

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

UNIVERSITÉ DE OUAGADOUGOU

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTÉ

SECTION MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2000/2001

THESE N° : 27

**LES STOMIES INTESTINALES AU
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
YALGADO OUEDRAOGO :
INDICATIONS ET COMPLICATIONS
(A PROPOS DE 106 CAS)**

THESE
présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2001
pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

par
BORO Gosso
Né le 6 février 1971 à Toma (Burkina Faso)

Jury

Directeur de thèse Pr. A. SANOU
Codirecteur Dr S. S. TRAORE

Président : Pr. Ag. R. K. OUEDRAOGO
Membres : Pr. Ag. J. SANOU
Dr D. SANO

LISTE DES ENSEIGNANTS

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

| | |
|------------------------------------|--|
| Rambré Moumouni OUMINGA | Anatomie organogénèse et chirurgie |
| Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam) | Sémiologie et Pathologies médicales |
| Tinga Robert GUIGUEMDE | Parasitologie |
| Bobilwinde Robert SOUDRE | Anatomie-Pathologique |
| Amadou SANOU | Chirurgie Générale et Digestive |
| Innocent Pierre GUISSOU | Pharmacologie & Toxicologie |
| Bibiane KONE | Gynécologie - Obstétrique |
| Alphonse SAWADOGO | Pédiatrie |

Professeurs associés

| | |
|-----------------|-------------|
| Blaise KOUDOGBO | Toxicologie |
|-----------------|-------------|

Maîtres de Conférences

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| Julien YILBOUDO | Orthopédie -Traumatologie |
| Kongoré Raphaël OUEDRAOGO | Chirurgie -Traumatologie |
| François René TALL | Pédiatrie |
| Jean KABORE | Neurologie |
| Joseph Y. DRABO | Médecine Interne/Endocrinologie |
| Blaise SONDO | Santé Publique |
| Jean LANKOANDE | Gynécologie-Obstétrique |
| Issa SANOU | Pédiatrie |
| Ludovic KAM | Pédiatrie |
| Adama LENGANI | Néphrologie |
| Oumar TRAORE N°1 | Orthopédie-Traumatologie |
| Kampad:lemba OUOBA | Oto Rhino Laryngologie |

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Albert WANDAOGO

Chirurgie Pédiatrique

Assistants associés

Caroline BRIQUET

Pharmacologie et Toxicologie

Valérie MURAILLE

Galénique et Chimie-Analytique

Mâîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Adarna TRAORE

Dermatologie Vénérologie

Abdoulaye TRAORE

Santé Publique

Daman SANO

Chirurgie Générale

Arouna OUEDRAOGO

Psychiatrie

Joachim SANOU

Anesthésie-Réanimation

Patrice ZABSONRE

Cardiologie

Jean Gabriel OUANGO

Psychiatrie

Georges KI-ZERBO

Maladies Infectieuses

Théophile L. TAPSOBA

Biophysique - Médecine Nucléaire

Rabou CISSE

Radiologie

Blarni DAO

Gynécologie Obstétrique

Alain BOUGOUMA

Gastro-Entérologie

Boubacar TOURE

Gynéco-Obstétrique

Michel AKOTIONGA

Gynécologie-Obstétrique

Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE

Bactério-Virologie

Alain ZOUBGA

Pneumologie

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| Boubacar NACRO | Pédiatrie |
| KABRE Abel | Neuro-Chirurgie |
| DAC / Maïmouna OUATTARA | ORL |
| KYELEM / Nicole Marie ZABRE | Maladies Infectieuses |
| TRAORE / Antoinette BELEM | Pédiatrie |
| Kapouné KARFO | Psychiatrie |
| Timothée KAMBOU | Chirurgie |
| Jean Baptiste NIKIEMA | Pharmacognosie |
| Ali NIAKARA | Cardiologie |

Assistants Chefs de cliniques

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| T Christian SANOU (in memoriam) | Oto Rhino Laryngologie |
| Doro SERME (in memoriam) | Cardiologie |
| Hamadé OUEDRAOGO | Anesthésie-Réanimation physiologie |
| Alexis ROUAMBA | Anesthésie-Réanimation physiologie |
| M. Théophile COMPAORE | Chirurgie |
| Y. Abel BAMOUNI | Radiologie |
| André K. SAMANDOULOGOU | Cardiologie |
| Rigobert THIOMBIANO | Maladies Infectieuses |
| Raphaël DAKOURE | Anatomie-Chirurgie |

Assistants

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Robert O. ZOUNGRANA | Physiologie |
| Bobliwendé SAKANDE | Anatomie-Pathologique |
| Raphaël SANOU (in memoriam) | Pneumo-phtisiologie |
| Oumar TRAORE N°2 (in memoriam) | Radiologie |

| | | |
|------------------------|--------------------|--------------------------|
| Pingwendé | BONKOUNGOU | Pédiatrie |
| Arsène M. D. | DABOUE | Ophthalmologie |
| Nonfounikoun Dieudonné | MEDA | Ophthalmologie |
| Athanase | MILLOGO | Neurologie |
| Vincent | OUEDRAOGO | Médecine du Travail |
| S. Christophe | DA | Chirurgie |
| Naznigouba | OUEDRAOGO | Réanimation |
| Aurélien Jean | SANON | Chirurgie |
| LOUGUE / SORGHO | Claudine | Radiologie |
| YE / OUATTARA | Diarra | Pédiatrie |
| Bernabé | ZANGO | Chirurgie |
| L. Valerie Adélaïde | NEBIE | Cardiologie |
| Blandine | THIEBA | Gynécologie-Obstétrique |
| Abdel Karim | SERME | Gastro-Entérologie |
| Moussa | BAMBARA | Gynécologie-Obstétrique |
| Fatou | BARRO | Dermatologie |
| Olga | LOMPO | Anatomie Pathologique |
| Appolinaire | SAWADOGO | Gastro-Entérologie |
| Martial | OUEDRAOGO | Pneumo-Phtisiologie |
| Moussa | KERE | Santé Publique |
| Laurent | OUEDRAOGO | Santé Publique |
| Innocent | NACOULMA | Orthopédie-Traumatologie |
| P. Antoine | NIAMPA | Dermatologie |
| MILLOGO/TRAORE | Françoise Danielle | Gynécologie-Obstétrique |
| Z Théodore | OUEDRAOGO | Santé Publique |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| P. André KOALAGA | Gynécologie-Obstétrique |
| Emile BANDRE | Chirurgie générale et digestive |
| Syranyan SEKOULE | Psychiatrie |
| Dieudonné OUEDRAOGO | Chirurgie maxilo-faciale |

Assistants Biologistes des Hôpitaux

| | |
|-----------------|-------------------------|
| Lassina SANGARE | Bactério-Virologie |
| Idrissa SANOU | Bactério-Virologie |
| Harouma SANON | Hématologie/Immunologie |
| Issa SOME | Chimie Analytique |

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

U.F.R des Sciences et Appliquées

Professeurs Titulaires

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Alfred S. TRAORE | Immunologie |
| Akry COULIBALY | Mathématiques |
| Sita GUINKO | Botanique-Biologie Végétale |
| Guy V. OUEDRAOGO | Chimie Minérale |
| Laya SAWADOGO | Physiologie-Biologie Cellulaire |
| Laou Bernard KAM (in memorian) | Chimie |
| Patojn Albert OUEDRAOGO | Zoologie |

Maîtres de Conférences

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Boukary LEGMA | Chimie-Physique Générale |
| François ZOUGMORE | Physique |
| Adama SABA | Chimie Organique |
| Philippe SANKARA | Cryptogamie-Phytopharmacie |
| Gustave KABRE | Biologie Générale |

Maîtres-Assistants

| | |
|-----------|----------|
| W. GUENDA | Zoologie |
|-----------|----------|

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Makido B. OUEDRAOGO | Génétique |
| Raymond BELEMTOUNGOURI | T.P. Biologie Cellulaire |
| Drissa SANOU | Biologie Cellulaire |

Assistants

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Apolinaire BAYALA (in memoriam) | Physiologie |
| Jeanne MILLOGO | T.P. Biologie-Végétale |

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

| | |
|---------------------------|-----------|
| Didier ZONGO | Génétique |
| Georges Annicet OUEDRAOGO | Biochimie |

U.F.R des Sciences Economiques et de Gestion

Maître-Assistant

| | |
|-------------------|------------------|
| Tibo Hervé KABORE | Economie-Gestion |
|-------------------|------------------|

Assistants

| | |
|--------------|---------|
| Mamadou BOLY | Gestion |
|--------------|---------|

U.F.R des Sciences Juridiques et Politiques

Assistants

| | |
|-------------------|-------|
| Jean Claude TAITA | Droit |
|-------------------|-------|

ENSEIGNANTS VACATAIRES

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| Mme Henriette BARY | Psychologie |
| Aimé OUEDRAOGO | Ophtalmologie |
| R. Joseph KABORE | Gynécologie-Obstétrique |
| Dr Bruno ELOLA | Anesthésie-Réanimation |
| Dr Michel SOMBIE | Planification |
| Dr Nicole PARQUET | Dermatologie |
| M. GUILLRET | Hydrologie |
| M. DAHOU (in memoriam) | Hydrologie |

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Dr Bréhima DIAWARA | Bromatologie |
| Dr Annette OUEDRAOGO | Stomatologie |
| Dr Adama THIOMBIANO | Législation Pharmaceutique |
| Dr Sidiki TRAORE | Galénique |
| Mr Mamadou DIALLO | Anglais |
| Dr Badioré OUATTARA | Galénique |
| Dr Alassane SICKO | Anatomie |
| Dr Aline TIENDREBEOGO | Chimie Analytique et contrôle médic. |
| Dr Noël ZAGRE | Nutrition |
| Dr TRAORE / COULIBALY Maminata | Biochimie |
| Dr Seydou SOURABIE | Pharmacognosie |

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

| | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Pr. Lamine DIAKHATE | Hématologie (Dakar) |
| Pr. Abibou SAMB | Bactério-Virologie (Dakar) |
| Pr. José Marie AFOUTOU | Histologie-Embryologie (Dakar) |
| Pr. Makhtar WADE | Bibliographie (Dakar) |
| Pr. M. K. A. EDEE | Biophysique (Lomé) |
| Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG | Physiologie (Dakar) |
| Pr. Ag. R. DARBOUX | Histologie-Embryologie (Bénin) |
| Pr. Ag. E. BASSENE | Pharmacognosie (Dakar) |
| Pr. M. BADIANE | Chimie Thérapeutique (Dakar) |
| Pr. B. FAYE | Pharmacologie (Dakar) |

O.M.S.

| | |
|------------------------|-------------------------------------|
| Dr Jean-Jacques BERJON | Histologie-Embryologie (Creteil) |
|------------------------|-------------------------------------|

| | |
|---------------------|--|
| Dr Frédéric GALLEY | Anatomie Pathologique (Lille) |
| Dr Moussa TRAORE | Neurologie (Bamako) |
| Pr. Auguste KADIO | Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan) |
| Pr Jean Marie KANGA | Dermatologie (Abidjan) |
| Pr. Arthur N'GOLET | Anatomie Pathologique (Brazzaville) |

Mission Française de Coopération

| | |
|-------------------------|---|
| Pr. Etienne FROGE | Médecine Légale |
| Pr. AYRAUD | Histologie-Embryologie |
| Pr. Henri MOURAY | Biochimie (Tours) |
| Pr. Denis WOUESSI DJEWE | Pharmacie Galénique (Grenoble / France) |
| Pr. M. BOIRON | Physiologie |

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

| | |
|--------------------|-------------------------------|
| Pr. Marc VAN DAMME | Chimie Analytique-Biophysique |
| Pr. Viviane MOES | Galénique |

~*~

AVERTISSEMENT

"Par délibération, l'UFR des Sciences de la Santé a arrêté : que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni réprobation."

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

➤ **JEHOVAH Dieu**

Aucune œuvre humaine n'est possible sans votre permission ;

➤ **Ma mère et mon père**

Vous m'avez inculqué dès le bas âge la volonté de travailler.
Puisse Dieu vous garder encore longtemps en vie parmi vos enfants.

➤ **Mes enfants Romial et Clara**

Désormais je serai à vos côtés pour vous apporter la tendresse et l'attention dont vous avez souvent été privés afin que vous réussissiez dans la vie.

➤ **Mes mamans Tchiri et Sia N'Biara**

Vous m'avez adopté comme votre propre fils. Veuillez recevoir ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

➤ **Ma petite sœur Valentine (in mémorium)**

Tu nous as quittés précocement, repose en paix dans la terre de Safané.

➤ **Mes frères et sœurs**

Restons unis comme l'ont souhaité nos parents.

➤ **Mon cousin Oumarou**

Pour les difficultés que nous avons toujours affrontées ensemble dès la tendre enfance. Merci pour le soutien de la famille qui est aussi la tienne.

➤ **Alima**

Merci

➤ **Mes tantes Sia, Tchirlo, Gnonko**

Merci pour votre soutien

➤ **Drabo Moussa et sa famille**

Vous m'avez accueilli dès mon arrivée à Ouagadougou. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.
Leur fils Ousséni (in mémorium).

➤ **Bitibaly Célestin et sa famille**

Pour le soutien dont j'ai été l'objet.

➤ **Mon ami Sawadogo Romial et sa famille**

Pour les difficultés que nous avons surmontées ensemble depuis la cité universitaire. Puisse Dieu renforcer les liens de notre amitié.

➤ **La grand-mère Compaoré à Tita**

Merci infiniment

➤ **Mes cousins, cousines, neveux, nièces, oncles, tante**

➤ **Paré, ex directeur de l'école Borakuy de Dédougou (in mémorium)**

Vous avez guidé mes premiers pas vers l'école, reposez en paix.

➤ **Tous mes voisins de Tougan**

➤ **Tous mes voisins de Dédougou**

➤ **Mes anciens promotionnaires du Lycée Provincial de Dédougou**

➤ **Amis et voisin de Zogona**

➤ **La famille Kouanda à Zangouétin (Ouagadougou)**

➤ **Boro Amidou et sa famille**

➤ **Djènèba**

➤ **Mes promotionnaires de la FSS**

Pour le chemin laborieux que nous avons parcouru ensemble.

➤ **Sawadogo Michel, mon voisin en PCEM2 (in memorium)**

➤ **Dr Bandré et sa famille**

Vous m'avez inspiré ce travail et vous l'avez dirigé avec bienveillance. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

➤ **Mes aînés en CES de chirurgie : Dr Zida, Dr Bonkougou, Dr Zan, Dr Kirakoya, Dr Couliadiaty, Dr Kafando.**

Merci

➤ **Aides opérateurs et anesthésistes du CHN-YO.**

➤ **Personnel du triage de la chirurgie B, de la maternité, de l'ophtalmologie, de la médecine interne du CHN-YO.**

➤ **Personnel de la Clinique EL FATEH-SUKA, Ouagadougou.**

➤ **Personnel du Centre Socio-sanitaire Oasis JB de Koudougou, en particulier, son Directeur ENZO Missoni, son épouse Clarisse, Emile Bationo et Félix Bouda.**

➤ **Voisins et amis de Koudougou**

➤ **Tous les stomisés du Burkina Faso, d'Afrique et d'ailleurs.**

➤ **Toute personne qui m'a aidé.**

NOS MAÎTRES ET JUGES

Professeur A Sanou

Président de l'ordre des médecins, président du CES. Fin chirurgien, votre rigueur scientifique et votre qualité incommensurable d'enseignant font de vous la fierté du département de chirurgie générale et digestive. C'est un grand honneur pour nous que vous acceptiez de juger ce travail malgré votre emploi de temps très chargé. Recevez ici mes sincères remerciements.

Professeur Ouédraogo Raphaël Kongoré

Nous admirons votre rigueur scientifique et votre qualité d'enseignant. Nous avons été séduit par la simplicité avec laquelle vous transmettez le savoir dès le premier contact dans l'amphithéâtre. Vous avez accepté juger ce travail. Nous voulons vous témoigner ici l'expression de notre infinie reconnaissance.

Professeur Sanou Joachim

Les mots nous manquent pour vous exprimer tous nos sentiments. Mais il ne fait aucun doute que la clarté avec laquelle vous enseignez votre discipline, votre culture médicale et générale et vos qualités humaines sont admirées de tous. Nous vous vouons très sincèrement un profond respect et nous éprouvons un désir ardent de suivre vos traces dans la réanimation. Nous vous remercions d'avoir accepté juger ce travail.

Docteur Traoré Si Simon

Pendant notre séjour en chirurgie B nous avons beaucoup appris auprès de vous. Votre ouverture sociale et votre ardeur au travail ont fini par réveiller en nous une admiration. Vous avez dirigé ce travail avec bienveillance. Pour les conseils que vous avez prodigués depuis la conception de ce travail nous vous adressons nos sincères remerciements.

Docteur SANO Daman

La chaleur et la simplicité de votre accueil nous ont très rapidement mis en confiance dans le service de chirurgie générale et digestive. Vous avez jeté les premières bases de notre initiation en chirurgie durant notre passage dans le service. Vous ne pouvez imaginer quel plaisir vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vous forcez l'admiration par votre sens élevé des relations humaines. Recevez ici mes très chaleureux et sincères remerciements et ma profonde gratitude.

SOMMAIRE

| | |
|---|-------------|
| LISTE DES ENSEIGNANTS | I |
| DEDICACES..... | XI |
| SOMMAIRE | XVII |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIÈRE PARTIE: RAPPELS..... | 2 |
| I. RAPPELS ANATOMIQUES [53,54,58 ,70] | 3 |
| I.1. LA PAROI ANTÉRO-LATÉRALE DE L'ABDOMEN..... | 3 |
| 1.1.1. <i>Le Grand droit de l'abdomen</i> | 3 |
| 1.1.2. <i>le Pyramidal de l'abdomen</i> | 3 |
| 1.1.3. <i>Le Transverse de l'abdomen</i> | 3 |
| 1.1.4. <i>Le petit oblique</i> | 4 |
| 1.1.5. <i>Le grand oblique</i> | 4 |
| 1.1.6. <i>Le péritoine</i> | 4 |
| I.2. LES ANSES GRÊLES | 4 |
| 1.2.1. <i>Rapports des anses grêles</i> | 5 |
| 1.2.2. <i>Sur le plan histologique</i> | 5 |
| 1.2.3. <i>Vascularisation des anses grêles</i> | 6 |
| I.3. LE MÉSENTÈRE..... | 6 |
| I.4. LE CÔLON..... | 7 |
| 1.4.1. <i>Le côlon ascendant</i> | 7 |
| 1.4.2. <i>Le côlon transverse</i> | 7 |
| 1.4.3. <i>Le côlon descendant</i> | 7 |
| 1.4.4. <i>Vascularisation du côlon</i> | 8 |
| II. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [55, 56, 57] | 8 |
| II.1. PHYSIOLOGIE DE LA DIGESTION INTESTINALE..... | 8 |
| II 1.1. <i>Au niveau du grêle: La motricité de l' intestin grêle</i> | 8 |
| II.1.3 <i>Contrôle nerveux de la motricité intestinale</i> | 9 |
| II.2. PHYSIOLOGIE DE L'ABSORPTION INTESTINALE | 10 |
| III. TECHNIQUES CHIRURGICALES ET INDICATIONS DES ILÉOSTOMIES ET DES COLOSTOMIES [70,71,72] | 11 |
| III.1. RÉALISATION PRATIQUE D'UNE STOMIE | 12 |
| III.2. SIÈGE DE LA STOMIE | 12 |
| III.2.1. <i>Au niveau de l'intestin</i> : | 12 |
| III.2.2. <i>Au niveau de la paroi</i> | 12 |
| III.3. ORIFICE DE LA STOMIE..... | 13 |
| III.4. DURÉE DE LA STOMIE | 13 |
| III.5. LES TYPES D'ILÉOSTOMIES | 13 |
| III.5.1. <i>l'iléostomie terminale</i> | 13 |
| III.5.2. <i>l'iléostomie latérale</i> | 13 |
| III.5.3. <i>l'iléostomie continente</i> | 14 |
| III.6. LES TYPES DE COLOSTOMIES | 14 |
| III.6.1. <i>La colostomie terminale</i> | 14 |
| III.6.2. <i>La colostomie latérale</i> | 14 |
| III.6.3. <i>La colostomie double</i> | 14 |
| III.6.4. <i>la caecostomie</i> | 15 |
| IV. LES SOINS POST OPÉRATOIRES | 15 |
| IV.1. LE PANSEMENT | 15 |

| | |
|---|-----------|
| IV.2. L'APPAREILLAGE | 15 |
| IV.3. LE RÉGIME | 17 |
| V. LES COMPLICATIONS DES STOMIES INTESTINALES..... | 17 |
| V.1. LES COMPLICATIONS NON SPÉCIFIQUES DES STOMIES INTESTINALES | 17 |
| V 1.1 <i>Les complication générales</i> | 17 |
| V 1.2 <i>Les complications loco-régionales</i> | 18 |
| V.2. LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES DES ILÉOSTOMIES : LES TROUBLES HYDROÉLECTRIQUES ET ELETROLYTIQUES VITAMINIQUES | 20 |
| DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE..... | 21 |
| I. OBJECTIFS | 22 |
| I.1. OBJECTIF GÉNÉRAL: | 22 |
| I.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES..... | 22 |
| II. MÉTHODOLOGIE | 23 |
| II.1. CADRE D'ÉTUDE | 23 |
| II.1.1. <i>Le service de chirurgie générale et digestive</i> | 23 |
| II.1.2. <i>Le service des urgences chirurgicales:</i> | 24 |
| II.2. MATÉRIEL | 24 |
| II.3. MÉTHODOLOGIE | 24 |
| II.3.1. <i>Critères d'inclusion</i> | 24 |
| II.3.2. <i>Critère d'exclusion:</i> | 24 |
| III. RÉSULTATS..... | 25 |
| III.1. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES:..... | 25 |
| III.1.1. <i>Fréquence</i> | 25 |
| III.1.2. <i>Répartition des patients stomisés selon l'âge</i> | 25 |
| III.1.3. <i>Répartition des patients selon le sexe</i> | 26 |
| III.1.4. <i>Répartition des patients selon la profession:</i> | 26 |
| III.1.5 <i>Répartition des patients selon la provenance:</i> | 26 |
| III.2. DONNÉES CLINIQUES | 26 |
| III.2.1. <i>Le délai de consultation</i> | 26 |
| III.2.2. <i>L'état général à l'admission des patients</i> | 26 |
| III.2.3. <i>Les entités pathologiques</i> | 26 |
| III.2.4. <i>Etiologies</i> | 26 |
| III.4. LA DÉRIVATION INTESTINALE..... | 26 |
| III.4.1. <i>L'iléostomie</i> | 26 |
| III.4.1.1. <i>Siège pariétal</i> | 26 |
| III.4.1.2. <i>Les types d'iléostomie</i> | 26 |
| III.4.1.3. <i>Les indications des iléostomies</i> | 26 |
| III.4.2. <i>La colostomie</i> | 26 |
| III.4.2.1. <i>Siège pariétal de la colostomie</i> | 26 |
| III.4.2.2. <i>Les types de colostomie</i> | 26 |
| III.4.2.3. <i>Les indications des colostomies</i> | 26 |
| III.5. LES SUITES OPÉRATOIRES..... | 26 |
| III.5.1. <i>Les soins post-opératoires</i> | 26 |
| III.5.2. <i>L'évolution</i> | 26 |
| III.5.2.1. <i>La durée d'hospitalisation</i> | 26 |
| III.5.2.2. <i>Le rétablissement de la continuité</i> | 26 |
| III.5.2.3. <i>La morbidité</i> | 26 |
| III.5.2.3.1. <i>La morbidité globale:</i> | 26 |
| III.5.2.3.10. <i>Répartition des complications en fonction du type de la stomie</i> | 26 |
| III.5.3. <i>Traitement des complications</i> | 26 |
| III.5.4. <i>La mortalité</i> | 26 |
| III.5.4.1. <i>La mortalité selon l'âge</i> | 26 |
| III.5.4.2. <i>La mortalité selon le sexe</i> | 26 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| III.5.4.3. | La mortalité selon le type de stomie..... | 26 |
| III.5.4.4. | La mortalité selon les circonstances de l'intervention..... | 26 |
| III.5.4.5. | La mortalité selon la nature de l'affection..... | 26 |
| IV. | LE COÛT D'UNE DÉRIVATION INTESTINALE EXTERNE AU CHN-YO..... | 26 |
| IV.1. | LE COÛT DES MÉDICAMENTS, L'ACTE OPÉRATOIRE ET LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES..... | 26 |
| IV.2. | LES FRAIS DE SÉJOUR HOSPITALIER..... | 26 |
| IV.3. | LE PRIX DE L'APPAREILLAGE..... | 26 |
| * | <i>L'iléostomie</i> | 26 |
| * | <i>La colostomie</i> | 26 |
| IV.4. | LE COÛT RÉEL DU TRAITEMENT POUR 60 JOURS EN MOYENNE..... | 26 |
| | TROISIÈME PARTIE: COMMENTAIRES..... | 26 |
| I. | LES LIMITES DE L'ÉTUDE..... | 26 |
| II. | LES ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES..... | 26 |
| II.1. | LA FRÉQUENCE..... | 26 |
| II.2. | L'ÂGE..... | 26 |
| II.3. | LE SEXE..... | 26 |
| II.4. | LA PROVENANCE DES PATIENTS..... | 26 |
| II.5. | LA PROFESSION..... | 26 |
| II.6. | LES CIRCONSTANCES DE L'INTERVENTION..... | 26 |
| III. | LES DONNÉES CLINIQUES..... | 26 |
| III.1. | LE DÉLAI DE CONSULTATION..... | 26 |
| III.2. | L'ÉTAT GÉNÉRAL DES MALADES À LEUR ADMISSION..... | 26 |
| III.3. | LES ENTITÉS PATHOLOGIQUES..... | 26 |
| III.3.1. | <i>La péritonite</i> | 26 |
| III.3.2. | <i>L'occlusion intestinale</i> | 26 |
| III.3.3. | <i>Les fistules recto-vaginales</i> | 26 |
| IV. | LA DÉRIVATION INTESTINALE..... | 26 |
| VI.1. | L'ILÉOSTOMIE: INDICATIONS..... | 26 |
| VI.2. | LA COLOSTOMIE: INDICATIONS..... | 26 |
| V. | L'ÉVOLUTION POST-OPÉRATOIRE..... | 26 |
| V.1. | L'HOSPITALISATION..... | 26 |
| V.2. | LE RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ DIGESTIVE..... | 26 |
| V.3. | LA MORBIDITÉ..... | 26 |
| V.3.1 | <i>La morbidité globale</i> | 26 |
| V.3.2 | <i>Morbidity loco-régionale</i> | 26 |
| V.3.2.1. | Le phagédénisme..... | 26 |
| V.3.2.1.1. | Phagédénisme et type de stomie..... | 26 |
| V.3.2.1.2. | Prise en charge du phagédénisme..... | 26 |
| V.3.2.2. | Prolapsus..... | 26 |
| V.3.2.3. | La suppuration..... | 26 |
| V.3.3 | <i>La morbidité générale</i> | 26 |
| V.3.3.1 | La dénutrition..... | 26 |
| V.3.3.2. | Les troubles psychiques..... | 26 |
| V.4. | LA MORTALITÉ..... | 26 |
| VI. | LE COÛT D'UNE STOMIE..... | 26 |
| | CONCLUSION..... | 26 |
| | SUGGESTIONS..... | 26 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 26 |

| | |
|--------------|----|
| ANNEXES..... | 26 |
| RÉSUMÉ..... | 26 |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La stomie se définit comme l'abouchement temporaire ou définitif d'un viscère creux à la peau. On distingue les stomies d'alimentation et les stomies d'évacuation [58], qui feront l'objet de notre étude. Les stomies d'alimentation sont constituées par les gastrostomies et les jéjunostomies. Les stomies d'évacuation, communément appelées anus artificiel comprennent les stomies iléales (iléostomies) et les stomies coliques (colostomies). Elles sont destinées à évacuer les selles à travers la paroi abdominale.

La réalisation des stomies était autrefois entravée par le contexte psychologique et les difficultés d'appareillage [35]. De nos jours, elles sont devenues des gestes de réalisation courante en chirurgie digestive et la prise en charge des patients stomisés se fait de plus en plus sans difficultés. En effet la politique de rapprochement entre stomisés, stomisés et médecins a été à l'origine de la création de l'association internationale des stomisés (IOA) [70] qui rassemble plus de soixante pays. Elle tient régulièrement des congrès pour partager l'expérience des différents participants, les nouvelles techniques chirurgicales et surtout les systèmes de poches proposés par les laboratoires. Bernard estimait en 1990 à 30000 le nombre de stomies réalisées chaque année en France dont une stomie définitive une fois sur deux cas [70].

Le Burkina Faso malgré son niveau socio-économique bas et ses structures sanitaires et hospitalières précaires n'est pas en marge de cette pratique chirurgicale. A notre connaissance aucun travail portant sur les stomies n'a été effectué dans notre contexte. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de faire le point sur les stomies au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo dans le but de préciser les indications et leurs modalités de prise en charge.

Après un aperçu général sur les stomies intestinales nous exposerons nos objectifs, notre méthodologie, nos résultats et nos commentaires.

~*2*~

PREMIERE PARTIE: RAPPELS

I. RAPPELS ANATOMIQUES [53,54,58 ,70]

I.1. La paroi antéro-latérale de l'abdomen

La paroi antéro-latérale de l'abdomen comprend cinq muscles dont quatre importants: on trouve tout d'abord de chaque côté de la ligne médiane un puissant muscle vertical, le grand droit de l'abdomen, complété en bas par le petit muscle pyramidal de l'abdomen . La paroi latérale est occupée par les corps de trois muscles plats superposés de la superficie à la profondeur, le grand oblique (oblique externe), le petit oblique (oblique interne) et le transverse; ces trois muscles dits muscles larges ,se prolongent en avant par des aponévroses qui constitueront une gaine au muscle grand droit de l'abdomen. Par leur contraction d'ensemble ils tendent la sangle abdominale, augmentent la pression intra abdominale et participent à tout effort, expiration forcée, toux, vomissement, accouchement.

I.1.1. Le Grand droit de l'abdomen

C'est un muscle allongé, aplati, épais, étendu le long de la ligne médiane, du pubis à la partie antéro-inférieure du thorax. Chacun des grands droits est contenu dans une gaine aponévrotique, presque entièrement constitué par les aponévroses des muscles grands obliques, petit oblique, et transverse. Les deux grands droits sont séparés l'un de l'autre sur la ligne médiane par un raphé tendineux appelé ligne blanche.

I.1.2. le Pyramidal de l'abdomen

Le pyramidal est inconstant. C'est un muscle triangulaire à base inférieure, placé en avant de la partie inférieure du muscle grand droit. Il s'étend du pubis à la ligne blanche.

I.1.3. Le Transverse de l'abdomen

C'est le plus profond des muscles larges de l'abdomen. Il occupe toute la moitié latérale de la paroi abdominale, depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne blanche.

I.1.4. Le petit oblique

Large, aplati, triangulaire, le petit oblique est appliqué sur le transverse qu'il recouvre presque entièrement. Ses fibres rayonnent de la crête iliaque vers les dernières côtes, la ligne blanche et le pubis.

I.1.5. Le grand oblique

Mince, large, charnu en arrière, tendineux en avant, le grand oblique est le plus superficiel des muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Ses fibres vont de la paroi thoracique à la ligne blanche, au pubis, à l'arcade fémorale et à la crête iliaque.

I.1.6. Le péritoine

C'est une membrane séreuse à double feuillets qui tapisse entièrement les parois de la cavité abdomino-pelvienne et enveloppe en totalité ou en partie les organes qui y sont contenus c'est à dire l'appareil digestif. On peut distinguer le péritoine viscéral et le péritoine pariétal en continuité l'un avec l'autre, limitant un espace virtuel, la cavité péritonéale.

Le péritoine viscéral constitue pour les différents viscères mobiles une enveloppe. Elle forme des replis servant à les fixer au moins partiellement et à leur apporter leurs vaisseaux et leurs nerfs. Il a un rôle de glissement pour les viscères. Ces replis relient les viscères à la paroi. Ce sont des mesos. Quand ils relient deux viscères l'un à l'autre on les appelle alors des épiploons

I.2. Les anses grêles

Elles regroupent l'iléon et le jéjunum. On appelle jéjunum les deux cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle. L'iléon correspond aux trois cinquièmes inférieurs. L'un se continue avec l'autre sans limite précise. Le mot jéjunum-iléon n'est guère employé car il n'existe aucune différence entre les deux entités.

L'intestin grêle commence à partir de l'angle duodeno-jéjunal. Il se termine en s'abouchant dans la paroi droite du cæcum et forme l'angle iléo-cæcal. Sa longueur moyenne est de 6,50 mètres. Son diamètre est de 3 centimètres à l'angle duodeno-jéjunal et va en diminuant graduellement pour

atteindre deux centimètres. Il est relié à la paroi abdominale postérieure par le mésentère.

De son origine à sa terminaison, le jéjuno-iléon décrit 15 à 16 flexuosités appelées anses intestinales. Chacune d'elle a la forme d'un U. On reconnaît deux groupes principaux d'anses intestinales:

- La première moitié des anses grêles se dispose horizontalement, les unes au-dessous des autres. Elles vont du côlon transverse en haut jusqu'au relief du psoas gauche en bas.
- La seconde moitié se dispose verticalement les unes à côté des autres. Elle va de la saillie du psoas gauche jusqu'au cæcum. Cependant les dix à quinze derniers centimètres du grêle sont disposés horizontalement pour se brancher perpendiculairement sur le cæcum.

I.2.1. Rapports des anses grêles

La masse des anses grêles répond:

- en arrière à la paroi abdominale postérieure, et aux organes rétro-péritonéaux (les gros vaisseaux prévertébraux, la partie sous mésocolique du duodénum, les reins, les uretères), les colons ascendant et descendant et le cæcum .
- en avant au grand droit et à la paroi abdominale antérieure
- en haut au côlon transverse et aux mésocolon transverse
- en bas au côlon ilio-pelvien et aux organes du petit bassin (rectum, vessie chez l'homme et rectum, vessie, utérus et ligaments larges chez la femme
- à droite au côlon ascendant au cæcum et la paroi).

I.2.2. Sur le plan histologique

Les anses grêles présentent de dehors en dedans:

- une tunique séreuse,
 - une musculuse,
 - une sous muqueuse,
 - et une muqueuse.
-

La muqueuse présente des replis falciformes appelés villosités. Au niveau desquelles se produit l'absorption des nutriments. Les villosités contiennent des vaisseaux lymphatiques (le chylifère) qui se jettent dans le canal thoracique. La muqueuse contient de nombreuses glandes qui sécrètent le suc intestinal. Ce suc est fluide trouble et contient des enzymes, des leucocytes, et des bactéries. La partie terminale de l'iléon est riche en ganglions lymphatiques appelés plaques de Peyer. La nécrose de ces plaques entraîne des perforations intestinales. C'est ce qui explique la situation fréquente des perforations typhiques à ce niveau.

Toute pathologie (fistule) ou tout geste thérapeutique (résection, dérivation) qui exclut du transit digestif cette immense surface nutritive que sont les villosités, entraîne un état de cachexie.

1.2.3. Vascularisation des anses grêles

Elle est assurée par l'artère mésentérique supérieure qui naît de la face antérieure de l'aorte abdominale devant le disque de la douzième (12ème) vertèbre dorsale et la première (1ère) vertèbre lombaire à un centimètre au-dessous de la naissance du tronc cœliaque et un peu au-dessus de celle des artères rénales.

L'artère mésentérique supérieure est largement anastomosée au tronc cœliaque par ses branches collatérales d'une part, et d'autre part à l'artère mésentérique inférieure par l'arcade de Riolan.

L'artère mésentérique supérieure se termine en se bifurquant en de petits vaisseaux qui s'anastomosent ensuite en formant un anneau artériel allongé. De la concavité de cet anneau se détachent de nombreux rameaux destinés au grêle.

1.3. Le mésentère

C'est un long méso péritonéal qui relie le jéjuno-iléon à la paroi. On lui reconnaît deux faces, l'une, antérieure ou droite, l'autre, postérieure ou gauche, et deux bords, l'un adhérent, appelé racine, l'autre, libre, ou intestinal. Le bord adhérent ou racine fixe le mésentère à la paroi; le bord libre sinueux, se confond avec le bord adhérent des anses intestinales. Le long de ce bord, les deux feuillets du mésentère s'écartent pour engainer l'intestin.

Il contient:

- l'artère mésentérique supérieure, ses branches intestinales et leurs ramifications anastomosées en arcade;
- la grande veine mésentérique;
- les ganglions lymphatiques mésentériques supérieurs;
- le plexus nerveux mésentérique supérieur; de la graisse.

I.4. Le côlon

Appelé le gros intestin, il se différencie de l'intestin grêle par son volume considérable, son aspect bosselé, les bandelettes qui parcourent sa surface.

Il est étendu depuis l'angle iléo-cæcal à l'anus. Sa longueur est en moyenne de 1,5m. Son diamètre de 7 à 8 cm à son origine décroît progressivement sur le côlon transverse et de 3 à 5 cm sur le côlon descendant et le côlon iliaque. Il présente une dilatation à hauteur du rectum pour former l'ampoule rectale.

Le côlon débute par un cul-de-sac volumineux, le cæcum auquel est appendu l'appendice. On lui décrit trois parties sur le plan anatomique:

I.4.1. Le côlon ascendant

Il monte verticalement à partir du cæcum. Il va de la fosse iliaque droite à la face inférieure du foie. Là l'intestin se coude pour former l'angle hépatique du côlon. C'est la portion du côlon qui est fixe.

I.4.2 Le côlon transverse

Il se continue avec le côlon ascendant. Il se dirige de droite à gauche de l'estomac. Il est légèrement concave en haut. Il se termine au voisinage de la rate par un coude, l'angle colique gauche.

I.4.3 Le côlon descendant

Il descend verticalement jusqu'au relief du psoas gauche. Il décrit ensuite sous le nom de côlon pelvien (sigmoïde) ou côlon lombo-iliaque une

boucle qui l'amène devant le sacrum. Il redescend verticalement jusqu'à l'anus pour former le rectum. Le rectum présente une partie supérieure dilatée (l'ampoule rectale). Le rectum se termine par le canal qui s'ouvre au dehors par l'anus.

La partie supérieure du côlon descendant est fixée. Sa portion sigmoïdienne est mobile. Ce dernier est relié à la paroi postérieure par un méso long à pied étroit.

Comme les anses grêles, la paroi du gros intestin est formée par quatre tuniques : la séreuse, la musculuse , la sous-muqueuse et la muqueuse .

I.4.4. Vascularisation du côlon

Le côlon droit, organe d'absorption est vascularisé par la même artère que l'intestin grêle, c'est à dire la mésentérique supérieure. Le côlon gauche, canal excréteur est vascularisé par l'artère mésentérique inférieure .

II. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [55, 56, 57]

II.1. Physiologie de la digestion intestinale

II.1.1. Au niveau du grêle: La motricité de l' intestin grêle

Elle comprend trois activités qui s'exercent à partir du tonus de base de la musculature intestinale: la segmentation rythmique, le mouvement pendulaire, l'onde périlstatique .

*** La segmentation rythmique.**

On l'appelle encore onde stationnaire. Elle résulte des contractions localisées des fibres circulaires lorsque celles ci sont distendues. Elle est dépourvue d'effet propulseur. La segmentation rythmique fragmente le chyme et le mélange avant que le péristaltisme le fasse progresser.

* Le mouvement pendulaire

Il est généralement considéré comme la conséquence de la contraction isolée de fibres longitudinales qui mobilisent une portion de l'anse de façon à homogénéiser son contenu. Il naît en des endroits quelconques sans liaison avec la segmentation rythmique.

* L'onde péristaltique

C'est un phénomène complexe qui coordonne et propage l'activité contractile des deux couches musculaires de l'intestin. La contraction des fibres longitudinales coïncident avec le relâchement des fibres circulaires et vice-versa. Chaque mouvement péristaltique comprend la contraction de la musculature en amont du point où cette onde est née et le relâchement de la musculature en aval de ce point. Cette alternance contraction-relâchement (excitation-inhibition) est dénommée loi de l'intestin de Bayliss et Starling.

Le chyme y subit l'action des enzymes pancréatique, biliaire et du grêle même. Le tableau I présente les différents enzymes et leurs actions.

II.1.2. Au niveau du côlon

Le suc du gros intestin est essentiellement muqueux. Il enduit les résidus excrémentiels et la paroi colique d'une substance lubrifiante pour faciliter la progression des matières.

II.1.3 Contrôle nerveux de la motricité intestinale

L'intestin est doté sur toute sa longueur d'une innervation intrinsèque et extrinsèque. Ses tuniques sont parcourues par d'innombrables ramifications nerveuses et contiennent les plexus mésentériques d'Auerbach et sous-muqueux de Meissner

Les nerfs extrinsèques de l'intestin grêle et de la première moitié du gros intestin sont de provenance vagale et sympathique (nerf splanchnique).

En ce qui concerne le côlon descendant, l'anse sigmoïde et le rectum, ils reçoivent leur innervation motrice du nerf érecteur sacré, et inhibitrice du nerf hypogastrique.

II.2. Physiologie de l'absorption intestinale

II.2.1. Au niveau du grêle :

L'absorption des glucides

Les sucres sont absorbés principalement par le duodenum et la première partie du jéjunum. Cette absorption est presque terminée lorsque le chyme atteint l'iléon. Le glucose est absorbé par transport actif et il semble en être de même pour le galactose. Quand au fructose il semblerait qu'il soit absorbé passivement.

L'absorption des protéines

La plupart des dégradations protéiniques ont lieu dans la portion supérieure de l'intestin grêle et 60% à 80 % de celles ci sont digérées et absorbées alors que le chyme gagne l'iléon.

Les dipeptides et les tripeptides sont absorbés par les cellules épithéliales intestinales grâce au transport actif. C'est à l'intérieur de ces cellules que les dipeptidases et les tripeptidases brisent les dipeptides et les tripeptides en leurs constituants que sont les acides aminés. De là les acides aminés quittent la paroi intestinale pour entrer dans le courant sanguin.

L'absorption des lipides

Elle a lieu dans le duodenum et le jéjunum pour s'achever dans l'iléon.

L'absorption d'eau et des électrolytes

L'eau est absorbée par la partie proximale de l'intestin grêle (5 à 10 litres). Une certaine quantité d'un demi litre est absorbée au niveau du côlon.

Le sodium possède la capacité de traverser librement la paroi intestinale; au niveau duodenal il existe un mécanisme de transport actif. Il en est de même pour le potassium, le magnésium et les phosphates.

Les ions chlores suivraient passivement les mouvements du sodium dans la partie proximale du grêle mais sont transportés activement au niveau de l'iléon

L'absorption du calcium se fait par transport actif dans tout l'intestin grêle particulièrement dans le duodenum et requiert la vitamine D.

L'absorption des vitamines

Les vitamines liposolubles A, D, E, K sont transformés en solution dans les micelles lors de la digestion des lipides et sont absorbés au niveau du duodenum et du jéjunum.

Les vitamines hydrosolubles C et B (excepté la vitamine B12) semblent être absorbés par diffusion passive au niveau de l'intestin proximal.

La vitamine B12 se combine au facteur extrinsèque fabriqué par l'estomac et est absorbé par transport actif en des points spécifiques de la muqueuse de l'iléon.

II.2.2. Au niveau du côlon:

Dans sa partie proximale (cæcum, côlon ascendant, première moitié du côlon transverse) s'effectue une résorption importante d'eau. Sa partie distale (côlon descendant et pelvien, rectum et la deuxième moitié du côlon transverse) sert d'entrepôt et d'évacuation des fécès.

III. TECHNIQUES CHIRURGICALES ET INDICATIONS DES ILEOSTOMIES ET DES COLOSTOMIES [70,71,72]

Les stomies iléales et coliques sont encore appelées stomies de vidange. En effet ces stomies sont une dérivation chirurgicale destinée à drainer à l'extérieur les matières fécales. On les appelle anus artificiel ou anus contre nature. Ces anus artificiels ne doivent pas être confondus avec la fistule stercorale qui est le résultat d'une ouverture pathologique, mécanique ou inflammatoire; ils ne doivent pas être confondus non plus avec les sutures extériorisées des plaies coliques.

La décision de réaliser une stomie est souvent prévisible en pré opératoire. Dans ce cas le chirurgien doit expliquer au patient ou aux parents la nécessité de cette dérivation, le type d'opération, ses conséquences, la nature définitive ou non de la stomie

III.1. Réalisation pratique d'une stomie

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.

III.2. Siège de la stomie

III.2.1. Au niveau de l'intestin :

La stomie doit être réalisée sur l'intestin viable pour éviter une nécrose stomiale. Le segment à extérioriser doit être mobilisable sans traction sur les anses sinon on risque de dévasculariser l'anse. Le siège est fonction du type de lésion intestinale.

III.2.2. Au niveau de la paroi

L'emplacement cutané est fondamental car il conditionnera la vie du stomisé. Il n'y a pas de règle absolue quant à l'emplacement. Mais il faut garder à l'esprit l'application des poches collectrices. Pour cela il faut ménager des espaces suffisants entre la stomie et l'incision médiane, les drains, les reliefs osseux(crête iliaque, rebord costal).

La stomie doit être bien visible et accessible par le patient lui-même. Trop basse la stomie peut être non visible. Une stomie trop haute au niveau de la taille ou de la ceinture peut gêner l'habillement.

III.3. Orifice de la stomie

L'orifice doit être adapté à la taille de l'intestin à extérioriser: trop étroite il risque d'étrangler l'intestin et son méso. Trop large le risque d'éviscération est accru. Un orifice préexistant peut être utilisé s'il est adéquat. Il faut éviter les stomies dans l'incision médiane.

III.4. Durée de la stomie

La nature définitive ou temporaire dépend du type de lésion. En cas de stomie temporaire le rétablissement de la continuité dépend de l'évolution de la maladie.

III.5. Les types d'iléostomies

III.5.1. l'iléostomie terminale

C'est une iléostomie à un orifice. Elle siège sur le grêle terminal. Elle est réalisée dans la fosse iliaque droite. Cette stomie est définitive en cas de colectomie totale pour recto-colite hémorragique (RCH), polypose adénomateuse familiale. Elle est temporaire après colectomie sub-totale réalisée pour colite aiguë grave.

III.5.2. l'iléostomie latérale

C'est une iléostomie à deux orifices. Elle consiste à extérioriser le segment du grêle à dériver sur une baguette et à faire une incision latérale sans sectionner totalement l'anse grêle. L'iléostomie latérale est indiquée pour protéger une anastomose entre l'iléon et le rectum si ce dernier est pathologique (RCH) ou entre l'iléon et l'anus. Toute anastomose iléo-anale doit bénéficier d'une iléostomie de protection. (cf. Figure 1)

L'iléostomie de sauvetage est un type d'iléostomie latérale réalisée en chirurgie d'urgence. C'est une iléostomie avec deux extrémités intestinales issue d'une résection. Le rétablissement de la continuité en per opératoire n'étant pas possible à cause du milieu septique péritonéal, les bouts intestinaux sont abouchés temporairement à la peau.

L'abouchement peut être possible par un même orifice (iléostomie en canon de fusil), ou l'abouchement des deux bouts nécessite la réalisation de deux incisions pariétales distinctes pour éviter la traction sur les anses.

III.5.3. l'iléostomie continente

C'est une iléostomie terminale proposée par Kock [36] et consistant à créer un réservoir intra-abdominal pour plastie iléale dont l'anse efférente abouchée à la peau, constitue une valve anti-reflux par invagination sur elle-même. Elle est contre-indiquée en cas de maladie de Crohn. (fig 2).

III.6. Les types de colostomies

III.6.1. La colostomie terminale

C'est une stomie à un seul orifice. Elle est dite terminale car consiste à aboucher la terminaison du côlon. La colostomie terminale est définitive en cas d'amputation abdomino-périnéale pour cancer du bas rectum. Elle est temporaire dans l'opération de Hartmann Celle ci associe une extériorisation du bout proximal et une fermeture du bout distal laissé en intra péritonéal. Elle est indiquée dans les résections coliques avec impossibilité immédiate de rétablissement de la continuité du fait des conditions septiques péritonéales.

III.6.2. La colostomie latérale

C'est une stomie siégeant sur n'importe quelle partie du côlon mobile: le sigmoïde, ou le côlon transverse. (cf. figure 3). Elle est le plus souvent temporaire, réalisée comme premier geste sur un cancer colique en occlusion ou pour la protection d'une anastomose colo-rectale ou colo-anale. Elle est le premier temps des interventions curatrices des maladies ano-rectales (imperforations anales et mégacôlon). Elle est définitive en cas de lésion colo-rectale sous-jacente inextirpable.

III.6.3. La colostomie double

Les deux extrémités coliques sont séparées et abouchées à la peau par un même orifice : on dit que c'est une colostomie en canon de fusil ou

colostomie de Bouilly-Volkman. Les deux orifices sont souvent séparés par un pont cutané.

Ce type de colostomie est réalisé chaque fois que l'on résèque un segment de côlon mobile et que l'anastomose n'est plus possible en un temps (côlon non préparé, milieu septique. (fig 4)).

III.6.4. la caecostomie

C'est une colostomie latérale portant sur le cæcum. Elle est rarement utilisée car n'assure qu'une dérivation incomplète des matières fécales.

IV. LES SOINS POST OPERATOIRES

Ils portent sur le pansement, le régime alimentaire, l'appareillage.

IV.1. Le pansement

Le pansement est constitué par des substances grasses (compresses vasélinisées imprégnées de pommade antibiotique) évitant l'adhérence de l'intestin extériorisé. Le pansement est toujours isolé de celui de la plaie opératoire de laparotomie médiane.

L'application de la poche est immédiate après l'intervention. Ceci évite de traumatiser le segment d'intestin extériorisé et de réaliser en même temps une protection efficace de la peau contre les selles. Chaque émission de selle doit être suivie du nettoyage de l'anus artificiel et de la région environnante.

IV.2. L'appareillage

C'est l'appareillage par sa qualité qui permet au malade de supporter et d'améliorer sa condition de stomisé. Un bon appareillage doit être léger, parfaitement hermétique, inoffensif pour les téguments et l'intestin, aisé à appliquer et à retirer. Il existe de nombreux appareils en plastique:

Les uns sont munis d'une porte-poche ou support qui demeure collé sur le pourtour de la stomie pendant plusieurs jours; sur les porte-poches, des poches de matières plastiques sont adaptées et jetées chaque fois que cela est nécessaire.

Les autres sont des sacs en matière plastique collés directement sur la peau, puis décollés et jetés chaque fois que cela est nécessaire.

L'irrigation colique

Elle concerne essentiellement les patients ayant une colostomie définitive gauche.

Le matériel comprend:

- un réservoir gradué, prolongé par un tuyau d'évacuation muni d'un régulateur de débit (à usage multiple).
- une grande poche appelée manchon ouverte aux deux extrémités avec un orifice médian qui s'applique sur la stomie (usage unique).
- deux pinces.

Le fonctionnement consiste à remplir le réservoir gradué, fixer le manchon sur la stomie, purger la tubulure, aboucher le cône à la stomie et après avoir mis l'extrémité distale du manchon dans une cuvette de toilette, on ouvre le régulateur de débit afin que 500 à 750 millilitres d'eau tiède passent dans 5 à 10 minutes environ.

La fréquence des irrigations coliques est en moyenne de 48 heures variable suivant les patients.

Les irrigations coliques permettent d'obtenir une absence quasi totale des selles entre les irrigations. Elle permet au colostomisé d'éviter le port d'une poche au profit d'un matériel plus discret qui est une simple compresse minipoche de sécurité muni d'un filtre pour les gaz.

Les contre-indications de l'irrigation colique sont : l'âge avancé, le mauvais état général et la grande obésité.

Le système conseal auto-adhésif ou obturateur externe avec filtre

Il permet l'obturation temporaire de la stomie pendant environ 8 heures chez les patients non irrigués et 24 heures chez les patients irrigués

Ce système évite le port d'une poche, l'émission de selles et d'odeur.

Le système conseal est limité aux stomies planes à trajet direct.

IV.3. Le régime

Il est souhaitable d'avoir une alimentation variée, équilibrée, avec un apport en boisson suffisant (un litre à un litre et demi d'eau par 24 heures). Il est conseillé de manger à des heures régulières, surtout bien mastiquer les aliments.

Aucun aliment n'est interdit mais il faut garder à l'esprit que certains aliments provoquent la diarrhée, d'autres la constipation. Chaque patient doit adapter son alimentation au type de réaction recherchée: supprimer les aliments accélérateurs de transit en cas de diarrhée. Notons cependant que la principale fonction du côlon étant de réabsorber l'eau contenue dans le liquide intestinal, en cas d'iléostomie il existe un risque de déshydratation. Il est conseillé au patient de boire en abondance pour éviter la déshydratation.

V. LES COMPLICATIONS DES STOMIES INTESTINALES

V.1. Les complications non spécifiques des stomies intestinales

La fréquence des complications des stomies varie suivant la qualité de la technique opératoire, la morphologie du patient (obésité ou maigreur) et le type de stomie. Les complications des iléostomies sont à peu près les mêmes que celles des colostomies. Il existe cependant des complications spécifiques aux iléostomies.

V.1.1. Les complications générales

*** les troubles psychiques**

Une stomie intestinale représente une modification fondamentale de la relation du sujet avec son corps. Elle devient un nouvel organe auquel le

stomisé va devoir s'adapter. Ainsi le sujet va -t-il devoir accepter la perte de sa fonction excrétrice anale.

L'incapacité à supporter la modification corporelle peut être source de dépersonnalisation, d'un état dépressif, d'une angoisse. Le risque morbide principal est celui de l'isolement du sujet. Si le sujet n'arrive pas à s'accepter aussi se sentira-t-il inacceptable par les autres. La préparation psychologique du malade, le soutien de l'entourage peuvent favoriser une bonne réinsertion socio-familiale. Le niveau d'instruction bas, l'âge avancé, les conditions économiques et socioculturelles précaires sont des facteurs favorisant l'apparition des troubles psychologiques [16].

V.1.2. Les complications loco-régionales

*** L'hémorragie péristomiale**

C'est la conséquence d'un défaut d'hémostase au niveau de la paroi de l'intestin et de la section du méso-côlon ou du mésentère. Dans ce dernier cas l'hémorragie ne peut être extériorisée et peut entraîner un hémopéritoine.

*** La nécrose de la stomie**

Elle se traduit par la modification de la couleur de celle-ci devenant noire. La nécrose est en rapport avec une stomie extériorisée sous traction ou une compression du mésentère ou du méso-côlon par une ouverture insuffisante de l'aponévrose. Elle impose la réintervention.

*** La rétraction de la stomie**

Elle est due à une stomie extériorisée sous tension ou mal fixée. Elle se complique de péritonite.

*** L'abcès péristomiale**

Il est secondaire le plus souvent à l'hémorragie péri-stomiale ou à une stomie rétractée .

*** La fistule péristomiale**

Elle a comme risque la péritonite

* **L'éviscération parastomiale**

Elle survient au cas où l'orifice aponévrotique est très large ou en cas de mauvaise fixation du mésentère au péritoine.

* **L'occlusion aiguë**

Elle est due à une bride, ou à une complication de la laparotomie, engagement d'une anse dans un hiatus pariétal, ou par sténose aponévrotique.

* **Le prolapsus**

Sa fréquence est d'environ vingt pour cent (20%) [70]. Le prolapsus stomial devient chirurgical s'il est volumineux, difficile à réduire. Il est favorisée par une déficience pariétale et l'hyperpression intra abdominale.

* **La sténose**

Elle est favorisée par une résection cutanée et pariétale trop petite, ou par une lésion inflammatoire cutanée péri-stomiale. Trop serrée elle peut être à l'origine de stase colique ou de fécalome. La dilatation digitale ou instrumentale peut suffire ou un geste chirurgical s'impose.

* **Les lésions cutanées péri-stomiales**

Elles sont la conséquence de l'érosion de la peau par les enzymes contenus dans le suc digestif. Elles sont favorisées par plusieurs facteurs:

- la proximité d'un relief osseux ou la situation de la stomie dans un pli empêche un appareillage correct source de lésions cutanées,
- le remplacement trop fréquent de l'appareillage,
- le décapage intempestif des résidus adhésifs,
- le rasage de la peau,
- l'utilisation de matériels irritants ou allergisants,
- une affection dermatologique (psoriasis).

* **Autres complications rares:**

- lithiase urinaire et biliaire,
- adénocarcinome sur iléostomie,
- lymphome sur iléostomie,
- un cas de lymphome non hodgkinien chez un patient atteint de SIDA a été rapporté. [70].

V.2. Les complications spécifiques des iléostomies : les troubles hydroélectriques et vitaminiques

Ils sont fréquents chez les patients iléostomisés. Ces troubles sont dus à une résection d'une partie de l'iléon ou d'une modification de sa flore bactérienne; Les principaux troubles sont

- la déshydratation,
 - la déplétion sodée, potassique, magnésique, ou la carence en vitamine B12. Ces troubles sont corrigés par l'apport intraveineux de ces éléments.
 - le pochite: c'est l'inflammation du réservoir iléal, traitée efficacement par antibiothérapie. Elle concerne la stomie de Koch.
-

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS

I.1. Objectif général:

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des stomies intestinales au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo (CHN-YO).

I.2. Objectifs Spécifiques

1. Situer la place des stomies intestinales dans le bilan des activités chirurgicales digestives au CHN-YO.
 2. Identifier les différents types de stomies intestinales et leurs indications au CHN-YO.
 3. Décrire leurs modalités évolutives.
 4. Estimer le coût d'une iléostomie et d'une colostomie.
 5. Déterminer des facteurs permettant d'améliorer la prise en charge des patients présentant une stomie intestinale.
-

II. METHODOLOGIE

II.1. Cadre d'étude

Le Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO) est l'un des deux centres hospitaliers nationaux de référence au plan national. Il comprend:

- Cinq (5) services de chirurgie dont le service de chirurgie générale et digestive et celui des urgences chirurgicales
- sept (7) services de médecine
- un (1) service d'ophtalmologie
- un (1) service d'ORL
- un(1) service de gynécologie et d'obstétrique
- un(1) service de pédiatrie
- un (1) service de radiologie
- un (1) service d'anesthésie-réanimation
- un (1) bloc opératoire commun aux différents services de chirurgie.

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale et digestive et dans le service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

II.1.1. Le service de chirurgie générale et digestive

C'est le service de référence au Burkina Faso pour la prise en charge des patients ayant une affection relevant de ses attributions.

Le personnel comprend:

- 5 chirurgiens,
- 4 médecins en spécialisation de chirurgie,
- 7 Infirmiers,
- et 2 filles de salles.

Sa capacité d'accueil est de 36 lits.

II.1.2. Le service des urgences chirurgicales:

Il comprend comme personnel:

- 2 chirurgiens,
- 20 infirmiers,
- 4 assistants de santé

II.2. Matériel

Les patients de notre série ont été recrutés à partir des registres d'hospitalisation, de comptes-rendus opératoires et d'anesthésie, et les dossiers cliniques des malades.

Nos données ont été analysées sur support informatique à l'aide du logiciel EPI INFO Version 5.01B fr.

II 3. Méthodologie

Nous avons mené une étude rétrospective qui a couvert une période de sept (07) années consécutives du premier janvier 1994 au 31 Décembre 2000. Pour chaque patient une fiche de recueils des données a été établie (cf. Annexe). Les variables étudiées concernaient : l'épidémiologie, les indications, la technique opératoire et l'évolution post opératoire.

II.3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les malades ayant bénéficié d'une stomie iléale ou colique opérés dans le service de chirurgie générale et digestive et des urgences chirurgicales au cours de la période d'étude.

II.3.2.Critère d'exclusion:

Ont été exclus :

- Les stomies d'alimentations (gastrostomies, jéjunostomies)
 - Les stomies effectuées en dehors de CHN-YO et qui y ont été admises soit pour une complication ou pour rétablir la continuité.
 - Les malades n'ayant pas de dossier clinique exploitable.
-

III. RESULTATS

III.1. Aspects épidémiologiques:

III.1.1. Fréquence

Nous avons colligé 106 stomies iléales et coliques en sept (07) ans, soit une moyenne de 15 cas par an.

Durant la même période 5 318 patients ont été opérés dans le service de chirurgie générale et digestive. Les stomies représentaient donc 1,9 % des activités chirurgicales digestives.

III.1.2. Répartition des patients stomisés selon l'âge

L'âge moyen des patients était de 25 ans avec des extrêmes allant de 24 heures à 72 ans. Le tableau I nous montre la répartition des patients selon l'âge.

Tableau I : Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Répartition des patients par classe d'âge.

| Tranche d'âge | Nombre de cas | Pourcentage |
|----------------|---------------|--------------|
| 0 à 9 ans | 23 | 22 % |
| 10 à 19 ans | 15 | 14 % |
| 20 à 29 ans | 22 | 21 % |
| 30 à 39 ans | 24 | 23 % |
| 40 à 49 ans | 7 | 6 % |
| Plus de 50 ans | 15 | 14 % |
| Total | 106 | 100 % |

III.1.3. Répartition des patients selon le sexe

Nous avons noté 80 hommes et 26 femmes. Le sex ratio était de 3. La proportion des patients par sexe est représentée par la figure 1

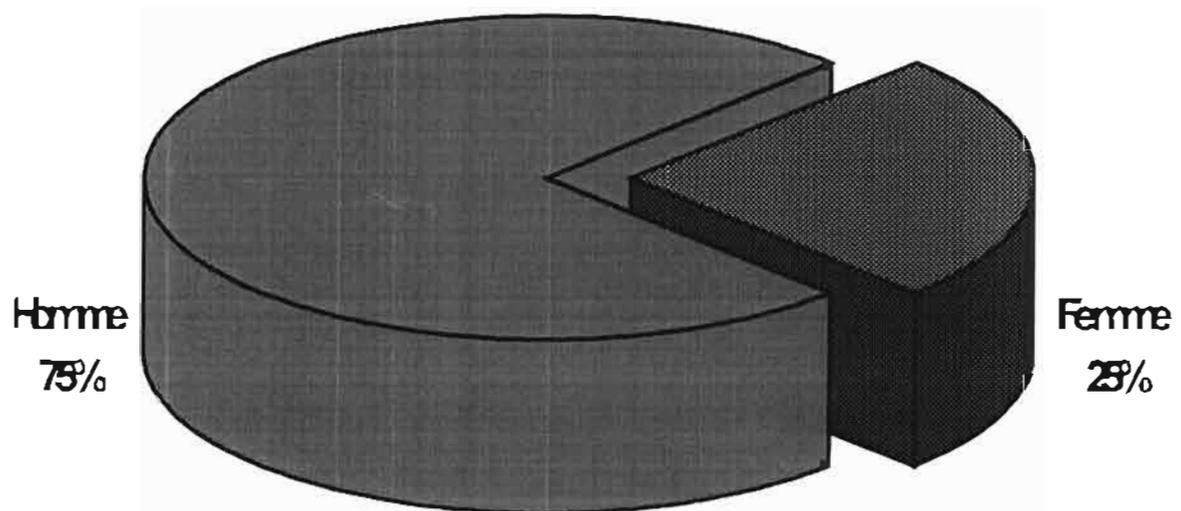


Figure 1: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Répartition des patients selon le sexe

III.1.4. Répartition des patients selon la profession:

Le tableau II montre la répartition des patients selon leur profession.

Tableau II: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : profession des patients

| Profession | nombre | Pourcentage |
|-----------------|------------|-------------|
| Sans profession | 52 | 49% |
| Cultivateur | 44 | 41% |
| Fonctionnaire | 5 | 5% |
| Inconnu | 5 | 5% |
| Total | 106 | 100% |

III.1.5 Répartition des patients selon la provenance:

La provenance des patients (milieu rural ou milieu urbain) est représentée dans le tableau III

Tableau III: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Provenance des patients.

| Provenance | Nombre de cas | Pourcentage |
|---------------|---------------|--------------|
| milieu rural | 86 | 81 % |
| milieu urbain | 20 | 19 % |
| Total | 106 | 100 % |

III.1.6. Répartition des patients selon les circonstances de l'intervention

Le tableau IV illustre la répartition des patients selon les circonstances de l'intervention.

Tableau IV: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Répartition selon les circonstances de l'intervention

| Circonstance | nombre de cas | Pourcentage |
|----------------------------|----------------------|--------------------|
| En urgence | 98 | 92% |
| En chirurgie réglée | 8 | 8% |
| Total | 106 | 100 % |

III.2. Données cliniques

III.2.1. Le délai de consultation

Le délai de consultation représente le temps écoulé entre l'apparition des premiers signes de la maladie et la consultation médicale. Il a été en moyenne de 4 jours, avec des extrêmes allant de 1 jour à 15 jours.

III.2.2. L'état général à l'admission des patients

Soixante dix patients (66 %) étaient en mauvais état général à leur admission à l'hôpital.

III.2.3. Les entités pathologiques

Notre série comprend trois tableaux cliniques. Le tableau V donne la distribution des tableaux cliniques par rapport au nombre de malades.

Tableau V: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : tableaux cliniques pré-opératoires

| Tableaux cliniques | Cas observés | Pourcentage |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| Péritonite aiguë généralisée | 58 | 55 % |
| Syndrome occlusif | 42 | 39 % |
| Fistule recto-vaginale traumatique | 6 | 6 % |
| Total | 106 | 100 % |

III.2.4. Etiologies

Les tableaux VI et VII donnent respectivement les différentes origines des péritonites, des occlusions et leur fréquence.

Tableau VI: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Étiologies des péritonites

| Étiologies | Nombre de cas | Pourcentage |
|--|---------------|-------------|
| Perforations intestinales typhiques | 45 | 77 % |
| Nécrose cæcale (Appendicite compliquée) | 10 | 17 % |
| Tumeurs coliques perforées | 2 | 4 % |
| Hernie étranglée perforée | 1 | 2 % |
| Total | 58 | 100% |

Tableau VII: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 :
Étiologies des occlusions intestinales

| Étiologies | Cas observés | Pourcentage |
|------------------------------|--------------|-------------|
| Tumeurs coliques | 5 | 12 % |
| Volvulus du sigmoïde | 10 | 24 % |
| Volvulus du coecum par Bride | 4 | 9 % |
| Imperforation anale | 20 | 48 % |
| Hirschsprung | 3 | 7 % |
| Total | 42 | 100 |

* **Les perforations intestinales typhiques**

Elles sont survenues surtout chez les patients dont l'âge était compris entre 15 et 29 ans. Elles se situaient en général sur les dernières anses grêles. La perforation était unique dans 15 cas et multiples dans 30 cas.

* **l'étranglement herniaire**

Il concernait un patient évacué. Il s'agissait d'une hernie inguinale droite étranglée depuis 4 jours. L'interrogatoire a retrouvé des tentatives de réduction par taxis à domicile. Il y avait 15 centimètres de grêle nécrosé.

* **la maladie de Hirschsprung**

Les patients avaient en moyenne 4 ans. L'interrogatoire retrouvait chez ces patients une notion de constipation avec météorisme évoluant depuis la naissance. Les consultations ont été motivées par une occlusion intestinale aiguë. C'est au cours de la laparotomie que le diagnostic est évoqué (énorme

distensions colique suivi de rétrécissement) avant la confirmation secondaire par un examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

* **L' occlusion sur bride**

Elle a été observée chez les patients qui avaient eu des laparotomies antérieures. La bride enserre le cæcum et entraîne la nécrose de celui-ci.

* **Les volvulus**

Les volvulus siégeaient essentiellement sur le côlon sigmoïde.

* **La tumeur**

Elle a été notée chez des patients de plus de 45 ans. L'examen anatomo-pathologique a retrouvé un processus malin dans 2 cas. La nature histologique n'était pas précisée dans les autres cas.

* **Les fistules recto-vaginales**

Elle a été notée chez six patients. Elles ont été consécutives à un accouchement dystocique dans 5 cas. L'autre cas de fistule recto-vaginale était la complication d'un avortement clandestin. L'examen clinique objectivait un délabrement de la cloison recto-vaginale avec issue de selles par le vagin lors de la défécation.

La dérivation intestinale a été faite avant la cure de la fistule. La continuité digestive a été rétablie après la cure de la fistule.

* **Les imperforations anales**

La colostomie a été systématique dans tous les cas de notre étude. Le plus âgé de ces nouveau-nés a été opéré 3 jours après sa naissance.

III.4. La dérivation intestinale

Nous avons noté 60 iléostomies et 46 colostomies.

La figure 2 donne la distribution des patients par rapport au type de stomie.

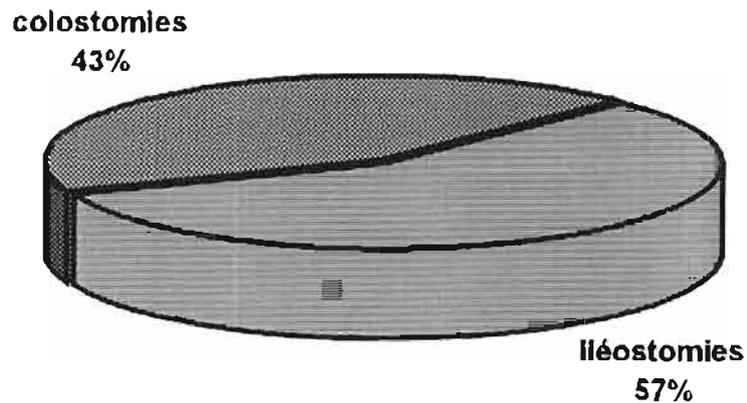


Figure N°2: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Répartition des patients selon le type de la stomie

III.4.1. L'iléostomie

III.4.1.1. Siège pariétal

Toutes les iléostomies ont été confectionnées dans le flanc droit.

III.4.1.2. Les types d'iléostomie

Les iléostomies étaient toutes temporaires. Parmi elles, on a noté 15 de type terminal et 45 de type latéral.

III. 4. 1. 3 Les indications des iléostomies

Le tableau VIII. montre les différentes indications des iléostomies.

Tableau VIII: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Indications des iléostomies

| INDICATIONS | Nombre de cas | pourcentage |
|---|----------------------|--------------------|
| Perforation typhique | 45 | 75% |
| Hernie étranglée perforée | 1 | 2% |
| Appendicite (nécrose du bas-fond caecal) | 10 | 18% |
| Volvulus du caecum par bride | 4 | 5 % |
| Total | 60 | 100 % |

Les indications des iléostomies étaient les suivants :

- la pathologie infectieuse (perforation typhique + appendicite compliquée) concernait 55 patients, soit 93 % des cas.
- Les perforations intestinales avaient une origine mécanique (bride et hernie inguino-scrotale droite étranglée dans 5 cas (7 %).

III.4.2. La colostomie

III.4.2.1. Siège pariétal de la colostomie

Le siège de la colostomie a été la fosse iliaque gauche.

III.4.2.2. Les types de colostomie

La colostomie était de type Harthmann chez 21 patients et dans 25 cas elle était de type Bouilly-Volkman.

III.4.2.3. Les indications des colostomies

Les différentes indications des colostomies sont données dans le tableau IX

Tableau IX : Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Indications des colostomies

| Indications | Nombre de cas | Pourcentage |
|----------------------|---------------|-------------|
| Tumeur du côlon | 7 | 15 % |
| Volvulus du sigmoïde | 10 | 22 % |
| Imperforation anale | 20 | 43 % |
| Hirschsprung | 3 | 7% |
| FRV | 6 | 13 % |
| Total | 46 | 100% |

Les indications des colostomies étaient:

- Les malformations colo-recto-anales (Hirschsprung et imperforation anale): 50% des cas.
- Les fistules recto vaginales obstétricales: 6 cas (13%),
- Les tumeurs coliques : 7 cas (15%). Elles se sont compliquées d'occlusion dans 5 cas (10%) et de perforation dans 2 cas (4%).
- Les volvulus du sigmoïde : 22%

III.5. Les suites opératoires

III.5.1. Les soins post-opératoires

Une antibiothérapie à large spectre associant l'ampicilline, la gentamicine et le métronidazole était systématique par voie parentérale en postopératoire. Un traitement antalgique et antipyrétique était administré à la demande. Les solutés de remplissage étaient le sérum salé isotonique (SSI) et le sérum glucosé isotonique (SGI). La quantité à perfuser était fonction de l'état de déshydratation du malade, de son âge et du terrain.

L'application des poches collectrices n'a pas été immédiate après l'intervention dans tous les cas.

III.5.2. L'évolution

III.5.2.1. La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation a été en moyenne de 2 mois avec des extrêmes de 10 jours à 5 mois.

III.5.2.2. Le rétablissement de la continuité

Le rétablissement de la continuité a intéressé 87 patients (82%) Le délai moyen de rétablissement de la continuité était de 6 mois avec des extrêmes de 15 jours et deux ans. Il était de 45 jours pour les iléostomies et 10 mois pour

les colostomies. Ce délai était de 1 mois pour les péritonites d'origine typhique et la nécrose cœcale d'origine appendiculaire, 3 mois pour les volvulus du côlon pelvien, 8 mois pour les imperforations anales et la maladie de Hirschsprung

III.5.2.3. La morbidité

III.5.2.3.1. La morbidité globale:

La proportion de cette morbidité est donnée par le tableau X

Tableau X: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Répartition des patients selon la morbidité globale

| Suites opératoires | Nombre de cas | Pourcentage |
|--------------------|---------------|-------------|
| Sans complication | 20 | 19% |
| Avec complications | 86 | 81% |
| Total | 106 | 100% |

Les complications survenues étaient générales ou propres à la stomie. Les différents types de complications sont représentés par le tableau XI.

Tableau n°XI: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Répartition des patients selon le type de complications

| Type de complications | Nombre de cas | Proportions |
|-----------------------------------|---------------|-------------|
| Phagédénisme | 24 | 22 % |
| Prolapsus | 1 | 1 % |
| Suppuration de l'incision médiane | 61 | 57 % |
| Suppuration + lâchage de paroi | 12 | 11 % |
| Dénutrition + déshydratation | 36 | 34 % |
| Eventration post-opératoire | 12 | 11% |
| Troubles psychiques | 6 | 6 % |

Plusieurs complications ont été retrouvées chez le même malade (suppuration de la paroi, phagédénisme, déshydratation + dénutrition, troubles psychiques).

III.5.2.3.10. Répartition des complications en fonction du type de la stomie

Le tableau XII montre la répartition des patients en fonction du type de stomie.

Tableau XII: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Complications selon le type de la stomie

| Type de stomie | Complications | | | | | |
|-------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|
| | Pha | Sup | Pro | Even | Dén | Psy |
| Iléostomie | 22 (20%) | 53 (50%) | 0 (0%) | 7 (6%) | 22 (21%) | 1 (1%) |
| Colostomie | 2 (2%) | 20 (19%) | 1 (1%) | 5 (5%) | 14 (13%) | 5 (5%) |
| Total | 24 (22%) | 73 (69%) | 1 (1%) | 12 (11%) | 36 (34%) | 6 (6%) |

Pha = phagédénisme

Pro = prolapsus

Sup = suppuration

Even = Eventration post opératoire

Dén = dénutrition + déshydratation

Psy = trouble psychique

III.5.3. Traitement des complications

* Le phagédénisme

Son traitement dans notre série a consisté en une désinfection et une application locale de pommade ou de crème cicatrisant et protectrice (polyvidone iodé , Pulvo 47* contient la catalase et l'hexoméline).

* Le prolapsus

Sa réduction a nécessité une intervention chirurgicale .

* La suppuration

Elle a été traitée par une antibiothérapie orientée par l'examen cytbactériologique de pus prélevé et l'antibiogramme. Le traitement local a consisté à faire des pansements quotidiens avec des désinfectants. Les lâchages de parois ont bénéficié d'une réparation chirurgicale.

* La dénutrition

Les patients dénutris ont bénéficié d'une alimentation hyper protidique.

* Les Troubles psychiques

Ils ont été traités par une psychothérapie de soutien, les antidépresseurs et les anxiolytiques (Dogmatil*).

* Les éventrations post opératoires

Les éventrations post opératoires ont bénéficié d'une réparation de la paroi.

III.5.4. La mortalité

Nous avons noté 21 décès, soit une mortalité de 19% environ.

III.5.4.1. La mortalité selon l'âge

Le tableau XIII montre la mortalité par tranche d'âge.

Tableau XIII: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : La mortalité en fonction de l'âge

| Tranche d'âge | Décès | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| 0 à 9 ans | 1 | 1 % |
| 10 à 19 ans | 5 | 5 % |
| 20 à 29 ans | 5 | 5 % |
| 30 à 39 ans | 3 | 2 % |
| 40 à 49 ans | 3 | 2 % |
| Plus de 50 ans | 4 | 4 % |
| Total | 21 | 19% |

III.5.4.2. La mortalité selon le sexe

Nous avons relevé 19 décès chez les 80 hommes, soit un taux de mortalité masculine de 24%.

Deux femmes sur 26, sont décédées, soit un taux de mortalité de 8% chez les femmes.

III.5.4.3. La mortalité selon le type de stomie

Tableau XIV : Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : La mortalité et type de stomie

| Type de stomie | Décès | Pourcentage |
|-------------------|-------|-------------|
| Iléostomie | 13 | 62% |
| Colostomie | 8 | 38% |
| Total | 21 | 100% |

III.5.4.4. La mortalité selon les circonstances de l'intervention**Tableau XV** : Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : La mortalité selon les circonstances de l'intervention

| Circonstances de l'intervention | Décès | Pourcentage |
|--|--------------|--------------------|
| Urgence | 20 | 95% |
| Différée | 1 | 5% |
| Total | 21 | 100% |

III.5.4.5. La mortalité selon la nature de l'affection

Le tableau XVI donne le nombre de décès en fonction de la nature de l'affection.

Tableau XVI: Stomies intestinales au CHN-YO de 1994 à 2000 : Mortalité selon la nature de l'affection

| Nature de l'affection | Décès | Pourcentage |
|--|--------------|--------------------|
| Perforation typhique | 10 | 48% |
| Hirschsprung | 1 | 5% |
| Tumeur | 4 | 19% |
| Volvulus du côlon pelvien | 3 | 14% |
| Bride du caecum | 2 | 9% |
| Imperforation anale | 0 | 0% |
| Appendicite compliquée | 1 | 5% |
| Hernie inguinale droite étranglée | 0 | 0% |
| Fistule recto-vaginale | 0 | 0% |
| Total | 21 | 100% |

IV. LE COUT D'UNE DERIVATION INTESTINALE EXTERNE AU CHN-YO

Pour calculer le coût d'une dérivation intestinale nous avons eu recours à une approximation.

IV.1. Le coût des médicaments, l'acte opératoire et les examens complémentaires.

- Le prix moyen payé pour les médicaments s'élevait à 25000 F CFA
- Le coût de l'acte opératoire était de 10500 F CFA
- Le prix moyen payé pour les examens complémentaires s'élevait à: 9500 F CFA. (Les examens complémentaires comprenaient une numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation (NFS VS), un groupage sanguin rhésus, une azotémie, une glycémie, une radiographie de l'abdomen sans préparation (RX. ASP)).

Au total le montant des médicaments, de l'acte opératoire et des examens complémentaires s'élève à 45000 F CFA

IV.2. Les frais de séjour hospitalier

Le coût est de 500 F CFA par jour. Le prix payé pour l'hôtellerie est en moyenne 30000 F CFA (500 F CFA x 60 jours) pour une colostomie ou une iléostomie.

IV.3. Le prix de l'appareillage

*** L'iléostomie**

A raison de deux poches par jour, pendant 60 jours, l'ensemble poche et support coûte $60 \times 2 \times 750 \text{ F CFA} = 90\ 000 \text{ F CFA}$.

*** La colostomie**

A raison d'une poche par jour, l'ensemble poche + support coûte 45 000 FCFA soit $750 \text{ F CFA} \times 60 \text{ jours}$.

IV.4. Le coût réel du traitement pour 60 jours en moyenne

- pour une colostomie s'élève à 120 000 F CFA
 - pour une iléostomie s'élève à 165 000 F CFA
-

TROISIEME PARTIE: COMMENTAIRES

I. LES LIMITES DE L'ETUDE

Nous avons relevé des difficultés inhérentes au caractère rétrospectif de l'étude nous amenant à exclure certains dossiers du fait :

- du manque de description détaillée des comptes rendus opératoires qui ne nous a pas permis de préciser souvent le siège des lésions, ou la situation pariétale de certaines stomies.
- de l'évolution post opératoire qui n'avait pas été précisée dans certains cas par manque de renseignements cliniques dans les dossiers.

II. LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

II. 1. La fréquence

L'incidence des stomies intestinales dans notre série était de 15 cas par an. Ce résultat est supérieur à celles de Koffi [39] au centre hospitalier universitaire de Cocody en RCI, Ahuka [4] au CME de Nyanku (RDC) . de Bikandou [15] au centre hospitalier universitaire de Brazzaville (Congo) qui ont rapporté respectivement des incidences de 10 , 5,2 , et 13 cas de stomies intestinales par an.

Nos résultat et ceux des auteurs africains sont de loin inférieurs à celui de Andivot en France qui estimait à 3 000 les nouvelles stomies par an en France.

Selon Koffi [39] la rareté de certaines affections inflammatoires chroniques et la pathologie colique carcinomateuse en Afrique (pourtant très répandues en Europe) justifie ces taux bas. Ces affections étant la recto-colite ulcéro-hémorragique, la maladie de Crohn colique, la polypose recto colique familiale, et les cancers du côlon, du rectum, et du canal anal.

Le faible nombre de stomies effectuées en Afrique pourrait s'expliquer par la rareté et le coût élevé des poches, l'absence de stomathérapeute. Les chirurgiens confrontés à ces difficultés redoutent la stomie dans les péritonites par perforation (d'origine infectieuses) pourtant répandues dans nos régions. Ils optent le plus souvent pour un avivement-suture des perforations intestinales.

II. 2. L'âge

L'âge moyen des patients de notre série était de 25 ans. Cela traduit la jeunesse de notre échantillon par rapport à ceux d'autres auteurs tels que Baumel [14] en France (61 ans), Bikandou [15] au Congo (36 ans), Dia [25] au Sénégal (40 ans).

Cet âge moyen bas de nos patients pourrait s'expliquer par:

- la jeunesse de la population du Burkina Faso en général [65, 60]. En effet 48,2% de la population ont moins de 14 ans. La base de la pyramide des âges large atteste cette jeunesse de la population.
- la systématisation de la colostomie dans l'imperforation anale au Centre hospitalier national Yalgado. Le nombre de nouveau-nés présentant cette affection est élevée dans notre série (18% des cas)
- la forte prévalence des perforations typhiques chez les adolescents dans notre contexte (42%) [38].

II. 3. Le sexe

La prédominance masculine est nette dans notre série (le sex ratio était de 3). Elle est également retrouvée dans la littérature [4, 9, 39] Elle pourrait être liée dans notre contexte:

- à une discrimination socio-économique favorisant le sexe masculin. en Afrique, dans la société traditionnelle burkinabé en général l'homme exerce un pouvoir absolu sur les biens et richesses de la famille. Il a accès plus aisément au traitement médical considéré plus onéreux que le traitement traditionnel. De plus les enfants de sexe masculin sont considérés comme héritier de la famille. Par conséquent ils bénéficient de plus de soins que leurs sœurs. Peu de dépenses sont faites à l'égard des filles dans la famille car celles-ci sont appelées à quitter la famille paternelle lorsqu'elles se marient.
 - la division du travail fait que les travaux de force sont effectués par les hommes exposant ces derniers aux affections traumatiques (les étranglements herniaires...).
-

II. 4. La provenance des patients

La majorité des patients (81%) provenait du milieu rural. Ce nombre élevé de patients évacués traduit le non fonctionnement de certaines antennes chirurgicales dans les formations sanitaires périphériques. Sur 44 centres médicaux avec antennes chirurgicales seulement 19 sont fonctionnels [43].

Le Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo est au sommet de la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Il fonctionne donc comme un centre de référence national. Il reçoit des formations sanitaires périphériques les malades qui posent un problème chirurgical délicat. Les évacuations sur le CHN-YO concernent surtout les régions de l'Est, du Nord et du Centre du Burkina Faso [59]. Celles de l'Ouest et du Sud du pays drainent en général vers le CHN-SS, le plus proche de ces régions.

II. 5. La profession

La majorité des patients de notre série (41%) était issue du milieu rural pratiquant l'agriculture. Ce constat reflète l'activité principale pratiquée au Burkina Faso. La majorité de la population du pays s'adonne à l'agriculture [57]. Cette classe appartient aux groupes socio-économiques les plus pauvres. Leur niveau d'instruction est bas [60]. Ces facteurs entraînent les retards à la consultation et favorisent les diagnostics tardifs ayant pour conséquence l'apparition de complications (nécrose, perforation).

II. 6. Les circonstances de l'intervention

Nos résultats en ce qui concerne les circonstances de l'intervention (en moyenne 98% des interventions en urgence) diffèrent peu de ceux rapportés par Koffi [39] en RCI, Ahuka [4] en RDC et Malonga[47] au Cameroun. Le taux d'intervention en urgence est de 100% dans leurs séries. Bikandou [15] au Congo Brazzaville a noté 79% d'interventions en urgence.

Ce fort taux de stomies réalisées en urgence pourrait s'expliquer par:

- le retard diagnostique (délai de consultation supérieur à 48 heures dans 80% des cas selon Bikandou) [15] favorise l'apparition de complications.
 - Le faible nombre de stomies intestinales réalisées au cours des interventions réglées dans notre série (8 cas sur 106) pourrait être lié à
-

l'extrême rareté des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn, la recto-colite) [39]. Les malades non opérés en urgence ont la possibilité de refuser l'intervention chirurgicale qu'ils rejettent d'ailleurs le plus souvent comme rapporté par Bikandou [15]. Pour des raisons socioculturelles les patients préfèrent mourir rapidement avec leur mal que de vivre plus longtemps avec un anus contre nature.

III. LES DONNEES CLINIQUES

III.1. Le délai de consultation

Le délai moyen de consultation de 4 jours retrouvé dans notre étude est supérieur à celui de Bikandou [15]. Plusieurs raisons pourraient justifier ce retard de consultation:

- les difficultés de transport: la plupart des voies ne sont pas bitumées et deviennent impraticables en saison pluvieuse. Certains villages sont très éloignés. L'acquisition du prix du carburant est difficile, cela d'autant que les évacuations en urgence sont imprévues.
 - le transit des malades par plusieurs formations sanitaires (Centres de Santé et la Promotion Sociale , Centres Médicaux, Centre Médicaux avec Antenne chirurgical, CHN YO).
 - le diagnostic tardif des malformations anorectales à la naissance découvertes le plus souvent par les parents.
 - Le diagnostic tardif et la prise en charge de la fièvre typhoïde dont piège diagnostic est représenté par le paludisme dans notre conteste [38] et traitée par des antipaludéens.
 - Le recours systématique en milieu rural aux tradithérapeutes en premier lieu pour les raisons suivantes :
 - la proximité géographique : le tradithérapeute habite dans le même village, quartier ou la même concession que les malades. Pour ce faire il est consulté en première intention ;
 - l'accessibilité économique : son coût très modeste par rapport à au traitement moderne ;
-

- l'accessibilité culturelle : le pouvoir mystique que lui attribuent ces prestataires face à une population non instruite. Certaines affections auraient pour origine la sorcellerie, la malédiction, les interdits sociaux.
- l'automédication en zone urbaine[38, 15,11] : l'automédication est de plus en plus croissante dans les citées africaines [1]. Ce phénomène est favorisé par les délivrances des médicaments en pharmacie sans ordonnance médicale, l'absence de répression de la vente de médicaments par des marchands ambulants, l'effondrement et la baisse du pouvoir d'achat due à la dévaluation du franc CFA.

III.2. L'état général des malades à leur admission

Soixante six pour cent des patients de notre série ont été admis en mauvais état général. Ce mauvais état général est également rapporté dans certaines études africaines [25, 38, 15, 47]. L'altération de l'état général n'est autre que la conséquence de l'évolution traînante des symptômes sans traitement du fait des longs délais de consultation.

III.3. Les entités pathologiques

III.3.1. La péritonite

La fréquence de la péritonite dans notre série (55%) est supérieure à celles de Bikandou [15] au centre hospitalier universitaire de Brazzaville (45%) et identique à celle de Koffi [39] au centre hospitalier universitaire de Yopougon (55%) en Côte d'Ivoire.

Les auteurs français ont rapporté des taux plus bas par rapport à ceux des séries africaines (20%) [6,3,19].

Le taux de péritonite élevé dans les séries africaines est due à la forte prévalence des maladies infectieuses [15, 65] qui sont les plus pourvoyeuses des péritonites par perforation intestinale [39, 15]. Elles sont évitables. Leur régression réside dans l'observance des règles élémentaires d'hygiène alimentaire (se laver les mains avant et après les repas, laver les fruits avant de les consommer...).

En Europe les principales causes de péritonites sont constituées par la maladie diverticulaire, les perforations des tumeurs et la recto-colite hémorragique [14, 9, 6].

Les sutures (avec ou sans résections) dans une cavité péritonéale septique se compliquent fréquemment de désunion ou de lâchage post-opératoire:

- Kafando au CHN YO (38) a noté 55,6% de morbidité avec 86,2% de suture immédiate dans les perforations typhiques.
- Rat cité par Koffi [39] a enregistré une fistule stercorale chez 28% des malades traité par la même méthode.
- James [4] au Togo a rapporté une mortalité de 67% après la suture immédiate contre 23,53% avec l'iléostomie.
- Loygue [46] en France a noté sur 15 sutures immédiates en milieu septique 5 péritonites et 8 décès. Son taux d'échec est de 86% avec la suture immédiate. Il n'a enregistré que 15% d'échec (3 cas sur 20) avec l'iléostomie temporaire.
- Jarvinen [34] en France a rapporté que 30% des complications en milieu septique serait liées à l'anastomose sans iléostomie. Ces complications ont donné des péritonites et des abcès pelviens qui ont nécessité une réintervention.

La désunion des sutures est due à l'inflammation des anses et à la septicité de la cavité péritonéale. Pour l'éviter certains auteurs préconisent les stomies temporaires. [38, 39,36]. L'attente du rétablissement de la continuité est mise à profit pour améliorer l'état nutritionnel des patients en très mauvais état général.

Malgré le lourd tribut que fait payer la réparation immédiate certains auteurs restent fidèles [60] à cette méthode. Plusieurs raisons pourraient justifier cette attitude:

- la stomie temporaire expose le malade aux complications propres à la stomie surtout lorsque le malade ne dispose pas de poches collectrices ;
 - elle fait courir au malade le risque d'une réintervention ;
-

- la stomie allonge la durée d'hospitalisation ;
- le manque de préparation psychologique du malade pour la stomie du fait de sa réalisation en urgence. Certains malades selon Baumel [14] se plaignent de n'avoir pas été informés de la confection de la stomie. L'imprévu opératoire explique l'ignorance dans lequel le malade est laissé avant l'opération ;
- le manque de matériels et de personnel qualifié dans le contexte africain fait redouter la confection de stomie [15] ;
- l'iléostomie temporaire entraîne une déperdition hydrique, ionique et nutritionnelle. Selon James [33] ce problème ne se pose pas réellement parce que les lipides, les protides et les glucides sont absorbés au niveau du jéjunum.

III.3.2. L'occlusion intestinale

Elle a concerné 39% des patients de notre étude. Ce taux est supérieur à ceux de certains auteurs africains:

- 15% selon Bikandou [15] au Congo,
- 37% selon Koffi [39] en RCI,
- 7,69% selon Malonga [47] au Cameroun.

Dans les occlusions intestinales vues tôt la cavité abdominale est en général propre et il n'y a pas de souffrance intestinale. Vue tardivement il se produit (au-delà de 6 heures) une nécrose intestinale avec dilatation des anses en amont de l'obstacle. Dans cet état les anses sont friables, difficiles à suturer.

L'occlusion prolongée entraîne une altération de l'état général par la spoliation hydrique et électrolytique de l'organisme. L'intervention en urgence ne permettant pas une bonne réanimation préopératoire dans notre contexte, un rétablissement immédiat pourrait entraîner la mort du malade.

Pour Ouattara [52], les conditions de l'intervention en urgence (mauvaise réanimation pré opératoire, côlon non préparé) explique les fréquents lâchages de sutures [61] d'où la nécessité de réaliser des stomies .

La stomie temporaire permet de faire disparaître les phénomènes inflammatoires, d'aseptiser la lumière intestinale à l'aide d'antibiotiques. Ouattara [52] et al à Bobo ont réalisé avec succès (mortalité nulle) 26 colostomies provisoires après résection intestinale pour occlusion aiguë. La morbidité et la mortalité étaient par contre lourde avec le rétablissement immédiat de la continuité (sur 13 cas l'auteur a noté 6 fistules et 2 décès après lâchage de suture).

Malgré les problèmes liés à la stomie, plusieurs auteurs africains [39, 15, 4, 36, 52] recommandent de résoudre d'abord le problème de l'occlusion et secondairement celui du rétablissement.

III.3.3. Les fistules recto-vaginales

Elles ont été notées chez 6% des patients de notre série. Elles constituent 15% des indications de colostomies dans la série de Ahuka [4] au CME de Nyankunde (RDC). Chez cet auteur, elles occupent la troisième place des stomies coliques après les volvulus et les malformations côlo-ano-rectales. Dans notre série elles viennent en quatrième position après l'imperforation anale, les volvulus et les tumeurs.

La colostomie est pratiquée en général en chirurgie réglée pour cette affection. C'est ce qui expliquerait la rareté de cette indication dans certaines séries africaines où la stomie est généralement pratiquée en urgence [15, 39, 47].

Les fistules recto-vaginales sont rarissimes dans les indications des stomies européennes [6, 14].

Les fistules recto-vaginales d'origine obstétricales le plus souvent en Afrique selon Ahuka [4] posent le problème de manque de suivi des femmes enceintes dans le contexte africain. Malgré de vastes campagnes de sensibilisation dans notre pays les accouchements sont toujours fréquents à domicile. Les consultations prénatales sont non ou mal suivies [72].

La stomie est une indication de nécessité dans la fistule recto-vaginale. Elle permet d'assécher la fistule et d'aseptiser le segment colique d'aval. La stomie doit être située à une distance suffisante de la fistule pour ne pas gêner les gestes chirurgicaux ultérieurs.

Classiquement la cure de la fistule est faite 2 à 3 mois après la stomie [70]. Cette méthode a été la notre. Dans le cas où le trajet fistuleux est propre et peu productif la cure de la fistule peut se faire dans le même temps opératoire que la stomie [70]. Ceci a l'avantage de raccourcir la durée d'hospitalisation. Des cas de fermetures spontanées ont été signalées après la stomie [70].

La réalisation de la stomie avant la cure des fistules permet de réduire les récurrences [70]. Les récurrences de plus en plus fréquentes de nos jours se rencontrent surtout les patients immuno-déprimés.

IV. LA DERIVATION INTESTINALE

Elle a concerné plus l'iléon que le côlon dans notre série (57% contre 43%). La proportion d'iléostomie par rapport aux colostomies est variable dans la littérature. Le tableau ci-dessous compare leurs proportions en France, dans deux centres hospitaliers universitaires d'Afrique et dans notre série.

| | Iléostomie | Colostomie |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Baumel (14) France | 10% | 90% |
| Koffi (39) RCI | 36,6% | 66,66% |
| Bikandou (15) Congo | 45% | 55% |
| Notre étude Burkina Faso | 57% | 43% |

Le type de stomie s'impose par la nature des lésions. Selon Baumel [14] la distribution géographique de certaines affections pourrait expliquer la disparité observée entre les résultats de plusieurs auteurs par rapport au siège de la stomie. Au cours d'une enquête cet auteur a noté plus d'iléostomies dans le Nord de la France qu'au Sud. Il a lié cela à la fréquence élevée des maladies inflammatoires du grêle au Nord du pays. La forte prévalence de la perforation typhique dans notre contexte [38] explique la proportion élevée de l'iléostomies.

VI.1. L'iléostomie: indications

La situation pariétale de la stomie dans le flanc droit est classique dans la littérature pour les iléostomies terminales [15, 27, 39,]. Cette situation met l'orifice de la stomie à une distance suffisante des reliefs osseux (épine iliaque, pubis et rebord costal, de l'incision de la laparotomie médiane. Ceci permet d'aménager assez d'espace pour un bon appareillage. La manipulation de la stomie par le malade est rendu aussi facile dans cette position. Elle n'est ni basse ni trop haute. De plus les iléostomies terminales s'extériorisent par ce flanc (proche de la dernière anse) sans tension sur le mésentère.

Les iléostomies étaient toutes temporaires. Ces résultats concordent avec les données de la littérature africaine. Malonga [47] au Cameroun, Bikandou [15] au Congo, James [33] au Togo et Koffi [39] en Côte d'Ivoire ont aussi rapporté 100% d'iléostomies temporaires dans leurs séries. Cela relève de l'extrême rareté de certaines affections en Afrique. L'iléostomie définitive est indiquée après pancoloprotectomie au cours de la recto-colite ulcéro-hémorragique, la maladie de Crohn et la recto-colite familiale. Ces affections sont rarissimes en Afrique. Par contre elles sont répandues en Europe [39]. Cela explique le nombre élevé d'iléostomies définitives dans ce contexte [14, 39].

L'indication dominante des iléostomies en Afrique est la péritonite par perforation infectieuse. Dans notre série elle a motivé 93% des iléostomies. C'est aussi la première indication des iléostomies selon James au Togo [33] et Koffi [39] en Côte d'Ivoire avec respectivement 19% et 37,5% dans leur série.

Bikandou [15] au Congo a relevé au CHU de Brazzaville une prédominance des perforations infectieuses (46,9%) dans les indications des iléostomies.

Cette fréquence importante de la pathologie infectieuse en Afrique (fièvre typhoïde) dans les indications des iléostomies s'expliquent par les mauvaises conditions d'hygiènes d'une part, et d'autre part elle relève la situation électorale des perforations lors de ces affections: Elles surviennent sur la dernière anse grêle. Ces perforations sont dues à la nécrose des vaisseaux lymphatiques (plaques de Peyer) qui sont abondants à ce niveau [38].

Selon Koffi [39] la résection-iléostomie temporaire supprime entièrement l'anse perforée. Pour cet auteur c'est la méthode qui donne plus de

satisfaction. Elle est aussi la préférée de la plupart des auteurs africains [38]. Mais elle est redoutée à cause d'un environnement matériel incertain.

Nous avons noté peu d'iléostomies réalisées dans les perforations d'origine mécanique dans notre série. Elles étaient consécutives à une hernie droite étranglée et à une bride post opératoire. Ces affections constituaient 7% des indications des iléostomies dans notre série. Ces indications sont retrouvées dans les autres séries africaines [15, 39, 47] mais elles restent toujours en faible nombre par rapport à la pathologie infectieuse.

VI.2. La colostomie: indications

Sa réalisation fréquente sur le côlon gauche concorde avec les données de la littérature [6, 41, 47] et se justifie par la localisation colique basse fréquente de certaines affections chirurgicales: le volvulus intéresse le sigmoïde dans 85% des cas [1]. Le mégacôlon siège en aval de l'angle colique gauche dans une proportion de 75% [20].

l'imperforation anale

La première indication de la colostomie est l'imperforation anale (43% des cas). C'est la principale indication des stomies néonatales [49]. Le diagnostic de cette affection devrait être posé au premier examen du nouveau-né à la naissance. La méconnaissance de cette malformation dès l'accouchement est liée au fait que ce premier examen est fait par un personnel (sage femme, obstétricien) dont la compétence est plus orientée vers les soins de la mère. Certains accouchements à domicile expliqueraient que des nouveau-nés avaient été pris en charge tardivement.

La colostomie est située sur le côlon pelvien en général. Elle sera supprimée après l'intervention curatrice de l'imperforation anale. L'abaissement immédiat prôné par certains auteurs dans cette affection [20] n'est possible que dans les centres hospitaliers munis de matériel performant de réanimation.

Le volvulus

Il a été la seconde indication des colostomies avec 22% des cas. Le volvulus a été la première indication de la colostomie chez l'adulte. Ce constat ressort dans les autres séries africaines mais les taux rapportés sont variables d'un auteur à l'autre.

- Ouattara et al ont noté 58, 97% au Centre Hospitalier National Sanou Sourou de Bobo Dioulasso [52]
- Koffi en RCI [39] a noté 14,5%
- Malonga [47] au Cameroun a noté 32 %.
- Ahuka [4] l'a rapporté avec 22,72%

En Europe c'est une indication rarissime [6, 5].

Le taux élevé de colostomies dans le traitement des volvulus dans notre contexte s'expliquerait par:

- la distribution géographique des volvulus dans le monde. Le volvulus est rare en Amérique du Nord et en Europe. Sa fréquence est importante en Afrique noire, en Asie [5]. Le méso long à pied étroit, la constipation chronique, le régime riche en fibres végétales, les drogues ralentissant le transit intestinal et la grossesse sont les facteurs qui favoriseraient la survenue de volvulus.
- l'incidence importante des nécroses (50% des cas selon Alaoui [5]) résultant des retards de consultations.
- la situation fréquente des volvulus sur le sigmoïde (85% des cas) du fait de sa mobilité. Cette observation rejoint celles de Ouattara [52] au CHN-SS de Bobo Dioulasso et Abi au Maroc [1]

Les tumeurs

Elles représentaient 15% des indications des colostomies de notre série. Ce taux est supérieur à celui de Ahuka [4] en RDC, Koffi [39] en Côte d'Ivoire, et Malonga [47] au Cameroun qui ont trouvé respectivement 9%, 3,33% et 7,69 %; mais il est inférieur à ceux des auteurs européens: Aston [4] en Angleterre et Andivot [6] en France ont noté respectivement 82% et 65%.

Le faible taux de colostomies pour tumeur en Afrique [15, 39] par rapport aux séries européennes serait due rarement de la pathologie carcinomateuse colique [39, 4].

La maladie de Hirschsprung (ou mégacôlon)

Son taux est de 7% dans notre série. Ce résultat est inférieur à celui de Ahuka [4] en RDC (9%) et à celui de Millard [49] en Afrique du Sud (32,2%).

Elle constitue avec l'imperforation anale les principales malformations congénitales motivant la colostomies dans notre série.

Son diagnostic est néonatal de nos jours en Europe [20] contrairement au Burkina Faso où les moyens de diagnostic (lavement baryté, coloscopie) sont coûteux. Les diagnostics ne sont généralement posés qu'après laparotomie exploratrice pour occlusion intestinale aiguë. Cette occlusion non résolutive au traitement habituel (traditionnel ou moderne) motive la consultation et l'intervention. C'est cette circonstance de découverte généralement fortuite qui explique le diagnostic tardif de cette affection. Nos patients avaient en moyenne 4 ans à la révélation de leur pathologie.

Sur le plan épidémiologique les résultats en ce qui concerne ces malformations congénitales ne reflètent pas la fréquence réelle de ces pathologies. Selon Carcassone [20] et Ahuka [4] du fait des retards diagnostiques beaucoup d'enfants meurent avant que le diagnostic ne soit posé. [20].

Les fistules recto-vaginales

Elles sont dans notre série la 4ème indication des colostomies après les imperforations anales, les volvulus et les tumeurs. Selon Ahuka [4] et Bikandou [15] elle occupe respectivement la 4ème et la dernière place de ces indications. Elles sont très rares dans les séries européennes [4, 6, 14]. Elle est due au non suivi des grossesses et la pratique des avortements clandestins.

V. L'EVOLUTION POST-OPERATOIRE

V.1. L'hospitalisation

La durée d'hospitalisation moyenne de 2 mois est supérieure à celui de Bikandou (25 jours). L'hospitalisation a été plus longue chez les iléostomisés. Elle était due au fait que ces malades avaient des stomies temporaires. Ils restaient dans le service jusqu'au rétablissement de la continuité.

V.2. Le rétablissement de la continuité digestive

Le délai moyen de rétablissement de la continuité digestive était de 6 mois. Ce délai est identique à celui de Armstrong [7] mais inférieur à ceux de Kunin [41], Borie [17] et Koffi [39] qui ont rapporté respectivement 4 mois, 2 mois et 4 mois.

Les délais de rétablissement dans l'imperforation anale et de la maladie de Hirschsprung sont les plus longs. C'est ce qui explique notre délai moyen de rétablissement plus long pour les colostomies (10 mois contre 45 jours).

Selon Kunin [41] un délai de 3-4 mois serait suffisant pour faire disparaître les phénomènes inflammatoires observés au cours de l'intervention précédente. Un rétablissement tardif (supérieur à 4 mois) peut entraîner selon le même auteur des difficultés de libération de l'anse de la paroi.

V.3. La morbidité

V.3.1. La morbidité globale

Le taux de morbidité globale de notre série (81%) est supérieur à celui des auteurs européens: Armstrong [7], Andivot [6], Guivarch [31], François [27] ont noté en France respectivement 2%, 29,5%, 22,4% et 26%. Reemst [61] en Allemagne a rapporté un taux de morbidité de 10%.

En Afrique nos résultats sont aussi supérieurs à ceux de Millard [49] en Afrique du Sud, et à ceux de Bikandou [15] au Congo, Koffi [39] en RCI et James au Togo [33] qui ont rapporté respectivement 66,10%, 51,81% et 47,06%.

La morbidité élevée dans notre série pourrait être rattachée à plusieurs facteurs:

- La plupart des stomies en Afrique sont pratiquées en urgence (92% des cas dans notre étude, 79% selon Bikandou [15] et 100% selon Koffi [39]). Les malades opérés en urgence rentrent avec un état général déjà altéré du fait de l'évolution traînante de leur affection et la difficulté d'une bonne
-

réanimation pré-opératoire (produits de réanimation non disponible en urgence, examens para-cliniques non souvent disponibles, matériel de chirurgie très modeste).

- La situation d'urgence fait que les malades ne bénéficient pas d'une préparation psychologique.
- Il n'existe pas de personnel spécialisé dans la prise en charge des stomies comme en Europe [14]. Ce manque de personnel spécialisé explique le fort taux de complications propres à la stomie (91% des cas). Ce personnel (stomathérapeutes) ont pour compétence d'assurer le nursing auprès des stomisés.
- Le manque crucial de matériel de stomie. Ce problème de matériel est évoqué fortement dans toutes les études [15, 39, 4, 40, 38, 36]. Les poches de stomies ne sont pas disponibles dans la plupart des pharmacies en Afrique. A Ouagadougou seule la pharmacie de l'hôpital en vend. Les ruptures de stocks y sont très fréquentes. Même si les poches sont disponibles elles sont chères pour les populations [57].
- Dans notre étude et dans les autres séries africaines aucun malade n'a bénéficié de l'irrigation colique. Ce procédé est pourtant très répandu en Europe [15, 14, 6]. Elle consiste en un lavement évacuateur du côlon ce qui permet sa vidange complète et assure l'absence de selle pendant environ 48 heures. L'irrigation colique diminue considérablement la fréquence de vidange des poches. Elle apporte ainsi une plus grande autonomie et un meilleur confort aux patients [44].

V.3.2. Morbidité loco-régionale

V.3.2.1. Le phagédénisme

Le phagédénisme correspond à l'irritation cutanée péristomiale. Il est l'un des complications les plus fréquents dans notre contexte (22%). Ce taux est supérieur à ceux rencontrés dans la littérature africaine: Bikandou [15] en RDC a noté 12,5% de phagédénismes, Koffi [39] en RCI 18,3%. En France, François [27] a rapporté un taux de 2,4%. Il n'a pas été relevé dans la plupart des séries françaises [2, 6, 14, 19] et américaine [51]. Sa fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer par:

- Le manque de poches collectrices dans la plupart des pharmacies. Elles ne se vendent que dans la pharmacie du CHN-YO. Les ruptures en poches y sont fréquentes. Leur coût n'est pas à la portée de la majorité de nos patients qui ont des revenus très modestes. De même les poches ne sont pas toujours adaptées à l'orifice stomial.
- Le manque de personnel compétent (stomatherapeutes) a pour conséquence la mauvaise manipulation des poches par les malades ou leurs accompagnants qui ne sont pas instruits en majorité. Il en est de même l'utilisation de matériels agressifs sur la peau (pinces ou ciseaux) lors des pansements, et l'application de substances irritantes (alcool, éther, éosine).
- L'irrigation colique réduisant la fréquence d'émission des selles diminuerait fortement l'irritation les lésions de la peau par les selles. Cette pratique très répandue en Europe pourrait expliquer la rareté de cette complication [6, 14, 17].

V.3.2.1.1. Phagédénisme et type de stomie

Le type de la stomie est un facteur déterminant dans la survenue de cette complication.

Le phagédénisme était plus important chez les iléostomisés: 22% des cas ont été noté chez ces patients (contre 2% chez les colostomisés). Le suc du grêle contient en plus de ses propres enzymes celles du pancréas et de la bile [32]. L'irritation péristomiale fréquente chez les iléostomisés est due à l'action corrosive de la peau par ces enzymes.

De même le remplacement de poches est plus fréquent en cas d'iléostomie du faite de l'écoulement plus important de selle [70].

Le phagédénisme a été notable dans les perforations intestinales (20 sur 24 cas). Ce constat est à lier aux iléostomies fréquentes dans cette affection..

V.3.2.1.2. Prise en charge du phagédénisme

Dans notre contexte son traitement a été l'application de solution de polyvidone iodée et de cicatrisant. Son traitement a conduit au rétablissement prématurée de la continuité [6].

V.3.2.2. Prolapsus

Dans notre série nous avons noté 1% de complications à type de prolapsus. Ce taux est inférieur à ceux de Koffi [39] (5%) , Bikandou [14] (2%), Baumel [14] (14%). Le prolapsus est dû en général à une mauvaise fixation du bout de l'anse extériorisé à la paroi. Il peut être la conséquence d'une incision cutanée trop large par rapport au segment de l'anse correspondant [70, 6, 27].

Le caractère mobile de l'anse est un facteur favorisant la survenue de prolapsus [70]. La colostomie sous péritonéale diminuerait fortement le risque de prolapsus [41, 14, 6]. Selon Baumel [14] elle est la meilleure prévention des prolapsus.

Le traitement du prolapsus dépend du degré de prolapsus:

La réduction manuelle est entreprise pour les prolapsus non importants. L'intervention s'impose en cas de :

- prolapsus récidivant,
- d'emblée volumineux, difficile à réduire,
- les prolapsus étranglés.

La technique classique est la désinsertion de la stomie et la fixation de l'anse à la paroi. La plupart des auteurs préconisent de transformer en trajet sous péritonéal de la stomie les trajets directs.

Nous n'avons pas l'expérience de la technique décrite par Andivot [6] dans le traitement de cette complication. Elle consiste en la fixation à la paroi par agrafage. Elle donnerait satisfaction selon l'auteur.

Le prolapsus récidivant peut entraîner un retablisement prématuré de la stomie.

V.3.2.3. La suppuration

Elle a été notée chez 73% des patients de notre série. Ce taux est supérieur à ceux de Bikandou [15] (51%), Koffi [39] (31%), Andivot [6] (7%), François[27] (2,7%), Armstrong[6] (1,9%).

C'est la complication la plus redoutée dans la littérature [37, 6]. La suppuration peut avoir plusieurs sources:

– **En per opératoire:**

- Elle peut provenir de la contamination de la plaie opératoire par une insuffisance de lavage de la cavité péritonéale
- une faute d'asepsie,
- une souillure de la plaie par le contenu intestinal lors de l'extériorisation de l'anse qui doit se faire à foyer fermé [6].

– **En post opératoire:**

- Le défaut d'appareillage immédiat mettant en contact les selles avec une plaie opératoire.
- Une mauvaise hygiène locorégionale. Les patients en provenance des milieux ruraux avaient un taux plus élevé de suppuration (12% contre 6% des patients de la ville). Cela pourrait relever de leur niveau très bas en matière d'hygiène comparativement à la population urbaine.

Le traitement préventif de la suppuration selon Koffi [39] consiste en un lavage abondant de la cavité notamment dans les péritonites, la protection pariétale lors du traitement des péritonites, l'extériorisation de l'anse à foyer fermé et l'appareillage immédiat.

Traitement curatif:

Dans notre série les résultats sont satisfaisants. Il a consisté en une antibiothérapie adaptée aux germes en cause et un pansement quotidien de la plaie.

V.3.3. La morbidité générale

V.3.3.1. La dénutrition

Elle a été notée chez 36 malades soit 34% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Koffi [39] (13,3%). La dénutrition comme les autres complications générales ne sont pas évoquées dans la plupart des séries. Leur analyse est

difficile. La part de la stomie dans leur survenue est difficile à distinguer de celle inhérente à la maladie initiale.

La dénutrition est la conjonction de plusieurs facteurs:

- la réalisation de l'intervention en urgence ne permet pas une bonne réanimation pré opératoire dans notre contexte. Les patients opérés en chirurgie réglée bénéficient d'une bonne préparation pré-opératoire (bilan pré opératoire plus détaillé, visite pré-anesthésique). Trente quatre pour cent (34%) des patients opérés en urgence ont présenté cette complication. Elle n'a pas été observée chez les patients opérés en chirurgie réglée.
- L'altération de l'état général déjà présente à l'admission des patients à l'hôpital est la conséquence des retards de consultation. L'occlusion et la péritonite sont source de déshydratation, d'anorexie de vomissements.
- La dérivation intestinale associée à la résection exclut une portion de l'intestin du transit. Les conséquences de cette exclusion sont plus graves quand la stomie intéresse l'iléon. C'est au niveau des villosités que s'effectue la majeure partie de l'absorption (glucides, protides, lipides). La proportion élevée de dénutrition chez les patients iléostomisés ((21%) contre 13% des patients colostomisés) s'accorde avec cette observation. La déshydratation qu'aurait entraînée l'exclusion du côlon du transit est compensée par la réabsorption rénale d'eau [70].
- De même certains malades s'imposent une restriction alimentaire pour ralentir la fréquence d'émission des selles. Cette attitude est en général observée par les malades qui ne supportent pas de voir couler les selles par leur paroi [33]. Cela diminue le nombre de vidange et de fixation des poches. Mais elle va entraîner une dégradation lente de l'état général.

V.3.3.2. Les troubles psychiques

Ils sont favorisés par le manque de préparation psychologique dû à l'intervention en urgence [6]. Ils ont été notés essentiellement chez les patients opérés en urgence dans 6% des cas. Ils n'ont pas été observés chez les femmes et les enfants. Les femmes supporterait mieux la stomie [70]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles sont plus habituées aux modifications de leur schéma corporel (grossesse, menstruation).

L'anorexie est un symptôme du syndrome dépressif développé par ces malades. A celle-ci s'ajoute l'effet de dénutrition due à la restriction alimentaire

que s'imposent ces patients pour ralentir la fréquence d'émission des selles car ne supportant pas l'écoulement de selle à travers la paroi abdominale. Cela pourrait expliquer l'association troubles psychologiques et dénutrition.

A l'instar de Ouattara à Bobo [52] nous avons utilisé les anxiolytiques et la psychothérapie. Ils ont eu peu d'effet sur les troubles psychologiques.

V.4. La mortalité

Nous avons noté une mortalité de 19%. Elle est supérieure à celles de Bikandou [15] au Congo (10,4%), Koffi [39] en RCI (11,6%), de la plupart des séries européennes [5,27, 40, 31] où ces taux varient de 0,6 à 8,1%. Il est inférieur à celui de James [33] (23,52%).

Les décès sont survenus dans notre série dans des tableaux de dénutrition sévère et de septicémie comme rapporté dans les séries africaines [15, 39]. Cela est lié sans doute à la dissémination bactérienne au cours de l'évolution traînante de la fièvre typhoïde et d'un traitement antibiotique discontinu ou interrompu tôt du fait du manque de moyens.

Plusieurs facteurs semblent influencer ce taux de mortalité:

- L'âge

La mortalité est faible avant 9 ans (1% des cas). La mortalité élevée entre 10-29 ans (10% des cas) est due à la dénutrition importante observée dans cette tranche d'âge. Cette complication est due aux effets de l'iléostomie associés à ceux de la maladie causale (fièvre typhoïde).

- L'affection initiale

La perforation typhique a été la plus meurtrière dans notre série. Elle a entraîné la moitié des décès (10 cas sur 21). Par contre nous n'avons pas noté de décès pour certaines affections (imperforaton anale, hernie étranglée, appendicite aigüe, fistules recto-vaginales). La maladie initiale semble influencer les décès en post-opératoire des stomies comme l'ont rapporté plusieurs auteurs : La fièvre typhoïde était la plus en cause dans la série de James [33]. Quant à Avisse il a relevé une mortalité nulle pour les traumatisme, mais pour la colite ischémique, la maladie diverticulaire et les tumeurs elle variait respectivement de 18%, 22%, 60%.

- Le type de stomie

Nous n'avons pas trouvé de lien direct entre décès et stomie dans notre série comme chez d'autres auteurs [6, 15, 41, 39, 33]. Cependant nous avons noté un taux variable de mortalité selon le type de la stomie : le taux de mortalité chez les iléostomisés était de 22% et de 17 % chez les colostomisés. Ce résultat contraste avec les résultats de Koffi [39] qui avait un taux plus bas chez les iléostomisés.

- La circonstance de l'intervention

La réalisation de l'intervention en urgence est un facteur qui alourdit la mortalité post opératoire. Nous avons noté 20% de décès chez les patients opérés en urgence contre 12% chez les patients opérés à froid. Selon Sanou [65] 90% des décès concerne les patients pris en urgence au CHN-YO.

Selon Avisse [9] la mortalité est essentiellement liée aux circonstances de l'intervention. Il a noté 32% de décès chez les malades opérés en urgence alors que ce taux était de 6% pour les interventions réalisées en chirurgie réglée. Les patients opérés en chirurgie réglée bénéficient d'une bonne préparation: Le bilan pré-opératoire est plus détaillé suivi d'une visite pré-anesthésique évaluant le risque opératoire. Les troubles biologiques sont corrigés avant l'intervention. Des pathologies peuvent être découvertes de façon fortuite lors de la visite pré anesthésique et traitées avant l'intervention.

VI. LE COUT D'UNE STOMIE

Il est fonction du type de stomie intestinale. Le coût moyen du traitement était de 120 000 F CFA pour une colostomie et de 165 000 F CFA pour une iléostomie. Ce coût est en deçà de la réalité car nous n'avons pas tenu compte de l'amortissement du matériel, du montant des consommables, du montant réel des examens complémentaires, du salaire du personnel, du prix du transport pour l'évacuation du patient au CHN-YO de la valeur des activités perdues par le patient et ses accompagnants durant le séjour hospitalier. Dans tous les cas il est supérieur au revenu moyen d'un habitant du Burkina Faso dont le PIB était de 103 000F CFA en 1998[60].

CONCLUSION

Les stomies iléales et coliques sont peu fréquentes au CHN-YO (15 stomies par an). Elles sont identiques à celles effectuées dans plusieurs pays africains par leurs aspects épidémiologiques, leurs indications et leur évolution.

Au plan épidémiologique l'incidence annuelle basse des stomies réalisées dans notre contexte comparativement à celle de l'Europe s'explique par le manque crucial de matériel de stomies et de personnel spécialisé dans la prise en charge de ces patients (stomathérapeute). L'arrivée des malades en majorité en mauvais état général avec des complications à l'entrée à l'hôpital explique le nombre élevé de stomie pratiquée en urgence. La survenue de complications est due à un retard de consultation et une prise en charge précoce permettrait de les éviter.

Les indications des iléostomies sont essentiellement les péritonites par perforation infectieuse telle que la fièvre typhoïde qui est une maladie évitable. Les indications des colostomies sont variées et sont dominées par les malformations congénitales colo-ano-rectales (Imperforation anale, mégacôlon congénital), les occlusions par volvulus. Les autres indications sont les occlusions par brides post-opératoires et les fistules recto vaginales d'origine obstétricale. Les taux de morbidité post-opératoire sont élevés par rapport aux autres séries africaines et européennes. Il est sans doute dû au manque de poches collectrices et de personnel spécialisé dans la prise en charge des stomies. Au plan socioculturel les anus artificiels posent un problème d'acceptabilité en Afrique d'où la nécessité d'une sensibilisation des patients et leurs accompagnateurs sur les stomies intestinales.

Malgré tous les problèmes qu'elles posent les stomies intestinales méritent d'être vulgarisées au CHN-YO car constituant la seule alternative permettant souvent de sauver les patients en mauvais état général. Une maîtrise de la technique de la confection de ces stomies, les facilités d'approvisionnement en poches et en support permettrait d'éviter les nombreuses complications évolutives de ces stomies.

SUGGESTIONS

Aux Ministères de la santé , de l'action sociale et de la famille

- Créer des associations de stomisés
- créer un circuit d'approvisionnement en matériels de stomies
- Former des stomathérapeutes au B.F.
- Relever le niveau et la capacité de la réanimation dans les centres hospitaliers du B.F.
- Assurer le fonctionnement effectif des formations sanitaires périphériques

Au personnel de la santé

- Traiter les stomisés comme les autres malades
- Faire un examen clinique chez tout nouveau-né afin de dépister le plus rapidement une malformation.
- En cas de stomie réglée informer et expliquer au malade la nécessité de la stomie, ses avantages et ses contraintes.
- Accroître la production littéraire relative aux stomisés dans notre contexte.
- Assurer la vaccination contre la fièvre typhoïde.

Aux membres de la famille et à la société

- Ne pas fuir ou marginaliser les malades ayant une stomie.
 - Aider, encourager les patients ayant bénéficié d'une stomie comme les autres malades
-

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. ABI F, F EL FARES, M NECHARD Occlusions intestinales aiguës; revue générale à propos de 100 cas J Chir (Paris) 1987, 124, n 8-9 p 471-474
 - [2]. ADLOF M, OLLIER JC, SCHLOGEGEL M, FERNOUX P Coloprotectomie avec anastomose iléo-anale effectuée par suture mécanique sans mucosectomie et sans iléostomie de protection 1993(47) 10 967-970
 - [3]. ADLOFF M, JP ARNAUD, JC OLLIER, M SCHLOEGEL Les cancers du côlon étude rétrospective portant sur 1122 malades opérés J Chir (Paris), 1990 ,127, n12, p 565-57
 - [4]. AHUKA ONA, LONGOMBE et PHILIP B les indications de la colostomie en milieu rural africain . expérience du service de chirurgie général du CME de Nyankunde /RDC
 - [5]. ALAOUI M, S BENNANI, O N ZEROUALI le volvulus du sigmoïde A propos de 38 cas J C hir (paris) 1990, 127, n11, p542-546
 - [6]. ANDIVOT T, BAIL JP, CHIO F, JULIARD G, TOPART P, LOZACH P, CHARLES JP Les complications des colostomies Année chirg 1996 (50) 3 252-257
 - [7]. ARMSTRONG O, COLLET T, LETESSIER E, GENTIER F, NEEL JC Évaluation du rétablissement de la continuité digestive après Hartmann: à propos de 168 cas annales chirurgie 1996 (42)
 - [8]. ARTHUR J, MD JAMES H SHERMAN PH D DOROTHYS D LUCIANO Physiologie humaine 2 édition 1977 Mc Graw Hill
 - [9]. AVISSE CL, Greffier D, Pallot J P, Dellatre J F, Flament J B Évolution des opérations de l'intervention de Hartmann annales de chirurgie 1995, 49, n° 49, page 143 à 148
 - [10]. BAIL JC, DELIGNY M, FRAMERY D, JUGLARD G, CHARLES JF, irrigation de colostomie: quels malades? quels résultats? 8è journée de la société française de chirurgie digestive année de chirurgie
 - [11] BAMOUNI Y A les abdomens aigus chirurgicaux en Haute Volta bilan de 7 ans d'activité d'un service de chirurgie générale, thèse de médecine n°1199, 1982
 - [12]. BARIETY M, BOUK H précis d'anatomie tome 3 atlas 7 édition
 - [13]. BAUMEL H, DEIXONNE B iléostomies et colostomie .indications et techniques chirurgicales. concours med 1978; 100: 6294-6302
-

- [14]. BAUMEL H, FABRE JM, MANDERSCHIED JC, GUILLON F, DOMERGUE J, BOUTELIER P, VISET J, Caractéristiques cliniques et évolutives des stomies digestives définitives .résultats d'une enquête rétrospective nationale gastro- entérologie clinique 1993 (17) 547-552
- [15]. BIKANDOU G, MISSIE H, TSIMBA-TSONDA A, MASSENGO R. Les stomies digestives au C.H.U de Brazzaville. A propos de 96 cas. Med chir dig 1996; 25: 23-24
- [16]. BISHOP HARRY C méconium iléus in Rob and Smith'operative sugery, ed 3 London, Butterworth, 1978
- [17]. BORIE D, FRILEUX P, TIRET E, BERGER A,WIND P, LEVY E, NORDLINGER B, CUGNENC PH, PARC R Iléostomie latérale de protection, prévention efficace des complication coliques au cours des pancréatites aiguës nécrosantes ann de chirurg 1992 (46) 1 51-58
- [18] BREFORT JL, A FAURE, G SAMAMA, traitement en un temps des occlusions coliques gauches néoplasiques A propos de trois cas; J Chir (Paris) 1987, 124, n1, p14-18
- [19] BRUNET C, THIRIOU X, GREGOIRE R, FARISSE J occlusion par cancers coliques: traitement en urgence (62 cas) journ chirurg 1995 (132) 1 30-33
- [20]. CARCASSONNE M, la maladie de Hirschsprung: un commentaire annale pédiatr (paris), 1991, (38), 3 133-136
- [21]. CAYLA JM, LAB JP, GOUFFIER E la colite de dispersion gastr entr clinique et biologique 1995 (19) 8,9 685-699
- [22] CHAMBON JB, WURTZ A, SAUDEMONT A, BOSSE JL, CHEVALIER D, QUANDALE P Gastrotomie et jejunostomie coelioscopique Ann de chirurgie 1993 (47) 4 311-315
- [23]. COROT A L'anastomose iléo-anale a-t-elle modifié le profil des patients opérés? Annales de chirurgie 1993 (47) 10 952-955
- [24]. DEBEUGNY P, BONNEVALLE M, LEQUIEN P, DEFAUM B, TURCK D, PELLERIN D, RIBET M traitement chirurgical de l'entérocolite ulcero-nécrosante (ECUN) du prématuré, indication et résultats à propos de 50 observations annale de chirurgie 1992 (118) 10, 717-725
-

- [25] DIA A, B FALL, PH THOGON, A K NDOYE, ML SOW, A DIOP les occlusions intestinales par brides post opératoired 79 observations J Chir (Paris),1991, 128, n12, p 548-551
- [26] ELIAS D, LASSER P, LEROUX A, ROUGIER P, COMMANDELLA M G, DERACO M colostomie périnéale pseudo-continente après amputation rectale pour cancer gastro- enterologie clinique et biologique 1993 (17) 3 181-196
- [27]. FRANCOIS Y, GRIOT JB, MOLTER A, GILLY FN, CARRY PY, SAYAG A, VIGNAL J Morbidité de l'iléostomie latérale de protection annale de chirurgie 1996, 50,
- [28]. GAMBILLEZ L, NAVARRE F, SAUCERONT A, CHARBON JP, PARIS JC QUANDALLE Complications et évolution après protectomie pour maladie de Crohn clinique chirurgicale ouest 1986 (73) 150-152
- [29] GOLIGHER JC Resection with exteriorization in trie management of faecal fistulas originating in trie small intestine Br J Surg 1971; 58: 163-167
- [30] GUIVARCH M, BOCHE O, ROULLET-AUDY J C, MOSNIER H Soixante et une occlusions aiguës du côlon par cancer: indication chirurgicale en urgence Annales de chirurgie 1992, (46) n°6 239-243
- [31] GUIVARCH M, Hakim M, Rouillet-Audy JC, Mosnier H, Koné L D Évolution de l'intervention de Hartmann journal de chirurgie 1995, 132, n° 11 page 417 à 422
- [32]. HERMANN H, Cier J F précis de physiologie tome 1 Masson 196
- [33]. JAMES K, AMES KG, SODJI A, KEKEH K Évaluation des techniques chirurgicales dans le traitement des perforations non traumatiques du grêle terminal. Afri. Méd 1989,28,78,(464-469).
- [34]. JARVINEN H J, LUUKKONEN P coloprotectomie et anastomose iléo-anale en un temps: bénéfices et facteurs de risque Annales de chirurgie 1993 (47) 10 971-975
- [35]. JEAN PIERRE GRUNFELD Dictionnaire de médecine Flammarion Médecine Flammarion 5 édition, 1995
- [36]. JOHANET H, P COSTIL, C SALIOU volvulus du sigmoïde en urgence résection en un temps par pinces mécaniques Année Chir 1991, 45, 38-41
- [37]. JULIEN M, RENAUD J indications et techniques des anus artificiels définitifs revue pratique 1981; 31 861-878
-

- [38] KAFANDO R J perforation typhique: aspects cliniques et thérapeutiques A propos de 239 cas colligés au CHN-YO, Thèse de médecine n°6, année 1996-1997 FSS UO page 45- 47
- [39]. KOFFI E, YENON K, KOUASSI JC, les entérostomies dans notre pratique hospitalière med. d'Afr. Noire 1998 62-65
- [40]. KUIJOERS HC, WOBES T management of left-sided colonic obstruction by subtotal colectomy and ileocolic anastomosis eur Journ surg 1998 (7) 1964 537-540
- [41]. KUNIN N, Letoquart JP, Lagamma A, Chaperon J, Bernard B, Lucas A, Mambrin A Rétablissement de la continuité colique après intervention de Hartmann Journal chirurgical, 1992, 128, n°12 page 526 à 530 Masson, Paris 0.
- [42] LAMY J, PICAUD R, BRICOT R, LOUIS R, michotey G, SARLES J CL, B DUHAMEL. Nouveau traité de technique chirurgicale tome XI intestin grêle - côlon-rectum-anus. 3ème édition, Masson.
- [43]. Les comptes économiques de la nation 1989-1990-1991-1992-1993 Direction des études économiques Juin 1998 INSD Burkina Faso
- [44]. LEVY E, PARC R, HUGHET C, LOYGUE J entérostomie temporaire de l'adulte revue prat 1981; 31 879-900
- [45]. LEVY E, PARC R, LOYGUE J stomie terminales, jéjunales ou iléales temporaires de sauvetage avec réinstallation autorégulée nouv presse med 1977; 6:461-462
- [46]. LOYGUE J, LEVY E, PARC R, BLOCH P, CUGNENC PH entérostomie de sauvetage ou pas d'anastomose dans un milieu septique lyon chirurgical 1979; 75: 217-220
- [47]. MALONGA E, DE SAINT SALVY, ABOLO NIAT. l'opération de Hartmann dans les urgences coliques en milieu tropical. Méd d'Afrique noire: 1988, 35 (2)
- [48]. MATHEY P, ABROSETTI P, MOREL PH, ROBERT J, SCHMIDLIN F, MARTI MC, ROHNER A Expérience suisse de l'anastomose iléale- anale avec réservoir (AIA) complication et résultat fonctionnels Ann. De chirurgie 1993 47 n° 10, 952-955
-

- [49]. MILLARR J A, LAKHOO K, RODE H, FERREIRA M W, BROWN RA, CYWES S bowel stomas in infants and children: audit of 203 patients S African Journ Surger 1993 (3) 31 110-113
- [50]. MOULIN G, CHARIF AB, CHAGNAUD C, PETIT P, BARTHOLI JM hernie para colstomiale: diagnostic par tomодensitometrie revue d'imagerie médicale 1994 (6) 8 471-474
- [51]. O'CONNOR A, SAWIN RS high morbidity of enterostomy and its closure in premature infants with necrotizing enterocolitis Arch Surg 1998 (8) 133 875-880
- [52]. OUATTARA T, SANOU A, OUMINGA RM, SOUDRE BR, TRAORE O, BONKOUNGOU B, KAMBOU T, ZANGO B, SOME JC. Le rétablissement de la continuité digestive à propos de 39 cas de résections coliques en urgence. Annales de l'université de Ouagadougou, Série B, Vol. II, 1994.
- [53]. OUMINGA R M, J TESTA, A SANOU, J YILBOUDO, A BOUSSALAH, J RICHARD activités chirurgicales au CHN-YO de Ouagadougou durant l'année 1990 Med d'Afrique noire: 1993, 40 (2)
- [54]. PARC R, P Frileux, E Tiret, J L Berrod, A bahini, E Levy EMC (Paris-France)400800-11,1989
- [55]. PARNEIX M, RULLIRE E, LAURENT C, KOHEN J, DOSSOU F, DEMBELE M, GAUTIER CL recidives loco-regionales des cancers du rectum: deception et espoir à propos de 54 cas chirurgie Paris 1994 (120) 4 219-226
- [56]. POILLEUX J, DAMANE B, GUIVARCH M, RIBET M, les varices colostomiales au cours de l'hypertension portale chirurgie 1992 (118) 4 252-258
- [57]. Projet d'appui institutionnel aux dimensions sociales de l'ajustement. Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages. 1ère édition Direction des statistiques général Ouagadougou INSD Février 1996.
- [58]. RAMAROSON C, MANOUVRIER JL, SCOTTE M, LEBLANC I, MICHOT F, TENIERE P Attitude pratique devant les perforations des cancers du côlon. journal chirurgical 1994, 131, 8-9
- [59]. Rapports d'activité hospitalière: 1993-1998 service de l'information médicale (SIM) CHN-YO.
- [60]. RAT P, HAAS O, Paris P Favre JP une anastomose digestive est-elle licite en milieu septique? Livre des résumés (AFC), tome 1, Abstract n 171; 92 ème congrès français de chirurgie.
-

- [61] REEMST PH, KUIJPERS HC, WOBES T Management of left-sided colonic obstruction by subtotal colectomy and ileocolic anastomosis Eur J Surg 1998 Jul; 164 (7): 537-540
- [62]. ROUVIERE H Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle tome 1 première édition Masson
- [63]. SAKO AS, AYITE E, ABDOU I Le traitement des perforations intestinales d'origine typhiques. A propos de 21 cas publication médicales africaines 1987; 85: 18-29
- [64]. SAMSON Wright, CA KEELE, E NEIL Physiologie appliquée à la médecine 2 édition française Flammarion
- [65]. SANOU MJ abdomen chirurgicaux au CHN-YO bilan de 5 années d'activités dans le service de chirurgie générale THESE de médecine n°1149. 1991
- [66] SONDO KELGUEBSON BLAISE Analyse des possibilités d'élargir l'éventail des activités des centres de santé et de promotion sociale au Burkina Faso. Institut de médecine tropicale " Prince Léopold " Anvers Belgique
- [67]. SOW ML , FALL B , LAUROY J , . La résection - suture extériorisée du grele dans le traitement des perforations iléales d'origine typhique . Lyon chir 1990; 86: 52-55
- [68] SPAY G, EJARZY M, RAHIMI N A propos de 31 cas de perforations intestinales typhiques place de la résection iléostomie temporaire LYON CHIR 1973 VOL69 N6, 431-436
- [69]. SPAY G considérations thérapeutiques à propos de 75 perforations de l'intestin grele; Lyon Chir 1975; 71: 34-38
- [70]. THEODORE CH, P FRILEUX, A VIDAL, A BERGER, R MOREL, A ROCHE: iléostomie et colostomie EMC(Paris-FRANCE) gastro-entérologie. 9 - 068-x-10-1994
- [71]. VINEETA G, GUPTA SK, SHUKLA V K, SARO J perforated typhoid enteritis in children postgraduate medical journal 1994 vol 70, n819, 19-22
- [72]. WASSATU-B-EKELY Fistule vésico-vaginale colligées en ans au (1987-1997) au CHN-YO de Ouagadougou (Burkina Faso) Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Thèse médicale n°35 année universitaire 1992-1993
- [73]. YAMAMURA T, UTSUNOMIYA piège et écueil techniques l'anastomose iléo-iléale Ann de chirurgie 1993 (47) 10 976-983.
-

- [74]. YOUNG C J, EYERS AA, SALOMON JJ, defunctioning of the anorectum:
historical controlled study of laparoscopic vs open procedures dis cõlon rectum
1998 feb 47 (2) 190-194
-

ANNEXES

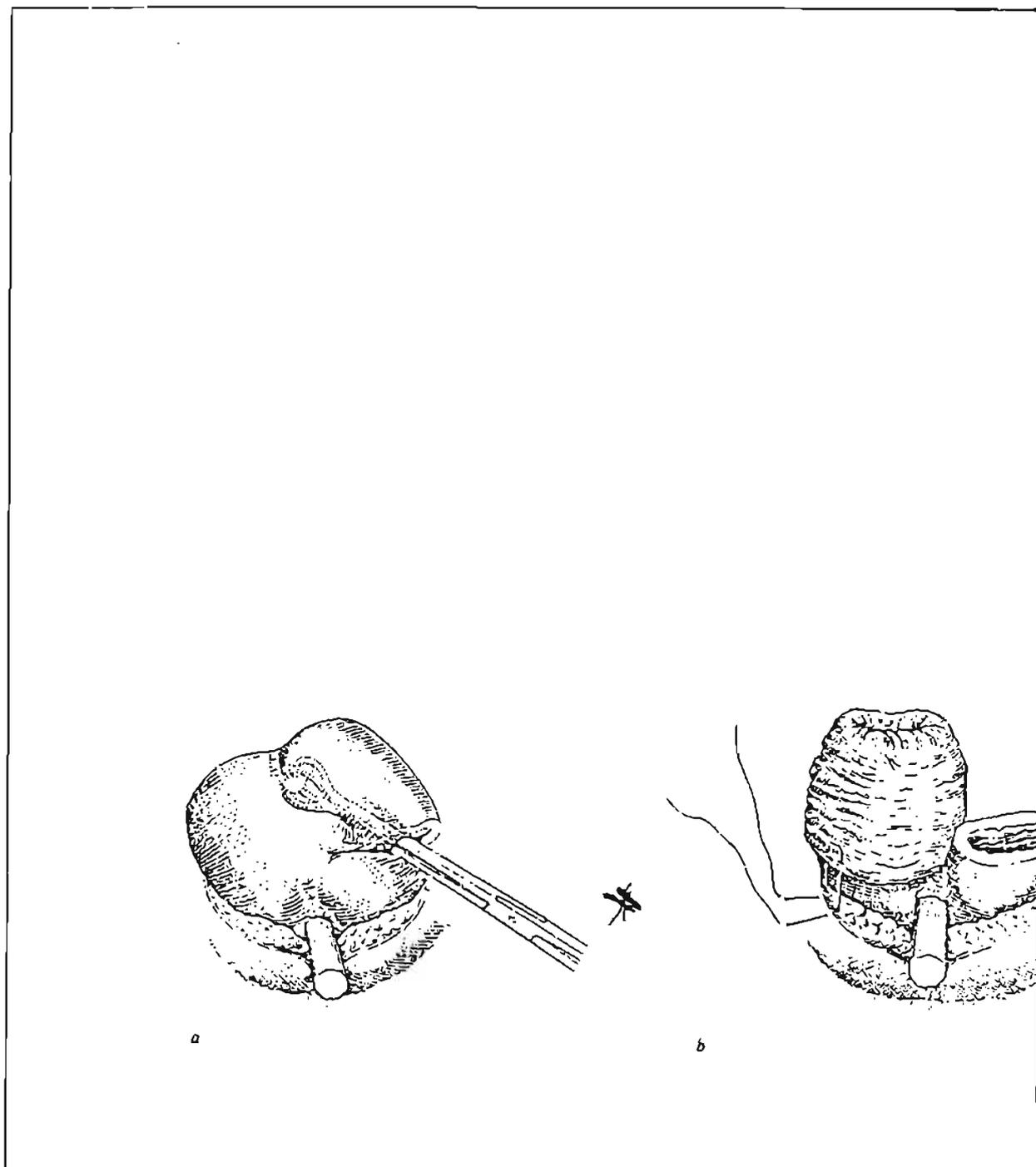


Fig. 1. A. et b. iléostomie latérale : technique d'ALEXANDER-WILLIAMS.

a) Incision de l'anse efférente.

b) retournement du bout afférent.

Source : Nouveau traité de technique chirurgicale, Tome XI, 3^{ème} édition,
Masson

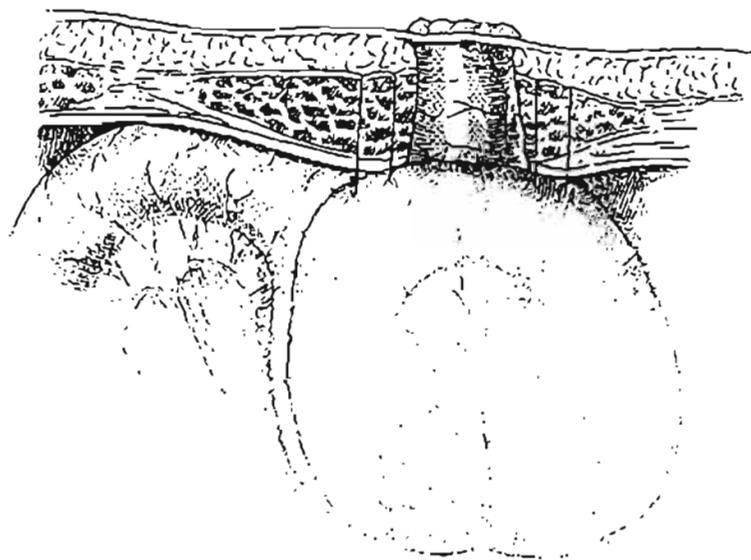


Fig. 2. Iléostomie continente.

Source : Nouveau traité de technique chirurgicale, Tome XI, 3^{ème} édition,
Masson

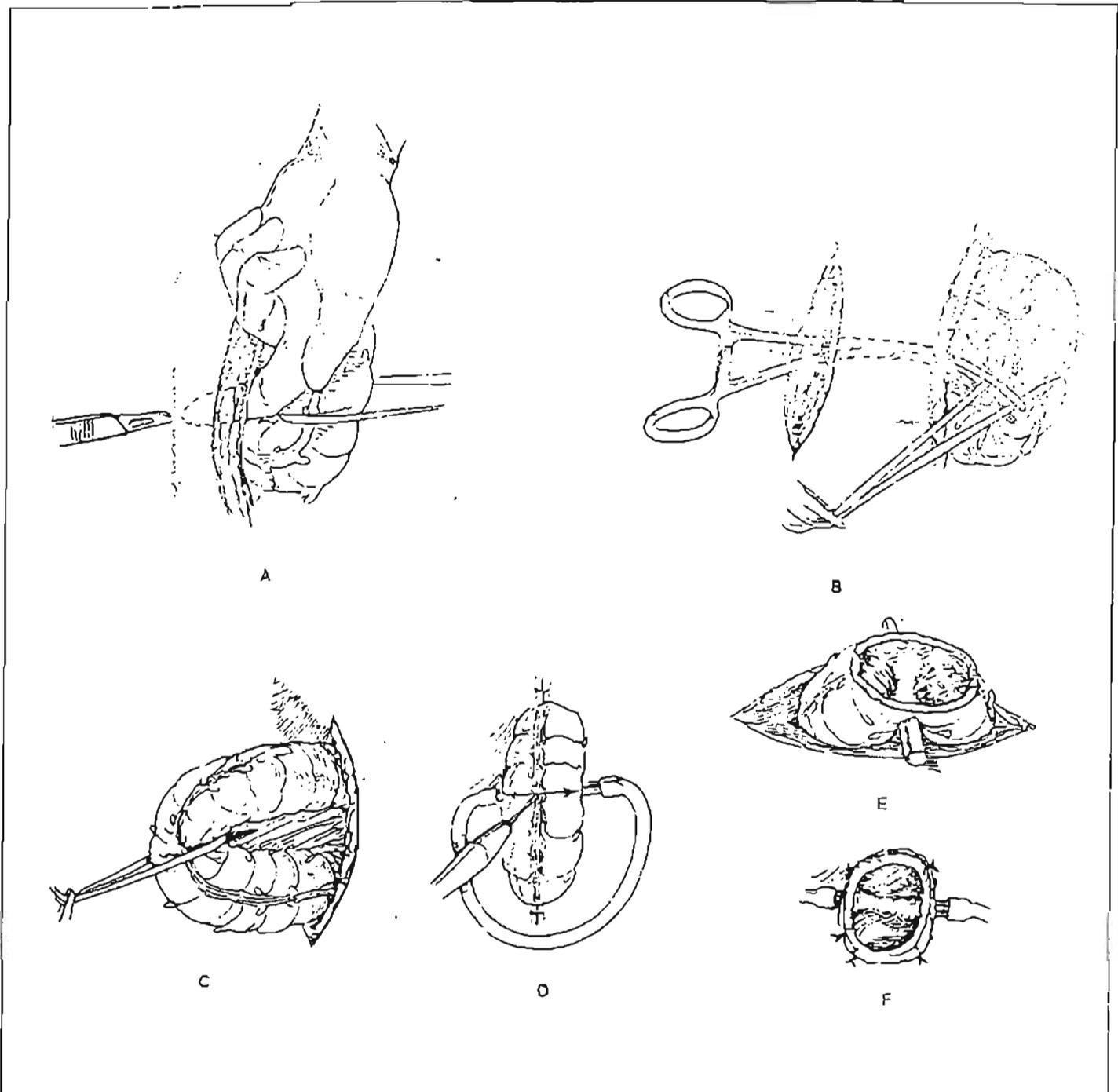


Fig. 3 : colostomie latérale.

- | | |
|---|--|
| <p>A. Un tube en Silastic® est placé en transmésocolique en regard du siège de la colostomie.</p> <p>B. Extériorisation du colon par traction à l'aide d'une pince de Kelly sur le tube en Silastic®.</p> | <p>C. Extériorisation du colon sur 3 à 4 centimètres pour chaque jambage.</p> <p>D. Mise en place de la baguette.</p> <p>E. Ouverture transversale du colon.</p> <p>F. Celui-ci est ensuite ourlé à la peau.</p> |
|---|--|

Source : Iléostomie et colostomie gastro-entérologie EMC, Paris, France ; 9-068-X-10-1994

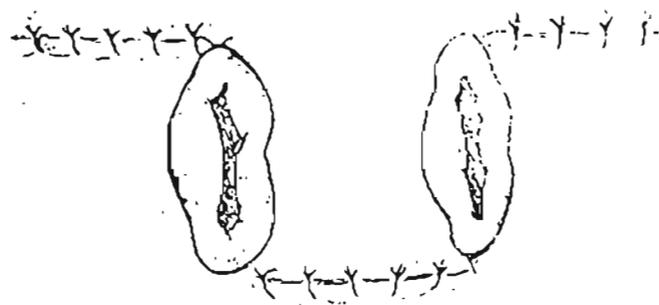


Fig. 4 : colostomie double

Source : Iléostomie et colostomie gastro-entérologie EMC, Paris, France : 9-068-X-10-1994

III. CLINIQUE

- *Motif d'hospitalisation*.....
.....
- *Début de la maladie*/...../.....
- *Date d'hospitalisation*/...../.....
- *Date d'opération*/...../.....
- *Date de sortie*/...../.....
- *Délai de rétablissement de la continuité*.....

- *Etat général à l'entrée*
 - ☒ Bon []
 - ☒ Passable []
 - ☒ Altéré []

- *Tableau clinique préopératoire*
 - ☒ Péritonite aiguë généralisée []
 - ☒ Syndrome Occlusif []
 - ☒ Syndrome Occlusif sur bride []

- *Diagnostic per opératoire*
 - ☒ Péritonite :
 - Perforation iléale unique []
 - Perforation iléale multiple []
 - Perforation Colique unique []
 - Perforation Colique multiple []
 - Névrose du bafon cæcal (appendicite)[]
 - ☒ Occlusion
 - Volvulus symoïde []
 - Hernie étranglé avec nécrose []
 - Occlusion sur bride avec nécrose []
 - Tumeur colique []
 - Volvulus du grêle []
 - Volvulus du cæcum []
 - ☒ Autres (Préciser).....
.....
.....

- *Complication per opératoire*
 - ☒ Arrêt cardiaque []
 - ☒ Troubles respiratoire []
 - ☒ Décès []
 - ☒ Autres (Préciser).....
.....
.....

➤ *Traitement effectué*

- ☒ Colostomie []
- ☒ Ileostomie []
- ☒ Jejunostomie []
- ☒ Type HARTMANN []
- ☒ Type Bouilly VOLKMANN []
- ☒ Stomie définitive []
- ☒ Stomie temporaire
 - Stomie terminale []
 - Stomie latérale []
 - Autres types (préciser)..... []

➤ *Evolution locale et générale post opératoire*

- ☒ Hémorragie aiguë des poumons []
- ☒ Oedèmes aigus des poumons []
- ☒ Abscès de l'incision médiane []
- ☒ Irritation péristomiale []
- ☒ Prolapsus stomial []
- ☒ Fermeture spontanée de la stomie []
- ☒ Déshydratation []
- ☒ Névrose de la stomie []
- ☒ Dépression post opératoire []
- ☒ Décès []
- ☒ Autre (préciser)..... []

SERMENT D'HIPPOCRATE

" En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur respect si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque."

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherche des
Sciences de la Santé (UFR/SDS)

03 BP 7021 OUAGADOUGOU 03

BURKINA FASO

Unité Progrès Justice

ATTESTATION DE CORRECTION

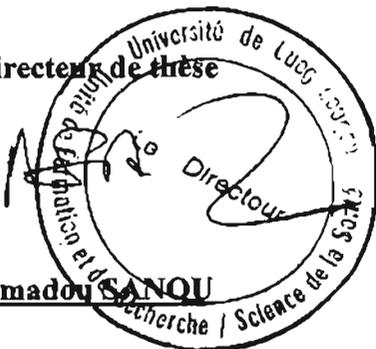
Nous soussigné certifions avoir revu la thèse corrigée de **BORO Gosso**, intitulée :
**LES STOMIES INTESTINALES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO
OUEDRAOGO : INDICATIONS ET COMPLICATIONS (A PROPOS DE 106 CAS)**
Les corrections apportées sont conformes aux recommandations des membres du Jury.

Attestation délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ouagadougou le 9 Avril 2021

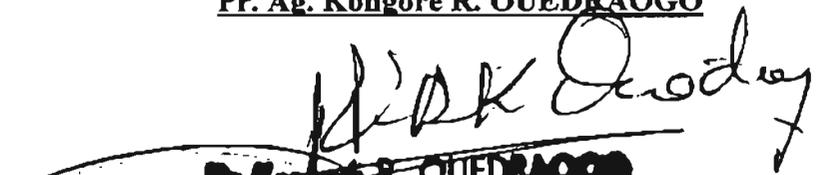
Le Directeur de thèse

Pr. Amadou SANQU



Le président du Jury de thèse

Pr. Ag. Kongoré R. OUEDRAOGO


Kongoré R. OUEDRAOGO
Agrégé d'Orthopédie
Traumatologie
Hôpital YALGADO
OUAGADOUGOU

BORO Gosso
LES STOMIES INTESTINALES AU CHN-YO: INDICATIONS ET COMPLICATIONS:
à propos de 106 cas

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale et digestive du CHN-YO. Elle porte sur les dossiers de malades ayant subi une iléostomie ou une colostomie. La période d'étude allait du 01/01/1994 au 31/12/2000 soit 7 ans.

L'incidence annuelle était de 15 stomies iléale et coliques. L'âge moyen des patients était de 25 ans avec 75% d'hommes et 25% de femmes.

La plupart des malades était évacuée des centres médicaux périphériques soit 81% des cas. Le délai moyen de consultation était de 4 jours ce qui explique la proportion élevée de malades opérés en urgence (92% des cas). A l'entrée de l'hôpital nous notions une altération de l'état général chez 66% de nos patients.

Les tableaux cliniques étaient:

- la péritonite aiguë généralisée. Son origine était dominée par la perforation typhique dans 77% des cas.
- L'occlusion intestinale aiguë. Ses étiologies étaient les malformations côlo-ano-rectales (imperforation anale, maladies de Hirschsprung) 55% des cas. Les volvulus dans 33% des cas, les tumeurs et la bride post opératoire.

Il a été réalisé 46 colostomies et 60 iléostomies.

Les suites opératoires ont été simples chez 19% des patients. Le délai moyen de rétablissement de la continuité était de 6 mois. Il a été possible dans 82 % des cas.

Le taux de morbidité était de 81%. Les différents types de complications étaient: Le phagédénisme (22%), la dénutrition et les troubles psychiques dans 34% des cas, la suppuration (68%), le prolapsus (1%) et l'éventration post opératoire (11%).

Les complications ont été favorisées:

- par le manque de poches collectrices onéreuses et inaccessibles dans notre contexte.
- le défaut d'un nursing adéquat de la stomie. Il n'existe pas de stomathérapeute au CHN-YO. Le nursing est assuré par les malades ou leur accompagnants en majorité analphabète.
- Le problème psychologique: les malades n'ont pas bénéficié de préparation psychologique pré-opératoire du fait de l'imprévu opératoire. De plus la stomie n'est pas acceptée sur le plan culturel dans les sociétés africaines.

La mortalité post opératoire était de 19%. Les décès étaient survenus dans des tableaux de dénutrition sévère. La mortalité semble être influencée surtout par deux facteurs: Le caractère urgent des interventions et la nature de l'affection causale. La plus meurtrière était la perforation typhique (moitié des décès).

Le coût moyen d'une iléostomie est 148 000 F. Il est de 103 000 F pour la colostomie. Ce coût supérieur au produit intérieur brut par tête d'habitant du Burkina Faso.

Mots clés: Ouagadougou - CHN-YO - chirurgie - iléostomie - colostomie - cliniques - - complications