

DEDICACE

On dédie ce travail a ...

À NOS CHERS PARENTS.

Source inépuisable d'amour et de soutien tout au long de notre parcours. Votre confiance nous a donné la force de persévérer et de réaliser nos rêves. On vous dédie ce travail, car c'est grâce à votre amour et vos encouragements qu'on a pu arriver jusqu'ici. Vous êtes nos piliers et notre plus grande inspiration.

À NOS MERVEILLEUX FRÈRES ET SŒURS.

Complices de nos rires et de nos aventures. Vous avez affronté avec nous les hauts et les bas de cette étape importante de notre vie. Votre présence et votre soutien nous a permis de garder le cap et de continuer à avancer. Ce travail est aussi le vôtre, car vous avez toujours été à nos côtés, nous poussant à donner le meilleur de nous-même.

À NOS CHERS AMIS.

Véritables trésors. Vous avez été nos compagnons de route, nos confidents et nos partenaires de réussite. Vos encouragements incessants, vos conseils précieux et vos fous rires inoubliables ont rendu cette aventure encore plus spéciale. On vous suit éternellement reconnaissant d'avoir partagé ces moments inoubliables avec nous.

Cette dédicace est donc pour vous, nos chers parents, nos frères et sœurs adorés, et nos amis incroyables. Vous êtes notre famille, nos alliés et nos plus fervents supporters. Nous sommes honoré de partager cette réalisation avec vous tous et on vous remercie du fond du cœur pour votre amour, votre soutien et votre présence inestimable. Avec vous on est rendu plus fort et plus déterminé à atteindre nos objectifs. On vous aime tous infiniment.

REMERCIEMENT

Tout d'abord ... tous nos remerciements envers le Tout-Puissant pour la santé et le courage nécessaires que nous a donné pour accomplir ce travail. Alhamdoulilah pour ce succès.

Alors... on tient à exprimer notre profonde gratitude À Pr Mesli, chef de service de chirurgie A CHU TLEMCEM pour son accueil chaleureux et sa disponibilité inestimable tout au long de notre formation. Votre sollicitude et votre engagement envers notre développement ont été essentiels pour notre épanouissement professionnel.

On est reconnaissant d'avoir eu la chance de passer notre stage chez vous. Votre expertise, votre guidance précise et vos conseils avisés ont été des atouts majeurs dans la réalisation de ce travail dont on est fier.

On n'oubliera jamais les heures passées au sein de votre service, où on a pu bénéficier d'un cadre d'apprentissage stimulant et motivant. Votre engagement envers l'excellence et la qualité a été une source de motivation constante pour nous.

En témoignage de notre gratitude, nous souhaitons vous exprimer nos sincères remerciements pour votre encadrement qui a été déterminant dans l'atteinte de nos objectifs.

On tient aussi à adresser nos plus sincères remerciements à Dr Sahnoun et pour votre aide et votre soutien inestimable tout au long de l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité et votre générosité nous ont été d'une aide précieuse pour mener à bien cette étape cruciale de notre parcours.

Votre enthousiasme été une véritable source d'inspiration pour nous. Votre expérience a contribué de manière significative à la qualité de notre travail.

On tient également à souligner votre gentillesse et votre bienveillance vous et Dr Medjaoui, Dr Bellifa et Dr Benothman. Vous avez créé un environnement propice à l'apprentissage et à l'échange au sein du service, où chaque moment passé avec vous a été teinté de convivialité et de camaraderie. Les souvenirs qu'on a pu partager avec vous resteront gravés dans notre mémoire.

Nous sommes honorés d'avoir eu la chance de travailler à vos côtés. On vous souhaite que du bonheur et de réussite durant votre parcours et votre vie.

Un spécial remerciement à notre collègue FAIEZ BOUGUERRA qui a apporté une contribution spéciale à ce travail et qui n'a jamais hésiter à aider. On vous souhaite beaucoup de succès INCHALLAH.

Avec nos reconnaissances sincères

TABLE DES MATIERES

➤ INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE: GENERALITE

I. HISTORIQUE

- *Histoire des stomies digestives*
- *Les matériaux des stomies digestives à travers le temps*

II. RAPPEL

➤ ANATOMIQUE

- **Generalités**
- **Parois de l'abdomen**
- **Cavité péritonéale**
- **Tube digestif**
- **Glandes digestives annexes**
 - ✓ Foie
 - ✓ Voies biliaires
 - ✓ Pancreas
 - ✓ La rate

➤ PHYSIOLOGIQUE

- **Motilité**
- **Secretion**
- **Regulation**

➤ TECHNIQUES OPERATOIRES DES STOMIES

➤ DIFFERENTS TYPES DE STOMIES

❖ *ILEOSTOMIE*

- *Indications et principes généraux*
- *Les iléostomies latérales*
- *Les iléostomies terminales*
- *Double iléostomies par orifices distincts*
- *Double iléostomies par le même orifice*

❖ COLOSTOMIE

- *Indications et principes de réalisation d'une colostomie*
- *Colostomies latérales*
- *Colostomies terminales*
- *Colostomies continentales*
- *Colostomie terminale à double canon (Bouilly Volkmann)*
- *Techniques laparoscopiques*

❖ RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE

- *Préparation intestinale préopératoire*
 - ✓ Préparation au mannitol
 - ✓ Préparation classique
- *Technique de fermeture*
 - ✓ Rétablissement après intervention de Hartmann
 - ✓ Rétablissement après intervention de Bouilly Volkmann

➤ COMPLICATIONS DES STOMIES DIGESTIVES

- ✓ **COMPLICATIONS PRECOCES**
- ✓ **COMPLICATIONS TARDIVES**

➤ PRISE EN CHARGE DES STOMIES

- *APPAREILLAGE*
- *SOINS DES STOMIES*
- *DIETE ET STOMIE*
- *STOMIE ET QUALITE DE VIE*
- *AIDE MEDICO-SOCIALE AUX STOMISES*

- ✓ **LES ASSOCIATIONS DE STOMISES**
- ✓ **LA STOMATHERAPIE**

I. ANNEXES

- FICHE DEXPLOITATION
- SF_36 QUESTIONNAIRE AU PATIENTS

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

III. MATERIELS ET METHODES

1. Type, lieu et durée d'étude
2. Recrutement
3. Critères d'inclusion
4. Critères de non inclusion
5. Recueil des données

a. **Analyse des données**

b. **Taille de l'échantillon**

IV. ANALYSE DESCRIPTIVE

➤ *Répartition des patients*

- a. Selon l'âge
- b. Selon le sexe

➤ *Etude clinique*

1. *Motif de consultation*
2. *Mode de consultation*
3. *Les antécédents*
 - **Médicaux**
 - **Chirurgicaux**
4. *Examens biologiques*
 - **Hémogramme**
 - **Bilan protidique**
 - **Ionogramme sanguin**
5. *Indications opératoires*
6. *Types de stomies*
7. *Réversibilité de la stomie*
8. *Complications des stomies*
 - **Complications précoces**
 - **Complications tardives**

9. *Rétablissement de la continuité*

10. *Mortalité*

V. Analyse descriptive des résultats de SF-36

- *Santé Physique et Limitations de Rôle*
- *Bien-être Émotionnel et Fonctionnement Social*
- *Douleur et Santé Générale*
- *Changement de Santé*
- *Conclusion*

VI. RESUMES

VII. CONCLUSION

VIII. BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le mot stomie vient du grec « stoma » qui veut dire « bouche » ou « orifice ». Réaliser une stomie c'est aboucher un viscère creux à la peau par dérivation de l'appareil digestif (entérostomie) ou urinaire (urétérostomie). Les stomisés sont des personnes qui ont subi une intervention chirurgicale ayant entraîné la dérivation et l'abouchement d'un organe creux à la peau de manière temporaire ou définitive.

Ainsi on distingue des oesophagostomies (œsophage), des gastrostomies (estomac), des jéjunostomies (jéjunum) et des entérostomies (iléon et côlon).

A l'inverse des trois premiers types qui sont surtout des stomies d'alimentation, les entérostomies sont utilisées le plus souvent pour dériver de façon provisoire ou définitive le contenu intestinal. Elles constitueront l'objet de notre étude.

Il est important de noter que les entérostomies constituent des infirmités difficilement supportables aussi bien pour le malade que pour son entourage, force est de reconnaître que la nécessité d'une colostomie ou d'une iléostomie est parfois incontournable en raison du siège, du stade évolutif ou de la nature des lésions. Elle constitue donc une option chirurgicale très importante pour le traitement d'entités pathologiques diverses.

Le patient porteur de stomie se trouve confronté à des aléas d'ordre physique et psychologique. Il nécessite donc une adaptation aux changements et une acceptation de la situation qu'elle soit temporaire ou définitive.

Notre travail effectué au service de chirurgie viscérale A à l'hôpital de TLEMCEM est une étude prospective d'une série de 50 patients ayant bénéficié d'une colostomie ou d'une iléostomie temporaire ou définitive. Les dossiers colligés ont été recueillis sur une période de Juillet 2023 à Mars 2024.

Le but de notre travail est de mettre en évidence les principales complications enregistrées au sein du service y compris l'impact sur la qualité de vie des patients et leur retentissement professionnel, et d'essayer d'identifier les causes pour une meilleure prise en charge.

L'éducation thérapeutique des patients stomisés joue un rôle majeur dans la lutte contre les complications et aide à une meilleure prise en charge ainsi une amélioration de la qualité de vie de ces patients. (1)

Première partie :

GENERALITE

I. HISTORIQUE :

I. Histoires des stomies digestives :

Le soldat Georges DEPPE blessé lors de la bataille de Ramillies en 1706 a vécu avec un semblant de colostomie pendant 14 ans. Un des premiers cas de stomie involontaire.

C'est Alexis Littré (1654 – 1725) –*Anatomiste Français qui a décrit les glandes muqueuse de l'urètre masculin* - qui présente pour la première fois en 1710 l'idée d'une colostomie en cas d'obstruction du colon. Selon sa méthode la sortie artificielle était sur la région lombaire.



William Cheselden

Le chirurgien britannique William Cheselden (1688-1752), est l'un des chirurgiens les plus prestigieux du 18ème siècle. En 1780, il opéra une patiente anglaise **Margaret White**, âgée de 50 ans, pour hernie ombilicale, à l'âge de 73 ans c'est rompu donc une partie des intestins était laissée en suspens à travers une ouverture pour évacuer ses selles sur plusieurs années. Qui fût considérée comme la première patiente stomisée de l'histoire.

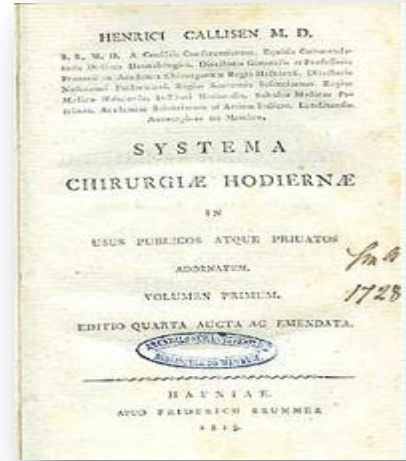


Le chirurgien français Henri Pillore a réalisé avec succès la première caecostomie en 1776 pour une certaine Mme M. Morel, qui avait une tumeur maligne du rectum. Une péritonite lui fut fatale 28 jours plus tard.

En 1783, le chirurgien Antoine Dubois, avec la méthode de Littré, tente la première colostomie sur imperforation anale chez un enfant de 7 jours qui décèdera 10 jours après.

Le français Duret a eu un meilleur résultat avec la même chirurgie en 1793 sur un bébé âgé de quelques jours né sans anus. (2)

Le chirurgien danois, Hendrik Callisen (1740-1824) décrit en 1798 dans son manuel chirurgical une approche chirurgicale pour la réalisation d'une colostomie. Selon lui, il était possible d'établir une colostomie dans la région lombaire sans ouvrir le péritoine. Il a affirmé que cette approche réduit le risque de dommages au péritoine, et donc le risque de péritonite.

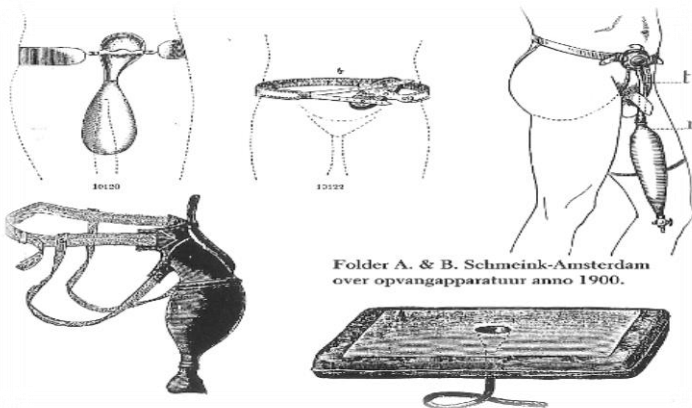


Le Français Amussat (1796-1855), va poursuivre les études de Callisen, et va réaliser en 1839 la première colostomie sur le côté gauche de la région lombaire.

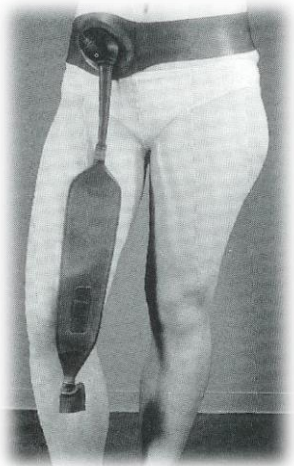
La méthode Amussat présentait une complexité opératoire, et la stomie était difficile à gérer par la personne elle-même aux vues de son emplacement. Cette méthode a donc été abandonnée au profit de la méthode de Littré.

Techniques de l'iléostomie sont apparues plus tardivement et ont commencé à être pratiquées à partir du XXème siècle.

II. Les matériaux des stomies digestive a travers le temps : (2)



Folder A. & B. Schmeink-Amsterdam over opvangapparatuur anno 1900.



DÉBUT 1900

DANS LES ANNÉES 30 NAISSENT LES PREMIÈRES POCHE EN CAOUTCHOUC MUNIES D'UNE CEINTURE.



PUIS JUSQU'À LA FIN DES ANNÉES 50 CES SYSTÈMES ONT UTILISÉ DES RÉSERVOIRS MÉTALLIQUES, PUIS EN VERRES ET ENFIN EN PLEXIGLAS QUI ÉTAIENT ACCROCHÉS À LA PEAU PAR DES BAGUES EN CAOUTCHOUC OU DES CORSETS.



DE NOS JOURS

2. Rappel :

I. RAPPEL ANATOMIQUE :

- GENERALITE ⁽³⁾

1- Situation

L'abdomen occupe l'étage moyen et antérieur du tronc, la partie postérieure étant occupée par le rachis thoracolombaire, les masses musculaires péri-rachidiennes et les éléments retro-péritonéaux.

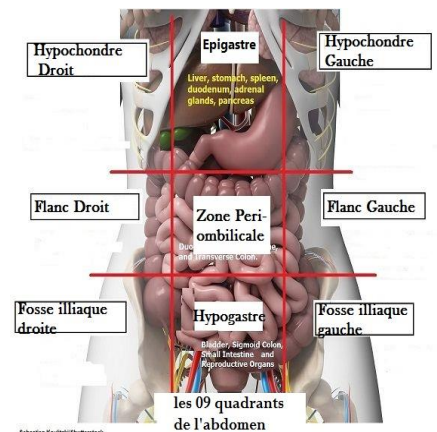
2- Limites

Il est situé entre le thorax et le bassin dans une enveloppe musculaire et osseuse, avec le diaphragme crânialement et le petit bassin caudalement. Il repose sur l'entonnoir formé par le bassin (étage abdomino-pelvien). Il est recouvert et enveloppé par le thorax (étage thoracoabdominal) dont il est séparé par le diaphragme.

3- Quadrants

La région antérieure de l'abdomen est découpée par des lignes virtuelles en 9 quadrants. La ligne bi sous-costale, horizontale, est tendue entre les extrémités inférieures des 10èmes côtes. Cette ligne délimite le $\frac{1}{3}$ supérieur de l'abdomen où l'on retrouve les 2 hypochondres (protégés par les auvents costaux) et entre les deux la région épigastrique.

Entre cette ligne bi sous-costale et la partie inférieure de l'abdomen, il existe une autre ligne : la ligne bi-épineuse correspondant au plan horizontal tendu entre les 2 épines iliaques antéro-supérieures droites et gauches. Entre ces 2 plans horizontaux se trouvent les flancs droits et gauches avec au milieu la région ombilicale. La région inférieure à la ligne bi-épineuse est scindée en fosses iliaques droite et gauche avec au milieu la région hypogastrique. A chaque quadrant correspond des projections d'organes différentes:



Epigastre	Estomac, pancréas, origine des gros vaisseaux rétro-péritonéaux
Hypochondre Droit	Foie, vésicule biliaire
Hypochondre Gauche	Rate, angle colique gauche Zone péri-ombilicale
Flanc Droit	Côlon ascendant
Flanc Gauche	Côlon descendant, anses grêles
Zone Peri-ombilicale	Côlon transverse, anses grêles
Fosse iliaque droite	Cæcum appendice
Fosse iliaque gauche	Côlon sigmoïde
Hypogastre	Côlon sigmoïde, rectum intrapéritonéal, vessie, utérus

Ces projections sont très utiles pour la réalisation d'un examen clinique
Principalement lors du temps de la palpation.

• PAROIS DE L'ABDOMEN

- Paroi postérieure:

Elle est située à la face dorsale de l'abdomen, limitée de chaque côté :

- en médial, par les processus épineux des vertèbres lombales (ou lombaires), nettement perceptibles sous la peau.

-en latéral, elles se poursuivent par la paroi abdominale ventro-latérale.

-en crânial, la 12^{ème} côte.

-en caudal, la crête iliaque.

A-Constitution : Comporte trois plans

Plan superficiel : comportant

-la lame postérieure du fascia thoraco-lombaire

-Muscle grand dorsal, muscle oblique externe

Plan moyen : comportant

- Muscles érecteurs du rachis, muscle oblique interne et muscle dentelé postéro-inferieur.

Plan profond : comporte de la profondeur à la superficie:

-Muscle transverse de l'abdomen et ligament lombo-costal

-Muscle carré des lombes

-Muscle psoas

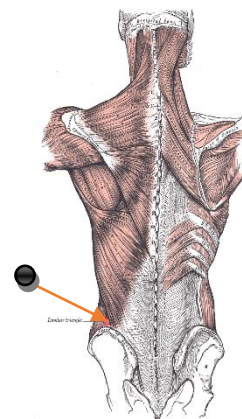
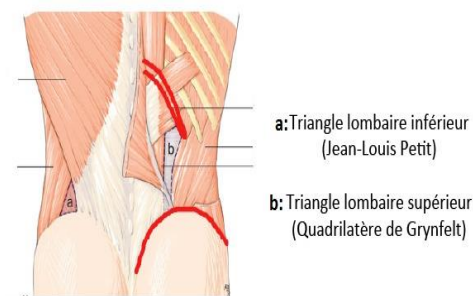
B-Le trigone lombal : « triangle de Jean-Louis Petit ● », ou trigone lombaire .

-orifice triangulaire situé dans la région dorsale.

- Cet orifice triangulaire constitue un point faible de la paroi postérieure de l'abdomen, mais il est rare qu'il puisse livrer passage à une hernie, car son plancher est musculaire, constitué du muscle oblique interne de l'abdomen.

C-Le quadrilatère lombaire de Grynfelt :

Est un orifice à quatre côtés, situé dans la paroi postérieure de l'abdomen.



- Paroi antéro-latérale

1) Généralités

Elle est représentée par 5 muscles qui ont pour action commune de réduire le volume abdominal, ce qui favorise la vidange des organes creux. Ils sont également inspireurs accessoires (remontent le diaphragme). Ces muscles se prolongent par des aponévroses, gaines fibreuses qui vont aller s'insérer sur le muscle grand droit et former la ligne blanche. Cet ensemble musculaire délimite une puissante sangle abdominale. On décrit :

- **En antéro-médial :** le muscle grand droit et le muscle pyramidal.

- **Trois couches musculaires antéro-latérales :** qui débordent sur l'arrière avec, de la superficie vers la profondeur : le muscle oblique externe (grand oblique), le muscle oblique interne (petit oblique) et le muscle transverse. (3)

2) Muscles de la paroi antéro-latérale

Muscle grand droit :

C'est un muscle antéro-médial pair, plat et polygastrique, c'est à dire présentant plusieurs ventres musculaires interrompus par des intersections tendineuses au nombre de 2 à 5.

Muscle pyramidal :

C'est un muscle antéro-médial pair et inconstant.

Muscle transverse de l'abdomen :

C'est un muscle pair, le plus profond des trois qui forment la paroi latérale.

Muscle oblique interne :

Anciennement petit oblique, c'est un muscle pair situé entre les muscles transverse et oblique externe.

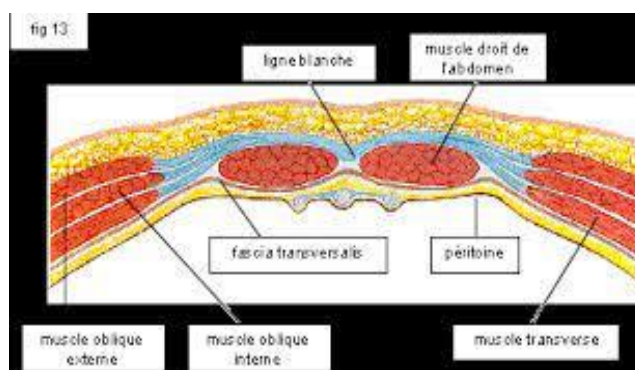
Muscle oblique externe :

Anciennement grand oblique, c'est un muscle pair, le plus superficiel.



Gaine rectusienne et ligne blanche

Tous les muscles de cette paroi antérolatérale se rejoignent avec leur homologue controlatéral sur une structure médiane commune : la ligne blanche. Cette dernière correspond à l'intrication des gaines aponévrotiques de chaque muscle et est tendue de l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne. (3)



- Zones de faiblesses de la paroi abdominale

La paroi abdominale présente cinq zones de faiblesses :

1. La région inguinale

Elle est formée par le ligament inguinal, sur lequel s'insèrent les fibres musculaires des muscles antérolatéraux de l'abdomen, fibres qui vont délimiter un canal au sein de la paroi.

a. Le ligament inguinal : Anciennement dénommé arcade crurale, il s'agit d'une formation aponévrotique tendue depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la partie antérolatérale du pubis.

b. Le canal inguinal : Point faible majeur de la paroi antérolatérale de l'abdomen, il est délimité par les formations musculo-aponévrotiques de cette paroi et a un trajet en baïonnette oblique en bas, en avant et en dedans. Il possède un orifice profond latéral et un orifice superficiel médial. Il permet le passage d'éléments divers selon le sexe :

- Chez la femme : le ligament rond. .
- Chez l'homme : le cordon spermatique, comprenant les vaisseaux spermatiques, des éléments nerveux et le canal déférent.
- Éléments vasculaires postérieurs à cette paroi abdominale : Le ligament de Hesselbach est sous tendu par les reliefs de plusieurs vaisseaux :

- **L'artère fémorale :** avec médialement la veine fémorale. Ces éléments iliaques deviennent fémoraux sous le relief du ligament inguinal.
- **L'artère épigastrique profonde :** vient de l'iliaque externe, monte en arrière du muscle grand droit et passe sous le début de la réunion aponévrotique au niveau de l'arcade de Douglas.
- **L'artère ombilicale :** issue de l'artère iliaque interne (= hypogastrique), passe un peu plus médialement. (NB : à ce niveau cette artère est obstruée, il s'agit d'un reliquat embryonnaire).

2. Le triangle de Jean-Louis Petit et Le quadrilatère de Grynfeltt

(Voire la page 10)

3. La ligne blanche :

La ligne blanche est une zone de faiblesse située entre les deux muscles droits de l'abdomen qui sont joints l'un à l'autre par leur aponévrose qui fusionne formant une ligne verticale appelée ligne blanche. Elle peut être utilisée en chirurgie, pour accéder à la cavité abdominale.

4. La région ombilicale :

La région ombilicale est aussi un point faible de la région abdominale, puisqu'elle est dépourvue de fibre musculaire.

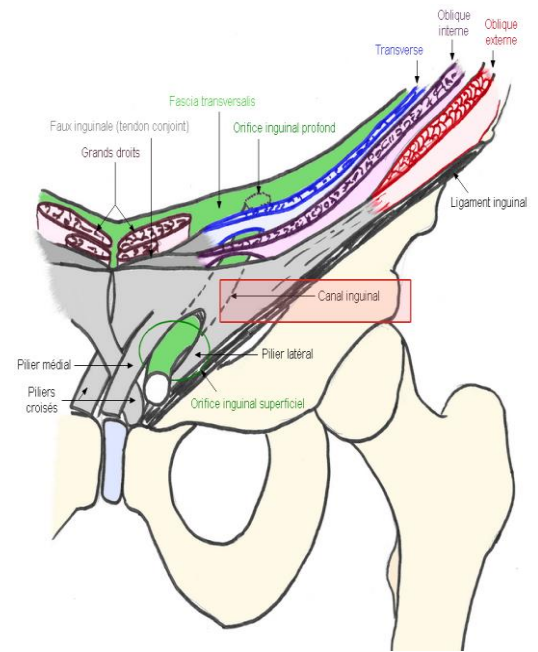
5. Canal fémoral :

Il laisse passer les artères et veines fémorales.

• CAVITE PERITONEALE

➤ Généralités

Il s'agit de la plus vaste cavité séreuse de l'organisme, avec une surface totale de 1,8 m². Cette cavité presque virtuelle contient toujours environ 50cc de liquide clair, en faisant un espace de glissement. Chez l'homme, la cavité péritonéale est close alors que chez la femme elle communique avec le vagin via les ostia tubaires.

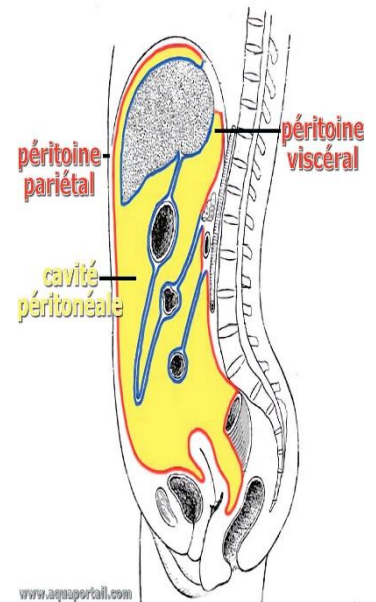


La cavité péritonéale est limitée par 2 feuillets :

- Le péritoine viscéral : plaqué contre les viscères abdominaux, formant la tunique périphérique de ces organes intra-abdominaux.

- Le péritoine pariétal : qui double la face profonde des diverses parois de la cavité abdominale.

Ce qui se situe en arrière du péritoine pariétal postérieur est appelé espace rétro-péritonéal ; ce qui se situe sous le péritoine pariétal inférieur est appelé espace infrapéritonéal (ou espaces pelvi-rectaux). L'espace rétropéritonéal et l'espace infra-péritonéal forment ainsi l'espace extra-péritonéal. La continuité entre ces 2 feuillets forme une série de replis péritonéaux et de structures spécifiques, à savoir les mésos, les ligaments, les omentum et les fascias. (3)

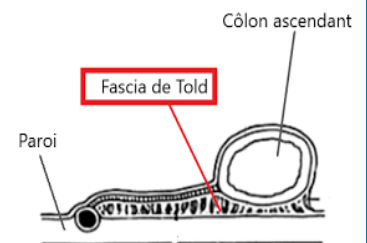
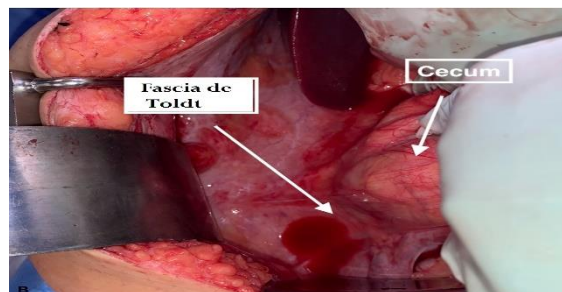
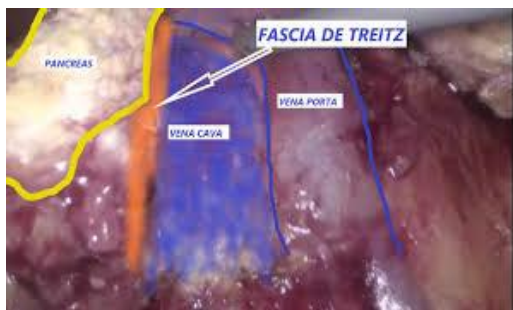


➤ Les replis péritonéaux

1. Les mésos : Le méso est une lame porte vaisseaux, qui permet le passage d'artères et de veines. On nomme le méso selon l'organe sur lequel il débouche : par exemple le mésocôlon droit, le mésocôlon gauche, le mésocôlon sigmoïde, le mésocôlon transverse, le mésentère (méso de l'intestin grêle), le mésosalpinx, ...

2. Les fascias : Il s'agit d'un espace celluleux formé par la fusion apparente de la face latérale d'un méso avec le péritoine pariétal postérieur ou avec le péritoine viscéral d'un autre organe accolé plus tôt. On peut le cliver chirurgicalement. Exemples :

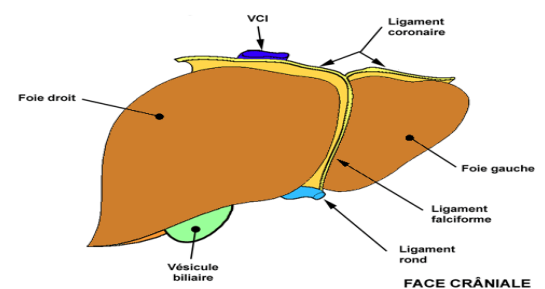
- Fascia de Toldt pour les côlons ascendants et descendants.
- Fascia de Treitz pour le cadre pancréaticoduodénal.



3. Les ligaments : Il s'agit de formations péritonéales reliant un organe digestif plein ou un organe génito-urinaire à la paroi, ou un organe digestif à un autre. Par exemple :

- Le ligament large suspendant l'utérus.
- Le ligament falciforme suspendant le foie

4. Les omentums : Dans le cas où ces replis permettent de faire communiquer des viscères entre eux afin de laisser le passage à des artères et des veines, on parle d'omentums (anciennement appelés épiploons -terme est encore très utilisé). On nomme l'omentum en fonction des viscères reliés. Par exemple, l'épiploon pancréatico-splénique relie le pancréas et la rate afin de permettre le passage de l'artère splénique en arrière de la queue du pancréas. L'épiploon



gastro-splénique, quant à lui, relie l'estomac à la rate et permet le passage des vaisseaux courts de l'estomac et de l'origine de l'artère gastro-épiploïque gauche. Il existe deux cas particuliers parmi les omentums :

a. Le grand omentum : Il s'agit de l'omentum gastro-duodéno-colique, qui correspond donc à un repli de péritoine viscéral faisant communiquer le bord inférieur de l'estomac et du 1er duodénum avec le côlon transverse, permettant le passage des vaisseaux gastro-omentaux.

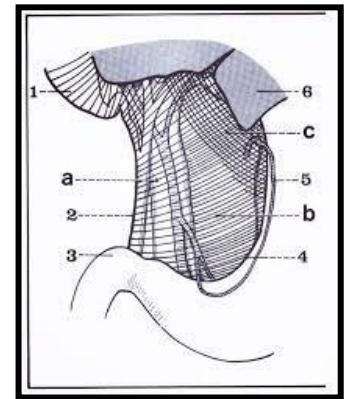
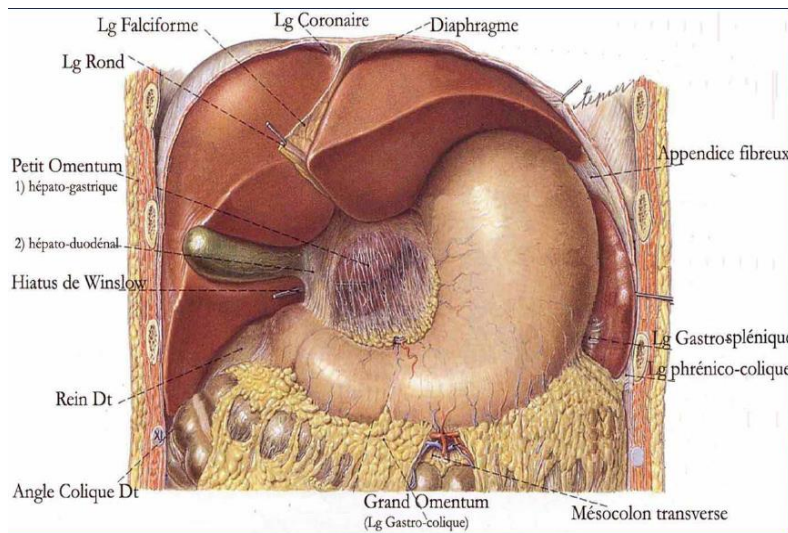
b. Le petit omentum : Il correspond à l'épiploon gastro-hépatique, tendu entre la petite courbure de l'estomac et le pédicule hépatique. Il s'agit donc d'un repli de péritoine viscéral faisant communiquer l'estomac (et le 1er duodénum) avec le foie, permettant le passage du pédicule hépatique. Il limite en avant la bourse omentale. Ce petit épiploon se subdivise en :

✓ **Pars Vasculosa** (ou Pediculosa), qui comprend le pédicule vasculaire du foie formé par :

- La veine porte dorsalement.
- L'artère hépatique propre en antéro-médial.
- Le conduit cholédoque en antéro-latéral.

✓ **Pars Flaccida** entre la petite courbure de l'estomac et la gaine vasculaire hépatique, recouverte par le lobe IV du foie.

✓ **Pars Condensa**, qui recouvre le lobe I du foie.



a : Pars Vasculosa
b : Pars Flaccida
c : Pars Condensa

• TUBE DIGESTIF (3)

I. Généralités :

Le tube digestif débute au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage et se termine au niveau de l'anus. Le bol alimentaire y transite ; il y est dégradé à la fois mécaniquement (brassage gastrique, contraction annulaire jéuno-iléale, mouvement pendulaire du côlon sigmoïde) et chimiquement (activité enzymatique du pancréas, bile excrétée par le foie).

Histologiquement il comprend 5 couches, avec de dedans en dehors :

- Une couche muqueuse.
- Une sous muqueuse.
- Une musculature circulaire interne.
- Une musculature longitudinale externe.
- Une séreuse, qui correspond au feuillet viscéral du péritoine. La séreuse est absente au niveau de l'œsophage cervical et thoracique, ainsi qu'au niveau du rectum sous péritonéal. On parlera plutôt pour ces organes d'adventice.

II. L'œsophage

1. Généralités :

Il s'agit d'un conduit musculaire de 25 cm de long qui sert à acheminer le bol alimentaire de l'oropharynx, en C6, jusqu'à l'estomac, en T11.

2. Segmentation :

Trois portions sont décrites pour l'œsophage :

a. Portion cervicale Minime :

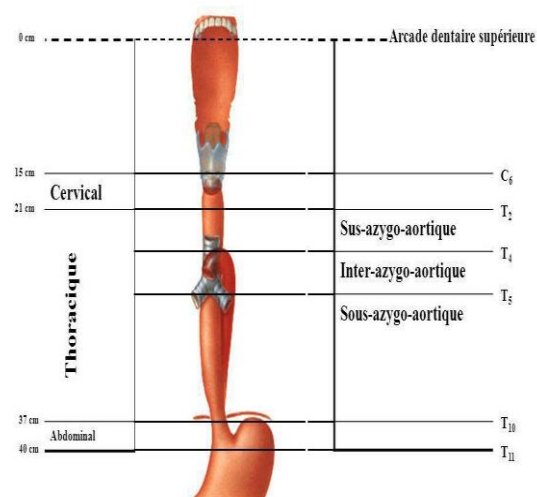
Elle débute au niveau de la bouche de Killian (à hauteur de C6, au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde) qui forme la transition entre l'hypopharynx et l'œsophage. A ce niveau se situe le sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). Ses rapports se font avec :

- *Ventralement* : la trachée.
- *Latéralement* : les lobes latéraux de la thyroïde.
- *En postéro-latéral* : le paquet vasculo-nerveux jugulo-carotidien, les nerfs vagues et les nerfs récurrents.

b. Portion thoracique :

Portion la plus longue des trois (25 à 30 cm selon les individus), elle chemine dans le médiastin postérieur en se dirigeant en bas, en avant et à gauche. Les principaux rapports sont :

- *Ventralement* : la trachée, les vaisseaux pulmonaires et la face postérieure de l'atrium gauche.
- *Dorsalement* : le rachis, le canal thoracique et l'aorte thoracique descendante.
- *Latéralement* : les nerfs pneumogastriques qui vont progressivement se placer en avant et à gauche de l'œsophage pour le XG et en arrière et à droite pour le XD.



c. Portion abdominale :

L'œsophage passe à travers le diaphragme au niveau de la 10^{ème} vertèbre thoracique. Il y est accompagné des nerfs pneumogastriques, qui assurent l'innervation parasymphatique des organes intra-abdominaux :

- Le nerf pneumogastrique droit passe en arrière et à droite de l'œsophage.
- Le nerf pneumogastrique gauche passe en avant et à gauche de l'œsophage.

L'œsophage abdominal est très court (3 à 4 cm) et se projette juste en avant T11. Il est en rapport :

- *En avant* : la face postérieure du lobe gauche du foie.
- *En arrière* : le pilier gauche du diaphragme.
- *A droite* : la partie supérieure de la poche omentale (arrière-cavité des épiploons) et la partie supérieure du petit épiploon.
- *A gauche* : le cardia et le fundus de l'estomac, accompagnés des 2 nerfs pneumogastriques.

3. Vascularisation :

La vascularisation de l'œsophage provient de branches des artères thyroïdiennes inférieures pour sa portion supérieure, de branches issues de l'aorte thoracique pour sa partie moyenne et des artères phréniques inférieures et gastrique gauche pour sa portion inférieure.

Les veines œsophagiennes se drainent dans la veine cave supérieure par l'intermédiaire du système azygos, la veine cave inférieure par la veine phrénique inférieure gauche et le système porte par la veine gastrique gauche. (3)

4. Innervation

- Systeme parasympathique :

- ❖ Nerf pneumogastrique droit (XD).
- ❖ Nerf pneumogastrique gauche (XG).

- Systeme sympathique :

- ❖ nerf splanchniques.

Les deux systèmes s'unissent au niveau des ganglions semi-lunaires, à l'origine du plexus cœliaque, en avant de l'aorte abdominale.

III. L'estomac

1. Généralités :

L'estomac est un organe musculaire en forme de J qui est situé dans la partie supérieure de l'abdomen. C'est une partie de l'appareil digestif qui contient les aliments et où ceux-ci sont décomposés. La taille de l'estomac varie d'une personne à l'autre et d'un repas à l'autre. Le haut de l'estomac est relié à l'œsophage. Le point de contact entre l'œsophage et l'estomac est appelé jonction œsophago-gastrique (OG). Le bas de l'estomac est rattaché à la première partie de l'intestin grêle (duodénum). L'estomac est entouré de nombreux ganglions lymphatiques.

L'estomac est un organe fixe. Au niveau de la grande courbure s'insèrent crânialement l'épiploon gastrosplénique et caudalement l'épiploon gastro-colique ; au niveau de la petite courbure s'insère l'épiploon gastrohépatique (petit épiploon). (4)

2. Segmentation :

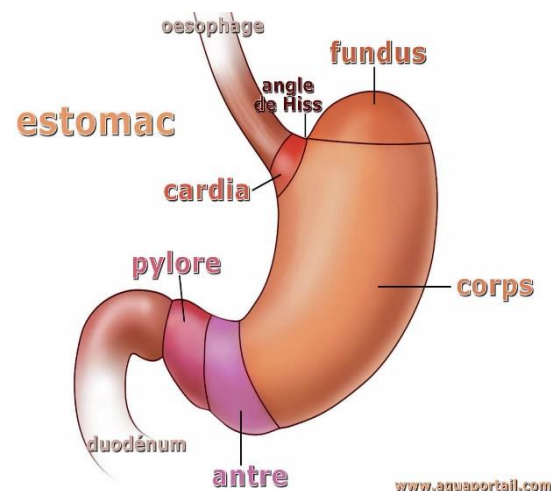
L'estomac est divisé en 5 régions.

Le cardia : est la région initiale de l'estomac; il communique avec l'œsophage. Il renferme le sphincter cardia, un mince anneau musculaire qui empêche le contenu de l'estomac de remonter dans l'œsophage.

Le fundus : est la région supérieure, de forme arrondie, qui est située à gauche du cardia.

Le corps : est la principale et la plus grande partie de l'estomac. C'est là que les aliments sont mélangés et commencent à se désintégrer.

L'antré : est la partie inférieure de l'estomac. Il retient les aliments décomposés jusqu'à ce qu'ils soient prêts à passer dans l'intestin grêle.

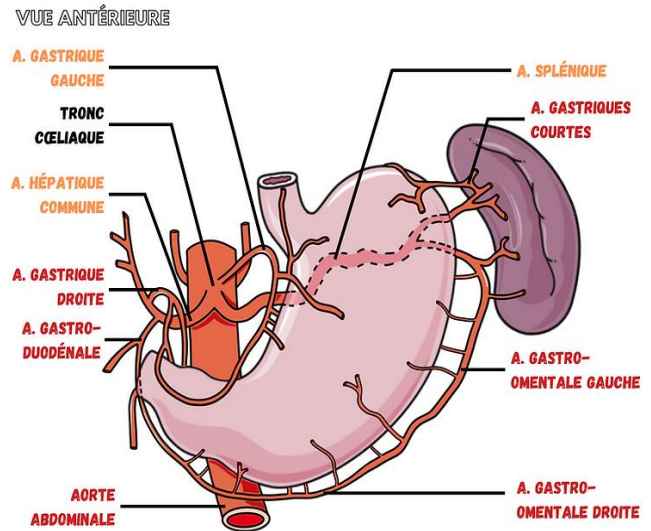


Le pylore : est la partie de l'estomac qui communique avec l'intestin grêle. Il comprend le sphincter pylorique, un anneau de muscles épais qui agit comme une valve pour régler la vidange du contenu de l'estomac (chyme) dans le duodénum (première partie de l'intestin grêle). Le sphincter pylorique empêche aussi le contenu du duodénum de remonter dans l'estomac. (4)

Vascularisation :

L'estomac est vascularisé par des artères émergeant du tronc cœliaque qui sort de l'aorte en T12. De ce tronc naissent plusieurs artères :

- l'artère splénique (ou artère liénale) qui a pour destinée essentiellement la rate mais en passant sur la face postérieure de l'estomac, elle vascularisera cette même face. Arrivée au bord latéral de l'estomac, elle donne une collatérale nommée artère gastro-omtale (gastro-épiplœique) gauche qui s'anastomose avec l'artère homonyme droite au niveau de la grande courbure dans sa partie inférieure et elle donnera aussi des vaisseaux courts dirigés vers le haut pour vasculariser le fundus de l'estomac (partie la plus haute de l'estomac) ;
- l'artère gastrique gauche (coronaire stomacique) qui irrigue la partie médiale de l'estomac et s'anastomose avec la gastrique droite ;
- l'artère hépatique commune : elle donne rapidement l'artère hépatique propre et l'artère gastro-duodénale qui donnera l'artère gastro-omtale (gastro-épiplœique) droite. Sur l'hépatique propre, naît l'artère gastrique droite (artère pylorique) qui irrigue l'antré de l'estomac.



VASCULARISATION DE L'ESTOMAC



L'estomac est donc vascularisé par deux cercles artériels :

- le cercle de la petite courbure, qui comprend les artères gastriques droite et gauche ;
- le cercle de la grande courbure, qui comprend les artères gastro-épiplœiques droite et gauche.

La vascularisation veineuse de l'estomac suit le même schéma en deux cercles, et se draine dans la veine porte hépatique :

- directement dans la veine porte en ce qui concerne les veines gastriques droite et gauche ;
- via la veine splénique pour la veine gastro-épiplœique gauche ;
- via la veine mésentérique supérieure pour la veine gastro-épiplœique droite. (5)

Innervation :

Pour ce qui est de l'innervation, elle est assurée par le Système nerveux autonome.

- D'une part la composante sympathique est assurée par le nerf grand splanchnique puis le plexus cœliaque.
- D'autre part, la composante parasympathique est assurée par des nerfs cheminant le long des nerfs vagues.

La double-innervation décrite ci-dessus est dirigée vers les plexus intra-muraux (5)

IV. Le duodénum :

1. Généralité

Le duodénum est le segment initial de l'intestin grêle. Il fait suite à l'estomac par l'intermédiaire du pylore et est suivi par le jéjunum à l'angle duodénojéjunal (angle de Treitz). C'est le seul segment fixe de cet intestin grêle, le reste étant mobile.

Le duodénum possède un rapport anatomique très intime avec le pancréas (bloc duodéno pancréatique) : la comparaison classique est celle d'un pneu autour d'une jante.

Le duodénum est un segment « partiellement rétropéritonéal » profond accolé au péritoine pariétal postérieur. (6)

2. Segmentation :

Le duodénum se divise en quatre parties : la première, horizontale, comporte un renflement, le bulbe duodénal ; la deuxième partie, verticale, reçoit par l'ampoule de Vater, où s'abouchent les canaux cholédoque et de Wirsung, les sécrétions biliaires et pancréatiques ; les troisième et quatrième parties du duodénum sont respectivement horizontale et ascendante ; la dernière d'entre elles forme, avec l'intestin grêle, l'angle duodénojéjunal : l'angle de Treitz. (6)

3. Vascularisation :

La vascularisation du duodénum et celle de la tête du pancréas sont intimement liées : les artères duodéno pancréatique supérieure (issue de l'artère gastroduodénale) et duodéno pancréatique inférieure (issue de l'artère mésentérique supérieure) se rejoignent pour former l'arcade duodéno pancréatique dite arcade de Kirk.

Le drainage veineux du duodénum longe les artères avec comme exutoire la veine porte, directement ou indirectement via la veine splénique ou la veine mésentérique supérieure. (6)

4. Innervation :

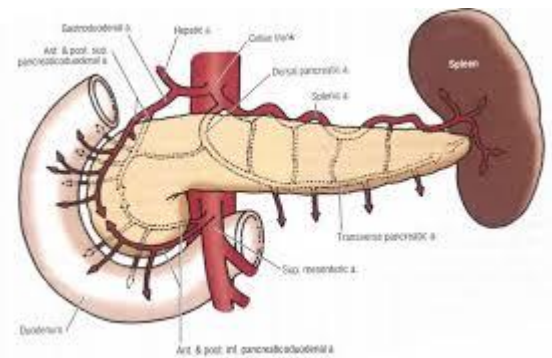
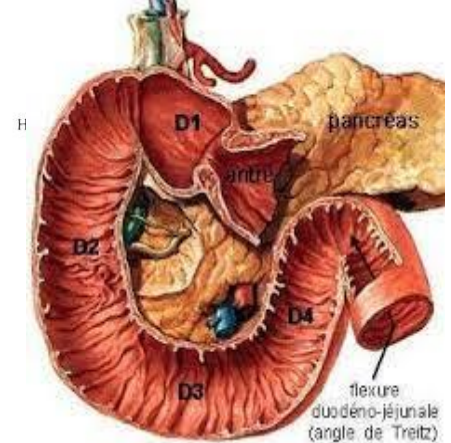
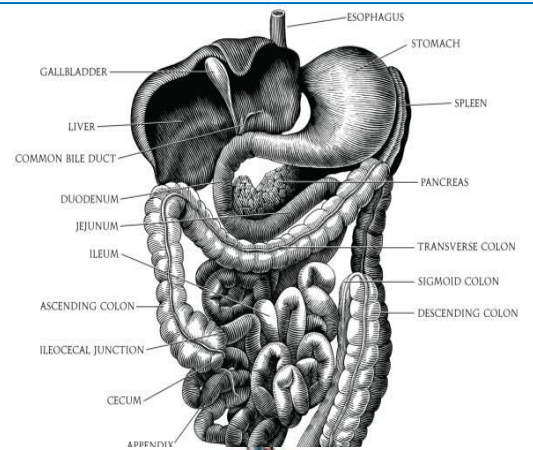
Rameaux nerveux issus des systèmes sympathique et parasympathique, via le plexus solaire.

V. Le jéjuno-iléon

1. Généralités :

Le jéjuno-iléon représente la principale portion de l'intestin grêle. Il est mobile. Sa partie initiale est le jéjunum, et sa partie terminale l'iléon. Les deux mesurent environ 3 mètres en post-mortem, d'où une longueur totale de 6m pour l'ensemble du jéjuno-iléon. Le jéjunum suit le duodénum depuis l'angle de Treitz. Il comprend des anses grêles qui sont plutôt orientées à l'horizontale. Au jéjunum fait suite l'iléon, dont les anses sont réparties de manière verticale. Il se termine dans la partie initiale du côlon, au niveau du cæcum, par la valvule de Bauhin. Vers la portion terminale de l'iléon se trouve un petit diverticule : le diverticule de Meckel, résidu embryonnaire du canal allantoïdien.

Le jéjuno-iléon est appendu au péritoine pariétal postérieur par le mésentère. (3)



3. Vascularisation :

a. Artérielle

Elle dépend uniquement de l'artère mésentérique supérieure (AMS). L'AMS naît de la face antérieure de l'aorte en regard de L1 ; il donne des branches, les artères jéjunales et les artères iléales, toutes destinées au jéjuno-iléon. L'artère mésentérique supérieure se termine au niveau du cæcum sous la forme du tronc iléo-bi-cæcoappendiculo-colique (ou tronc IBAC). (3)

b. Veineuse

Elle est calquée sur la circulation artérielle.

c. Lymphatique

Le drainage lymphatique est satellite de la vascularisation artério-veineuse.

4. Innervation :

Le jéjuno-iléon dépend d'une double innervation :

- Intrinsèque, c'est-à-dire dans la paroi des anses grêles, via des plexus nerveux. On distingue le plexus sous muqueux de Meissner et le plexus myentérique d'Auerbach.
- Extrinsèque, qui est péri-artérielle. Il s'agit d'une innervation végétative sympathique et parasympathique provenant du plexus mésentérique. (3)

VI. Le colon : (3)

1. Généralités :

Au jéjuno-iléon succède le gros intestin, dont la plus grande partie est constituée du côlon. D'environ 1,5 mètre de longueur, le côlon débute au niveau de la charnière iléo-caecale et se termine au niveau de la charnière sigmoïdo-rectale.

2. Aspect externe :

a. Les tænia coli (bandelettes longitudinales) :

Au nombre de trois, ils correspondent histologiquement à des renforcements longitudinaux de la musculature.

b. Les haustrations coliques :

Ce sont des bosselures présentes à la surface du côlon. Elles s'intercalent toujours entre deux sillons, les plis semi-lunaires. Haustrations et plis ne sont pas présents au niveau du côlon sigmoïde.

c. Les appendices épiploïques

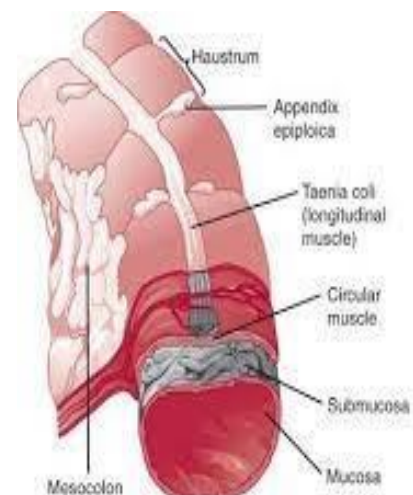
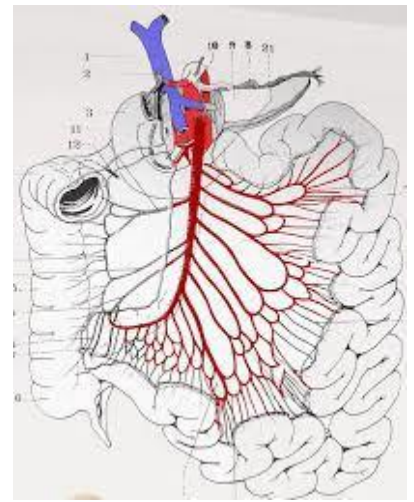
Des petites formations graisseuses implantées le long des bandelettes longitudinales

3. Segmentation :

Le côlon comprend plusieurs portions :

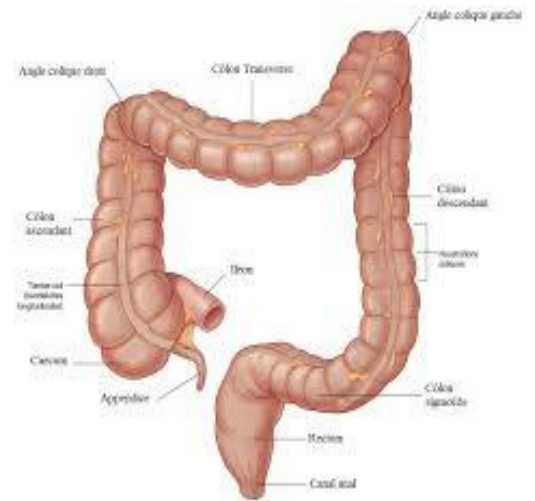
a. Le cæcum

Portion initiale du côlon en forme de cul-de-sac, il est situé en fosse iliaque droite. Deux orifices s'y ouvrent, permettant une communication avec :



- L'iléon via la valvule de Bauhin.

- L'appendice vermiforme via la valvule de Gerlach. Il s'agit d'un cul-de-sac intestinal, à la base duquel confluent les trois tœnias coliques. La position de l'extrémité de cet appendice est sujette à de nombreuses variations. Il est habituellement placé en fosse iliaque droite (appendice iliaque), mais il peut aussi être pelvien, rétro-cæcal voire méso-cœliaque, c'est-à-dire dirigé vers l'ombilic. Cliniquement, le point de projection de la base de l'appendice sur la paroi abdominal est appelé point de McBurney. La projection de son extrémité est appelée point de Lanz.



b. Le côlon ascendant

Succédant au cæcum, il est principalement localisé au niveau du flanc droit. Superficiel dans sa portion initiale, il plonge vers la profondeur de l'hypochondre droit. Le côlon ascendant est accolé au péritoine pariétal postérieur par le fascia de Toldt droit, il n'est donc pas mobilisable.

c. L'angle colique droit

Il est également dénommé angle hépatique car il est situé juste sous le foie, dans lequel il détermine une empreinte. Cet angle, de quasiment 90°, se projette au niveau de l'hypochondre droit.

d. Le côlon transverse

Cette portion colique se déporte transversalement vers la gauche en décrivant une courbe à concavité crâniale. Le côlon transverse se projette dans la partie supérieure de la région ombilicale. Son méso lui assure une relative mobilité et sépare la cavité abdominale en deux étages.

e. L'angle colique gauche

Il est également dénommé angle splénique car le pôle inférieur de la rate est placé directement au-dessus de lui situer dans l'hypochondre gauche.

f. Le colon descendant

Localisé dans le flanc gauche. Cette portion du côlon est accolée au péritoine pariétal postérieur par le fascia de Toldt gauche, et n'est donc pas mobilisable.

g. Le côlon sigmoïde

Portion terminale du côlon, on le nomme aussi côlon pelvien, il se projette en fosse iliaque gauche et est logé dans l'excavation pelvienne. Le côlon sigmoïde, entièrement enveloppé par le péritoine viscéral, est très mobile.

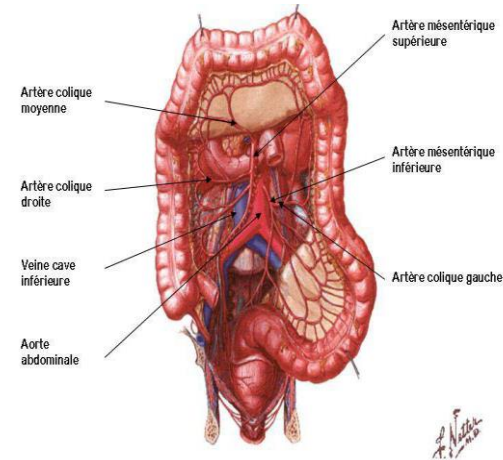
4. Vascularisation :

▪ **Le colon droit:** Vascularisé par l'artère mésentérique supérieure, il comprend:

- le caecum et l'appendice
- le colon ascendant
- l'angle colique droit
- environ les 2/3 droits du colon transverse

▪ **Le colon gauche:** Vascularisé par l'artère mésentérique inférieure, il comprend:

- le 1/3 gauche du colon transverse



- l'angle colique gauche
- le colon descendant
- le colon iliaque
- le colon pelvien ou sigmoïde

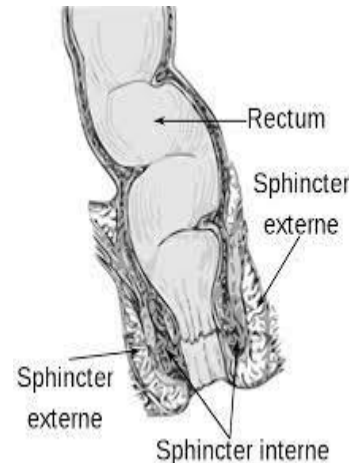
VII. Rectum canal anal et anus : (3)

1. Généralités :

Le rectum est le segment terminal du tube digestif. Il fait suite au côlon sigmoïde et se termine au niveau de l'anus via le canal anal. Le rectum est un organe de transition entre l'abdomen et le pelvis, on lui décrit donc plusieurs portions :

- Le $\frac{1}{3}$ supérieur du rectum est en position supra péritonéale, donc abdominale. On parle de rectum supérieur. Ce segment est péritonisé.

- Les $\frac{2}{3}$ inférieurs du rectum sont en position infra péritonéale, donc pelvienne. Ils comprennent le rectum moyen et le rectum inférieur. Ces segments ne sont pas péritonisés.



4. Appareil sphinctérien :

La continence anale est permise par la présence de deux puissants sphincters au niveau du canal anal :

- Le sphincter externe, Il assure la continence volontaire.
- Le sphincter interne, Il assure la continence involontaire.

5. Vascularisation

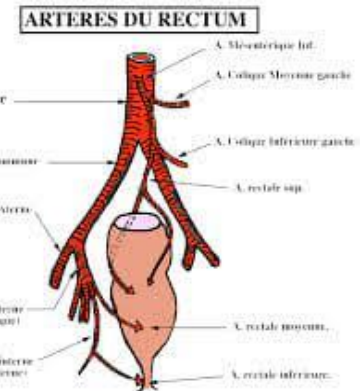
a. Artérielle :

- Artère rectale supérieure, moyenne et inférieure

b. Veineuse :

Calquée sur la circulation artérielle, elle constitue une anastomose porto-cave :

- La veine rectale supérieure chemine vers la veine mésentérique inférieure, tributaire du système porte.
- La veine rectale moyenne et la veine rectale inférieure cheminent vers la veine iliaque interne, tributaire du système cave.



c. Lymphatique :

- Le rectum supérieur est drainé par des vaisseaux et ganglions parallèles à la veine mésentérique inférieure.
- Le rectum moyen et le rectum inférieur sont drainés par des vaisseaux et ganglions à destinée iliaques.
- La zone anale est exclusivement drainée vers les ganglions inguinaux.

• GLANDES DIGESTIVES ANNEXES

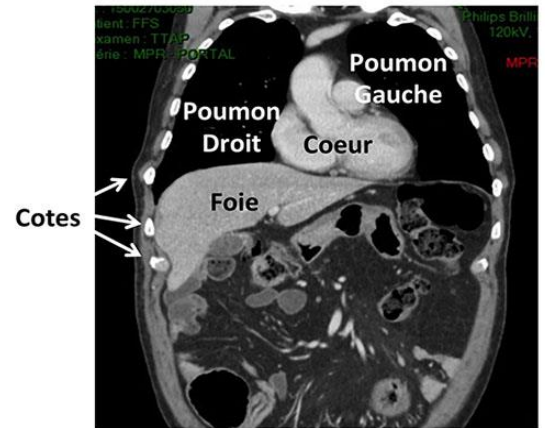
1) le foie :

Le Foie est l'organe le plus volumineux de l'organisme humain. Il appartient au système digestif et assure des fonctions nombreuses, vitales à l'organisme.

Il est situé dans la partie supérieure droite de l'abdomen : cet organe est partiellement protégé par les côtes.

Le foie est séparé des poumons et du cœur par le diaphragme. Il est localisé à droite de l'estomac, au-dessus du duodénum et de l'angle colique droit. (7)

Position du Foie dans le corps



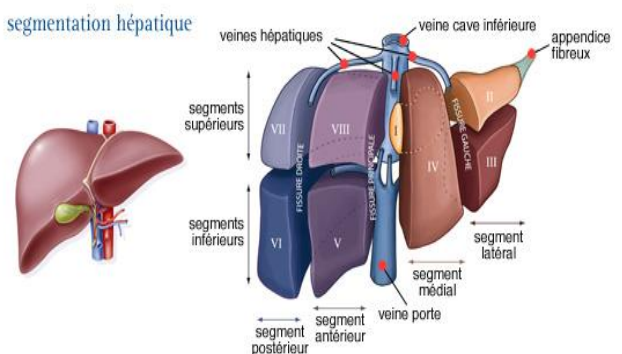
Lobes, segments

Le foie se divise en quatre lobes inégaux ; le lobe hépatique droit est le plus volumineux, le lobe hépatique gauche est la partie la plus étroite de l'organe. Entre ces deux lobes majeurs, on distingue le lobe carré et le lobe caudé. La vésicule biliaire est attachée au foie à la limite du lobe carré et du lobe hépatique droit.

Le lobe carré et le lobe caudé sont séparés par un sillon appelé le hile du foie. C'est au niveau du hile que la veine porte et l'artère hépatique pénètrent dans le foie, et que passent des canaux biliaires majeurs.

Chaque lobe du foie est divisé en segments; on compte 8 segments en tout. Ces divisions anatomiques sont importantes pour les interventions chirurgicales : lorsqu'une partie du foie est endommagée et doit être extraite, la résection suit souvent ces contours anatomiques. (7)

segmentation hépatique



Vascularisation

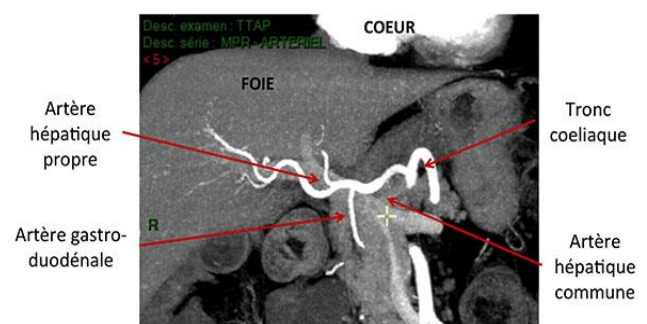
Le foie est un des organes les plus densément vascularisés du corps humain. Il contient plus de 10% du volume sanguin total du corps, et il est traversé par 1,4 litre de sang en moyenne à chaque minute (pour un adulte).

Le foie reçoit le sang de deux vaisseaux majeurs : l'**artère hépatique** et la **veine porte**. En pénétrant dans le foie, ces vaisseaux se divisent jusqu'à former un très dense réseau de vaisseaux extrêmement fins.

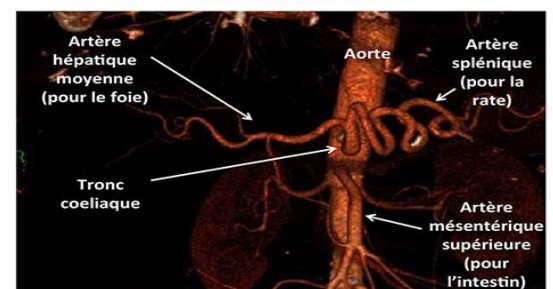
Le sang de l'artère hépatique apporte essentiellement l'oxygène nécessaire aux cellules du foie. Selon les personnes, l'anatomie varie. Le foie peut posséder une à trois artères:

- l'artère hépatique moyenne, qui naît du tronc coeliaque,
- l'artère hépatique droite, qui naît de l'artère mésentérique supérieure,
- l'artère hépatique gauche, qui naît de l'artère gastrique gauche. (7)

Artères du Foie



Artères du Foie



Anatomie fonctionnelle:

A côté de cette anatomie « morphologique », il y a actuellement une description plus récente, mieux adaptée à la chirurgie, appelée anatomie fonctionnelle. Cette description a été initialisée par Cantlie en 1898 (8), complétée par les travaux de McIndoe et Counseller en 1927 (9), Tung en 1939 (10), Hjorstjö en 1931 (11), Goldsmith et Woodburne en 1957 (12). Elle a été formalisée par Couinaud en 1957 (13), et c'est cette systématisation, qui est actuellement la plus employée.

Cette systématisation fonctionnelle est fondée sur l'organisation de la plus petite unité fonctionnelle du parenchyme hépatique: l'acinus selon Rappaport. Il s'agit d'une structure parenchymateuse hépatique dont le centre est un espace porte et la périphérie une veine centrolobulaire (en fait, à cheval sur deux lobules). Chaque espace porte contient une branche de l'artère hépatique, une branche de la veine porte et un canal biliaire. Les hépatocytes sont disposés en lame d'une cellule d'épaisseur qui forment un capillaire, le sinusoiide. Ces sinusoiides convergent vers la veine centrolobulaire. Ainsi, un lobule hépatique a son propre apport sanguin artériel et porte, son propre drainage biliaire, et un drainage veineux par la veine centrolobulaire. Les veines centrolobulaires, en convergeant, forment les veines sus-hépatiques. Les branches de la veine porte et de l'artère hépatique avec leur canal biliaire correspondant se divisent, au fur et à mesure de leur cheminement ensemble dans le parenchyme hépatique jusqu'au lobule.

L'ensemble est entouré à l'intérieur du parenchyme hépatique par une émanation fibreuse de la capsule de Glisson d'où le nom de « pédicule glissonien ». Les portions de foie, ainsi vascularisées, sont indépendantes les unes des autres, et sont séparées par les veines sus-hépatiques. Elles peuvent être traitées (enlevées) sans compromettre le fonctionnement du reste du parenchyme hépatique.

Toutefois, telle qu'elle a été décrite par Couinaud, cette systématisation a l'inconvénient de ne pas tenir compte du foie en position anatomique dans la cavité abdominale c'est-à-dire s'enroulant autour du rachis, occupant l'hypocondre droit. Les termes classiques de paramédian et de latéral correspondent à une description « cadavérique » d'un foie posé sur une table; dans une position fonctionnelle, il convient mieux de parler d'antérieur et de postérieur. (14)

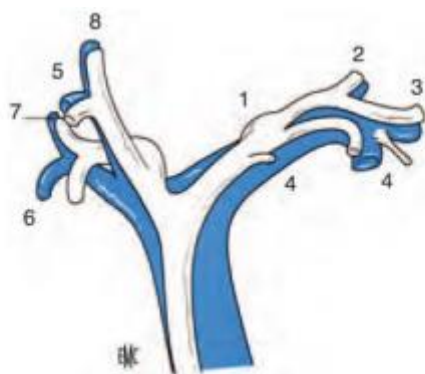


Figure 4. Division des pédicules glissoniens au moment de la pénétration dans le parenchyme hépatique (seuls sont représentés les branches portes et les canaux biliaires).

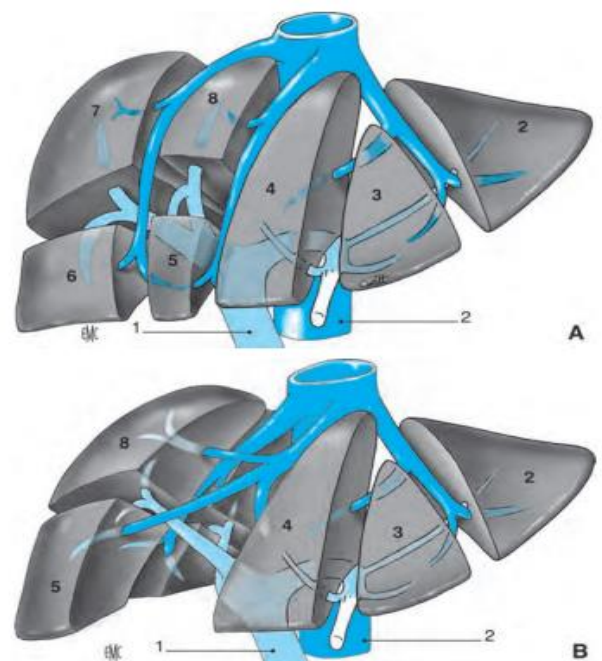


Figure 6. Anatomie éclatée du foie. Noter les modifications de l'axe de la veine sus-hépatique droite selon que le foie est disposé à plat (travaux d'anatomie) « ex vivo » ou figuré en position réelle « in vivo ». Les segments 6 et 7 deviennent alors réellement postérieurs et non pas postérolatéraux. 1. Veine cave inférieure ; 2. veine porte.
A. Foie « ex vivo » ;
B. Foie « in vivo ».

Les Fonctions du Foie

Le sang de la veine porte parvient au foie chargé de très nombreuses substances issues de la digestion ou de l'activité des organes du système digestif. Ces molécules sont absorbées par les cellules du foie qui sont dotées d'enzymes spécifiques et permettent leur transformation chimique. Ces modifications effectuées par le foie sont vitales pour l'organisme; elles ont pour objectifs principaux :

- le stockage et la répartition des nutriments issus de la digestion
- la dégradation des substances toxiques
- la synthèse de la plupart des protéines du sang
- la production de la bile. (15)

Métabolisme des glucides et lipides

Les glucides (glucose, fructose, galactose) sont transformés en glycogènes et stockés au sein des hépatocytes. En fonction des besoins de l'organisme, le foie retransforme ensuite ce glycogène en glucose, et le libère dans la circulation sanguine. Si les réserves de glycogène sont épuisées, les cellules hépatiques peuvent aussi synthétiser du glucose à partir d'acides aminés notamment. On parle alors de néoglucogenèse.

Les lipides parvenant au foie sont transformés en triglycérides et stockés dans les cellules hépatiques. En réponse aux besoins énergétiques du corps, ces triglycérides peuvent être ensuite divisés en acides gras et utilisés. (15)

Synthèse des protéines sanguines

A partir des protéines et acides aminés issus de la digestion, les cellules du foie synthétisent la majorité des protéines sanguines :

- l'albumine
- toutes les globines (hémoglobine, globuline...)
- et les facteurs de la coagulation. (15)

Détoxification et production de la bile

Certaines substances qui arrivent au foie sont toxiques pour l'organisme : le rôle du foie est de dégrader ces substances en produits non-toxiques. Les produits liposolubles sont ensuite reversés dans la bile, puis dans l'intestin, et éliminés dans les selles. Les produits hydrosolubles sont reversés dans le sang, qui les mène jusqu'aux reins : ils sont éliminés par les urines.

Le foie joue aussi un rôle essentiel dans le cycle de décomposition de l'hémoglobine. Les globules rouges ont une durée de vie d'environ 120 jours. À l'issue de cette période, ils sont détruits dans la rate, où la dégradation de l'hémoglobine produit de la bilirubine libre. La bilirubine libre est toxique et peut être nocive; elle possède une couleur jaune caractéristique. Elle parvient au foie par voie sanguine et y est transformée en bilirubine conjuguée, non toxique. Celle-ci est ensuite déversée dans la bile, dont elle est un des composants majeurs : c'est elle qui est responsable de la couleur jaunâtre de la bile et, lors de son évacuation par l'intestin, donne la couleur jaune / marron des selles.

Les médicaments pris par voie orale parviennent de la même façon au foie : celui-ci absorbe et élimine une partie des substances actives du médicament. Les dosages des médicaments prennent en compte cette intervention du foie, qu'on appelle « effet de premier passage ».

Les cellules du foie secrètent de la bile de façon continue. Liquide jaunâtre, la bile contient de la bilirubine, des acides biliaires, du cholestérol, de la lécithine et de nombreux autres composants. (15)

2. Voies biliaires :

La bile est un liquide biologique intervenant principalement dans la digestion des composés lipidiques, et participant également à la détoxification de l'organisme par l'excrétion de métabolites étrangers (médicaments, toxines...) dans le tube digestif. La bile est sécrétée par les hépatocytes, emprunte des canaux biliaires intra-hépatiques puis des canaux extra hépatiques avant d'être déversée dans le duodénum. Entre les repas, elle est stockée par la vésicule biliaire.

1. Voies biliaires intra-hépatiques :

Les canaux biliaires situés à l'intérieur du foie sont appelés canaux biliaires intrahépatiques. Ces petits canaux s'unissent pour former des canaux plus larges qui, ultimement, fusionnent pour former les canaux hépatiques droit et gauche. Ces canaux drainent les lobes droit et gauche du foie. (16)

2. Voies biliaires extra-hépatiques :

Les canaux biliaires extra hépatiques se situent à l'extérieur du foie. Ils comprennent la partie des canaux hépatiques droit et gauche qui se trouve à l'extérieur du foie, le canal hépatique commun et le canal cholédoque. (16)

Les canaux biliaires extra hépatiques peuvent être classés selon leur emplacement :

Canaux biliaires péri hilaires :

Le hile, ou région hilare, est la région où les canaux hépatiques droit et gauche quittent le foie et fusionnent pour former le canal hépatique commun. Il comprend aussi le point où le canal cystique rejoint le canal hépatique commun. Comme ces canaux se trouvent près du foie, on les nomme aussi canaux biliaires extra hépatiques proximaux. (16)

Canal biliaire extra hépatique distal :

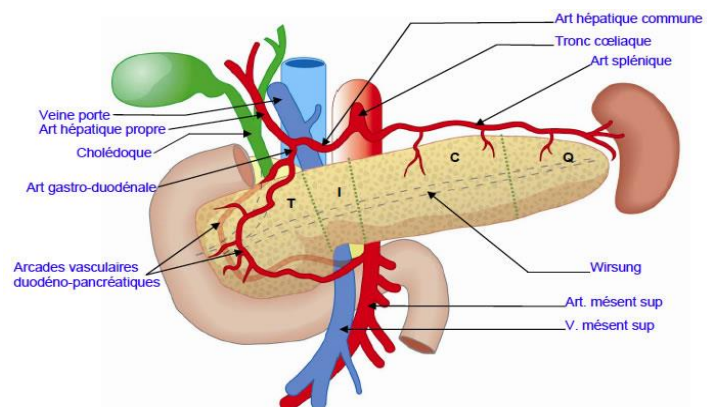
Le canal biliaire extra hépatique distal est formé du canal cholédoque. Il se situe un peu plus loin à l'extérieur du foie, après la jonction du canal cystique avec le canal hépatique commun et avant l'ampoule de Vater (mais il n'inclut pas ces structures). (16)

3. Pancréas :

ANATOMIE DU PANCRÉAS

Le pancréas est un organe profondément situé dans la cavité abdominale. Il comporte plusieurs parties qui peuvent être réséquées séparément par le chirurgien qui sont de droite à gauche : la tête dont la partie inférieure et gauche est le crochet ou uncus, l'isthme, le corps et la queue

La tête du pancréas située sous le foie est bordée par le duodénum auquel elle adhère intimement. Elle est traversée par la voie biliaire principale ou canal cholédoque qui amène la bile produite par le foie jusqu'au duodénum où elle participera à la digestion des graisses.



L'isthme est la partie médiane pancréas et la plus étroite située juste en avant des vaisseaux de l'intestin. Le corps du pancréas s'étend obliquement vers la gauche et le haut.

La queue du pancréas constitue l'extrémité gauche du pancréas.

Toute la longueur du pancréas est traversée par le canal pancréatique principal dit canal de Wirsung qui collecte les sucs digestifs fabriqués par le pancréas pour les déverser dans le duodénum au travers d'un orifice commun avec l'abouchement de la voie biliaire avec laquelle il se réunit au niveau de l'ampoule de Vater avant d'atteindre le duodénum par un orifice appelé papille. (17)

FONCTION DU PANCRÉAS

Le pancréas a deux fonctions: sécrétions de suc digestif pour la digestion et sécrétion de l'insuline pour la régulation de la glycémie.

Le pancréas sécrète un suc pancréatique qui est un liquide servant à la digestion. C'est la fonction exocrine du pancréas. Ce liquide pancréatique contient de nombreuses enzymes : **l'amylase** sert à la digestion des glucides, **la lipase** à la digestion des lipides et **la trypsine** à celle des protéines.

Le pancréas est également une glande endocrine qui sécrète des hormones fabriquées par des cellules pancréatiques spécialisées regroupées en petits îlots disséminés dans le pancréas appelés îlots de Langerhans. La plus importante de ces hormones est l'insuline qui régule la glycémie dans le sang. (17)

4. La rate :

La rate est un organe profond, situé dans l'hypocondre gauche en regard de la 10e côte (côte splénique), accolé à la face latérale de l'estomac, la grande courbure. Elle est donc en position thoraco-abdominale. Elle joue un rôle dans l'immunité et dans le renouvellement des cellules sanguines.

Malgré sa topographie anatomique dans la cavité abdominale, recouverte de péritoine viscéral, la rate ne fait nullement partie de l'appareil digestif : elle n'a ni fonction endocrine, ni exocrine, uniquement des fonctions hématologiques et immunitaires.

Elle est constituée de deux sortes de tissus :

La pulpe rouge : composée de sinusoides veineux qui contiennent beaucoup d'érythrocytes

La pulpe blanche : correspondant à des follicules lymphoïdes, intervenant dans l'immunité. La rate est en effet le plus volumineux des organes lymphoïdes périphériques.

La vascularisation artérielle de la rate se fait principalement par l'artère splénique (artère liénale). Celle-ci étant l'une des 3 branches du tronc cœliaque.

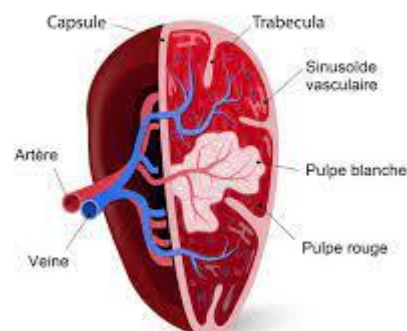
La vascularisation veineuse se fait quant à elle par la veine splénique (veine liénale), qui rentre dans la constitution du tronc porte avec les veines mésentériques supérieure et inférieure.

Les nerfs suivent les vaisseaux et principalement les artères.

➤ **Variation anatomiques :**

Les rates surnuméraires, dites accessoires, sont fréquentes, retrouvées dans plus de 10 % des cas des scanners abdominaux(18). Elles ne causent habituellement pas de problème mais des cas de torsion, se manifestant par

Anatomie de la rate



une douleur abdominale aiguë, ont été décrits(19). Dans ce cas, on retrouve une rate principale et des secondaires.

On peut également avoir des polysplénies, on retrouve alors plusieurs rate de taille équivalente, sans une dominante. Dans ce cas, on a souvent d'autres malformations : situs inversus, mauvaise disposition des vaisseaux abdominaux...

La rate, au lieu d'être lisse, peut être polylobée. Rarement elle peut être ectopique, voire, fusionnée avec une gonade(20)

V. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :

Le système gastro-intestinal a pour fonction de traiter les aliments ingérés par des moyens mécaniques et chimiques, d'extraire les nutriments et d'excréter les déchets. Les principaux processus qui surviennent dans le tractus gastro-intestinal sont: motilité, sécrétion, régulation, digestion et circulation. Le bon fonctionnement et la coordination de ces processus sont essentiels au maintien d'une bonne santé en permettant une digestion et une absorption efficaces des nutriments. (21-22)

❖ Motilité:

Ensemble des contractions musculaires d'un organe creux, provoquant la progression de son contenu d'amont en aval.

Le péristaltisme intestinal, phénomène physiologique, s'observe tout au long du tube digestif. Celui-ci est doué d'une capacité motrice autonome, contrôlée par des mécanismes musculaires nerveux et hormonaux.

La stimulation de ces contractions provient probablement de cellules de muscle lisse modifiées appelées cellules interstitielles de Cajal. Cette motricité sert à propulser les aliments du pharynx au rectum et permet par son brassage une meilleure absorption des nutriments. (23)

❖ Sécrétion :

Chaque jour, sept litres de liquide sont sécrétés par le système digestif. Ce liquide est composé de quatre composants principaux: les ions, les enzymes digestives, le mucus et la bile. Environ la moitié de ces fluides sont sécrétés par les glandes salivaires, le pancréas et le foie, qui composent les organes et glandes accessoires du système digestif. Le reste du liquide est sécrété par les cellules épithéliales gastro-intestinales.

Les composants les plus importants des fluides sécrétés sont les ions et l'eau, qui sont d'abord sécrétés puis réabsorbés le long du tractus. Les ions sécrétés sont principalement constitués de H^+ , K^+ , Cl^- , HCO_3^- et Na^+ . L'eau suit le mouvement de ces ions. Le tractus gastro-intestinal accomplit ce pompage ionique en utilisant un système de protéines capables de transporter des substances actives, de faciliter la diffusion et de déplacer les ions dans le canal. La disposition de ces protéines sur le côté apical et basolatéral de l'épithélium détermine le mouvement net des ions et de l'eau dans le tractus. (24-25)

✓ Enzymes digestives :

La seconde sécrétion vitale du tractus gastro-intestinal est celle des enzymes digestives sécrétées dans la bouche, l'estomac et les intestins. Certaines de ces enzymes sont sécrétées par des organes digestifs accessoires, tandis que d'autres sont sécrétées par les cellules épithéliales de l'estomac et de l'intestin. Alors que certaines de ces enzymes restent incrustées dans la paroi du tractus gastro-intestinal, d'autres sont sécrétées sous forme de proenzyme inactive. Lorsque ces proenzymes atteignent la lumière du tractus, un facteur spécifique à une proenzyme particulière l'activera. La pepsine, sécrétée dans l'estomac par les cellules principales, en est un excellent exemple. (24)

✓ Mucus :

Le mucus est libéré dans l'estomac et l'intestin et sert à lubrifier et à protéger la muqueuse interne du tractus. Il est composé d'une famille spécifique de glycoprotéines appelées mucines et est généralement très visqueux. Le mucus est constitué de deux types de cellules spécialisées appelées cellules de mucus dans l'estomac et de cellules caliciformes dans les intestins. Les signaux d'augmentation de la libération de mucus comprennent les innervations parasympathiques, la réponse du système immunitaire et les messages du système nerveux entérique. (24)

✓ Bile :

La bile est sécrétée dans le duodénum de l'intestin grêle par la voie biliaire principale. Il est produit dans les cellules du foie et stocké dans la vésicule biliaire jusqu'à sa libération au cours d'un repas. La bile est formée de trois éléments: les sels biliaires, la bilirubine et le cholestérol. La bilirubine est un déchet de la dégradation de l'hémoglobine. Le cholestérol présent est sécrété avec les fèces. Le composant sel biliaire est une substance active non enzymatique qui facilite l'absorption des graisses en l'aidant à former une émulsion avec de l'eau en raison de sa nature amphotère. Ces sels se forment dans les hépatocytes à partir d'acides biliaires associés à un acide aminé. D'autres composés, tels que les produits de dégradation du médicament, sont également présents dans la bile. (25)

❖ Régulation :

Le système digestif a un système complexe de régulation de la motilité et de la sécrétion qui est essentiel au bon fonctionnement. Cette tâche est accomplie via un système de réflexes longs du système nerveux central (SNC), de réflexes courts du système nerveux entérique (ENS) et de réflexes de peptides gastro-intestinaux travaillant en harmonie. (24)

• Réflexes longs :

Les réflexes longs sur le système digestif impliquent un neurone sensoriel qui envoie des informations au cerveau, qui intègre le signal puis envoie des messages au système digestif. Dans certaines situations, les informations sensorielles proviennent du tube digestif lui-même; dans d'autres, les informations proviennent de sources autres que le tractus gastro-intestinal. (24)

• Réflexes courts :

Le contrôle du système digestif est également assuré par l'ENS, qui peut être considéré comme un cerveau digestif pouvant aider à réguler la motilité, la sécrétion et la croissance.

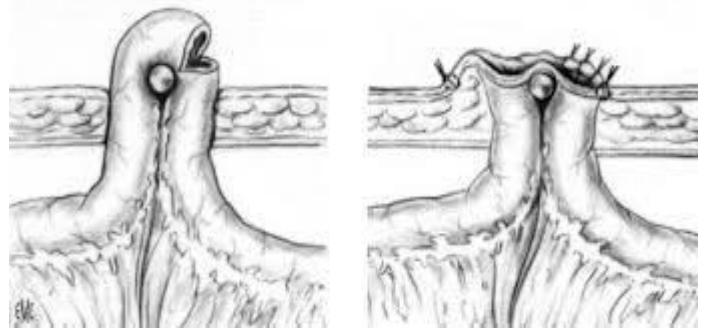
Les informations sensorielles provenant du système digestif peuvent être reçues, intégrées et traitées uniquement par le système entérique. (25)

• Peptides gastro-intestinaux :

Les peptides GI sont des molécules de signal qui sont libérées dans le sang par les cellules GI elles-mêmes. Ils agissent sur divers tissus, notamment le cerveau, les organes accessoires de la digestion et le tractus gastro-intestinal. Les effets vont des effets excitateurs ou inhibiteurs sur la motilité et la sécrétion aux sentiments de satiété ou de faim lorsqu'ils agissent sur le cerveau. Ces hormones appartiennent à trois grandes catégories, les familles de la gastrine et de la sécrétine, la troisième étant composée de toutes les autres hormones contrairement à celles des deux autres familles. D'autres informations sur les peptides gastro-intestinaux sont résumées dans le tableau ci-dessous. (26)

VI. TECHNIQUES OPÉRATOIRES DES STOMIES

Elle consiste à faire une incision cutanée sous forme de pastille de 2-3 centimètres de diamètre. L'orifice sous cutanée doit être excisé jusqu'au contact de l'aponévrose. La traversée musculo-aponévrotique doit être calibrée en tenant compte de l'épaisseur de l'anse à extérioriser. La traversée pariétale doit permettre le passage de l'intestin sans frottement, sans torsion. Pour qu'il en soit ainsi, la traversée pariétale doit permettre l'introduction facile de deux doigts. Le segment intestinal à extérioriser doit être bien vascularisé et mobile. L'extériorisation doit se faire à foyer fermé pour éviter toute souillure de la paroi. En cas d'iléostomie le mésentère de l'anse extériorisée est suturé par quelques points séparés au péritoine pariétal antérieur. Cette fixation bien faite évite l'engagement transpariétal d'une anse grêle et le prolapsus de l'anse extériorisée. (27-28)



VII. DIFFÉRENTS TYPES DE STOMIES :

Il existe deux types de stomies :

- les stomies digestives (également appelées intestinales) avec les colostomies (formées à partir du côlon) et les iléostomies (formées à partir de l'intestin grêle). (Intérêt de notre étude)
- les stomies urinaires dites urostomies (dérivation des voies urinaires à la paroi abdominale). (29)

❖ Les iléostomies :

✓ Indications et principes généraux :

Il existe deux types des iléostomies provisoires et définitives et chaque type a ces indications propres. L'iléostomie provisoire est une technique de diversion du flux iléal proposée initialement pour la protection des anastomoses colo ou iléo-anales et dont les indications se sont élargies en chirurgie d'urgence :

- Les sténoses coliques.
- Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin telles la maladie de CROHN, et la RCH.
- La colectasie aigue, les lésions hémorragiques sur RCH existante.
- L'entérocolite nécrosante.
- Les plaies iléo-caecales ou du côlon droit.
- L'iléostomie semble être efficace également dans la prévention des complications coliques au cours des pancréatites aiguës nécrosantes. (30)

✓ Les iléostomies latérales

Le montage habituel est l'iléostomie latérale terminalisée par baguette sous-cutanée. En cas de difficulté de réalisation, il peut être effectué une iléostomie latérale simple ou une iléostomie latéralisée par agrafage à la pince automatique.

• Iléostomie latérale terminalisée

S'il est nécessaire d'empêcher tout passage de selles dans l'anse distale, on peut la fermer à l'aide d'une pince agrafeuse linéaire de type TA60® ou TLX 60® agrafes bleues, avant d'ourler la stomie. L'anse est ensuite ouverte à un demi centimètre de la ligne d'agrafe et ourlée à la peau comme précédemment. Une autre technique qui ne nécessite pas de baguette est aussi décrite pour réaliser une iléostomie latérale terminalisée. L'anse est montée au travers de l'orifice pariétal puis agrafée et sectionnée avec une GIA 75®. Seul le jambage d'amont est ouvert, retourné et ourlé à la peau, le jambage d'aval pouvant être laissé fermer.

S'il est nécessaire de réaliser une fistule mucocutanée, le grêle d'aval est ouvert sur le bord anti mésentérique et ourlé à la peau sans être retourné. (31)

- **Iléostomie latérale simple**

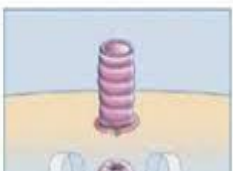
Elle est à éviter et n'est utilisée qu'en cas de difficultés d'extériorisation du grêle empêchant de réaliser une iléostomie avec retournement (lésions majeures de péritonite, obésité très importante) ou éventuellement l'extériorisation simple d'une perforation de petit diamètre. Dans le cas de grêle très inflammatoire et épais, il est peut être nécessaire d'élargir beaucoup l'incision pariétale musculo aponévrotique. Le grêle ne doit en aucun cas être étranglé dans la paroi. Ailleurs, c'est le mésentère qui est très épais, et il est nécessaire de mobiliser le grêle largement afin d'éviter une traction excessive, qui pourrait être à l'origine d'une ischémie de la paroi iléale sur son bord mésentérique. Des lésions septiques majeures, peuvent imposer de placer la baguette, non pas en sous-cutané, mais sur la peau, pour ne pas inoculer la paroi.

L'appareillage est alors difficile, l'orifice iléal affleurant la surface cutanée. Il peut être utile d'utiliser des baguettes très courtes, voire de simples drains de caoutchouc fixés à la peau pour faciliter l'appareillage. En cas d'impossibilité de réaliser un retournement du fait d'un épaissement de la paroi du grêle, l'iléostomie latérale terminalisée avec agrafage distal permet d'empêcher le passage de liquide digestif dans le grêle d'aval. Il est effectué, avant d'ouvrir l'iléostomie 2 à 3 cm en aval du futur orifice, une application d'agrafeuse linéaire munie d'agrafes de moyen calibre (4,8 mm). Ceci réalise une exclusion totale du grêle d'aval. L'inconvénient essentiel de la méthode est l'impossibilité d'accès au segment du grêle en aval. (32-33)

- **Fermeture de l'iléostomie :**

Après résection d'une collerette cutanée circonscrivant la stomie, mais présentant deux angles très aigus pour faciliter la fermeture secondaire, l'anse grêle est disséquée jusqu'en intrapéritonéal. La baguette sous-cutanée est facilement repérée et retirée. Il est ensuite réalisé une courte résection du grêle, puis une anastomose termino-terminale par deux surjets de fil résorbable. La paroi est refermée plan par plan. Habituellement la peau peut être d'emblée fermée par quelques points séparés (33).

Stomie terminale



stomie latérale



✓ **Les iléostomies terminales**

- **Iléostomie terminale définitive de Brooke :**

L'indication essentielle est la maladie de Crohn quand elle impose une colectomie totale avec proctectomie. Le grêle est habituellement passé à travers le muscle grand droit, près de son bord externe, habituellement 3 à 4 cm sous l'ombilic. Lors du temps initial de résection, le grêle a été temporairement fermé afin de ne pas souiller la paroi.

Le plus simple est d'utiliser pour cela une pince à agrafage mécanique. Une pince de Duval saisit la berge externe du péritoine pariétal au niveau du décollement pariétocolique, à proximité de l'orifice d'iléostomie. Le péritoine est décollé au doigt jusqu'à retrouver l'ouverture de la gaine du grand droit, l'ensemble de cette dissection permet de réaliser un trajet en baïonnette qui permet d'éviter un prolapsus de la stomie.

Le grêle doit dépasser la surface cutanée d'environ 4 à 5 cm. Il doit rester dans cette position spontanément, sans qu'il soit nécessaire de maintenir une traction. La péritonisation est effectuée à points séparés de fil résorbable, elle n'a pas pour but de maintenir le grêle, mais uniquement d'éviter une incarceration d'anse.

La recoupe de l'iléon extériorisé porte sur quelques millimètres. Elle est débutée par le bord anti mésentérique.



L'aspirateur est préparé pour éviter dans ce temps toute souillure de la paroi par du liquide digestif accumulé en amont de la fermeture temporaire. Il est effectué un retournement de la paroi du grêle à l'aide d'un dissecteur mousse, en commençant par le côté anti mésentérique. (33)

- **Iléostomies terminales temporaires :**

Les doubles iléostomies sont réalisées après résection du grêle quand le rétablissement immédiat de la continuité doit être évité. Ce peut être le cas de résection sur grêle très pathologique (maladie de Crohn en poussée, lésions radiques importantes), ou quand il existe des lésions majeures de péritonite. La position respective des deux orifices d'iléostomie est importante : si les stomies sont trop éloignées, cela complique le temps secondaire de Rétablissement de la continuité digestive. Il est donc souhaitable de placer les deux extrémités du grêle dans la même région de l'abdomen. Ceci n'est pas toujours possible en urgence, l'infection pouvant entraîner une rétraction mésentérique importante.

Lorsque les deux extrémités peuvent être amenées du même côté de l'abdomen, plusieurs modalités sont possibles, les deux extrémités iléales pouvant être extériorisées par deux orifices distincts ou par le même orifice (32).

- ✓ **Double iléostomies par orifices distincts :**

Dans l'idéal, on réalise deux incisions horizontales d'environ 3 cm, du même côté de l'abdomen, l'une au-dessus de l'autre, écartées d'environ 5 à 6 cm, habituellement en dehors de la gaine du droit. Il faut veiller à ne pas laisser de brèche péritonéale pouvant entraîner une occlusion par hernie interne entre les deux extrémités grêliques. Il est ainsi nécessaire de fixer le mésentère par quelques points à la paroi péritonéale entre les deux orifices. Au niveau de l'extrémité du grêle d'amont, un petit retournement est réalisé afin de faciliter l'appareillage. Le rétablissement de continuité de ce type de double iléostomie nécessite une désinsertion des deux jambages et leur extériorisation par l'un des orifices pariétaux agrandi pour permettre une anastomose hors du ventre. L'avantage de ce montage est une grande sécurité dans l'extériorisation digestive, par contre elle est source de difficultés de rétablissement de continuité et parfois de problème d'appareillage si les deux orifices sont à moins de 5 cm l'un de l'autre. (33)

- ✓ **Double iléostomies par le même orifice :**

Ce sont des iléostomies en canon de fusil où les deux extrémités du grêle sont accolées et extériorisées par la même ouverture. Il est impératif d'éviter toute torsion du grêle et de bien positionner les deux anses afférente et efférente. Habituellement l'anse afférente est située à la partie inférieure de l'orifice. Elle est extériorisée sur 3 cm, puis retournée comme dans une iléostomie terminale simple, alors que l'anse efférente affleure la peau. Le segment de grêle d'aval peut être ouvert, ourlé à la peau en dehors et solidarisé à l'anse d'amont en dedans ou laissé fermer. L'inconvénient de cette dernière technique est de ne pas permettre d'accès au segment d'aval du grêle et donc d'empêcher toute réinstillation secondaire. L'avantage est la confection d'un seul orifice à appareiller et la facilité de rétablissement de continuité ultérieure. (32)



- **Iléostomie terminale continente (KOCK) :**

Il s'agit d'une amélioration technique de l'iléostomie terminale grâce à laquelle un réservoir iléal est rendu continent au moyen d'une valve. Son évacuation nécessite un sondage(34). Les indications sont assez restreintes (35). Elles sont pratiquement limitées aux patients opérés d'une rectocolite hémorragique ou d'une polyadénomatoase familiale lorsque, après coloprotectomie totale, une anastomose iléoanale est impossible (incontinence sphinctérienne ou défaut du réservoir). On peut aussi l'utiliser dans la maladie de Hirschsprung en cas d'échec des autres solutions chirurgicales. Il est alors possible de démonter l'anastomose iléo-anale et de transformer le réservoir initial en iléostomie continente. Le principe est de réaliser un réservoir par une technique de plicature du grêle et d'associer à ce réservoir un mâchonement du grêle d'aval de façon à obtenir, par un effet de valve, une continence du réservoir qui ne s'évacue que par sondage. La dégradation des résultats de la technique proposée initialement et le développement des pinces automatiques, a amené à proposer plusieurs modifications.

Les complications sont constituées essentiellement par les fistules, le prolapsus de la valve, le glissement de la valve qui rend le montage incontinent, le volvulus du réservoir ou encore des épisodes de pouchites. (36)

- ❖ **Les colostomies :**

- ✓ **Indications et principes de réalisation d'une colostomie :**

Les indications des colostomies sont relativement fréquentes en chirurgie intestinale, qu'il s'agisse d'interventions réglées à froid ou réalisées d'urgence. Le choix de la localisation de la colostomie dépend de la pathologie en cause et de la séquence chirurgicale dans laquelle s'intègre la réalisation de la dérivation colique. Le principe de réaliser une colostomie au plus près de la lésion colique doit être nuancé, qu'il s'agisse de cancers en occlusion ou de maladie inflammatoire. (37-38)

- ✓ **Colostomies latérales ou transverse :**

L'extériorisation du côlon sans interruption de sa continuité n'est possible que sur un segment mobile, non accolé. Les colostomies latérales seront donc transverses ou sigmoïdiennes. Elles sont le plus souvent provisoires. La colostomie transverse peut être située, soit dans l'hypochondre droit, soit dans l'hypochondre gauche. (39)

- **Indications :**

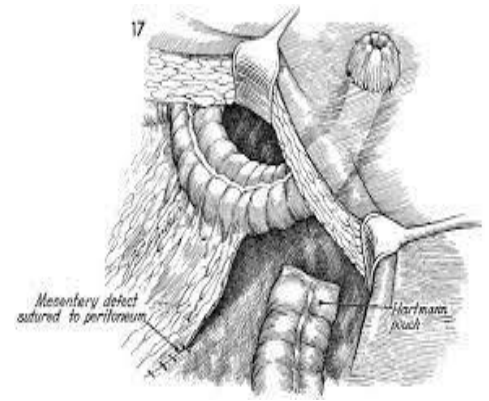
Elles sont le plus souvent temporaires, réalisées comme premier geste sur un cancer colique en occlusion, ou pour la protection d'une anastomose colorectale basse, colo-anale et colo-colique située en aval. Elles assurent une diversion totale des matières et sont facilement appareillables. Cette stomie a également comme avantage sa facilité de fermeture par voie élective.

- **Technique :**

La stomie latérale siège sur n'importe quelle partie du côlon mobile : anse sigmoïde, côlon transverse. Elle consiste à extérioriser le côlon par une incision pariétale élective en le maintenant à l'extérieur par une baguette reposant sur le plan cutané de part et d'autre de l'incision. La confection du trajet pariétal et la traversée pariétale ne diffèrent en rien de celles de la colostomie terminale. La seule modification est le diamètre de l'orifice pariétal, habituellement plus large, puisqu'il intéresse les deux jambages coliques. L'ouverture de la stomie peut être immédiate, par incision transversale au bistouri électrique sur le bord antimésocolique en respectant le pont postérieur sur lequel repose la baguette. Cette ouverture doit privilégier l'orifice de la stomie productrice.

✓ Colostomies terminales:

Une colostomie terminale peut être faite de manière identique lors d'une amputation abdominopérinéale ou d'une intervention de Hartman par voie coelioscopique. En cas d'amputation abdominopérinéale, la confection de la stomie est effectuée après la dissection par voie haute en coelioscopie avant de débiter la voie basse. Après un large décollement du péritoine par voie coelioscopique, une excision cutanée d'une collerette est faite à l'endroit où la stomie définitive a été marquée avec excision du plan cellulo-graisseux adjacent. La gaine antérieure du muscle grand droit est ensuite incisée de manière cruciforme, les fibres musculaires sont dissociées jusqu'au feuillet postérieur qui est ouvert, on retrouve alors le plan de décollement laparoscopique par « forage digital ». Le côlon sectionné en début d'intervention après agrafage automatique est alors extériorisé après son passage en sous-péritonéal par cet orifice et laissé en attente jusqu'à la fin de la réalisation du temps bas. Il est ensuite ouvert par exérèse de la ligne d'agrafe et ourlé à la paroi par des points séparés de fils à résorption lente.



En cas d'intervention de Hartman sous coelioscopie, une colostomie iliaque gauche sans passage sous-péritonéal peut être réalisée. Le côlon sera directement monté à la paroi après préparation de celle-ci, extériorisée et ensuite ouvert puis ourlé à la peau. (40)

• **Indications :**

Ce type de colostomie est temporaire après intervention de Hartmann qui associe à une colostomie terminale avec une fermeture du moignon rectal qui est abandonné dans la cavité abdomino-pelvienne. Elle peut être indiquée dans les pathologies tumorales, dans les volvulus des sigmoïdes compliqués de péritonite par nécrose et perforation, dans les pathologies diverticulaires sigmoïdiennes.

✓ Colostomies continentales :

D'anciennes techniques de colostomies continentales ont été décrites, en particulier la technique de colostomie continente avec anneau magnétique et la colostomie continente de Koch. Ces techniques sont de nos jours abandonnées.

On assiste actuellement à un développement des colostomies continentales par autogreffe musculaire.

- Colostomie périnéale pseudo continente par autogreffe musculaire :

En cas d'amputation abdominopérinéale, il est possible de proposer au patient une colostomie pseudo continente. Cette technique, proposée dès 1981 par Schmidt, repose sur le principe d'une compression circulaire du côlon en amont de la stomie par un anneau de musculature colique prélevé sur la pièce d'exérèse.

Dans la colostomie périnéale pseudo continente, la technique reste la même, mais la colostomie iliaque gauche est remplacée par une colostomie périnéale. (41-42-43)

✓ Colostomie terminale à double canon (Bouilly Volkmann)

Il s'agit le plus souvent d'un anus iliaque gauche faisant suite à une résection de l'anse sigmoïde, donc, stricto sensu d'une colostomie terminale.

• **Indications :**

Elles sont le plus souvent temporaires; indiquées dans les pathologies tumorales et dans les volvulus des sigmoïdes compliqués de nécrose et de perforation. Elles sont aussi réalisées après une colectomie segmentaire gauche.



Figure 16. Aspect terminal de l'abouchement.

• **Technique :**

L'intervention de Bouilly-Volkman (résection sigmoïdienne avec colostomie) se termine par un anus en canon de fusil. Après résection sigmoïdienne par laparotomie ou voie iliaque gauche, la péritonisation du mésocôlon rapproche les deux jambages qui sont adossés et fixés au péritoine pariétal.

Leur hémicirconférence sur le côté mésocolique est ensuite suturée : on réalise ainsi le plan postérieur d'une anastomose colocolique. Les plans antérieurs sont ensuite ourlés à la peau, l'incision étant refermée de part et d'autre. Le rétablissement de continuité se fait comme pour une colostomie latérale par voie élective. (44)

✓ **Techniques laparoscopiques**

On retrouve, dans la littérature récente, de nombreux articles qui proposent l'utilisation de la voie coelioscopique pour la confection des colostomies. Cette technique n'est possible que si la colostomie est un geste isolé ou qu'elle s'intègre dans une amputation abdominopérinéale par voie coelioscopique. Les principales indications seraient donc les maladies inflammatoires colorectales, types maladies de Crohn ou rectocolites hémorragiques compliquées par exemple de fistule rectovaginales et surtout les lésions tumorales inextirpables. Il est possible en effet de faire ainsi le bilan de lésions de carcinomes péritonéaux et de réaliser des biopsies. Elle peut aussi être indiquée pour protéger une anastomose colorectale, particulièrement après chirurgie d'un cancer du bas ou moyen rectum ayant comporté un traitement néoadjuvant. (45-46-47)

❖ **Rétablissement de la continuité :**

Il s'agit d'une intervention consistant à fermer la stomie, c'est à dire restaurer un tube digestif se terminant à l'anus naturel. Plusieurs conditions doivent être remplies pour réaliser cette intervention en sécurité :

- Résolution du problème ayant conduit à réaliser une stomie.
- Absence d'infection abdominale active.
- Absence d'anomalie ou rétrécissement sur le tube digestif en aval de la stomie.
- Bon état général, absence de contre-indication à une nouvelle anesthésie générale.
- Absence d'incontinence anale.



Pour les iléostomies, les voies d'abord dépendent de l'indication. Les colostomies latérales ou transverses et les colostomies terminales à double canon nécessitent un abord électif pour le rétablissement de la continuité digestive. La colostomie selon Hartmann nécessite un abord par laparotomie médiane.

✓ Préparation intestinale préopératoire :

● Préparation au mannitol :

Le mannitol est un alcool de sucre peu absorbé après administration orale. Il agit comme un laxatif osmotique en augmentant l'osmolarité dans l'intestin. Par conséquent, la quantité de liquide retenue dans l'intestin augmente et tout le contenu du côlon peut être excrété. Le mannitol a été largement utilisé à la fin des années 1970 et au début des années 1980 comme agent de préparation au nettoyage intestinal pour la coloscopie en raison de son efficacité, de sa facilité d'auto-administration en raison de ses volumes réduits, de son goût agréable et de l'absence d'effets secondaires systémiques significatifs. En effet, les événements indésirables (EI) les plus fréquemment signalés étaient de légères modifications des électrolytes sériques, des nausées et des douleurs abdominales, qui se résolvent toutes d'elles-mêmes. Les autres EI étaient des vomissements, une distension abdominale et une augmentation de l'hématocrite. (48)

● Préparation classique :

La préparation va commencer par un régime alimentaire adapté à mettre en place 3 jours avant l'examen. Il va consister en une alimentation sans fruits ni légumes (régime sans fibre ou sans résidu). Afin de vider le côlon, un laxatif sous forme liquide est à prendre la veille de l'examen. Il est conseillé de le boire très frais afin d'en atténuer le goût salé. Les antiseptiques intestinaux par voie orale sont prescrits dans le même temps: Néomycine ou Métronidazole, la posologie étant adaptée selon les cas.

Le jour même, en raison de l'anesthésie générale, il faut être à jeun. À partir de minuit la veille de l'examen, il ne faut ni manger ni boire et ne pas fumer. (49)

✓ Technique de fermeture : (50-51)

▪ Rétablissement après intervention de Hartmann

C'est la laparotomie médiane reprenant l'ancienne incision. On fait une libération des adhérences du grêle, exposant le moignon rectal. La colostomie est démontée, un segment colique est réséqué afin de mettre en continuité un segment colique non inflammatoire. Une anastomose mécanique trans-suturale est réalisée.

▪ Rétablissement après intervention de Bouilly Volkmann

Il faut préparer le côlon à la fois par lavement pour le segment d'aval et par irrigation (mannitol, polyéthylène glycol pour le segment d'amont. Il est nécessaire d'avoir une maturation de la stomie et la disparition des phénomènes inflammatoires locaux : un délai de 2 à 3 mois est habituel. Cette fermeture débute par une incision circonscrivant la stomie et emportant son pourtour de quelques millimètres.

Puis le côlon est dégagé du tissu cellulaire sous-cutané. La libération du plan musculo-aponévrotique et péritonéal doit être absolument complète. Après, on effectue une excision de la stomie suivi de l'hémostase des vaisseaux sous-muqueux. Un surjet extra-muqueux de fil à résorption lente referme transversalement l'intestin loin de la brèche pariétale. On referme l'ouverture musculo-aponévrotique suivi de celui de la peau.

VII. COMPLICATIONS DES STOMIES DIGESTIVES :

• COMPLICATIONS PRECOCES :

Elles surviennent dans les suites immédiates de la chirurgie :

- Hémorragies : secondaires à une hémostase insuffisante (section digestive ou paroi) ou à une muqueuse fragile. Elles nécessitent parfois une reprise chirurgicale ou un drainage.
- Nécrose de la stomie : rare. La stomie devient cyanosée puis noire. Elle nécessite la reprise chirurgicale afin d'aller vérifier l'état du tube digestif intra-abdominal et refaire une stomie.
- Eviscération : secondaire à une mauvaise fixation pariétale sur un orifice trop large. Il faut réintervenir en urgence afin de réintégrer les anses digestives.
- Désinsertion partielle ou totale de la stomie qui rentre dans l'abdomen urgence chirurgicale
- Occlusion du grêle : en cas d'engagement ou d'incarcération d'une anse dans une gouttière colo-pariétale. Il faut réintervenir en urgence.
- Abscess péricolostomie : avec des signes locaux d'infection et parfois une crépitation gazeuse en cas de gangrène cutanée. (52)

• COMPLICATIONS TARDIVES :

- Prolapsus : (surtout en cas de colostomie), il correspond à l'extériorisation soit de la seule muqueuse voire des trois tuniques digestives. Il peut provoquer des complications pour l'appareillage. En cas de prolapsus important, on peut être amené à réintervenir chirurgicalement.
- Eventration péri-stomiale : on observe une voussure centrée sur la stomie. Elle comporte un risque d'étranglement ou d'engouement.
- Sténose de la stomie.
- Perforation digestive : le plus souvent secondaire à des gestes (irrigation, endoscopie...)

Et dans tous les cas, les troubles psychologiques. Ils dépendent de la personnalité antérieure du patient.

- Modification fondamentale de la relation au corps
- Acceptation de la perte de la fonction excrétrice, de l'intégrité de la surface de son ventre, de son appartenance au monde de ceux qui n'ont pas les problèmes que pose la vie avec une stomie.
- Sentiment de honte, de culpabilité (notamment par la perte de la fonction excrétrice qui correspond à un moment décisif dans le processus de socialisation)
- En cas de non acceptation des deuils nécessairement à l'acceptation de la stomie, on peut voir apparaître des états maniaques, dépressifs, une désocialisation...
- La culpabilité peut rendre pathologiques des traits névrotiques antérieurs.
- Conduites compulsives : peur de salir, de sentir mauvais, organisation ritualisée de la vie, compulsions morbides au nettoyage.
- Un sujet phobique peut prendre sa stomie comme un prétexte -> ne plus travailler, à ne plus prendre de responsabilité...
- Le risque d'isolement du patient est réel.
- La préparation psychologique est fondamentale (lorsqu'elle est possible -> toujours au moins en parler, même en cas d'urgence). (52)

VIII. PRISE EN CHARGE DES STOMIES :

➤ Appareillage :

Il existe principalement deux types d'appareillages de stomathérapie :

- Appareillage que l'on appelle **Une Pièce**
- Appareillage que l'on appelle **Deux Pièces**

- Appareillage ou système une pièce :

Dans le cas d'un système une pièce, la poche de recueil est directement mise sur la peau en regard de la stomie. Il existe des poches de stomie à découper selon la taille et la forme de la stomie et des poches prédécoupées.

Le système une pièce convient aux colostomies, iléostomies il doit être changé une à deux fois par jour, au moment de la toilette quotidienne.

Si les selles sont moulées, ce qui est généralement le cas dans le cadre d'une colostomie gauche, la poche est fermée et possède un filtre pour évacuer les gaz. Les poches de recueil peuvent avoir une capacité différente selon les types de stomies. Les poches de stomie sont à usage unique et se changent une à deux fois par jour. (53)

Si les selles sont liquides, ce qui est généralement le cas dans le cadre d'une iléostomie, la poche est vidable et possède un filtre pour évacuer les gaz. Elle est donc ouverte et peut se vider par sa partie basse qui est composée d'un clamp. Les poches peuvent avoir des capacités différentes selon les types de stomies. Elles sont changées au moins une fois par jour

- Appareillage deux pièces :

Dans le cas d'un système deux pièces, la partie qui est en regard de la stomie directement en contact avec la peau s'appelle un support. Il s'agit d'une plaque adhésive souple et ronde que l'on colle autour de la stomie. Cette plaque est indépendante de la poche de recueil qui vient se fixer à elle par un système d'emboîtement, de collage ou de verrouillage. Le support et la poche forme ainsi l'appareillage complet. (53)

Le support reste généralement collé à la peau deux ou trois jours alors que la poche est changée tous les jours ou vidée autant que nécessaire comme dans le cas d'un système une pièce.



Soins des stomies :

Les soins locaux sont faciles à réaliser dans les colostomies gauches. Ils sont beaucoup plus astreignants dans les colostomies droites et surtout les iléostomies.

L'entretien et le nettoyage de la stomie et de la peau qui l'entoure, se font simplement avec de l'eau et du savon de Marseille. Il ne faut pas utiliser les différents antiseptiques qui risquent d'irriter la peau, pas d'éther, pas d'alcool. Il est inutile d'utiliser du matériel stérile.

La peau doit être ensuite rincée et soigneusement séchée sans frotter avec plus de rigueur pour l'iléostomie de façon à obtenir une adhérence parfaite de la poche avant la mettre en place.

Les lésions cutanées qui sont souvent d'origine mécanique, rarement d'origine infectieuse ou allergique, risquent surtout de se voir dans les iléostomies et les colostomies droites. Elles sont favorisées par la multiplication des changements de poches et surtout par la survenue de diarrhée prolongée. L'application d'éosine aqueuse, le séchage de la peau et la mise en place d'un protecteur cutané deviennent indispensables.

➤ Diète et stomie :

La diète qui convient aux personnes ayant une nouvelle stomie a toujours été source de confusion et (parfois) de crainte : les gens ne savent pas trop quels aliments limiter, et pendant combien de temps et pourquoi la consommation de certains aliments doit être limitée. L'heure des repas peut devenir une source d'inquiétude plutôt qu'une activité agréable.

Les restrictions diététiques à court terme sont davantage associées aux iléostomies qu'aux colostomies. Les aliments qui causent le plus de soucis sont ceux qui contiennent de la cellulose, la fibre naturelle, ou le squelette pour ainsi dire, qui fait que les fruits, les légumes, les noix et les graines tiennent ensemble. Les humains sont incapables de digérer ces aliments dans l'intestin grêle (au moyen d'enzymes ou d'acides). Ces fibres peuvent être décomposées d'autres façons : en mastiquant bien les aliments, en les coupant en petits morceaux ou en les cuisant pour les ramollir. On peut remarquer que pendant les émissions d'iléostomie les aliments comme les carottes, les pois et les pêches ont le même aspect qu'au moment où ils ont été avalés. Par conséquent, pendant la période initiale de six semaines après la chirurgie, la diététiste pourrait recommander les modifications suivantes :

- Évitez les fruits et légumes crus.
- Cuisez les fruits et légumes jusqu'à ce qu'ils cèdent facilement à la pression d'une fourchette.
- Évitez les pelures et les graines des fruits, ainsi que les fruits séchés.
- Évitez les noix et les graines (sauf s'ils sont transformés, comme en beurres crémeux) et le maïs soufflé.

En ce qui concerne les personnes qui ont une colostomie, aucune restriction alimentaire n'est vraiment nécessaire pendant toute la période postopératoire. Dans le gros intestin, les « bonnes » bactéries qui s'y trouvent normalement peuvent digérer partiellement la cellulose, décomposant certaines des fibres des fruits, des légumes et des graines en plus petits morceaux. Les selles provenant du côlon ont généralement plus de volume, et la stomie a généralement un diamètre plus gros, afin de permettre à des selles formées et plus volumineuses de passer. Les modifications diététiques s'appliquant aux personnes ayant une colostomie sont davantage axées sur la gestion des gaz et des odeurs. (54)

➤ Stomie et qualité de vie :

La pose d'une stomie, qu'elle soit définitive ou temporaire, engendre des conséquences physiques et psychologiques majeures pour les patients et leur entourage. Il leur faudra apprendre à gérer ces

répercussions au quotidien, tout en faisant face, parfois, aux effets d'un cancer. Une stomie engendre des modifications de l'image corporelle, l'adaptation à l'utilisation du matériel, les retentissements sur la vie familiale, sexuelle, professionnelle et sociale, sont autant d'éléments que les personnes stomisées devront surmonter.

Professionnellement, un tiers des personnes stomisées changent de métier ou d'activité professionnelle, alors qu'aucune contrainte ne les obligeait à opter pour une nouvelle orientation. La crainte du regard des collègues et de l'employeur est la plupart du temps la cause de ce changement. De plus, ceux-ci, quand ils ne sont pas informés de la stomie, ne comprennent pas les réactions « étranges », les absences et les départs soudains de l'employé qui a en fait rencontré des soucis avec sa poche. La prise en considération de ces répercussions sera la garantie pour le patient stomisé et son entourage de ne plus subir ces effets, mais au contraire de mieux les gérer, et ainsi limiter leurs impacts.

L'image du corps qui s'est modifiée, la difficulté à accepter cette nouvelle image corporelle, le rejet de la stomie et les répercussions du stress qui agissent directement sur la qualité des relations au sein du couple, risquent d'altérer lourdement la sexualité. (55)

➤ Aide medico-sociale des stomisés :

L'entérostomie pose des problèmes spécifiques et il est donc normal que les entérostomisés bénéficient de soins particuliers. Sur le plan individuel, ils seront pris en charge par l'équipe médicale qui a pour mission de traiter son affection causale. Sur le plan collectif, ils doivent aussi être aidés comme les autres groupes de handicapés. Cette aide collective existe aujourd'hui dans de nombreux pays. Ce résultat a pu être atteint grâce à la création d'associations de stomisés et au développement de la stomathérapie.

A - LES ASSOCIATIONS DE STOMISES :

Leur but est d'accompagner ces personnes, elles organisent des réunions, favorisant les échanges de vues, éditent des bulletins périodiques. Certains stomisés, bien réadaptés, peuvent être utilisés en qualité de « visiteurs » pour prendre contact avec de futurs ou récents opérés. Ces contacts sont un excellent relais psychologique de l'action du chirurgien, car la valeur de l'expérience vécue est irremplaçable. L'information se fait aussi auprès de toutes personnes, groupements ou instances diverses qui peuvent intervenir dans la vie de ces handicapés. Les associations de stomisés des différents pays sont regroupées au sein de l'International Ostomy Association. (56-57-58)

B - LA STOMATHERAPIE :

Elle se définit comme l'ensemble des soins infirmiers et des conseils nécessaires aux stomisés (appareillage, soins locaux, action psychologique) à l'exclusion des soins médicaux. C'est l'activité des stomathérapeutes, infirmières qui acquièrent une compétence dans ce domaine à la suite d'un enseignement spécial délivré dans une école de stomathérapie.

DEUXIEMME PARTIE:

DEROULEMENT DE L'ETUDE :

I. LES ANNEXES :

Fiche d'exploitation

I) Patient

- Nom et prénom:
- Sexe : H F
- Age :
- ATCD:
 - 1) Médicaux :
 - 2) Chirurgicaux :
- Mode de consultation :
 - ✓ Urgence
 - ✓ Consultation externe

II) Clinique

- Déshydratation
- Fièvre
- Vomissement
- Rectorragies
- Troubles de transit
- Douleur abdominopelvienne

III) Biologie

	OUI	NON
- NFS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		
- Ionogramme sanguin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		
- Albuminémie - Protidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		
- Preuve anatomopathologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		

IV) Imagerie

	OUI	NON
- ASP face debout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		
- Echographie abdominale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		
-TDM abdominale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		
- Endoscopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Résultats</u>		

V) Diagnostic ou indication opératoire :

.....

VI) Type de stomi

- Ileostomie
- Colostomie :
 - o Transverse
 - o Gauche (sigmoidostomie)
 - o Droite (coecostomie)
 - o Périnéale pseudo continente

VII) Réversibilité de la stomie

- Provisoire
- Définitive

IX) Evolution et complications

1) Complications stomiales précoces

- Suppurations péristomiales
- Ischémie et nécrose stomiale
- Rétraction stomiale
- Eviscération stomiale
- Fistules
- Occlusion
- Trouble du transit
- Hémorragie et hématome
- Sténoses
- Irritation péristomiale

2) Complications stomiales tardives

- Prolapsus
- Eventration péristomiale
- Sténoses
- Perforations stomiales

✓ Absence de complications

3) Retentissements psychologiques

- Evaluée
- Non évaluée

4) EVOLUTION

- Favorable
- Rétablissement
- Décès

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille

▲ Prénom

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

- Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

- Bien meilleur Plutôt meilleur À peu près pareil Plutôt moins bon Beaucoup moins bon

3. Les questions suivantes portent sur des activités quotidiennes.
Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités?

Oui, beaucoup limité.e Oui, un peu limité.e Non, pas du tout limité.e

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport, etc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles, etc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Soulever et porter les courses. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Monter plusieurs étages par l'escalier. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Monter un étage par l'escalier. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Marcher plus d'un kilomètre à pied. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Marcher plusieurs centaines de mètres. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Marcher une centaine de mètres. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé physique?

Oui Non

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé émotionnelle?

Oui Non

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnelle vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

- Nulle Très faible Faible Moyenne Grande Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément

Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses sont allées pour vous au cours de ces 4 dernières semaines. Choisissez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez.

9. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. Vous vous êtes senti.e dynamique?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Vous vous êtes senti.e très nerveux.se?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Vous vous êtes senti.e si découragé.e que rien ne pouvait vous remonter le moral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Vous vous êtes senti.e calme et détendu.e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Vous vous êtes senti.e débordant.e d'énergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Vous vous êtes senti.e triste et abattu.e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Vous vous êtes senti.e épuisé.e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Vous vous êtes senti.e bien dans votre peau?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Vous vous êtes senti.e fatigué.e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants sont-ils vrai ou faux pour vous?

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe malade plus facilement que les autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Je suis en parfaite santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

▲ Signature du patient

▲ Date

II. OBJECTIF DE L'ETUDE:

L'objectif de cette étude prospective, menée sur un échantillon de 50 patients bénéficiant de stomies pour diverses indications, est d'évaluer la qualité de prise en charge, l'efficacité de la thérapeutique et de déterminer l'impact globale des stomies sur la qualité de vie des patients. Cette études a permis d'examiner les motifs de consultation, type de consultation, de discuter les bilans biologiques, les types de stomies confectionnées, ainsi que les complications postopératoires. De plus, nous avons évalué l'impact sur la vie quotidienne des patients à l'aide du questionnaire SF-36, un outil pour mesurer la santé perçue et le bien-être physique et psychique. Cette analyse approfondie vise à identifier les facteurs clés qui contribuent à une meilleur gestion des soins de stomies et à fournir des données essentielles pour améliorer les stratégies de soutien et d'éducation des patients stomisés, afin de promouvoir leur autonomie et leur intégration sociale optimales.

III. Matériels et méthode :

1. Type, lieu et durée d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective, faite pendant notre stage d'internat, sur 50 de patients Stomisés, opérés au niveau de service de Chirurgie A, CHU de Tlemcen sur une période de 1an (du juillet 2023, au mai 2024).

1. Recrutement :

L'étude concerne les patients opérés et hospitalisé pour une Stomie, de type iléostomie ou colostomie.

2. Critères d'inclusion :

- Sujets à tout âge confondu.
- Sujets masculin et féminin.
- Sujets opérés et hospitalisés pour une stomie de toute cause.

3. Critères de non inclusion :

- Les patients avec eosophagostomie, gastrostomie et jéjunostomie.
- Les patients non consentants.

4. Recueil des données :

La collecte des données s'est faite d'une manière active par interrogatoire et examen direct des patients. Pour cela, une fiche d'exploitation pour recueil de données a été établie pour chaque patient, elle précise :

- Nom et prénom
- Age
- Le genre
- Les antécédents médicaux
- Les antécédents chirurgicaux
- Mode de consultation
- Motif de consultation
- Biologie
- Imagerie

- Diagnostique
- Type de stomie
- Réversibilité de la stomie
- Complication précoce et tardive
- Mortalité

a. Analyse des données :

L'analyse statistique est réalisée par le logiciel IBM SPSS Statistiques 26 et les graphes sont tracés par le logiciel Microsoft Office Excel 2013. Les variables sont représentées en termes d'effectif et/ou pourcentage.

b. Taille de l'échantillon globale :

Notre étude était réalisée sur 50 cas.

IV. Analyse descriptive :

1. Répartition des patients :

a. Selon l'âge :

Dans notre groupe d'étude formé de 50 patients ayant subi des iléostomies, des colostomies ou des iléo colostomies. L'âge moyen de nos malades était de 56,92 (extrêmes 16-96ans), on note que la tranche d'âge [49 ; 59] est la plus représentée par 16 patients soit un pourcentage de 32%, suivie par la tranche d'âge [60 ; 70] représentée par 15 cas soit un pourcentage de 30%. La tranche d'âge la moins représentée était [16 ; 26] et [93 ; 103] avec 2 patients soit un pourcentage de 2% pour chacun.

Aucun patient n'appartient à la tranche d'âge [82 ; 92].

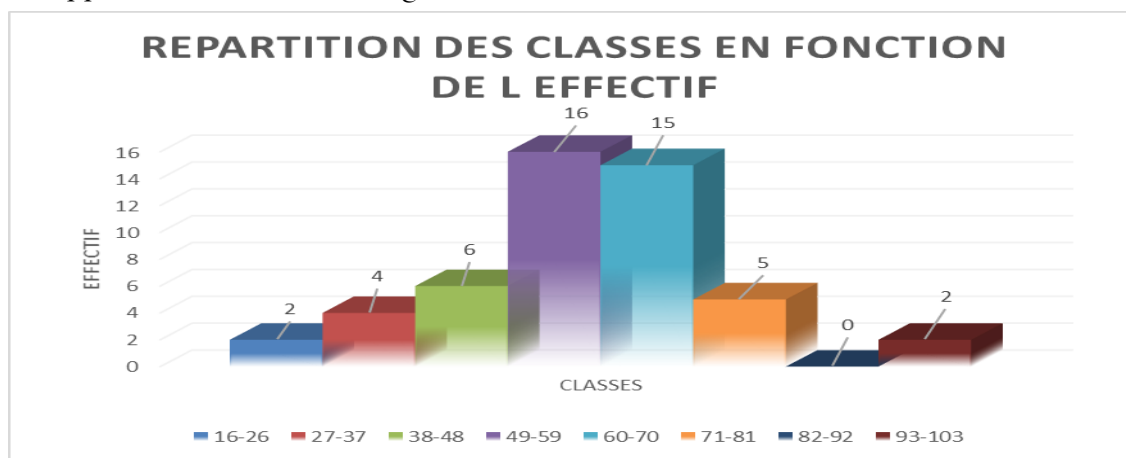
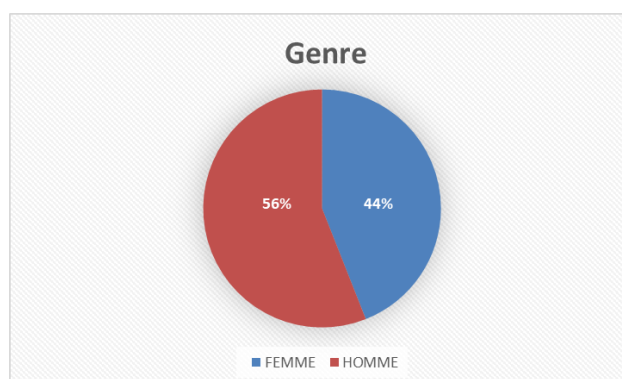


Figure 01 : Répartition des patients selon des tranches d'âge et l'effectif.

b. Selon le sexe :

Le genre masculin était le plus représenté avec un pourcentage de 56% soit 28 patients.

Figure 02 : Répartition de la population selon le genre



c. Les Antécédents :

- Médicaux :

Concernant les antécédents médicaux dans notre population, il est à noter que 50% des patients présentent des antécédents médicaux soit 25 cas.

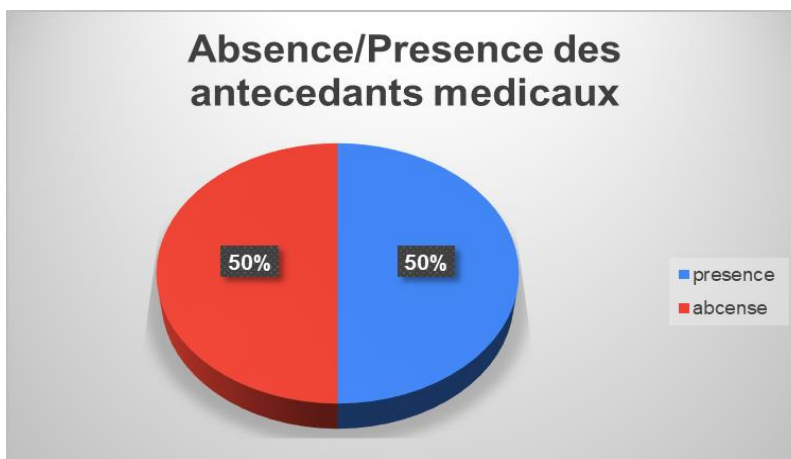


Figure 05 : Répartition de la population selon la présence ou l'absence d'antécédents médicaux.

Parmi les patients ayant des antécédents médicaux, l'hypertension artérielle se distingue comme étant l'antécédent le plus courant, concernant 15 cas, ce qui représente 35.7% des patients avec antécédents. Le diabète arrive en seconde position, affectant 9 cas soit 21.4% de cette sous-population.

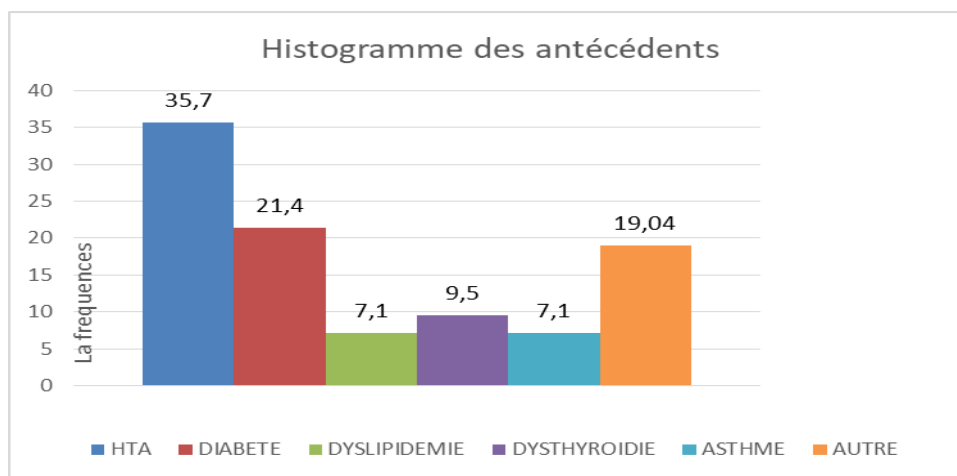
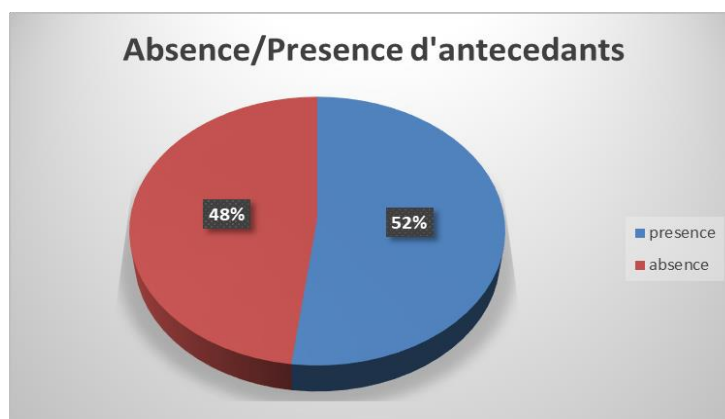


Figure 06 : Répartition des antécédents médicaux.

- Chirurgicaux :

52% des participants à notre étude, soit 26 patients, ont indiqué avoir des antécédents chirurgicaux.

Figure 07 : Répartition de la population selon la présence ou l'absence des antécédents chirurgicaux



Parmi les patients ayant des antécédents chirurgicaux, 10 d'entre eux ont subi une cholécystectomie, ce qui représente 27,78% de cette catégorie et constitue l'antécédent chirurgical le plus fréquent.

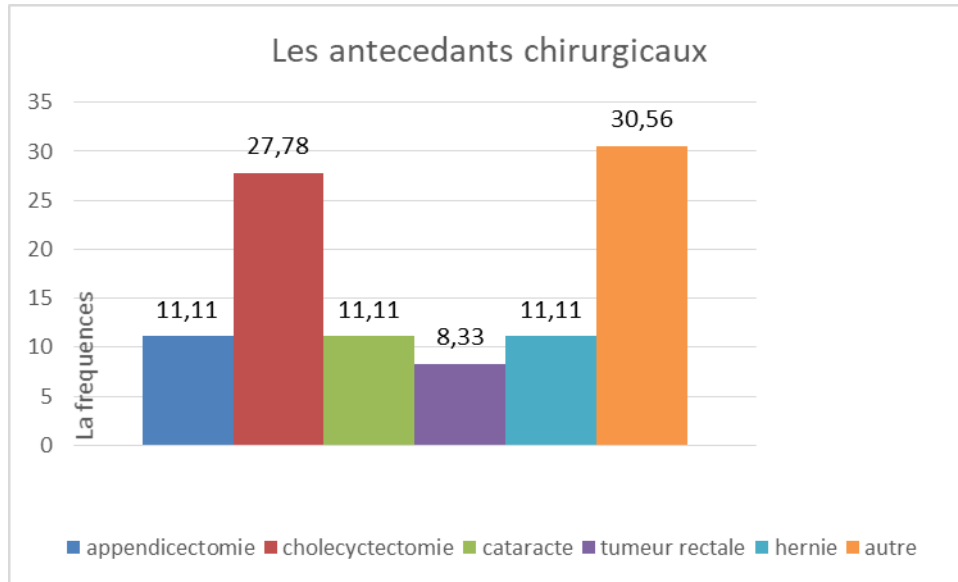


Figure 08 : Répartition des antécédents chirurgicaux

d. Biologie :

➤ **Hémogramme :**

Dans les résultats de l'hémogramme de notre étude, 36% des patients, correspondant à 18 cas, ont une FNS normal. Par ailleurs, 22%, soit 11 cas présentent une anémie. Enfin, 18% des patients, représentant 9 cas, ont montré une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles.

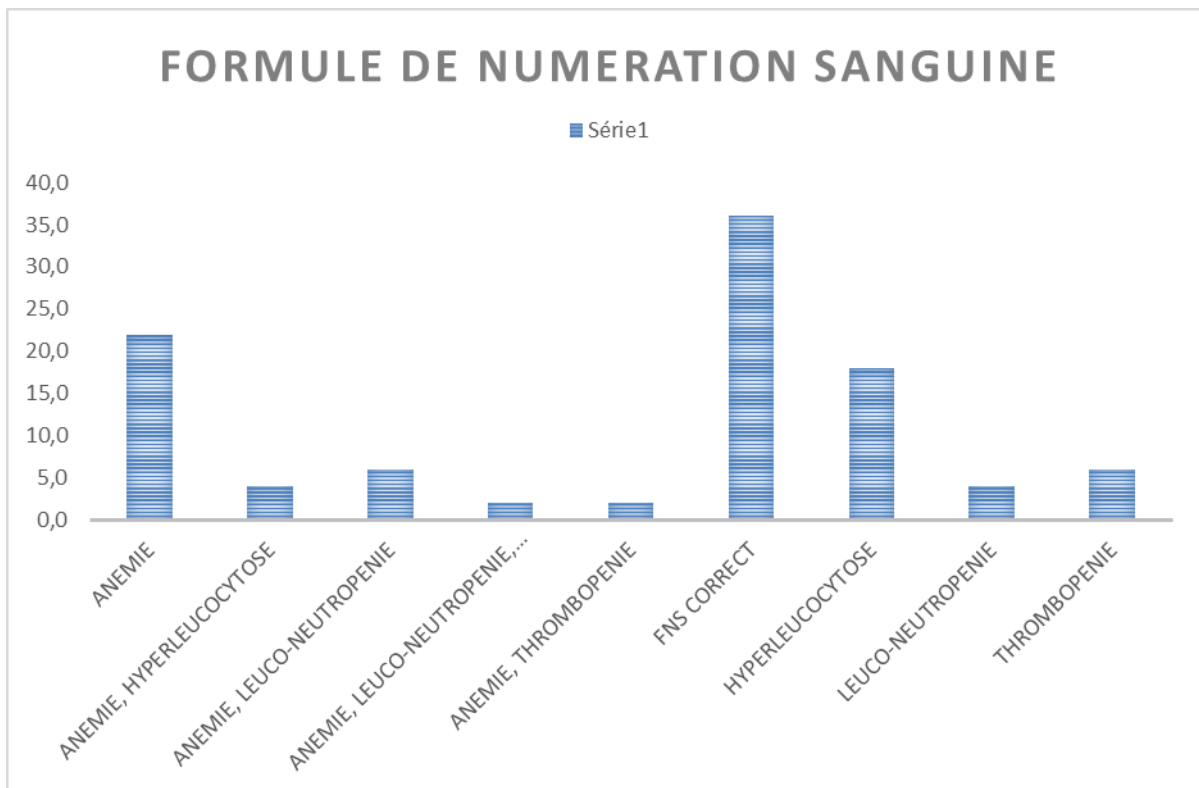


Figure 09 : Anomalies de l'Hémogramme

➤ Bilan Protidique :

Dans l'analyse du bilan protidique de notre étude, il ressort que 80% des patients, ce qui correspond à 40 cas, ont un profil protéique normal. Une minorité, représentant 10% ou 5 cas, présente une protidémie correcte mais avec hypoalbuminémie. De plus, 6%, soit 3 cas, sont caractérisés par une hypoprotidémie avec hypoalbuminémie. Enfin, 4%, soit 2 cas, présentent une hypoprotidémie avec albuminémie correcte.

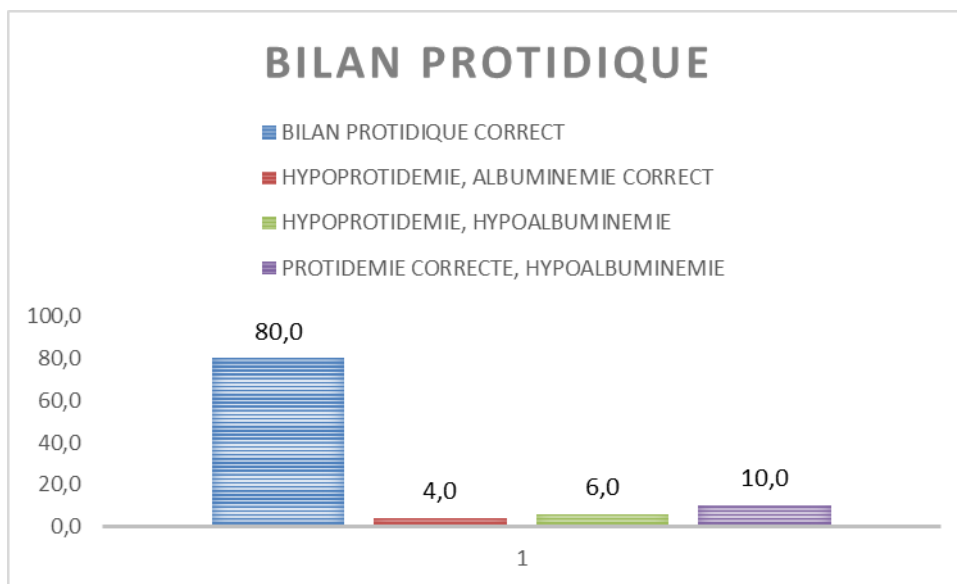


Figure 10 : Anomalie de bilan Protidique

➤ Ionogramme sanguin :

Pour l'ionogramme sanguin de notre cohorte. Les résultats montrent que 60% des patients, soit 30 cas, ont un ionogramme normal. En outre, 22%, soit 11 cas, présentent une hypokaliémie tout en maintenant une natrémie correcte. Enfin, 6% des sujets, correspondant à 3 cas, sont affectés à la fois par une hypokaliémie et une hyponatrémie. De plus, 4% des patients, soit 2 cas, présentent une hyperkaliémie avec natrémie correcte, et 2% des patients, soit 1 cas, présentent une kaliémie correcte avec hyponatrémie.

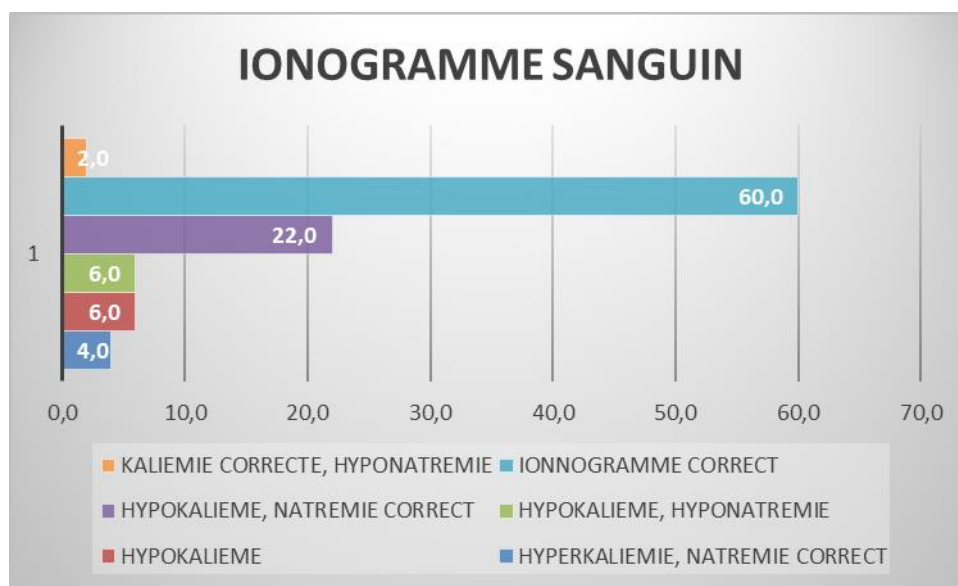


Figure 11 : Anomalie de l'ionogramme de sanguin.

e. Indication opératoire :

Dans notre étude relative aux indications opératoires, les tumeurs constituent la cause principale des interventions chirurgicales, représentant 56% soit 28 cas. Plus précisément, 22% des tumeurs étaient de localisation rectale et 14% colique. Par ailleurs, 20% des interventions ont été des procédures d'urgence pour des occlusions sur tumeur. Cette répartition démontre non seulement la prévalence des tumeurs dans les indications chirurgicales mais aussi l'urgence associée aux occlusions intestinale, nécessitant une intervention rapide. la diversité des indications, incluant les hernies étranglées, la maladie de fourrier, l'infarctus mésentérique et les sténose anastomotique postopératoire, reflète la complexité des pathologies prise en charge et l'importance d'une évaluation préopératoire minutieuse.

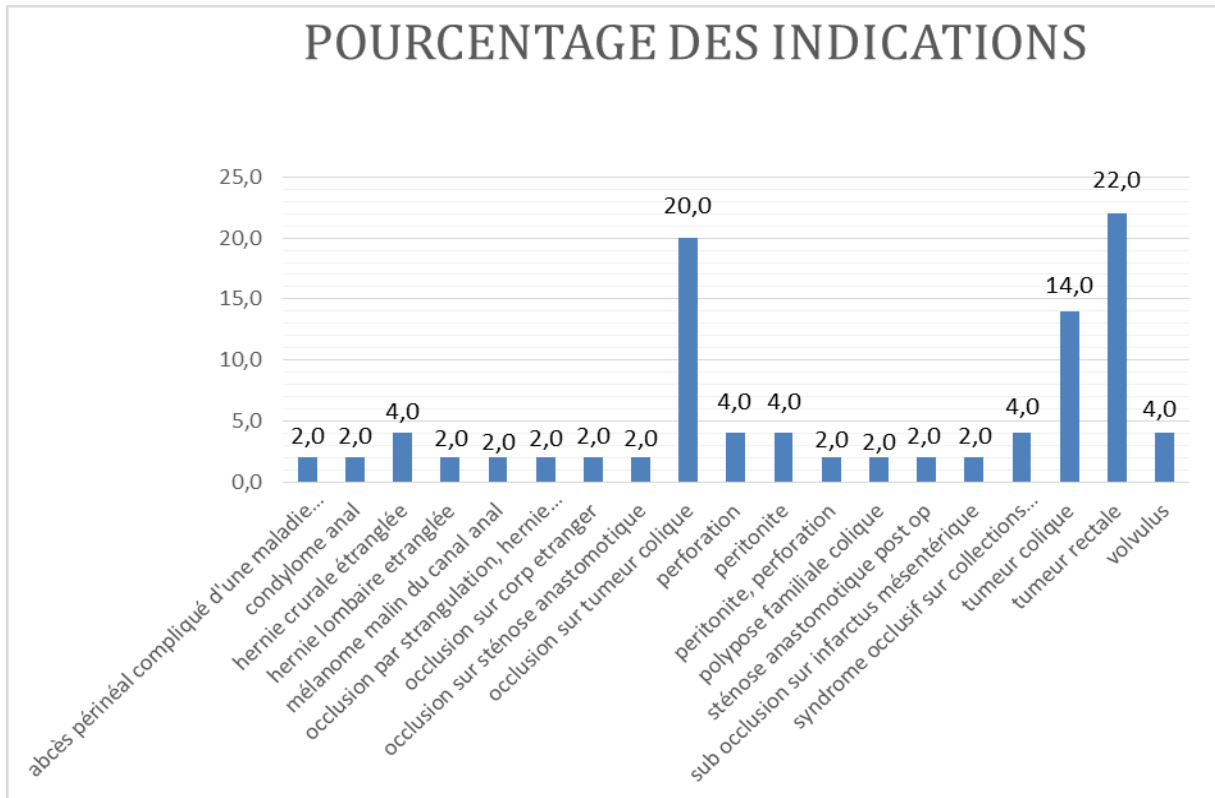


Figure 11 : Répartition de la population selon les indications opératoire.

f. Type de Stomie :

Pour les types de stomies réalisées, il apparait que les stomies sont réparties équitablement entre les iléostomies et les colostomies, chacune représentant 50% des cas, soit 25 cas pour chaque type. En détaillant d'avantage, au sein des colostomies, les sigmoïdostomies sont les plus fréquentes avec 38% des cas, correspondant à 19 patients. Les colostomies transverses représentent 8%, soit 4 cas, et les coecostomies comptent pour 4%, ce qui équivaut à 2 cas. Cette distribution met en évidence la diversité des interventions stomiales pratiquées.

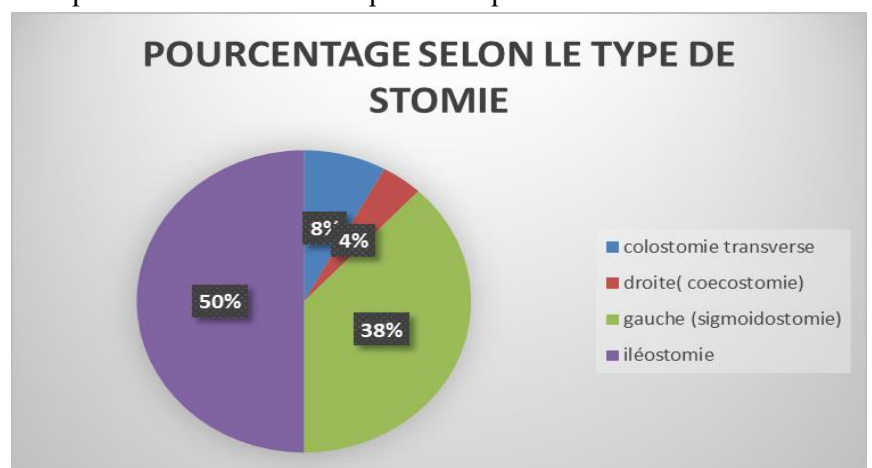


Figure 12 : Répartition de la population selon le type de stomie

g. Réversibilité de la stomie :

En ce qui concerne la réversibilité des stomies, nous avons confectionné 38 stomies provisoires (soit 76%). Parmi celles-ci, 24 étaient des iléostomies représentant 63.2% et 14 étaient des colostomies, soit 36.8%. D'autre part, 12 stomies ont été établies comme définitive (soit 24%), avec une iléostomie constituant 8.3% de ces cas, et 11 colostomies définitive, représentant 91.7%. Ces chiffres illustrent la proportion entre les stomies temporaires et permanentes, ainsi que la prédominance des colostomies dans les stomies définitive au sein de notre échantillon étudiée.

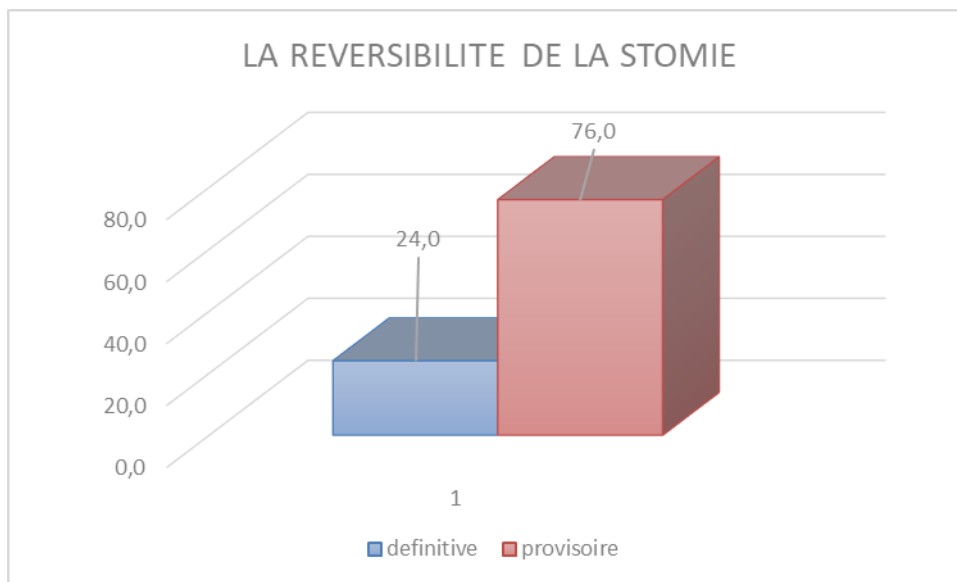


Figure 13: Répartition de la population selon la réversibilité de la stomie

h. Etude des complications des Stomies :

Dans notre série d'études, nous avons recensé 34 complications postopératoires, ce qui correspondant à 68% de notre population. Parmi ces complications, nous observons que la majorité était des complications précoces, survenant chez 28 patients, soit 56%. Les complications tardives ont été moins fréquentes, affectant 6 patients, ce qui représente 12% de l'ensemble des complications postopératoires.

✓ Complications stomiales précoces :

Les complications précoces ont été observées chez 56% des patients, ce qui représente 28 cas.

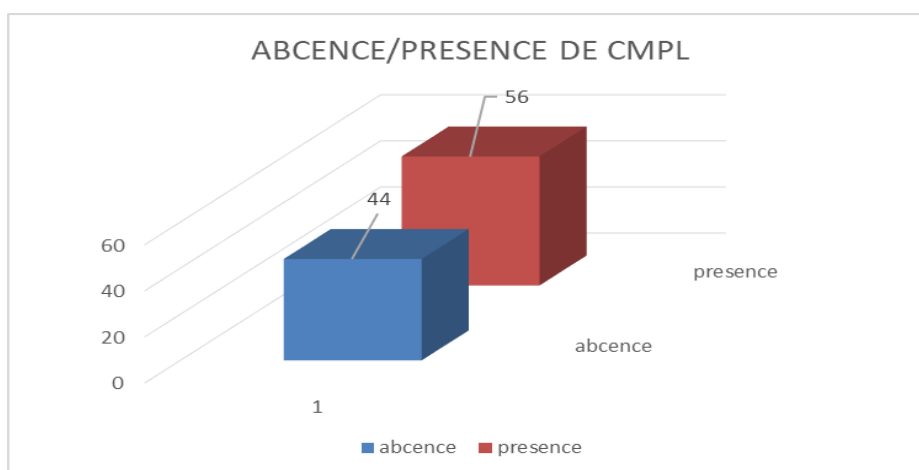


Figure 14 : La présence et l'absence des complications précoces

Dans l'analyse des complications précoces, sur le 28 cas ayant développé une complication, les irritations stomiales se sont avérées être les plus fréquentes, touchant 17 cas, soit 39.5%. elles sont suivies par les ulcérations péristomiales et les troubles de transit, chacun affectant 7 cas, représentant 16.3% pour chaque type de complication.

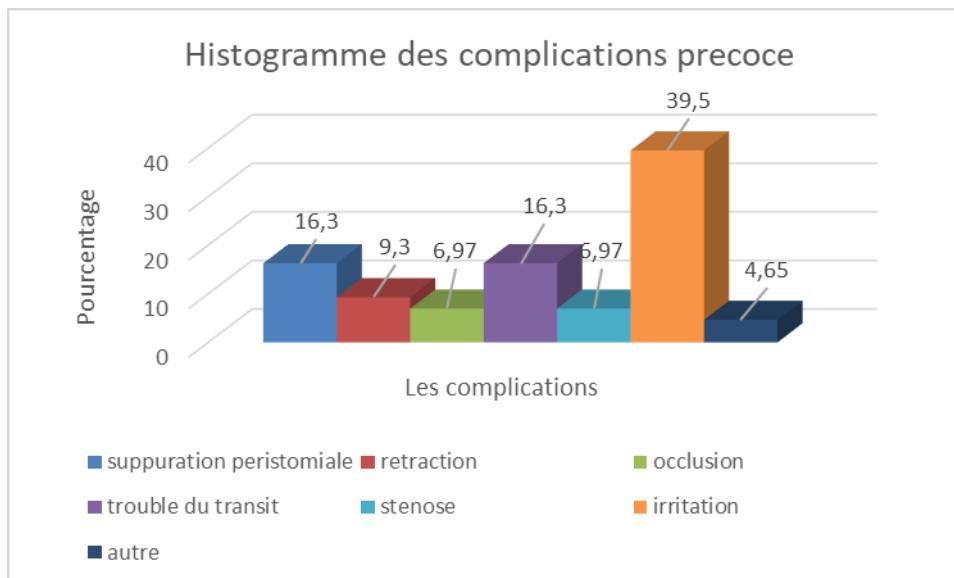


Figure 15 : Répartition des complications précoces.

✓ **Complications stomiales tardives :**

Les complications tardives ont été observées chez 12% des patients, ce qui représente 6 cas.

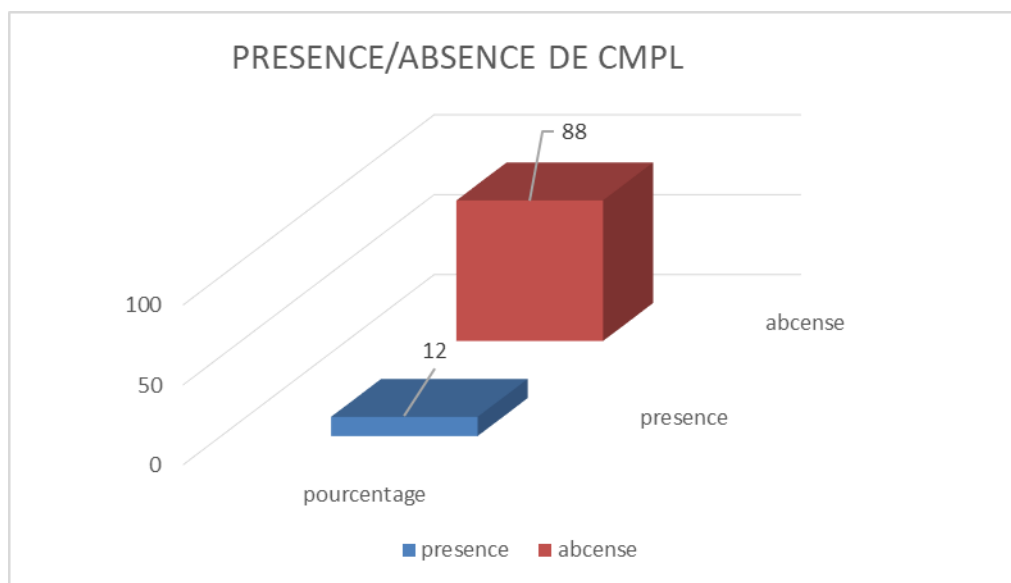


Figure 16 : La présence et l'absence des complications tardives.

Concernant les complications tardives dans notre série, sur les 6 cas de complication, les sténoses stomiales sont les plus fréquentes, concernant 3 cas, soit 50%. Elles sont suivies par les prolapsus stomiales, qui ont compliqué 2 cas, représentant 33.33%. Enfin, une éventration a été observée dans 1 cas, ce qui équivaut à 16.67% des complications tardives.

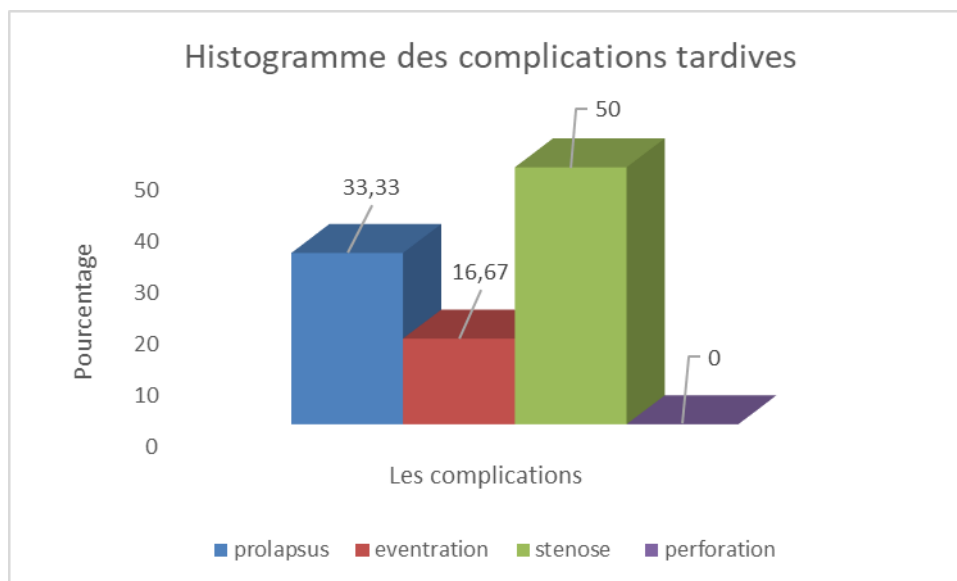


Figure 17 : Répartition des complications précoces.

i. Rétablissement de la continuité intestinale :

Dans notre série, le rétablissement de la continuité intestinale a été réalisé dans 54% des cas, soit 27 rétablissement. Cependant, dans 46% des cas, soit 23 patients, la continuité n'a pas été rétablie pour diverses raisons. Parmi ces derniers, 12 patients (52.2%) avaient une stomie définitive, d'autres ont rencontré des complications postopératoires, ainsi que des décès survenus avant que le rétablissement de la continuité ne puisse être entrepris.

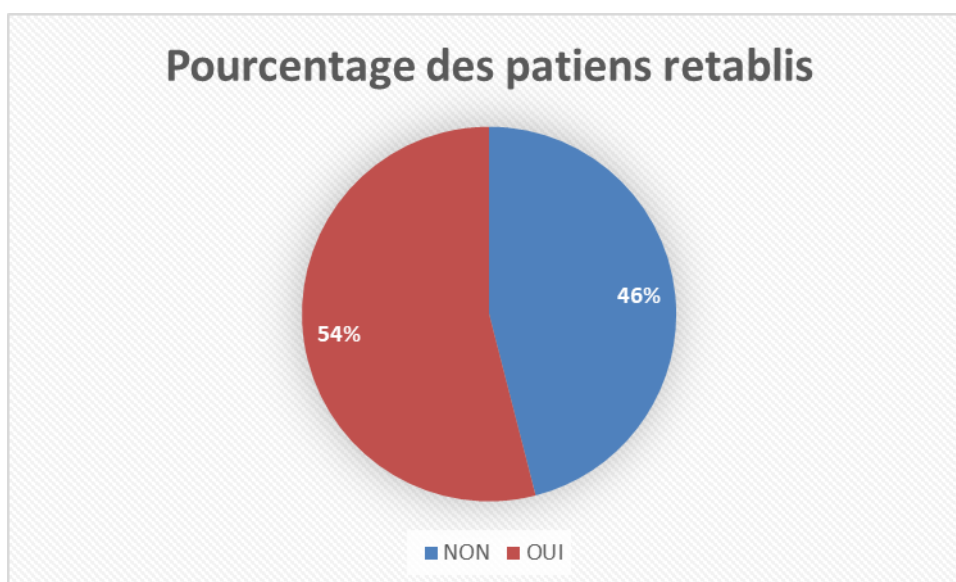


Figure 18 : Rétablissement de la continuité intestinale

j. La mortalité postopératoire :

Dans notre population étudiée, nous avons déploré 9 décès, représentant 18% des cas. Parmi ces décès, 5 étaient des patients avec une iléostomie (55.6% des décédés) et 4 avec une colostomie (44.4% des décédés).

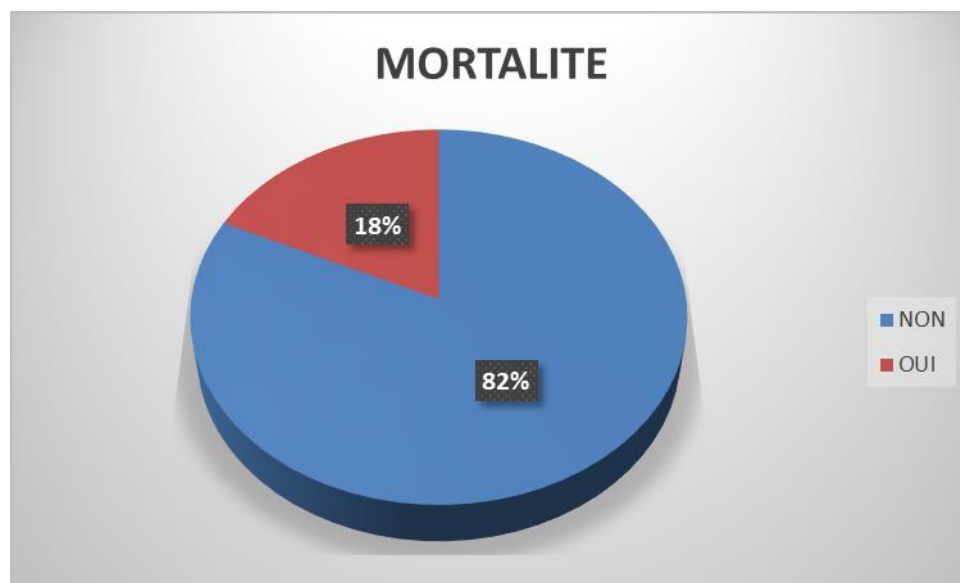


Figure 19 : Pourcentage de mortalité en post opératoire

Cette statistique de mortalité, bien que significative, doit être interprétée avec prudence. Elle peut refléter la complexité des cas traités, l'état de santé préopératoire des patients, ainsi que les défis inhérents à la prise en charge des pathologies graves. La qualité de la prise en charge peut également être influencée par les ressources disponibles, les compétences techniques et la rapidité d'intervention. Ces facteurs, combinés aux données cliniques spécifiques de notre étude, suggèrent que, malgré un taux de mortalité notable, les efforts déployés pour la prise en charge des patients ont été conséquents et adaptés aux circonstances cliniques rencontrées.

V. Analyse descriptive des résultats de SF-36 :

L'étude a exploré l'impact des stomies sur divers aspects de la qualité de vie chez les patients, en utilisant le SF-36, un outil reconnu pour évaluer la qualité de vie liée à la santé.

Le SF-36 est un questionnaire standardisé qui évalue la qualité de vie liée à la santé. Il mesure divers aspects de la santé perçue, y compris le fonctionnement physique, le fonctionnement social, les limitations de rôle dues à des problèmes physique ou émotionnels, la santé mentale, l'énergie, la douleur et la perception générale de la santé.

Pour interpréter le SF-36, chaque question est notée sur une échelle de 0 à 100, où 0 représente le score le plus bas possible et 100 le score le plus élevé possible. Un score élevé indique un meilleur état de santé. Les réponses sont ensuite regroupées pour calculer les scores des huit échelles de santé. Il est important de noter que les scores d'échelle ne sont basés que sur les éléments auxquels le répondant a répondu, donc si des données sont manquantes, elles ne sont pas incluses dans le calcul du score d'échelle.

➤ **Santé Physique et Limitations de Rôle :**

Les patients ont signalé des limitations significatives dans le fonctionnement physique et les rôles dus à des problèmes physiques, ce qui reflète l'impact direct des stomies sur les capacités quotidiennes.

La comparaison avec les normes de la population générale indique que ces limitations sont plus prononcées chez les patients stomisés.

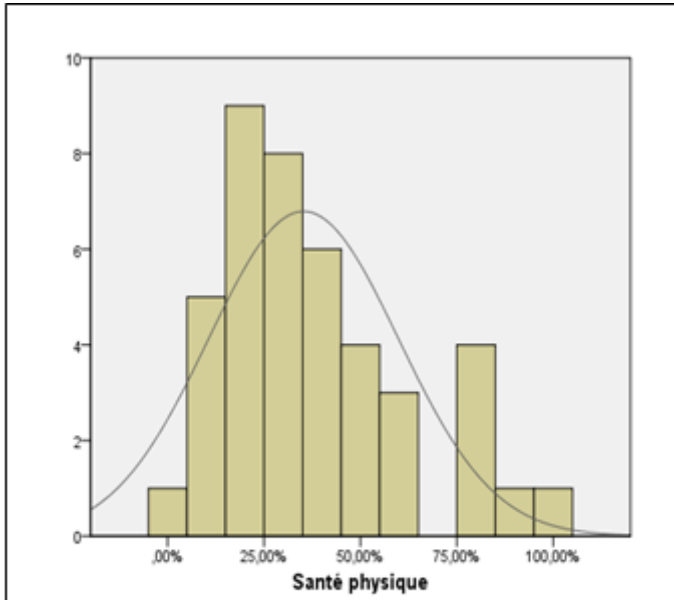


Figure : histogramme de la santé physique

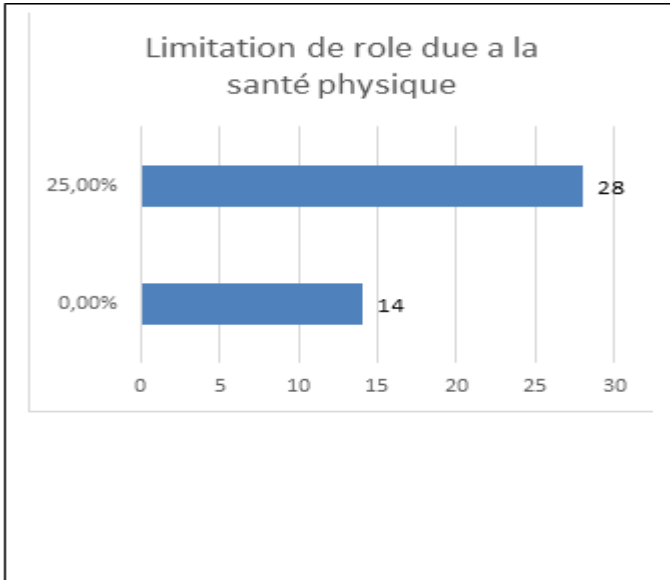


Figure : Limitation de rôle due à la santé physique

➤ **Bien-être Émotionnel et Fonctionnement Social :**

Le bien-être émotionnel et le fonctionnement social sont inférieurs aux normes de la population générale, suggérant que les stomies affectent non seulement la santé physique mais aussi la santé mentale et les interactions sociales. Ces résultats soulignent l'importance d'un soutien psychosocial pour ces patients.

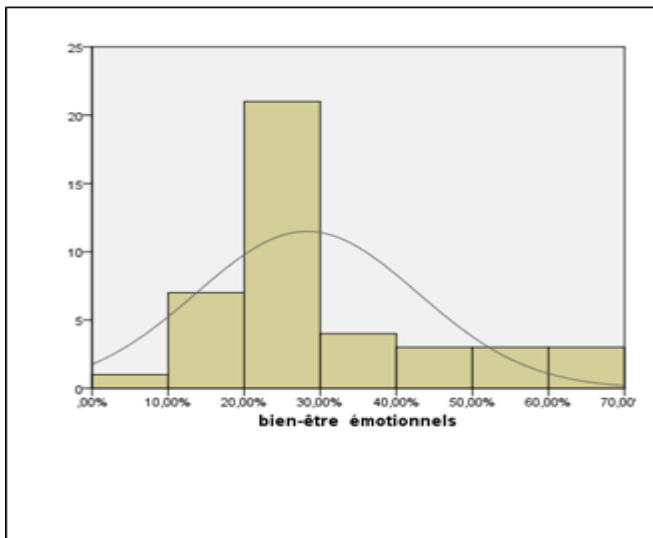


Figure : répartition des patients selon le bien-être émotionnels.

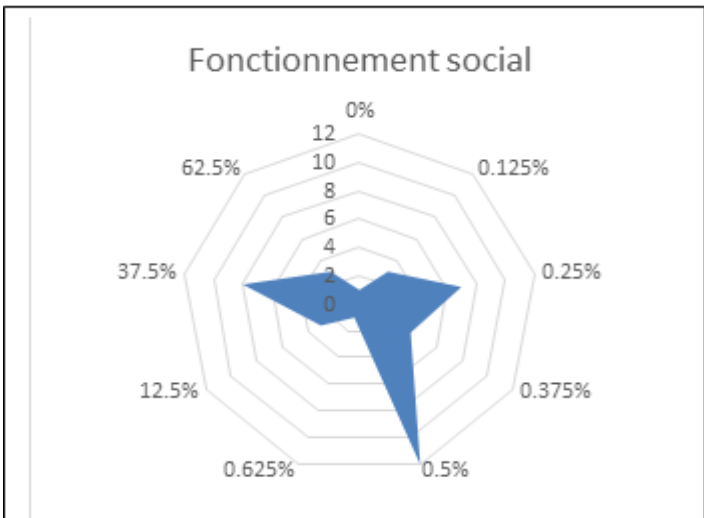
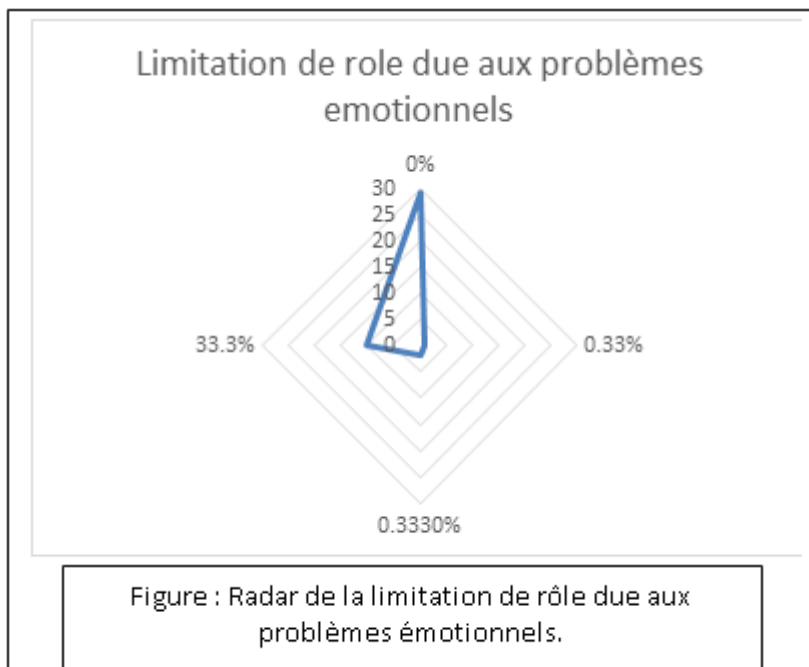
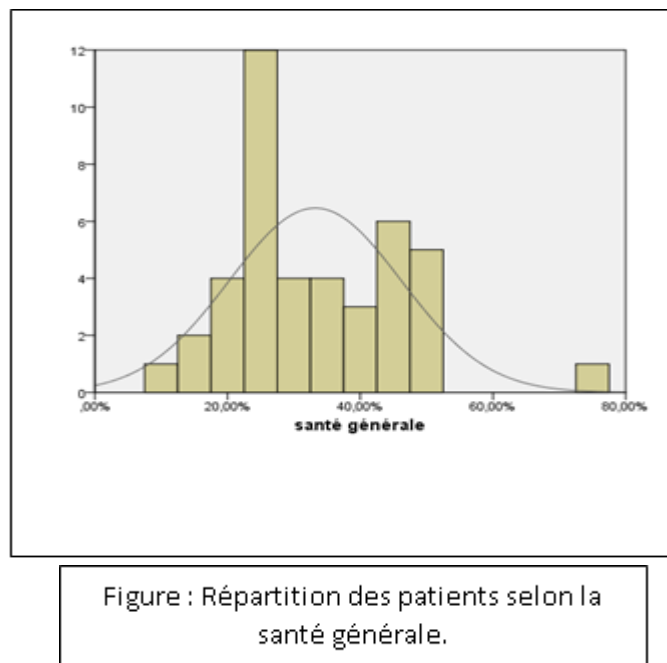
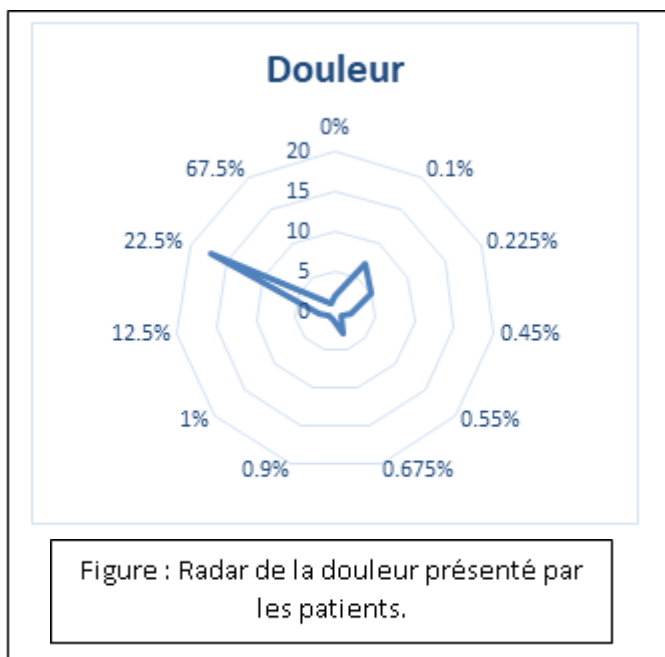


Figure : radar de fonctionnement social.



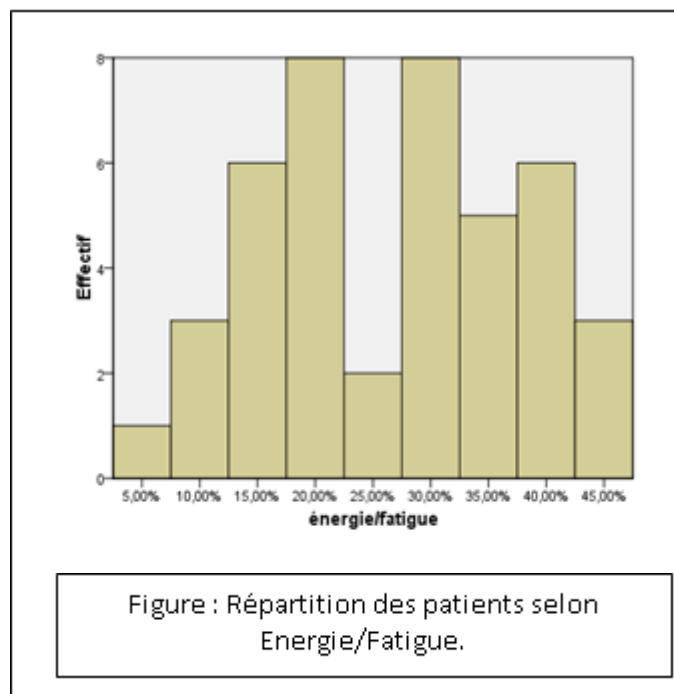
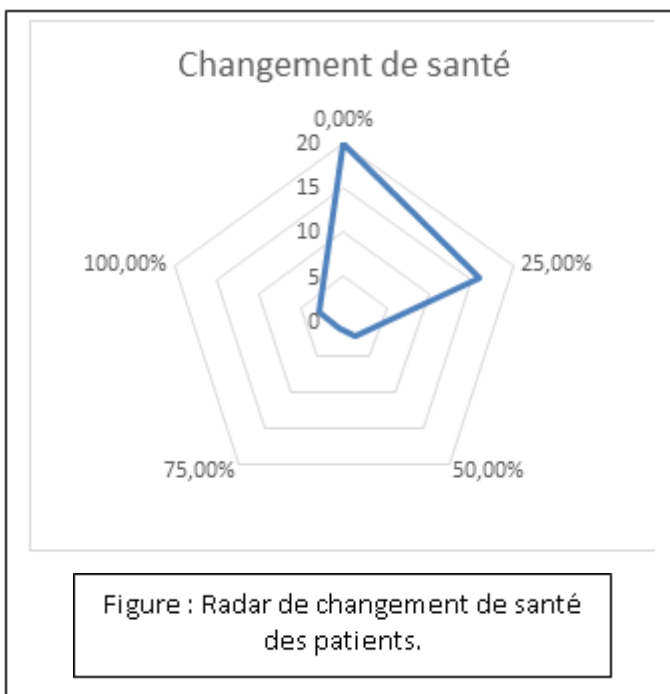
➤ **Douleur et Santé Générale :**

Les scores relatifs à la douleur et à la santé générale sont également inférieurs à ceux attendus, indiquant une expérience de douleur plus fréquente et une perception négative de la santé générale. Cela peut avoir des implications pour la gestion de la douleur et la nécessité d'une évaluation globale de la santé.



➤ **Changement de Santé :**

Les données sur le changement de santé montrent une variabilité, avec certains patients rapportant une détérioration de leur état de santé. Cela pourrait être dû à la nature invasive des stomies et à la nécessité d'une adaptation continue.



➤ **Conclusion :**

L'étude révèle que les stomies ont un impact considérable sur la qualité de vie des patients, avec des effets notables sur le fonctionnement physique, le bien-être émotionnel, le fonctionnement social, et la perception de la santé générale. Il est essentiel d'intégrer des stratégies multidisciplinaires pour améliorer la qualité de vie des patients stomisés, y compris le soutien psychologique, la gestion de la douleur, et les interventions sociales.

VI. RESUME :

Notre étude a porté sur une population où les consultations en urgence étaient prédominantes, avec 58% des cas. En termes d'antécédents médicaux, 50% des patients en présentaient, tandis que 50% n'en avaient pas. Les antécédents chirurgicaux concernaient 52% des patients, avec la cholécystectomie étant l'intervention la plus fréquente.

Sur le plan des résultats de laboratoire, 36% des hémogrammes étaient normaux, 22% montraient une anémie et 18% une hyperleucocytose à prédominance PNN. Le bilan protidique était normal dans 80% des cas, avec 10% présentant une hypoalbuminémie. L'ionogramme sanguin était correct chez 60% des patients, 22% avaient une hypokaliémie avec natrémie normale, et 6% présentaient à la fois une hypokaliémie et une hyponatrémie.

Les indications opératoires étaient dominées par les tumeurs (56%), avec une prévalence des tumeurs rectales (22%) et coliques (14%). Les urgences pour occlusion sur tumeur représentaient 20% des cas. Les types de stomies étaient équitablement répartis entre les iliostomies et les colostomies, chacune constituant 50% des cas. Parmi les colostomies, 38% étaient des sigmoïdostomies, suivies par 8% de colostomies transverses et 4% de coecostomies.

En ce qui concerne la réversibilité, 78% des stomies étaient provisoires et 22% définitives. Les complications post-opératoires étaient présentes chez 66% des patients, avec 56% de complications précoces et 12% de complications tardives. Les irritations stomiales étaient la complication précoce la plus fréquente (39.5%), tandis que les sténoses stomiales étaient la complication tardive la plus courante (50%).

Le rétablissement de la continuité a été réalisé chez 54% des patients, tandis que 46% ne l'ont pas été pour diverses raisons, y compris des stomies définitives, des complications postopératoires et des décès avant rétablissement. Finalement, la mortalité dans notre population était de 18%, avec 55.6% des décès chez les patients avec une iléostomie et 44.4% avec une colostomie.

Cette étude met en lumière la complexité de la prise en charge chirurgicale et la nécessité d'une évaluation approfondie des risques et d'une gestion postopératoire attentive pour améliorer les résultats des patients.

ABSTRACT:

Our research focused on a population where emergency consultations were predominant, accounting for 58% of cases. In terms of medical history, 50% of patients had one, while the other 50% did not. Surgical history was present in 52% of patients, with cholecystectomy being the most common procedure.

Regarding laboratory results, 36% had normal hemograms, 22% showed anemia, and 18% had hyperleukocytosis with a predominance of neutrophils. The protein panel was normal in 80% of cases, with 10% presenting hypoalbuminemia. The blood ionogram was correct in 60% of patients, 22% had hypokalemia with normal sodium levels, and 6% had both hypokalemia and hyponatremia.

Operative indications were dominated by tumors, representing 56% of cases, with rectal tumors at 22% and colonic tumors at 14%. Emergencies due to tumor obstruction accounted for 20% of cases. The types of stomas were evenly distributed between ileostomies and colostomies, each constituting 50% of cases. Among colostomies, sigmoidostomies were the most frequent at 38%, followed by transverse colostomies at 8%, and cecostomies at 4%.

In terms of reversibility, 78% of stomas were temporary and 22% were permanent. Postoperative complications were present in 66% of patients, with 56% early complications and 12% late complications. Stomal irritations were the most common early complication (39.5%), while stomal stenosis was the most common late complication (50%).

Continuity restoration was achieved in 54% of patients, while 46% did not undergo this process for various reasons, including permanent stomas, postoperative complications, and deaths before restoration. Ultimately, the mortality rate in our population was 18%, with 55.6% of the deaths occurring in patients with an ileostomy and 44.4% with a colostomy.

This study sheds light on the complexity of surgical management and the necessity for a thorough risk assessment and attentive postoperative care to improve patient outcomes

ملخص :

ركزت دراستنا على مجموعة من الحالات حيث كانت الاستشارات الطارئة هي الغالبة، وشكلت 58% من الحالات. من حيث السوابق الطبية، كان لدى 50% من المرضى سوابق، بينما كانت غائبة لدى النصف الآخر. كما ان السوابق الجراحية كانت موجودة عند 52% من المرضى، وكانت استئصال المرارة هو الإجراء الأكثر شيوعًا.

بالنسبة لنتائج تحليل الدم الكامل، كانت 36% طبيعية، وأظهر 22% وجود فقر دم، وكان لدى 18% زيادة في عدد الكريات البيضاء مع غلبة لمتعددات النواة. كانت نتائج فحص البروتينات طبيعية في 80% من الحالات، مع وجود نقص الألبومين في 10%. كان تحليل الشوارد صحيحًا عند 60% من المرضى، وكان لدى 22% نقص بوتاسيوم مع مستويات صوديوم طبيعية، وكان لدى 6% كل من نقص البوتاسيوم ونقص الصوديوم.

كانت الأورام هي السبب الرئيسي للعمليات الجراحية، حيث شكلت 56% من الحالات، مع وجود أورام المستقيم بنسبة 22% والأورام القولونية بنسبة 14%. شكلت الحالات الطارئة لانسداد الأمعاء بسبب الأورام 20% من الحالات. كان توزيع أنواع الفغر متساويًا بين فغر الإيليوم وفغر القولون، حيث شكل كل منهما 50% من الحالات. من بين فغر القولون، كان فغر القولون السيني هي الأكثر شيوعًا بنسبة 38%، تليها فغر القولون العرضي بنسبة 8%، وفغر الأعور بنسبة 4%.

من حيث مدة الفغر، كان 78% من الفغر مؤقتًا و 22% دائمًا. كانت المضاعفات بعد العملية الجراحية موجودة في 66% من المرضى، مع 56% من المضاعفات المبكرة و 12% من المضاعفات المتأخرة. كانت التهابات فغر الإيليوم هي المضاعفات المبكرة الأكثر شيوعًا (39.5%)، بينما كانت تضيق فغر القولون هو المضاعفات المتأخرة الأكثر شيوعًا 50%.

تم تحقيق استعادة الاستمرارية في 54% من المرضى، بينما لم يخضع 46% لهذه العملية لأسباب متنوعة، بما في ذلك الفغر الدائم، والمضاعفات بعد العملية الجراحية، والوفاة.

في النهاية، كان معدل الوفيات في مجموعتنا 18%، مع حدوث 55.6% من الوفيات في المرضى الذين لديهم فغر الإيليوم و 44.4% مع فغر القولون.

تسلط هذه الدراسة الضوء على تعقيدات العمليات الجراحية وضرورة إجراء تقييم شامل للمخاطر ورعاية ما بعد العملية الجراحية بعناية لتحسين نتائج المرضى.

VII. CONCLUSION

La stomie digestive en particulier (iléo ou colostomie) est un geste chirurgical fréquemment réalisé en chirurgie digestive le plus souvent en urgence, dans le but de dériver le transit de façon définitive ou provisoire après qu'une partie de l'intestin ou le colon a été enlevée ou contournée ou bien pour protéger une anastomose sous-jacente.

Ce geste bien qu'il présente une arme thérapeutique mais il n'est pas anodin de complications à court et à long terme. Ce travail montre qu'il y a plus de complications précoces 56% que tardives 12%. A noter qu'il n'y a pas des facteurs qui favorisent la survenue de complications, alors que l'âge élevé constitue un élément déterminant en matière de morbi-mortalité.

Vue que les indications c'était surtout en urgence (les syndromes occlusifs) il faut s'avoir informer les patients et les bien éduquer parce qu'il s'agit d'un issue des matières par un orifice contre-nature qui va être interprétée comme un signe de maladie grave et va constituer un véritable choc psychologique. Aussi apparaît-il nécessaire d'informer en post-opératoire afin que ce geste, le plus souvent temporaire dans la plupart de nos indications, ne soit pas une entrave à une bonne évolution de la maladie causale.

Enfin une stomie engendre des modifications de l'image corporelle, l'adaptation à l'utilisation du matériel, les retentissements sur la vie familiale, sexuelle, professionnelle et sociale, sont autant d'éléments que les personnes stomisées devront surmonter. En effet, ces patients ont besoin en permanence d'un accompagnement et d'un soutien afin de répondre à leurs besoins en termes d'information et d'éducation et pour une réintégration sociale et professionnelle adéquate. Ils peuvent bénéficier du soutien de spécialistes médicaux, de groupes d'entraide et de programmes de conseils pour les aider à gérer et à accepter cette nouvelle image.

Une étape très importante dans la prise en charge de nos patients c'est la formation des personnelles paramédicales, des somatothérapeutes pour une meilleur surveillance et une meilleur gestion des soins.

VIII. BIBLIOGHIE :

- (1) Bayar et al. « Les stomies digestives ».
- (2) Dietrich, « Prise en charge des stomies dans les cancers digestifs ».
- (3) « Abdomen-2.0.pdf ».
- (4) cancer, « L'estomac ».
- (5) Medecine, « Vascularisation de l'estomac ».
- (6) Keith L. Moore (PhD, FIAC, FRSM, FAA), Arthur F. Dalley II (PhD) et Anne M. R Agur, (B.Sc, OT, M.Sc, PhD) (trad. de l'anglais), Anatomie médicale : aspects fondamentaux et applications cliniques, B-1000 Bruxelles, De Boeck, 1er janvier 2011, 1134 p. (ISBN 978-2-8041-3513-3, OCLC 708399603, lire en ligne [archive]), p. 239-241, ch. (ABDOMEN), Intestin grêle.
- (7) « Le Foie et les Voies biliaires ».
- (8) Cantlie J. On a new arrangement of the right and left lobes of liver. J Anat Physiol 1897–1898;32:1-24.
- (9) McIndoe AH, Counseller V. The bilaterality of the liver. Surgery 1927;15:589.
- (10) Tung TT. Chirurgie d'exérèse du foie. Paris: Masson; 1962.
- (11) Hjörstjö CH. The topography of the intrahepatic duct systems. Acta Anat (Basel) 1931;11:599-615.
- (12) Goldsmith NA, Woodburne RT. Surgical anatomy pertaining to liver resection. Surg Gynecol Obstet 1957;195:310-8.
- (13) Couinaud C. Le foie : études anatomiques et chirurgicales. Paris: Masson; 1957.
- (14) Bismuth H. Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver. World J Surg 1982;6:5-9.
- (15) Centre Hépato-Biliaire - Hôpital Universitaire Paul Brousse - 12-14 avenue Paul Vaillant Couturier - F-94800 Villejuif – France Auteur : Dr. Oriana Ciacio, Pr. Denis Castaing
- (16) Nakeeb A, & Pitt HA . Cancers of the biliary tree: anatomy and staging. Kelsen, D. P., Daly, J. M., Kern, S. E., Levin, B., Tepper, J. E., & Van Cutsem, E. (eds.). Principles and Practice of Gastrointestinal Oncology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: Chapter 36: pp. 483-491
- (17) « Fonction du pancréas ».
- (18) Romer T, Wiesner W, The accessory spleen: prevalence and imaging findings in 1,735 consecutive patients examined by multidetector computed tomography [archive], JBR-BTR, 2012;95:61-65
- (19) Impellizzeri P, Montalto AS, Borruto FA et al. Accessory spleen torsion: rare cause of acute abdomen in children and review of literature [archive], J Pediatr Surg, 2009;44:e15-e18

- (20) Varga I, Galfiova P, Adamkov M et al. Congenital anomalies of the spleen from an embryological point of view [archive], *Med Sci Monit*, 2009;15:RA269-RA276
- (21) (en) Eugene Trowers et Marc Tischler, *Gastrointestinal Physiology : A Clinical Approach*, S.I./Cham, Springer, 19 juillet 2014, 9 p. (ISBN 978-3-319-07164-0, lire en ligne [archive])
- (22) « Human Physiology/The gastrointestinal system - Wikibooks, open books for an open world [archive] », en.wikibooks.org (consulté le 5 septembre 2016)
- (23) « Péristaltisme ou motricité digestive - LAROUSSE ».
- (24) Dee Unglaub Silverthorn Ph. D, *Human Physiology : An Integrated Approach*, Benjamin Cummings, 2 avril 2006 (ISBN 0-8053-6851-5)
- (25) Bowen DVM PhD, « Pathophysiology of the Digestive System [archive] », 5 juillet 2006 (consulté le 19 mars 2008)
- (26) Bowen DVM PhD, « Pathophysiology of the Digestive System [archive] », 5 juillet 2006 (consulté le 19 mars 2008)
- (27) THEODORE CH, P FRILEUX, A VIDAL, A BERGER, R MOREL, AROCHE: iléostomie et colostomie EMC (Paris-FRANCE) gastro-entérologie. 9 - 068-x-10-1994
- (28) VINEETA G, GUPTA SK, SHUKLA V K, SARO J perforated typhoid enteritis in children postgraduate medical journal 1994 vol 70, n819, 19-22
- (29) « Découvrez les différents types de stomie : définition et prise en charge ».
- (30) Borie D, Lippert H, Saeger H L'iléostomie latérale de protection, prévention efficace des complications coliques au cours des pancréatites aiguës nécrosantes. *Ann Chir* 1992 ; 46: 51-58.
- (31) Unti JA, Abcarian H, Pearl RK, Orsay CP, Nelson RL, Prasad ML, et al. Rodless end-loop stoma seven year experience. *Dis Colon Rectum* 1991;34:999-1004.
- (32) Henri M, Olivier B Les entérostomies. EMC, ©ELSEVIER 1994 :560-670
- (33) Brooke B The management of ileostomy *Lancet* 1952;2: 102-4
- (34) Kock NG. Intra-abdominal reservoir in patients with permanent ileostomy. *Arch Surg* 1969;99:223-31.
- (35) Castillo E, Thomassie LM, Whitlow CB, Margolin DA, Malcolm J, Beck DE. Continent ileostomy: current experience. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1263-8.
- (36) Nessar G. Long-term outcome and quality of life after continent ileostomy. *Dis Colon Rectum* 2006;49:336-44.
- (37) Baumel H. Colostomies pour cancer du rectum. *Bull Cancer* 1983;70:315-6
- (38) McGregor JR, O'Dwyer PJ. The surgical management of obstruction and perforation of the left colon. *Surg Gynecol Obstet* 1993;177:203-8.

- (39) Gallot D, Lasser J, Lechaux P Clostomies. EMC 1994:40-540
- (40) Poncet G, Boulez J. L'amputation abdomino-périnéale par laparoscopie. J Chir 2004;141:304-7.
- (41) Lasser P, Elias D. Colostomies périnéales pseudocontinentes (selon la technique de Schmidt. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales-Appareil digestif, 40-540, 1997 : 4p.
- (42) Elias D, Lasser P, Leroux A, Rougier P, Comandella MG, Deraco M. Pseudocontinent perineal colostomies after amputation of the rectum for cancer. Gastroenterol Clin Biol 1993;17:181-6.
- (43) Schmidt E, Bruch HP. Traitement chirurgical des incontinences sphinctériennes intestinales par autotransplant libre de musculature lisse. J Chir 1981;118:315-20.
- (44) « Le Manuel Du Résident 2017 - Techniques Chirurgicales Appareil Digestif(1).pdf ».
- (45) Hallfeldt K, Schmidbauer S, Trupka A. Laparoscopic loop colostomy for advanced ovarian cancer, rectal cancer, and rectovaginal fistulas. Gynecol Oncol 2000;76:380-2
- (46) Jandial DD, Soliman PT, Slomovitz BM, Schmeler KM, Levenback C, Coleman RL, et al. Laparoscopic colostomy in gynecologic cancer. J Minim Invasive Gynecol 2008;15:723-8.
- (47) Olmi S, Croce E, Magnone S, Mastropasqua E. Laparoscopic stoma creation. Chir Ital 2003;55:897-902.
- (48) Newstead GL, Morgan BP. Préparation intestinale avec du mannitol. Med J Aust. 1979 ; 2 (11) : 582-583. est ce que je: 10.5694/j.1326-5377.1979.tb127194.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Liste de références]
- (49) « Roche | Coloscopie - Préparation, définition et déroulement de l'examen ».
- (50) Malafosse M, Fourtannier G. Le traitement des cancers du rectum. Monographies de l'association française de chirurgie. Paris: Masson; 1987.
- (51) Bernard PH, Guyot M, Conge M, Verges J. La stomathérapie française face à 30 000 nouvelles stomies annuelles. Lyon Chir. 1991. p.505-8.
- (52) « IKB Hépatologie Gastro-Entérologie 2022 r2c (sba-medecine.com).pdf ».
- (53) « Appareillages ».
- (54) SGI, « Diète et stomies ».
- (55) « Qualité de vie avec une stomie ».
- (56) BAUMEL H., DEIXONNE B. Les associations de stomisés. Rev. Prat. (Paris), 1981, vol. 31, n° 13, p. 943-952
- (57) BONNIN R., MAITRE ROBERT J., MONTANDON S. et al. Les associations de stomisés Soins, 1981, vol 5, n06, p. 75-77
- (58) CAHIERS DE CHIRURGIE, n054, 1985, Spécial stomies Revue publiée sous l'égide du Collège National des chirurgiens français.

