

ARTICLE ORIGINAL

LES COMPLICATIONS CHIRURGICALES DES STOMIES INTESTINALES : À PROPOS DE 25 CAS

SURGICAL COMPLICATIONS OF DIGESTIVE STOMAS: ABOUT 25 CASES

D GUÉYE⁽¹⁾, M CISSÉ⁽²⁾, PA BÂ^(3,4), I KONATE⁽²⁾, O KÂ⁽²⁾, AO TOURÉ⁽²⁾, M SECK⁽²⁾, I KA⁽²⁾,
M DIENG⁽²⁾, CT TOURÉ⁽²⁾.

1- Service de Chirurgie Générale, Hôpital Heinrich Lubke de Diourbel, Sénégal.

2- Service de Chirurgie Générale, CHU Aristide le Dantec, Dakar Sénégal.

3- UFR des Sciences de la Santé, Université de Thiès - Ex I0e RIAOM - BP: 967 Thiès, Sénégal.

4- Service de Chirurgie Générale, Hôpital Régional de Thiès, 1 Avenue Malick SY Prolongée, BP: 34 Thiès, Sénégal.

RÉSUMÉ

But: Rapporter les indications et les complications des stomies intestinales ainsi que leur prise en charge.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 10 ans (Janvier 2000 à Décembre 2009) à la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Cette étude a porté sur tous les cas de stomie intestinale secondairement compliquée.

Résultats: Nous avons colligé 25 cas de stomies intestinales compliquées. Il s'agissait de 20 hommes et de 5 femmes avec un sex-ratio de 4. L'âge moyen était de 39 ans (extrêmes 17 ans et 70 ans). Les indications de stomie intestinale étaient dominées par le volvulus du côlon pelvien (56%). La stomie siégeait sur le côlon dans 68% des cas. Toutes les stomies étaient temporaires. Les fistules peristomiales étaient les complications les plus fréquentes (40%). Les autres complications rencontrées étaient : la nécrose de stomie (16%), la rétraction de la stomie (12%), l'éviscération péristomiale (12%), l'érosion cutanée (8%) et l'éventration péristomiale (12%). Le traitement était chirurgical pour la plupart des complications avec une réfection stomiale sauf pour les irritations cutanées prises en charge par des soins locaux associés à un rétablissement de continuité de nécessité. La morbidité était représentée par une fistule digestive après un rétablissement de continuité de nécessité, un abcès sous phrénique et un textilome. La mortalité de 8% était liée au choc septique.

Conclusion: Les indications essentielles de stomies dans notre service sont le volvulus du sigmoïde. Les fistules peristomiales sont les complications les plus fréquentes.

Mots clés: Stomies intestinales – Volvulus – Fistules – Complications.

SUMMARY

Objectives: To report the indications, the complications of digestive stomas and their management.

Material and methods: it was a retrospective study during ten years, from January 2000 to December 2009, in the department of general surgery of the Aristide Le Dantec in Dakar. Were included all patients with digestive stomas secondary complicated.

Results: we have listed 25 patients (20 men and 5 women) who have presented digestive stomas complications. The average age was 39 years, (extremes 17 and 77 years). Volvulus of sigmoid colon was the main indication of digestive stoma (56%). There was more colostomy (68%). All the stomas were temporary in this study. The peristoma fistula was the most common complications (40%). The other complications were: necrosis (16%), retraction (12%), evisceration (12%), cutaneous irritation (8%) and hernia (12%). The treatment was most surgical consisting of stoma's refection. Morbidity was made of digestive fistula following stoma closure, gossypiboma and phrenic abscess. The mortality was 8% due to septic shock.

Conclusion: Volvulus of sigmoid colon is the main indication of stomas. Peristoma fistula was the most common complication.

Keywords: Digestive stomas – Volvulus – Fistula – Complications.

Tirés à part:

Docteur Papa Abdoulaye BA, UFR des Sciences de la Santé, Université de Thiès. E-mail: papeablayeba@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le terme stomie est emprunté au grec «stoma» qui signifie «bouche». Dans le langage médical, une stomie se définit par l'abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel [1]. Elle est fréquente dans nos conditions d'exercice, et les indications sont dominées par les pathologies d'urgence chirurgicale.

Bien qu'elle soit souvent considérée comme un geste opératoire simple, une stomie expose à des complications qui peuvent être précoces ou tardives. Le but de notre travail est de rapporter les indications et les complications des stomies intestinales ainsi que leur prise en charge.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 10 ans, du 1er Janvier 2000 au 31 Décembre 2009, réalisée au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec.

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers de patients avec un âge supérieur à 15 ans, ayant bénéficié d'une stomie digestive, réalisée soit en urgence soit en programme réglé et qui s'est compliquée secondairement.

Ont été exclus de l'étude, tous les dossiers de patients ayant eu une stomie d'alimentation.

Les paramètres étudiés étaient les suivants :

- les données épidémiologiques : la fréquence hospitalière, les antécédents ;
- les données opératoires : le diagnostic initial, le niveau de l'opérateur, les gestes effectués, le type de stomie, le site de la stomie ;
- les complications : le type, le délai de survenue, les circonstances de découverte ;
- la prise en charge des complications : le délai du traitement, les modalités de traitement ;
- l'évolution : la morbidité et la mortalité.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 276 stomies digestives ont été réalisées chez l'adulte par des chirurgiens en formation. Nous avons colligé 25 cas de complication, soit un taux de 9% répartis entre 20 hommes et 5 femmes, soit un sex-ratio de 4. L'âge moyen était de 39 ans (extrêmes 17 ans et 70 ans).

Le volvulus du côlon pelvien était la principale indication (56%), suivi des péritonites perforatives (tableau I).

Tableau I : Indications des stomies

	Effectif (%)	Gestes effectués
Volvulus colon pelvien	14 (56)	Résection + colostomie
Perforation iléale	5 (20)	Résection + iléostomie en canon de fusil
Occlusion sur brides avec nécrose	2 (8)	Résection + iléostomie en canon de fusil
Tumeur côlon gauche en occlusion	1 (4)	Hémi-colectomie gauche + Hartmann
Tumeur côlon transverse en occlusion	1 (4)	Résection colique + colostomie terminale
Tumeur grêle invaginée au côlon droit	1 (4)	Résection iléo-colique et fermeture moignon colique + iléostomie
Gangrène de Fournier	1 (4)	Colostomie latérale gauche de dérivation
Total	25	

La fosse iliaque gauche était le principal site de stomie (60%) (tableau II).

Tableau II : Type, siège et site des stomies

	Type de stomie	Effectif (%)	Site de stomie
Iléon	Ileostomie latérale	7 (28)	Fosse iliaque droite
	Ileostomie terminale	1 (4)	Fosse iliaque droite
Colon transverse	Colostomie terminale	2 (8)	Hypochondre droit
Côlon descendant	Colostomie canon fusil	1 (4)	Flanc gauche
	Colostomie canon fusil	6 (24)	Fosse iliaque gauche
Côlon sigmoïde	Colostomie Hartmann	8 (32)	Fosse iliaque gauche
Total		25	

Les stomies digestives intéressaient le plus souvent le côlon sigmoïde avec 14 cas (56%) (tableau II). Il a été réalisé 17 colostomies (68%), dont 10 terminales et 7 latérales; 8 iléostomies (32%) dont 7 latérales et 1 terminale (tableau II). Toutes les stomies étaient temporaires.

Tableau III: Tableau clinique et prise en charge des complications

	% stomies compliquées	Tableau clinique	Traitement
Fistule péristomiale	40	Péritonite	Résection+réfection
Nécrose	16		Résection+réfection
Rétraction	12	Péritonite	Réfection+toilette
Eviscération	12	Eviscération péristomiale	Réintégration+réfection
Erosion cutanée	08		Soins+rétablissement
Éventration	12	Tuméfaction sur cicatrice	Cure par prothèse

Les complications étaient dominées par les fistules péristomiales secondaires à une déchirure intestinale par des points transfixiants (tableau III). Le traitement était essentiellement chirurgical avec une réfection stomiale. Les irritations cutanées étaient prises en charge par des soins locaux associés à un rétablissement de nécessité. Lors de la prise en charge des complications des stomies digestives nous avons enregistré 3 cas de morbidité (12%). Il s'agissait d'un cas de fistule digestive après un rétablissement de nécessité, d'un cas de textilome et d'un cas d'abcès sous phrénique. Nous avons enregistré 2 décès par choc septique (8%) chez les patients ayant présenté une fistule péristomiale.

DISCUSSION

Epidémiologie

Le taux de complication dans notre étude est relativement faible (9%). Il est de 53% dans la série de Sanogo [2], en rapport avec une fréquence élevée des érosions cutanées liées à des difficultés d'appareillage. Nos patients étaient des adultes jeunes conformément aux résultats rapportés par la plupart des auteurs africains qui retrouvent des moyennes d'âge entre 41 et 42 ans [2,3]. En revanche en Europe, la stomie est le plus souvent réalisée chez le sujet âgé (68 ans) [4]. Cette différence pourrait s'expliquer par les étiologies dominées par le volvulus du côlon pelvien et les perforations iléales, affections du sujet jeune en Afrique [5,6] Par contre dans les pays occidentaux les indications sont dominées par les cancers colorectaux et les maladies inflammatoires intestinales [7].

Le niveau de l'opérateur

Tous nos patients ont été opérés par des chirurgiens en formation. Arumugam [8] dans son étude évoque des complications liées à une malfaçon technique chez les patients opérés par les chirurgiens juniors.

Les complications stomiales

Dans notre étude, la fréquence de survenue d'une nécrose stomiale est de 1,4% par rapport à l'ensemble des stomies réalisées. Ce taux est identique aux résultats de Sanogo (1,9%) et de Bikandou (1%) [2,9]. La nécrose est le plus souvent liée à la traction du méso, un trajet pariétal trop serré ou à un moignon mal vascularisé [10].

La fréquence de la rétraction de stomie est de 1,1% dans notre étude contre 2,1% dans celle de Bikandou [9]. La rétraction stomiale est presque toujours la conséquence d'une malfaçon technique : insuffisance de mobilisation plus que de fixation de l'anse extériorisée [11]. Dans notre série toutes les rétractions étaient liées à une stomie réalisée sous tension du fait d'une résection colique trop importante chez des patients présentant un volvulus du côlon pelvien.

L'éviscération péristomiale est plus fréquente après stomie réalisée pour occlusion en raison de la distension intestinale nécessitant pour l'extériorisation un orifice pariétal plus large [10]. Elle peut être également le fait d'une mauvaise fixation entéro-pariétale [2].

La prévalence des érosions cutanées varie selon les séries de 49 à 74% [10]. Elle est très faible dans notre étude 0,7%. Ce taux élevé dans les autres séries est lié à des difficultés d'appareillage [2,9,10]. En effet, en cas d'appareillage défectueux, le liquide iléal corrosif peut entraîner des irritations cutanées.

La survenue d'une éventration stomiale est favorisée par un orifice musculo-aponévrotique trop large et tous les facteurs responsables d'hyperpression abdominale. La fréquence est faible dans notre série (1,1%) tout comme dans celle de Bikandou [9] qui retrouve 2,1%.

Morbidité

La morbidité après la prise en charge de la stomie compliquée dans notre étude était de 12 %. Cette morbidité était liée à la réintervention chirurgicale dans un contexte septique (1 fistule anastomotique après rétablissement de nécessité et 1 abcès sous phrénique)

Mortalité

Notre taux de mortalité globale était de 8 %. Les chiffres trouvés dans la littérature sont très variables : 6,7 % pour Sanogo [2] et 10,4 % pour Bikandou [9]. Le choc septique secondaire à la fistule péristomiale a été la cause des décès dans notre travail.

CONCLUSION

Les entérostomies sont devenues des gestes de réalisation courante en chirurgie digestive. Leur

réalisation dans la méconnaissance des règles élémentaires risque d'exposer le malade à des complications qui viendront en aggraver le pronostic.

REFERENCES

1. Boissel P. Les stomies digestives, indications et modalités d'appareillage. *Concours médical* 2003 ; 125:1768-1772.
2. Sanogo ZZ, Yena S, Simaga AK. Stomies digestives: expérience du service de chirurgie « A » du CHU du point G. *Mali Médical* 2004;19:4-24.
3. Touré CT, Dieng M, Mbaye M, Sanou A, Ngom G, Ndiaye A, Dia A. Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du colon au CHU à Dakar. *Annales de chirurgie* 2003;128:98-101.
4. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Disease* 2006;9: 559-561.
5. Ayite AE, Kpoussou A, Etey KT, Senah K, Homawo K. Volvulus du côlon pelvien au CHU de Lomé Togo. *Médecine d'Afrique Noire* 1995;42: 15-20.
6. Liu J, Bruch Hp, Farke S, Nolde J, Schwandner O. Stoma formation for fecal diversion: a plea for the laparoscopic approach. *Tech Coloproctol* 2005;9: 9-14.
7. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal disease* 2007;9:834-838.
8. Arumugam J, Bevan L, Macdonald M, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr NC. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Disease* 2003;5: 49-52.
9. Bikandou G, Missie H, Tsimba, Tsonda, Massengo R. Les stomies digestives au CHU de Brazzaville. *Med Chir Dig* 1996; 25:23-24.
10. Montandon S. Les appareils de dérivations digestives. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Techniques chirurgicales - Appareil digestif* 2008;1:40-618.
11. Gallot D. Traitement chirurgical des colostomies. *Encyclopédie Médico- Chirurgicale. Techniques chirurgicales - Appareil digestif* 2008;40-545.