



ARTICLE ORIGINAL

COMPLICATIONS DES STOMIES DIGESTIVES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE II DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMMEDV DE RABAT A PROPOS DE 39 CAS

COMPLICATIONS OF DIGESTIVE STOMA IN THE VISCERAL SURGERY DEPARTMENT II OF THE MILITARY INSTRUCTION HOSPITAL MOHAMMED V OF RABAT ABOUT 39 CASES

SGR ATTOLOU^{1,2}, DM SETO², N NJOUMI¹, W GANDJI², D MEHINTO², A EHIRCHIOU¹

1- Service de chirurgie viscérale II, l'Hôpital Militaire d'Instruction MOHAMMED V (HMIMV), Maroc.

2- Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale, Centre National Hospitalo-universitaire Hubert Koutoukou Maga, Bénin.

RÉSUMÉ

Dans notre contexte africain, le retard de diagnostic et de prise en charge de certaines pathologies chirurgicales digestives notamment les cancers colorectaux font que les stomies digestives sont souvent pratiquées.

Objectif: Mettre en évidence les complications des stomies digestives et identifier les causes pour une meilleure prise en charge.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er Janvier 2010 au 31 décembre 2014 réalisée dans le service de chirurgie viscérale II de l'HMIMV. Étaient inclus les patients ayant subi une colostomie ou une iléostomie et dont le dossier médical était complet au regard des variables étudiées, à savoir l'épidémiologie, le type de stomie, l'indication opératoire, les complications stomiales et leur traitement.

Résultats : Il a été colligé 39 dossiers de patients ayant bénéficié d'une stomie digestive. Il s'agissait de 24 sujets de sexe masculin et 15 de sexe féminin âgés en moyenne de 54,4 ans. Les stomies comprenaient 24 iléostomies et 15 colostomies. Treize patients avaient présenté des complications postopératoires soit un taux de complication de 33,3%. Les complications spécifiques de la stomie concernaient 11 patients pour un total de seize complications enregistrées. Ces seize complications s'expliquent par le fait que 5 patients présentaient une double complication stomiales. Ces complications étaient plus fréquentes en cas de colostomie (n=11/16) et étaient dominées par l'infection péristomiale (n=8/16). Leur traitement était basé essentiellement sur des soins locaux. Les résultats étaient satisfaisants.

Conclusion : Les complications des stomies étaient fréquentes dominées par l'infection péristomiale.

Mots clés: Ileostomie-colostomie-complications-chirurgie

SUMMARY

In our African context, the delay in diagnosis and management of certain digestive surgical pathologies, especially colorectal cancers make the digestive stomas often performed.

Objective: To highlight the complications of digestive stoma and identify the causes for better management.

Patients and methods: This was a retrospective study from January 1, 2010 to December 31, 2014 in the visceral surgery department II of MOHAMMED V Military Training Hospital. Were included patients who had a colostomy or ileostomy and whose the medical record was complete with regard to the variables studied: the epidemiology, the type of stoma, the operative indication, the stoma complication and their treatment.

Results: There were 39 records of patients who had a digestive stoma. There were 24 males and 15 females averaging 54.4 years old. The stomas included 24 ileostomies and 15 colostomies. Thirteen patients had postoperative complications, so a complication rate of 33.3%. The specific complications of the stoma involved 11 patients for a total of 16 recorded complications. These 16 patients can be explained by the fact that 5 patients had a double stoma complication. These complications were more frequent in cases of colostomy (n = 11/16) and were dominated by peristomal infection (n = 8/16). Their treatment was based primarily on local care. The results were satisfactory.

Conclusion: Complications of the stomas were frequent, dominated by peristomal infection.

Keywords: Ileostomy, colostomy, complications, surgery

Tirés à part:

ATTOLOU Sètonджи Gilles Roger. Tel: 00229 95 10 11 11, Email: attolougilles@yahoo.fr

INTRODUCTION

La stomie est l'abouchement chirurgical d'un organe creux, digestif ou urinaire à la peau. Dans notre contexte africain, le retard de diagnostic et de prise en charge des cancers colorectaux, des maladies inflammatoires chroniques intestinales et d'autres pathologies ainsi que l'état général et nutritionnel des patients font que les stomies digestives sont souvent pratiquées. La création d'une stomie digestive est responsable de complications postopératoires chez 35 % des patients [1]. L'objectif de ce travail était de mettre en évidence les complications des colostomies et des iléostomies et d'identifier les causes pour une meilleure prise en charge.

PATIENTS ET METHODE

Du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2014 dans le Service de chirurgie viscérale II de l'Hôpital militaire d'instruction MOHAMMED V au Maroc, une étude rétrospective a été effectuée sur les dossiers médicaux de patients ayant subi une colostomie ou une iléostomie. Etaient inclus les patients dont le dossier médical était complet au regard des variables étudiées. Ces variables concernaient l'épidémiologie (âge, sexe), le type de stomie (segment abouché et réversibilité) et l'indication opératoire, les complications stomiales et leur traitement. Le recueil et l'analyse des données ont été effectués à l'aide du logiciel Epi-info 2011 version 3.5.3.

RESULTATS

Il a été colligé 39 dossiers de patients ayant bénéficié d'une stomie digestive. Il s'agissait de 24 sujets de sexe masculin et 15 de sexe féminin soit une sex-ratio de 1,6. Ils étaient âgés en moyenne de 54,4 ans avec des extrêmes de 12 et 77 ans.

Nous avons réalisé 24 iléostomies dont 22 étaient des iléostomies latérales de protection d'une anastomose colorectale ou colo-anale. Les colostomies étaient au nombre de 15 dont 9 étaient des colostomies iliaques gauches définitives après amputation abdomino-périnéale pour cancer du bas-rectum. Les autres étaient des colostomies temporaires selon Bouilly Volkmann et Hartmann. Les indications des stomies sont résumées dans le tableau I. Les stomies après amputation abdomino-périnéale étaient définitives (n=9 soit 23,1%) et les autres stomies temporaires (n=30 soit 76,9%).

Treize patients avaient présenté des complications postopératoires soit un taux de complication de 33,3% (13/39). Chez 2 des patients, il s'agissait de complications non stomiales à type de fistule anastomotique. Le tableau II présente les complications spécifiques à la stomie observées chez les 11 autres patients. Signalons qu'il existait une

double complication stomiale chez 5 patients ce qui portait à 16 le nombre total de complications stomiales spécifiques. Ces complications étaient plus fréquentes en cas de colostomie (n=11/16) et étaient dominées par l'infection péristomiale (n=8/16), figure 1. Le tableau III résume le traitement de ces complications. Toutes les stomies temporaires ont été rétablies avant trois mois après leur confection sans complications post-opératoires. Les résultats après traitement des complications stomiales sont satisfaisants. Dans notre étude nous n'avons pas eu de décès suite à une complication de stomie.

Tableau I: Indications des stomies digestives

| | Iléostomie | Colostomie |
|--|------------|------------|
| Cancer du rectum : amputation abdomino-périnéale | - | 9 |
| Stomie de protection | 22 | - |
| Cancer du côlon gauche en occlusion | - | 3 |
| Volvulus du colon pelvien | - | 2 |
| Perforation du rectum d'origine tumorale | - | 1 |
| Maladie de Crohn : résection intestinale | 2 | - |
| Total | 24 | 15 |

Tableau II: Répartition des complications stomiales en fonction du type de stomie

| | Iléostomie | Colostomie | Total |
|------------------------------|------------|------------|-------|
| Infection péristomiale | 4 | 4 | 8 |
| Eventration péristomiale | - | 2 | 2 |
| Prolapsus stomial | - | 2 | 2 |
| Eczéma péristomial | 1 | - | 1 |
| Rétraction stomiale profonde | - | 2 | 2 |
| Hémorragie stomiale | - | 1 | 1 |
| Total | 5 | 11 | 16 |

Tableau III. Traitement des complications stomiales

| | Traitement |
|--------------------------------|---|
| Infection peristomiale (n=8) | Soins locaux |
| Eczéma peristomial (n=1) | Soins locaux |
| Éventration peristomiale (n=2) | Réintervention (raphie par abord local) |
| Prolapsus stomial (n=2) | Surveillance |
| Rétraction stomiale (n=2) | Réintervention (re-extériorisation sans traction) |
| Hémorragie stomiale (n=1) | Hémostase locale par tamponnement |



Fig 1 : Images de complications de stomiales: infection péristomiale



Fig 2 : Images de complications de stomiales: Prolapsus stomial

DISCUSSION

Les iléostomies et les colostomies sont des interventions qui comportent des taux de complications non négligeables, d'où la nécessité de bien poser leurs indications. La plupart des stomies digestives sont réalisées pour cancer, dans une minorité des cas il s'agit d'une affection bénigne. Les différentes affections indiquant la confection d'une stomie dans notre étude sont résumées dans le tableau I.

Dans ce contexte de cancer, Il s'agissait autrefois de patients âgés. En 2000, Gharbi L et al. [2] rapportaient un âge moyen de 68 ans. Nos patients étaient moins âgés, en moyenne 54,4 ans. Dans notre série 24 patients étaient de sexe masculin et 15 de sexe féminin, cette prédominance masculine a été retrouvée aussi chez Gharbi L and al [2].

Les complications des stomies sont fréquentes. Au total 33,3% de nos patients avaient présenté au moins une complication. Ce taux est extrêmement variable [1]. En 2012, Formijne Jonkers et al. [3] avaient rapporté à travers une étude prospective portant sur 100 patients une valeur de 82%. Tous nos patients dont l'âge est supérieur à 70 ans ont fait des complications stomiales ; ce qui laisse supposer que l'âge au dessus de 70 ans est un facteur de morbidité des stomies digestives.

Les complications après confection de stomie sont identiques d'une série à une autre avec une disparité dans leur distribution. En effet si pour certains [1,4], c'est la rétraction stomiale qui vient en tête de liste avec plus de 30%, Formijne Jonkers et al. [3] rapportaient une prédominance des irritations cutanées à un taux de 55%. C'étaient plutôt les infections péristomiales qui étaient majoritaires dans notre série. D'autres complications ont été observées (tableau II) dans notre série à savoir la rétraction stomiale, le prolapsus (figure 2) et l'éventration péristomiale. Certaines complications sont peu décrites dans la littérature mais graves. Il s'agit principalement du twist de l'intestin grêle en regard de la stomie et l'éviscération péristomiale [5]. Nous n'avons enregistré aucune de ces deux complications dans notre série.

Les situations à l'origine des complications sont connues des chirurgiens, bien qu'il n'existe pas de données factuelles dans la littérature permettant de les discriminer. La réalisation en urgence d'une stomie digestive serait clairement associée à une majoration du risque de complications péristomiales [1,4,5] et dans ce contexte d'urgence, on retrouve de surcroît des facteurs de risques qui sont entre autres l'obésité, l'absence de repérage de la stomie en préopératoire et un méso court [1, 5,6]. Un autre facteur déterminant est le type de stomie. Mais sur cette question les arguments sont partagés. Les complications étaient plus observées après colostomies dans notre série à

l'instar de celle de Parmar KL et al. [4]. Mais pour Cottam J et al. [1] la stomie la plus pourvoyeuse de complications était l'iléostomie de protection.

Selon Lertsihichai et al. [7], les complications augmentent lorsque la durée de la stomie dépasse 6 mois, en particulier les complications telles que les éversions, les prolapsus, et les occlusions. Dans notre série la majorité des stomies provisoires ont été rétablies avant 3 mois après leur confection, chose qui nous ne permet pas de comparer l'incidence des complications en fonction de la durée de la stomie.

Par rapport à la rétraction stomiale, une stomie ayant une protrusion de moins de un cm est un facteur de risque déterminant [1]. Franklyn J et al. [8] ont récemment publié une étude prospective randomisée évaluant l'impact de la baguette sur le taux de rétraction des colostomies. Les auteurs n'ont pas observé de différence significative pour le critère de jugement principal (9 % dans le groupe baguette contre 6 % dans le groupe pas de baguette avec $p = 0,7$).

Le prolapsus quant à lui est une complication relativement fréquente, mais qui ne requiert que rarement un geste [9] chirurgical. Le prolapsus est le plus souvent muqueux avec simple éversion de la muqueuse, plus rarement il est total avec déroulement de l'ensemble de la paroi colique et constitue une véritable complication. Lorsque la stomie est latérale, le prolapsus peut intéresser, soit les deux orifices de la stomie réalisant un aspect en « T », soit seulement l'une des deux anses, principalement l'anse distale, soit seulement l'éperon. Certains éléments favorisent la survenue d'un prolapsus :

- orifice pariétal trop large avec orifice cutané trop étroit contre lequel viennent buter les ondes péristaltiques coliques.
- localisation de la stomie sur une anse très mobile et longue.
- siège proximal de la colostomie. Chandler a montré que plus la stomie était proximale, plus le risque de survenue d'un prolapsus était élevé : 50% pour le côlon ascendant, 39 % pour le transverse droit, 12 % pour le transverse gauche, 5 % pour le sigmoïde [10].

Il est donc recommandé de placer les stomies le plus distalement possible. D'autres facteurs ont été incriminés mais sans facteur objectif: non fixation du méso, insuffisance de fixation pariétale, survenue d'un hématome ou d'une suppuration pariétale. L'intérêt de sous péritoniser le côlon pour réduire le risque de prolapsus d'une stomie terminale définitive est

défendu par tous les auteurs, sans beaucoup d'arguments objectifs [11].

Le prolapsus se constitue habituellement progressivement, n'entraînant qu'une gêne fonctionnelle modérée.

De ce fait, ne sont opérés que les prolapsus importants empêchant un appareillage étanche et confortable et les prolapsus compliqués d'étranglement. Dans notre série aucun des deux malades enregistrés n'a été opéré.

La gestion des complications des stomies fait le plus souvent appel à des soins locaux. Il existe très peu de données dans la littérature concernant le traitement conservateur des rétractions stomiales [5]. Si la rétraction stomiale est limitée et que le tube digestif reste au niveau cutané ou sous-cutané, un traitement conservateur peut être tenté. Si la rétraction est plus profonde, le risque est alors la contamination de la cavité abdominale par les selles et une intervention chirurgicale est le plus souvent nécessaire. La reprise par abord local est alors le plus souvent inappropriée et il faut envisager une réintervention par laparotomie médiane afin d'extérioriser au mieux la stomie [12].

La mortalité causée par la confection d'une stomie digestive est rare, son taux varie de 0% à 6,79% [13,14]. Dans notre groupe, aucun patient n'est décédé suite à une complication de stomie. Dans une étude menée par HALLBOOK et al [15] sur la sécurité des iléostomies latérales dans la protection des anastomoses digestives basses, colorectales ou iléoanales ce taux était de 0,5%.

Kaldar-Person et al [16], considèrent que la technique chirurgicale ainsi que l'expérience du chirurgien sont des facteurs qui prédisposent aux complications, d'où la nécessité pour tout chirurgien d'apprendre les principes de base de la confection d'une « bonne stomie ». Ces principes sont variables selon que la stomie à réaliser est une iléostomie ou colostomie.

CONCLUSION

Les complications des stomies étaient fréquentes dominées par les infections péristomiales. L'âge élevé, au dessus de 70 ans, La réalisation en urgence, l'absence de repérage préopératoire, la technique opératoire sont entre autres des facteurs de risques déterminants. Le traitement de ces infections péristomiales fait le plus souvent appel aux soins locaux.

REFERENCES

- 1- Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of anationwide prospective audit of stoma complications within 3weeks of surgery. *Colorectal Dis.* 2007;9:834-8.
- 2- Gharbi L, Huguier M. Colostomie latérale sur baguette sous-cutanée. *Ann Chir.* 2000;125:874-6.
- 3- Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM, van OverbeekeAJ, Broeders IA, Consten EC. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27:1095-9.
- 4- Parmar KL, Zammit M, Smith A, et al. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectalcancer network. *Colorectal Dis.* 2011;13:935-8.
- 5- Sabbagh C, Rebibo L, Hariz H, Regimbeau JM. Confection d'une stomie digestive, situations difficiles, traitement des complications postopératoires. *Journal de Chirurgie Viscérale.* 2018;155:40-8.
- 6- Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, et al. Patient-related factors influence the risk of developing intestinalstoma complications in early postoperative period. *ANZJ Surg.* 2017;87:116-20.
- 7- Lertsihichai P, Rattanapichart P. Temporary iléostomy versus temporary colostomy: a meta-analysis of complications. *AsianJ Surg.* 2004; 27(3): 202-210.
- 8- Franklyn J, Varghese G, Mittal R, Rebekah G, Jesudason MR,Perakath B. Prospective randomised controlled trial compa-ring early postoperative complications in patients undergoingloop colostomy with and without a stoma rod. *Colorectal Dis.* 2017;19:675-80.
- 9- Londono, Schimmer EE, Leong AP, Philups RK. Life table analysis of stomal complications following colostomy; *Dis. Colon Rectum* 1994; 37: 916-920.
- 10- Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1562-1568
- 11- Porter JA, Salvati EP, Rtjbin RJ, Eisenstat TE. Complications of colostomies. *Dis Colon Rectum* 1989 ; 32 : 299-303.
- 12- Strong SA. The difficult stoma: challenges and strategies. *Clin Colon Rectal Surg.* 2016;29:152-9.
- 13- Park JJ, Delpino A, Orsay CP Etal . Stoma complications the cook country hospital experience. *Dis Col Rec* 1999; 42:1575-1580.
- 14- Sanogo ZZ, Yena S, Simega AK, Doumbia D et Al. Stomies digestives; expérience du service de Chirurgie du CHU du point G. *Mali Med* 2004 ; 3, 4 : 24-27.
- 15- Hallbook O, Matthiessen P, Leinkoldt, Nystrom PO, Sjodahl. Safety of the temporary loop ileostomy. *Colorectal dis* 2002, 4: 361-4.
- 16- Kaldar J; Person O ; Wexner SD: Complications of construction and closure of temporary loop ileostomy. *Jam coll surj* 2005, 5: 759-773