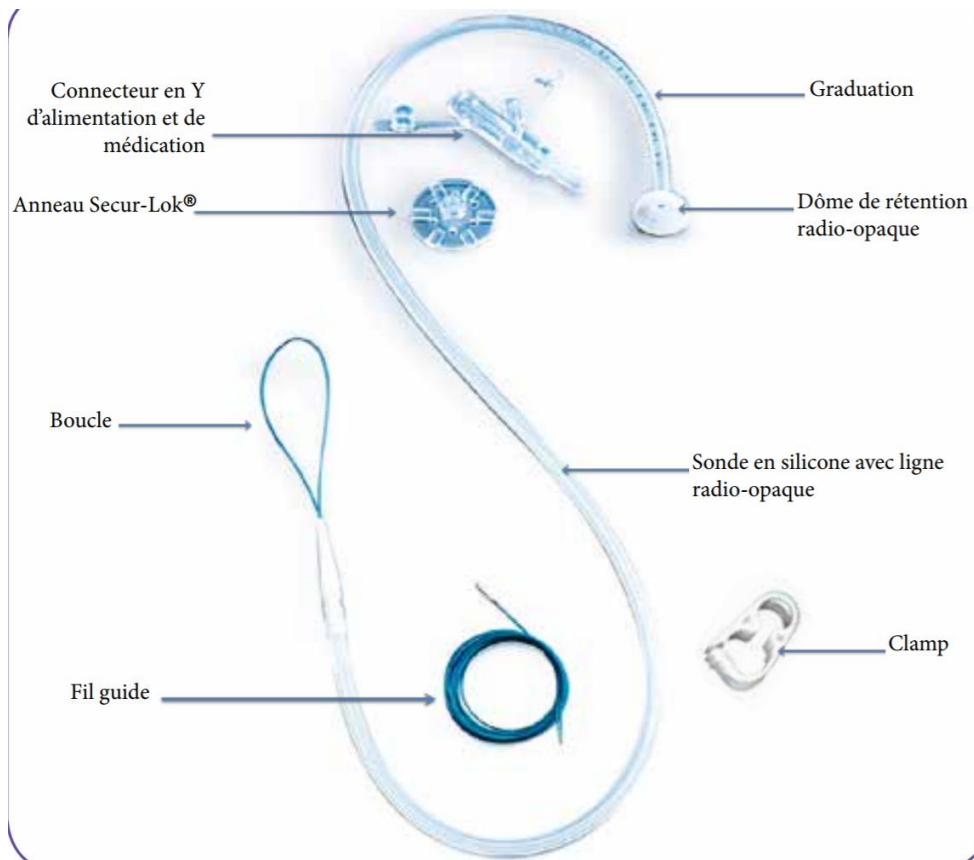
- Œsophagostomie se définit par la mise à la peau cervicale gauche de l'oesophage proximal. Cette intervention est rare, elle est souvent indiquée en cas de lésion caustique de l'oesophage. Le chirurgien doit réaliser une œsophagectomie et termine l'intervention par une œsophagectomie temporaire. Le but est de conserver le plus d'oesophage cervical possible, afin de le suturer à la peau, et de le réutiliser ensuite plus tard lors de la chirurgie reconstructive.
- En cas de brûlures graves de l'hypopharynx, il faut parfois accepter d'avoir un court moignon œsophagien qui sera extériorisé en stomie au moyen d'une sonde. L'appareillage de cette œsophagostomie est parfois difficile, mais nécessaire puisqu'il s'agit de recueillir la salive que le patient déglutit durant la journée.

LES ENTÉROSTOMIES : GASTROSTOMIE

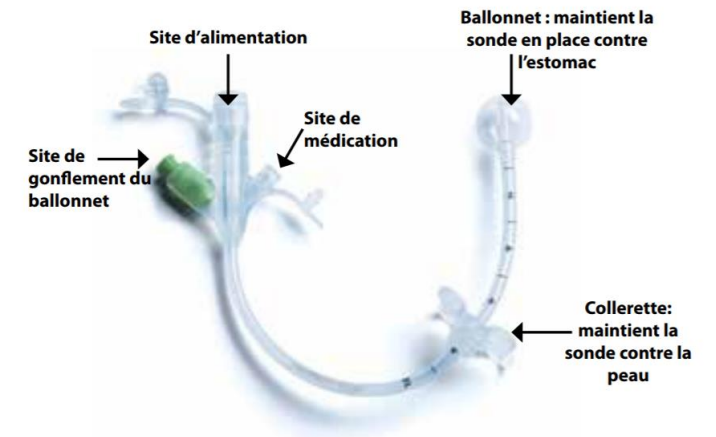
C'est une technique endoscopique qui a pour but la mise en place d'une sonde d'alimentation directement à travers la peau et la paroi de l'estomac, afin de permettre aux patients ne pouvant s'alimenter normalement de recevoir l'apport énergétique nécessaire. Ceci permet d'éviter l'inconfort au long cours de la sonde nasogastrique (qui elle passe par le nez jusque dans l'estomac).



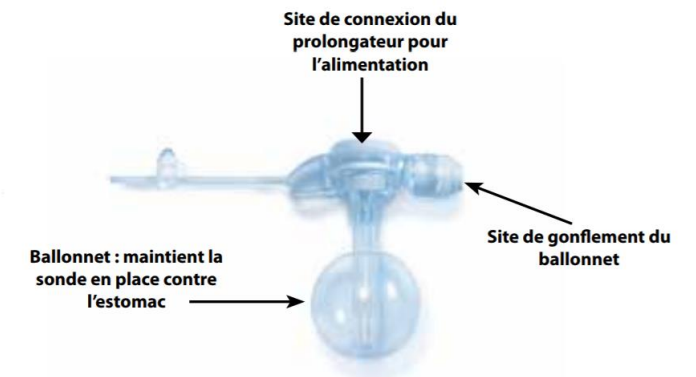
LES ENTÉROSTOMIES : GASTROSTOMIE



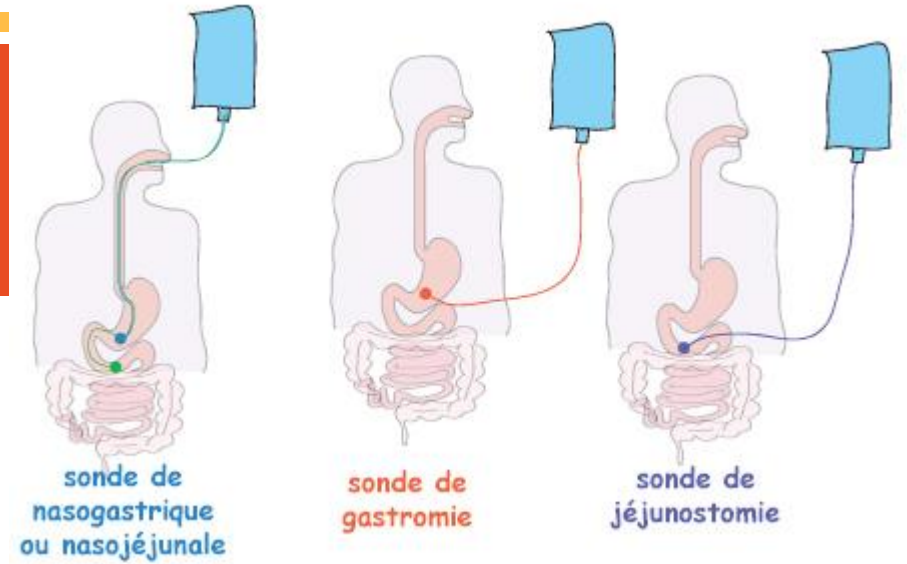
Sonde de gastrostomie à ballonnet



Bouton de gastrostomie à ballonnet

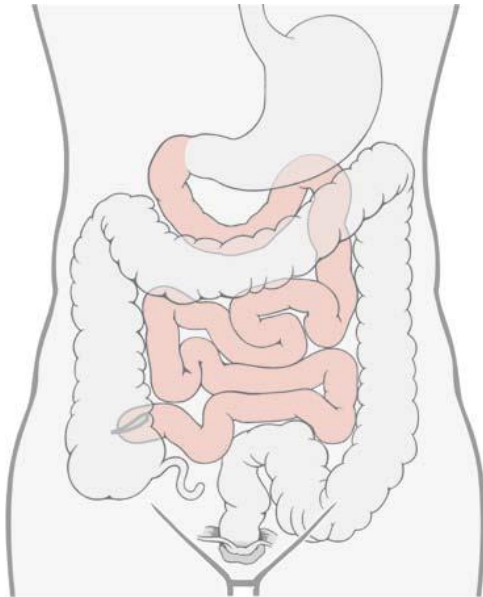


LES ENTÉROSTOMIES : JÉJUNOSTOMIE



- La jéjunostomie est une opération chirurgicale qui permet d'alimenter le patient grâce à une sonde d'alimentation placée au niveau du jéjunum, deuxième partie de l'intestin grêle. Se présentant comme un tube, la sonde d'alimentation nécessite de créer une ouverture entre la peau de l'abdomen et la paroi du jéjunum. Reliée directement à l'appareil digestif du patient, la sonde d'alimentation permet d'apporter de l'eau, des éléments nutritifs ainsi que des médicaments si nécessaire. On parle alors de nutrition entérale, en alternative à la nutrition par voie orale.

LES ENTÉROSTOMIES : L'ILÉOSTOMIE

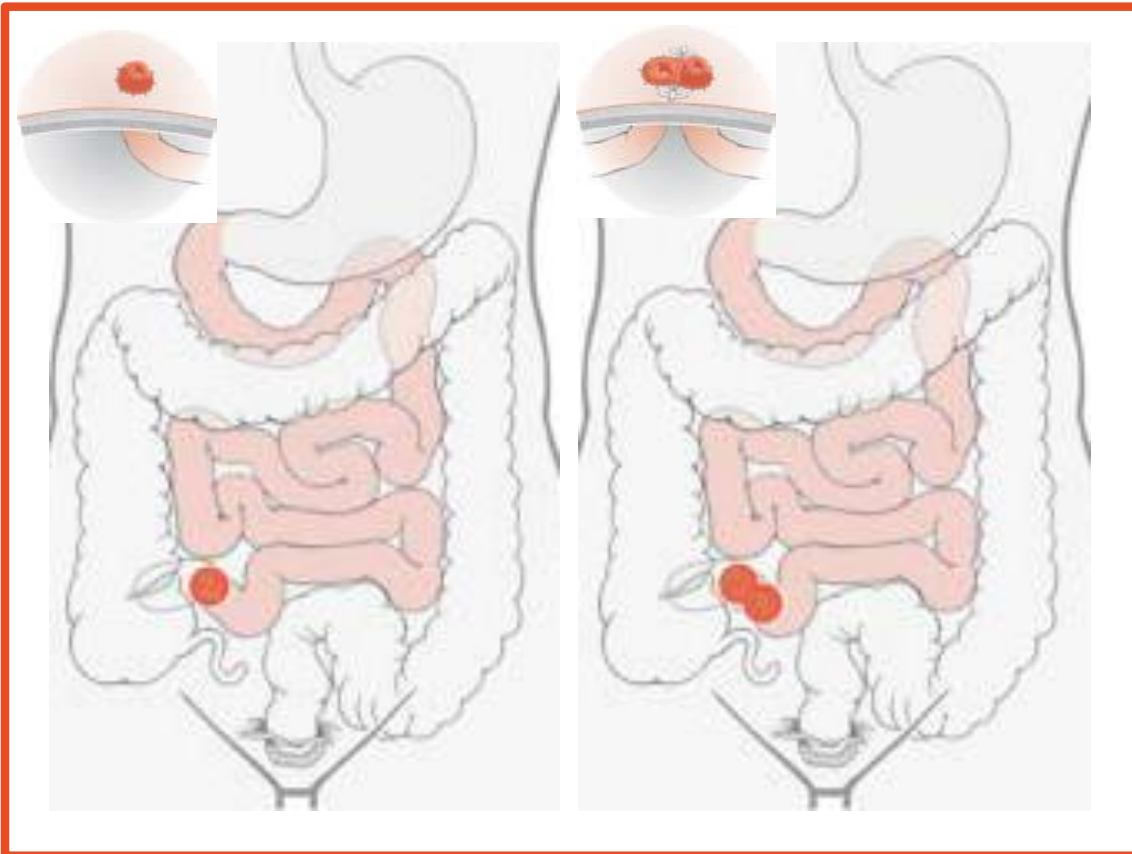


- L'iléostomie = abouchement de la partie distale de l'intestin grêle.
- Le débit quotidien d'une iléostomie est d'environ de 400 cc à 1,5 litres qui s'écoulent de façon presque permanente et très liquide : mélange de débris alimentaires mal digérés et de sécrétions digestives corrosives qui peuvent abîmer la peau autour de la stomie.
- L'émission de gaz est inconstante mais effective.
- La quantité et la nature des effluents agressifs imposent un adhésif de bonne qualité ayant une bonne protection cutanée associé à une poche de recueil vidable

INDICATIONS

- la maladie de Crohn (maladie inflammatoire chronique du tube digestif);
- la colite ulcéreuse (maladie inflammatoire chronique de la muqueuse du gros intestin accompagnée d'ulcérations);
- une diverticulite: inflammation des diverticules (espèces de poches en «cul-de-sac» formées par la paroi intestinale);
- une polypose familiale (développement de polypes – adénomes ou poly-adénomes dans le colon et le rectum);
- la confection d'une poche iléo-anale (intervention chirurgicale permettant de relier un segment de l'intestin grêle à l'anus);
- un cancer;
- des blessures;
- des malformations chez les nouveaux-nés et les enfants

TYPES D'ILÉOSTOMIE



2 types :

- L'iléostomie terminale: la partie terminale de l'intestin grêle est reliée à l'extérieur par un orifice pratiqué dans la paroi abdominale.
- L'iléostomie latérale: La paroi antérieure de l'intestin est sectionnée, ce qui crée deux embouchures: l'une sert à l'évacuation des selles, tandis que la seconde mène à la section de l'intestin qui est mise au repos.

TYPES D'ILÉOSTOMIE

- L'iléostomie provisoire : en général pratiquée pour une période d'environ trois mois afin de soulager et mettre au repos des segments déterminés du gros intestin. Certaines blessures, malformations, inflammations des diverticules ainsi que la protection de sutures peuvent rendre indispensable une iléostomie de décharge.
- Une fois achevé le processus de guérison de la section de l'intestin qui a été mis au repos, le chirurgien peut rétablir la continuité intestinale.
- L'iléostomie définitive: Ce sont surtout des maladies inflammatoires chroniques comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse qui obligent parfois à pratiquer une iléostomie définitive. La polypose familiale constitue également une autre cause possible, mais qui reste assez rare. Maladie héréditaire transmise par un gène, elle provoque l'apparition de polypes en grand nombre dans le gros intestin. La maladie évoluant fréquemment vers une cancérisation des polypes, l'ablation du gros intestin est inévitable.

EXCRETIONS DE L'ILEOSTOMIE



- Après une iléostomie, les excréments sont semi-liquides et contiennent des enzymes digestives très agressives pour la peau. Il est donc important que l'office de sortie soit situé 2 à 3 centimètres au-dessus de la peau, afin que les selles puissent s'écouler directement dans la poche sans entrer en contact avec la peau.
- Les effluents sont recueillis dans une poche fixée par un adhésif (protecteur cutané) à l'abdomen. La plupart des personnes qui portent une iléostomie vident leur poche 6 à 10 fois par jour. La poche est changée tous les jours et le protecteur sera changé en même temps que la poche (si appareillage 1 pièce) ou tous les 2 à 3 jours (si appareillage 2 pièces). Il existe des poches dotées d'un protecteur cutané qui n'irrite pas la peau et munie d'un matériau doux (voile en non-tissé).

ILEOSTOMIE

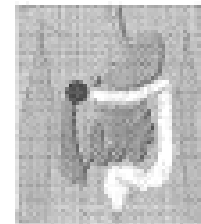
- L'iléostomie est de couleur rouge vif.
- Généralement de forme ronde, elle peut être ovale ou légèrement étirée (allongée).
- Juste après l'intervention chirurgicale, l'iléostomie sera enflée mais ce gonflement diminuera pendant les 6 à 8 semaines suivant l'opération.
- La taille moyenne d'une iléostomie se situe entre 2 et 4 cm de diamètre et dépassera de l'abdomen d'environ 3 à 4 cm.



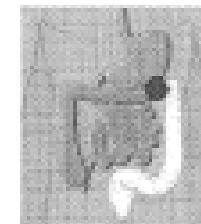


COLOSTOMIE

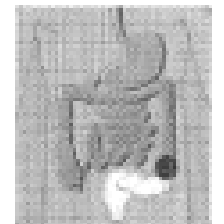
- Le terme colostomie désigne toutes les stomies mises en place chirurgicalement sur le côlon.
- Localisations: La colostomie peut être située au niveau du côlon ascendant, du côlon transverse, du côlon descendant ou du côlon sigmoïde. Selon la localisation, on pratique une transversostomie, une caecostomie ou une sigmoïdostomie. La transversostomie se situe généralement dans la partie supérieure de l'abdomen, la colostomie dans la partie inférieure de l'abdomen.
- Plus la colostomie se rapproche de l'iléon (colostomie transverse et colostomie droite), plus les selles seront liquides et corrosives comme celles de l'iléostomie.
- Une colostomie peut être temporaire ou définitive.



Colostomie
transverse
droite

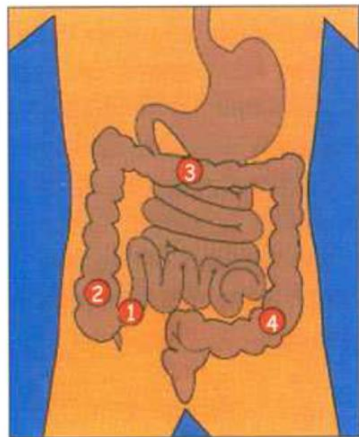


Colostomie
transverse
gauche



Colostomie
gauche

COLOSTOMIE



- 1 : iléostomie
- 2 : colostomie droite
- 3 : colostomie transverse
- 4 : colostomie gauche



colostomie gauche

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

COLOSTOMIE

- Les selles d'une colostomie sont recueillies dans une poche fixée par un adhésif (protecteur cutané) à votre abdomen.
- La plupart des personnes qui ont une colostomie utilisent une poche fermée mais doivent apprendre à utiliser une poche vidable. En effet, quelquefois (par exemple, en cas de diarrhée), la poche ne peut contenir toutes les selles et doit être vidée.
- La poche sera changée probablement tous les jours et le protecteur sera changé en même temps que la poche (si appareillage 1 pièce) ou tous les 2 à 3 jours (si appareillage 2 pièces). Il existe des poches dotées d'un protecteur cutané qui n'irrite pas la peau et munie d'un matériau doux (voile en non-tissé).

INDICATIONS

Les raisons les plus fréquentes de pratiquer une colostomie sont

- un carcinome de l'intestin,
- les maladies intestinales inflammatoires de l'intestin,
- la polypose adénomateuse familiale,
- des traumatismes,
- des anomalies congénitales,
- l'incontinence fécale

APPAREILLAGE

Poche fermée + filtre charbon

Vidables, vidangeables

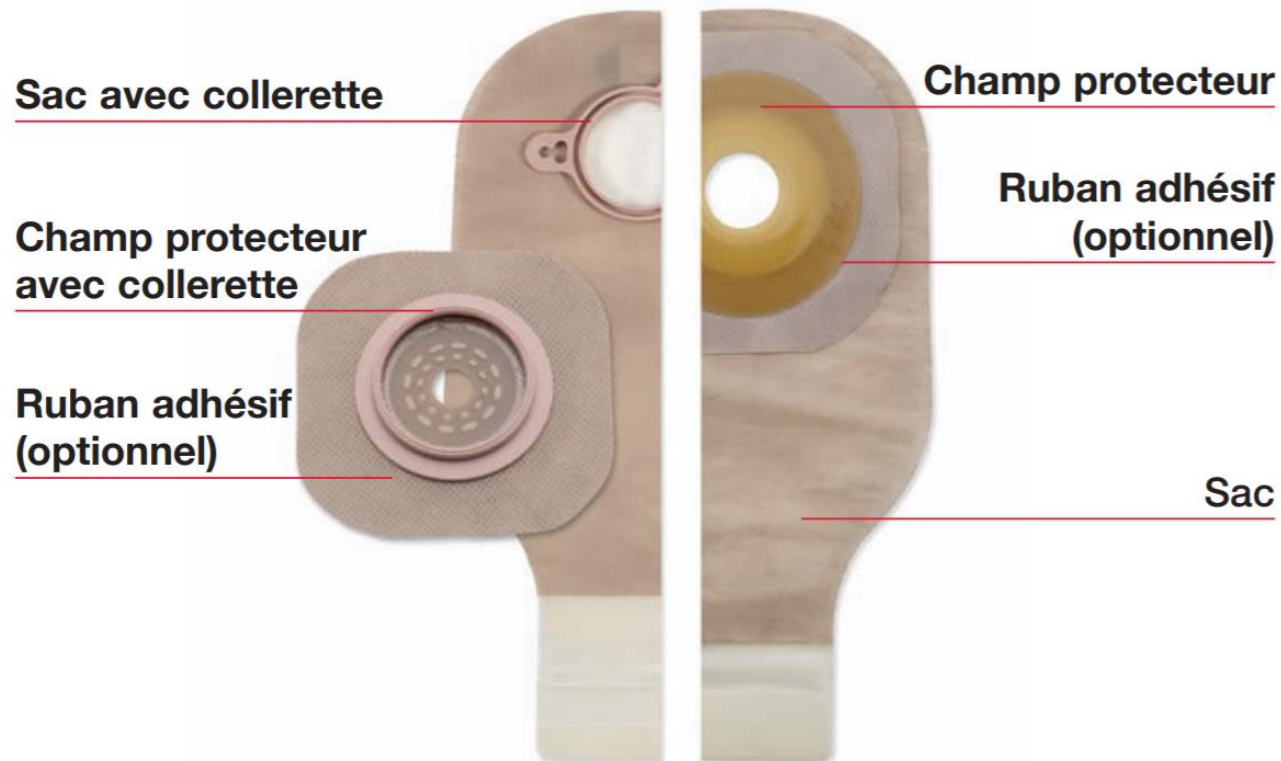
Poche opaque et transparente

Support à découper et
prédécoupé

Changement de la poche 1 à 2
fois par jour

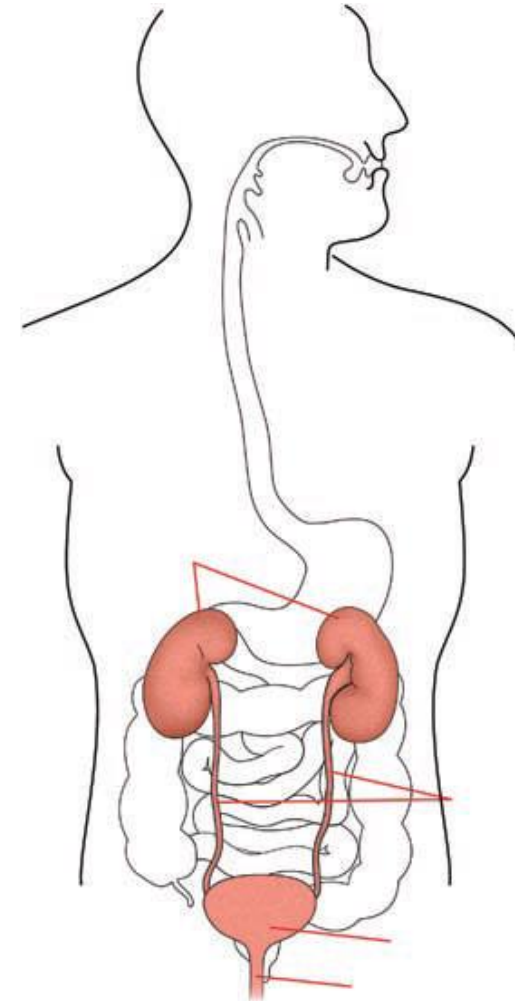
Changement du support tous les
2 ou 3 jours

Système deux pièces Système une pièce

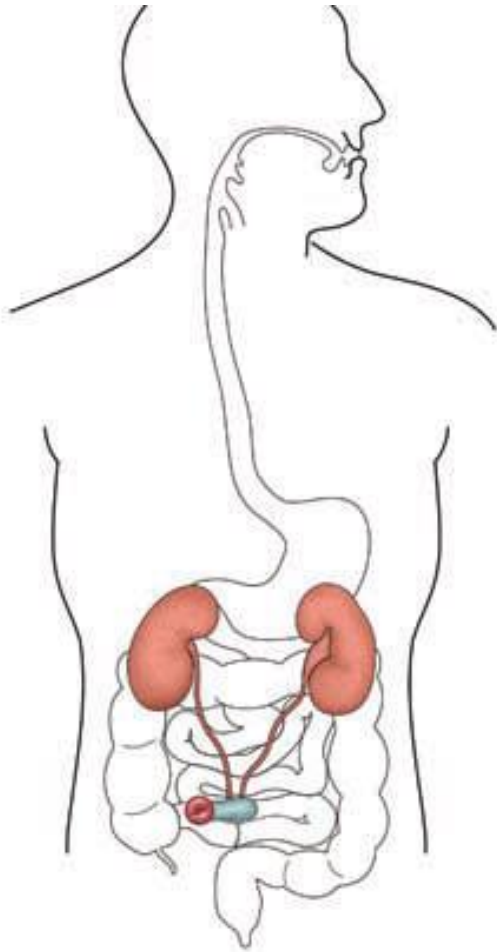


UROSTOMIE

- Une urostomie est une stomie (ouverture chirurgicale) créée pour drainer l'urine. Une urostomie permet à l'urine de s'écouler du corps après que la vessie ait été retirée ou court-circuitée.
- Une urostomie peut aussi être appelée dérivation urinaire. Chez la personne ayant une urostomie, l'urine ne peut plus être éliminée par l'urètre. Elle l'est plutôt par le biais de l'urostomie.



DÉRIVATION DE BRICKER



- La plus courante est celle qui consiste à créer un conduit iléal.
- Pour ce faire, le chirurgien enlève une petite partie du petit intestin (iléon). Ce petit bout d'intestin servira de canal – ou conduit – qui permettra l'évacuation de l'urine. Les quelques centimètres que le chirurgien retire pour le conduit iléal ne perturberont pas le fonctionnement de l'intestin. Le chirurgien reconnecte l'intestin qui continue de fonctionner comme auparavant. Le chirurgien ferme un bout du conduit, y insère les uretères et ramène la partie ouverte à travers la paroi abdominale. Cette nouvelle ouverture pratiquée sur l'abdomen s'appelle une stomie.

URETOSTOMIE

- Abouchement des deux urétéres

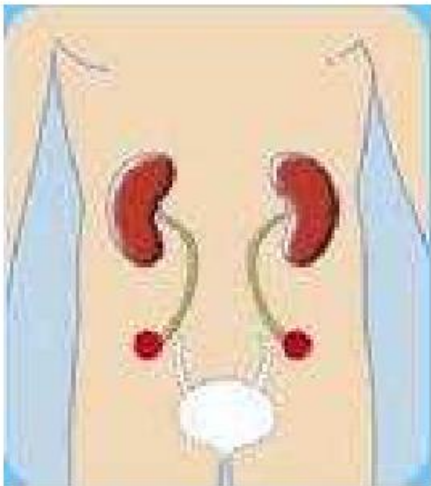
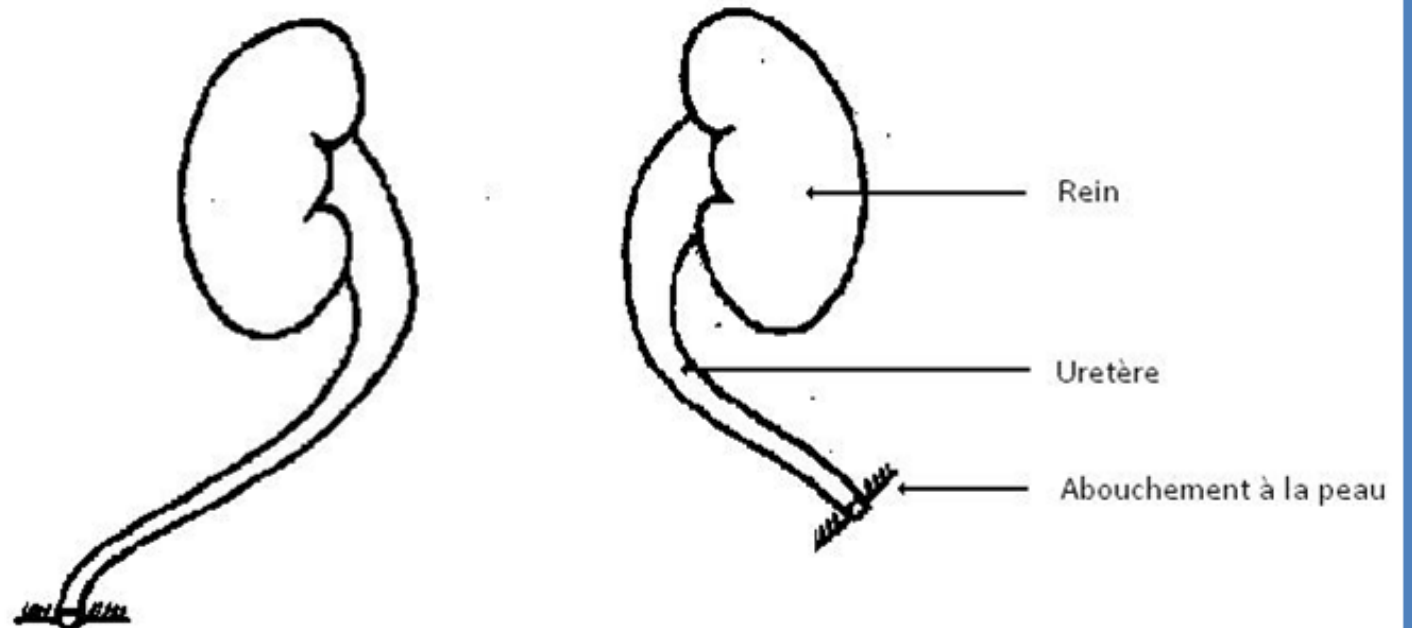
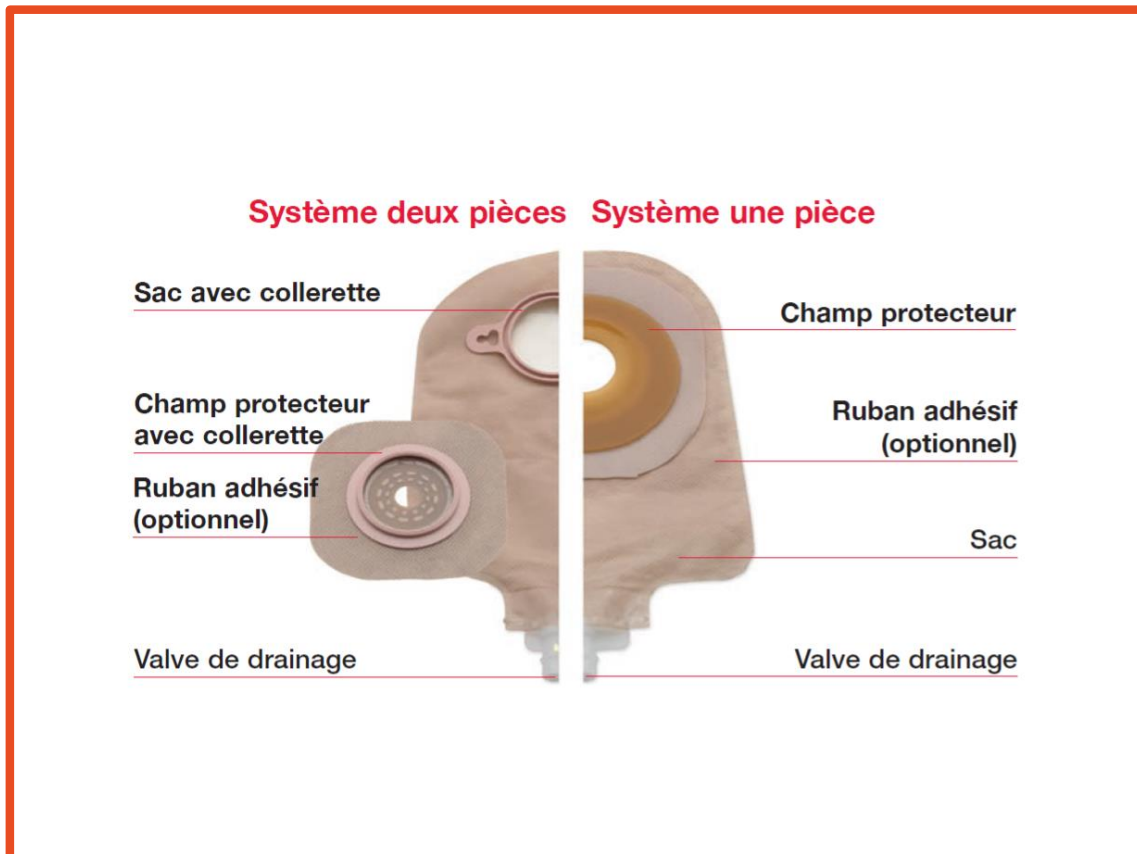


Figure : urétérostomie cutanée bilatérale



APPAREILLAGE



- La plupart des personnes portant une urostomie vident leur poche 6 à 10 fois par jour ou dès que celle-ci est remplie et atteint environ 300 ml. Vous remarquerez sans doute du mucus dans vos urines. Ceci est dû au fait qu'une partie de l'urostomie est composée de l'intestin grêle qui lui-même, produit du mucus.
- La poche et le protecteur est à changer tous les 1 à 2 jours,

CYTOSTOMIE

La cystostomie est une technique opératoire qui consiste à ouvrir la vessie et à l'aboucher à la paroi abdominale au moyen d'une sonde ou d'une tubulure à titre temporaire ou définitif

Indications :

- Dans la prostatectomie ou adénome de la prostate
- Traumatisme ou rétrécissement urétral
- Fistule vésico-vaginale pour éviter la macération du vagin et l'infection
- Mis au repos de la vessie dans les rétentions chroniques d'urine
- Dans les lithiases vésicales
- Cystites aiguës pour éviter la propagation de l'infection à l'urètre et la stase urinaire
- Certaines malformations de l'urètre

PROTECTEUR CUTANÉE

- 64% des patients stomisés présentent des altérations cutanées et sont donc directement concernés par ce type de produits.³
- Les pâtes en tube ou en barrette permettent à la fois d'améliorer l'étanchéité en comblant les creux et permettent ainsi une meilleure protection contre les effluents. Les pâtes en tube contiennent de l'alcool et ne doivent pas être appliquées sur une peau irritée.
- Les anneaux de protection sont utilisés comme un joint étanche pour combler les irrégularités de la zone péristomiale entre le protecteur cutané et les stomies compliquées à appareiller, notamment sur une partie qui n'est pas plane en augmentant la profondeur d'un système convexe ou de faire un convexe souple avec une poche mono système. Ces anneaux ont un rôle également préventif dans la protection péristomiale.
- Les anneaux de renfort sont des dispositifs qui permettent de prévenir le décollement des bords du protecteur cutané. Ils préviennent des fuites notamment sur des stomies rondes ou ovales irrégulières en créant une convexité modérée.
- Des poudres cicatrisantes à base de préparations d'hydrocolloïdes lyophilisées peuvent être utilisées et s'appliquent uniquement sur des peaux abîmées exsudatives. Il est important d'éliminer le surplus de poudre par balayage à l'aide d'une compresse pliée.
- Les plaques protègent la zone péristomiale en renforçant notamment l'adhésivité du protecteur cutané.
- Des lubrifiants peuvent être appliqués dans la poche avant sa mise en place pour permettre aux effluents de bien glisser dans la poche et d'atténuer les odeurs.
- Enfin, les solutions en spray sont utilisées pour préparer la peau à la pose d'adhésif et protéger également celle-ci des fluides corporels.

IRRIGATION COLIQUE

Cette technique de lavement s'adresse spécifiquement aux patients stomisés d'une colostomie gauche.

Elle permet de suspendre l'émission de selles pendant 2 à 3 jours et le patient pourra ainsi se passer de poches pendant 2 à 3 jours.

Ce type de lavement peut également être utilisé afin de régulariser le transit intestinal.

Ils peuvent être commercialisés sous forme de kit ou trousse,

comprenant un **réservoir avec tubulure** (+ un **régulateur de débit**) pour y introduire de l'eau,

un **cône d'irrigation** placé dans la stomie avec 30 **manchons** permettant l'évacuation de l'eau et des selles dans les toilettes.

Des **supports en hydrocolloïdes** et des **mini poches** sont généralement fournis dans le kit.

Le manchon est placé autour de la stomie avec son extrémité au-dessus des toilettes permettant une évacuation directe.

L'eau est instillée dans la stomie à l'aide d'un **réservoir d'irrigation**. Cette procédure peut prendre 1 heure mais elle permet une meilleure qualité de vie au patient.

Certains patients préfèrent s'équiper d'une **mini poche** ou d'un **tampon obturateur** pour éviter la gêne d'éventuelles fuites

DISPOSITIFS DE MAINTIEN

- **Des ceintures** sont associées fréquemment à l'appareillage classique afin de favoriser leur maintien. Elles se fixent sur le support des systèmes deux pièces ou sur la poche des systèmes une pièce. Par traction latérale, elles maintiennent un appareillage difficile sur l'abdomen.
- Les pâtes et les anneaux protecteurs peuvent être également considérés comme des dispositifs de maintien.

DÉSODORISANTS, GÉLIFIANTS, ET LINGETTES DE RETRAIT

- Les désodorisants se présentent sous forme de poudre ou de solution, et sont introduits directement dans la poche. Ils permettent de neutraliser les odeurs et assurent donc un gain en termes de confort pour le patient. Ces désodorisants permettent également aux effluents de glisser au fond de la poche et éviter ainsi une stagnation au niveau de la stomie.
- Les gélifiants sont des absorbants d'effluents permettant de rendre les selles plus compactes et réduire ainsi le bruit et les risques de fuite. Ils permettent l'absorption d'odeur et limitent le gonflement du bas de la poche.
- Enfin les sprays ou lingettes de retrait facilitent le retrait du protecteur cutané et des résidus associés à l'adhésif.
- Des filtres sont déjà présents sur les poches mais il est possible d'en rajouter en plus.⁴
- Des surpoches agissant comme réducteur de sons pour les patients ayant une colostomie, rendent inaudible les bruits de flatulences. C'est un dispositif externe déposé sur la stomie et maintenu à l'aide d'une ceinture universelle. Ce produit est léger (25 g.), discret (environ 6mm), et lavable en machine à 30 degrés. Utilisable 6 mois, l'évacuation des selles n'est pas perturbée par le dispositif qui peut agir comme protection de la stomie lors d'activité physique intense ou encore lors du port de la ceinture de sécurité.

POUR LES UROSTOMIES

- Des poches de jambe ou poches de nuit (2 L) peuvent être reliées via une tubulure à un système deux pièces. Cela permet d'augmenter la capacité de la poche.
- Des supports de poche pour des poches de nuit (2L) peuvent également être proposés en complément au patient.
- Des mini poches absorbantes peuvent être utilisés, combinés à un système deux pièces, et exclusivement pour les stomies urinaires. Il s'agit de petites poches fermées avec un tampon absorbant à l'intérieur permettant d'éviter d'avoir recours à une poche de recueil pendant 30 à 60 minutes.



- Reports on physiological parameters and other metrics for continuous improvement
- Provides just-in-time access to specialized resources and trackers
- Escalates stoma-related challenges to telehealth nurses skilled in triage
- Guides the Patient Journey, using an evidence-based educational curriculum
- Performs real-time monitoring to track skin health and effluent output
- Delivers peer-to-peer support delivered by certified health coaches
- Prevents complications through tech-enabled chronic care management services
- Promotes healthy thinking and behaviors through education and biofeedback

