

STOMIES DIGESTIVES : GESTION ET IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE AU CHU DU POINT-G ET GABRIEL TOURE BAMAKO (MALI).

DIGESTIVE STOMAS: MANAGEMENT AND IMPACT ON QUALITY OF LIFE AT THE CHU DU POINT-G ET GABRIEL TOURE BAMAKO (MALI)

Koumaré S, Traoré A, Kéita S, Soumaré L, Sacko O, kéita S, Sissoko M, Coulibaly M, Mallé O, Traoré S, Traoré D, H Dicko, Beye SA, Koïta A, Togo A, Sanogo ZZ, Sangaré D.

Correspondant : Sékou Koumaré : Maitre-assistant en chirurgie Générale, Service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Tel : +223 66780597, Email : Sekou_koumare@yahoo.fr

Résumé :

But : Décrire le mode de gestion et l'impact de la stomie digestive sur la qualité de vie des patients au CHU du Point-G et Gabriël Touré.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude multicentrique, prospective et descriptive portant sur les patients porteurs de stomie digestive aux CHU du Point-G et Gabriël Touré, de janvier 2019 à décembre 2020.

Résultats : Quarante un dossier de patients porteurs d'une stomie digestive ont été colligés soit 1,65% de l'activité chirurgicale du service. L'âge moyen était de 47,51 ans avec des extrêmes de 20 ans et 96 ans. Parmi ces patients, 65,9 % était de sexe masculin soit un sex-ratio de 1,93. Les conseils sur le port de la stomie étaient donnés à 31,7% de patients. Les patients avaient reçu des informations sur la gestion de la stomie dans 5,12% des cas. Vingt-six patients, soit 63,4% ont été opérés en urgence. Les péritonites par perforation d'organe creux et les cancers ont représentés les principales indications avec 83% des cas. Les suites opératoires précoces étaient marquées par une suppuration pariétale (24,4%), l'irritation cutanée péri stomiale (26,8% des cas). Le sachet plastique a été utilisé pour l'appareillage de la stomie chez 65,9% des patients. Le matériel d'appareillage n'était pas disponible chez 63,4% des patients.

L'entretien de la stomie était assuré par les proches parents dans 75,6% des cas. Le problème de manque d'hygiène s'est posé chez 46,3%. La majorité des patients soit 56,1% ont été satisfaites après rétablissement de la continuité. Le coût de la prise en charge était jugé insupportable par 78% des patients. La stomie était jugée traumatisante dans 34,2% des cas. La durée du séjour hospitalier était inférieure à un mois dans 65,9% des cas. La prise en charge était évaluée très bonne chez 39% des patients.

Conclusion : La stomie digestive induit un véritable bouleversement dans la vie quotidienne du patient et entraîne pour le patient et son entourage de multiples modifications physiques, psychologiques inévitables et souvent difficiles à vivre. Cela appelle à des efforts pour aider les patients stomisés à s'adapter à une vie meilleure.

Mots-clés : stomies digestives, qualité de vie, chirurgie, gestion

Abstract :

Purpose: To describe the management and impact of digestive stoma on the quality of life of patients at Point-G and Gabriël Touré University Hospital.

Patients and method: This was a multicenter, prospective and analytical study of patients with digestive stomas at Point-G and Gabriël Touré University

Hospital, from January 2019 to December 2020.

Results: Forty-one cases of patients with a digestive stoma were collected, 1.65% of the surgical activity of the department. The average age was 47.51 years with extremes of 20 and 96 years. Among these patients, 65.9% were male, i.e. a sex ratio of 1.93. Advice on the wearing of the stoma was given to 31.7% of patients. Information on stoma management was given to 5.12% of patients. Twenty-six (26) patients, i.e. 63.4%, underwent emergency surgery. Peritonitis due to perforation of hollow organs and cancer were the main indications with 83% of cases. The early postoperative follow-up was marked by parietal suppuration (24.4%) and late by peristomal skin irritation (26.8% of cases). The plastic bag was used for the stoma appliance in 65.9% of patients. The non-availability of the appliance was the major problem in 63.4% of cases. Stoma care was provided by the next of kin in 75.6% of cases. Lack of hygiene was the problem in 46.3% of cases. The majority of patients (56.1%) were satisfied after the continuity was restored. The cost of management was considered unbearable by 78% of patients. The stoma was considered traumatic in 34.2% of cases. The length of hospital stay was less than one month in 65.9% of cases. The management was evaluated as very good in 39% of the patients.

Conclusion : The digestive stoma induces a real upheaval in the daily life of the patient and leads to multiple physical and psychological changes for the patient and his family, which are inevitable and often difficult to live with. This calls for efforts to help ostomy patients to adapt to a better life.

Key words: digestive ostomies, quality of life, surgery, management

INTRODUCTION :

La stomie (du grec stoma = bouche) est l'abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel [1]. Les stomies digestives sont réalisées dans le but

d'un drainage permanent ou temporaire du transit digestif [2]. Elles induisent un véritable bouleversement dans la vie quotidienne de la personne concernée puis entraîne pour le patient et son entourage de multiples modifications physiques, psychologiques inévitables et souvent difficiles à vivre. Selon que l'objectif soit l'ingestion ou l'évacuation, l'opération portera sur la partie haute de l'intestin : appelée jéjunostomie, soit sur la partie basse : appelée iléostomie, ou encore colostomie dans le cas de celle du côlon [2]. La fréquence des complications de la stomie varie entre 5 et 70% [3], dominées par les irritations, les suppurations peri stomiales, la dénutrition et la déshydratation qui en font leur gravité.

La présente étude visait à décrire les problèmes liés à la gestion et l'impact de la stomie digestive sur la qualité de vie des patients porteurs.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude multicentrique, prospective et descriptive incluant les patients porteurs de stomie digestive aux CHU du Point-G et Gabriël Touré, de janvier 2019 à décembre 2020.

Les patients ayant eu une stomie d'alimentation, une fistule digestives péri-opératoires et ceux n'ayant pas donné leur consentement n'ont pas été retenus.

Le profil épidémiologique, le mode de gestion des stomies et leur impact sur la qualité de vie des patients ont été les paramètres de l'étude.

RESULTATS

Données épidémiologiques : Quarante un patients ont été inclus représentant 1,65% des activités chirurgicales. Parmi ces patients 65.9 % étaient de sexe masculin soit un sex-ratio de 1,93. L'âge médian était de 47.51 ans avec des extrêmes de 20 ans et 96 ans.

Données cliniques : Vingt-six patients, soit 63,4 % étaient opérés en urgence. Les principales indications étaient les perforations iléales (41,5 %) et les cancers digestifs (41,5 %).

Il y'avait 61% de colostomies et 39 % d'iléostomies. Les stomies étaient temporaires chez 35 patients et définitives chez 6 patients.

Les complications étaient dominées par les suppurations pariétales (24,4%), les fistules digestives (9,8%), l'occlusion intestinale (12,2%), la nécrose stomiale (7,3%).

La durée du séjour hospitalier était inférieure à un (1) mois dans 65.9% de cas. Le taux de mortalité était de 14,6%.

Gestion de la stomie :

Avant l'intervention, 68,3% des patients n'avaient pas reçus des conseils sur la stomie digestive. Les patients avaient reçu des informations sur la gestion de la stomie dans 51,2% des cas. Dans 53,7% des cas les patients avaient reçu les informations sur les complications liés à la stomie.

Le sachet plastique était utilisé pour l'appareillage de la stomie dans 65.9% des cas. Le matériel d'appareillage n'était pas disponible dans 63.4% de cas. L'entretien de la stomie était assuré dans 75,6% des cas par les parents des patients. Le problème de manque d'hygiène s'était posé chez 46.4% des patients.

Données sur la qualité de vie :

Soixante un pour cent des patients avaient eu une difficulté de s'adapter à la modification de l'image corporelle engendré par la stomie.

Le coût de la prise en charge était jugé insupportable par 78% des patients. La stomie avait été jugée traumatisante par 34.2% des patients.

La prise en charge était jugée très bonne par 39% des patients.

DISCUSSION

Les stomies digestives ont représenté 1,65% de toutes les interventions chirurgicales. Cette fréquence est proche de celles obtenues par Traoré. A (7,4%) [3] avec $p > 0,05$. L'âge médian était de 47.51 ans ceci différent de celui de la littérature africaine. Z.Z. Sanogo [4], dans une série de 103 cas, a retrouvé une moyenne d'âge de 41 ans avec $p=0,00001$. La population masculine a

été la plus représentée dans l'étude avec 65,9% des cas soit un sex ratio de 2. Ceux-ci sont comparables aux résultats obtenus par Desurmont T [5], 55,2% des cas avec ($p=0,4$). Ceci s'expliquerait par la mentalité particulière et la prédisposition aux difficultés financières des populations rurales ou à faible niveau d'instruction. Ces populations ont tendance à faire des traitements traditionnels et à ne fréquenter les centres de santé qu'en cas d'échec ou d'aggravation de leur état clinique.

Aspects cliniques : Les indications opératoires ayant nécessité des stomies digestives étaient majoritairement les péritonites par perforation iléale et les cancers digestifs avec 83% des cas. Cela s'expliquerait par la prévalence élevée des cancers digestifs. Ce même constat a été fait dans plusieurs séries africaines [4, 6].

La colostomie était réalisée dans 58,6 % des cas et 39% d'iléostomies, O ADAKAL et all [7] ont rapportés 84,5% d'iléostomies. Les lésions constatées en per opératoire ont motivé le chirurgien à pratiquer une stomie pour éviter les complications d'anastomose en milieu septique. Soixante-six patients ont séjourné dans le service moins d'un mois après la réalisation de la stomie. Dans 53,7% des cas les patients avaient reçu des informations sur les complications liées à la stomie à moyen et long terme. La morbidité précoce était dominée par les suppurations pariétales (24,4%) suivies de 9,8% de fistules digestives, 12,2% d'occlusion intestinale aiguë, 7,3% de nécrose stomiale. Ces mêmes complications ont été retrouvées dans la littérature. BIKANDOU G. [8] a noté (51%) suppurations pariétales, (7,3%) de nécrose et (12%) d'occlusion intestinale. Cette fréquence élevée de suppurations pariétales serait due à l'inoculation bactérienne lors de la confection de la stomie ou l'infection d'un hématome péri stomial. Le taux de mortalité était de 12,2%, liée à la pathologie initiale pour laquelle les patients ont été opérés. Les complications tardives ont été marquées par l'éventration peristomiale soit 2,4% des cas,

de prolapsus 4,9% des cas, d'irritation cutanée péristomiale 26,8% des cas, de rétractions stomiales 2,4% des cas. Le taux élevé d'irritation cutanée péri stomiale (26,8%) était en rapport avec le contenu corrosif du grêle qui se déverse sur la peau.

Les mêmes complications ont été enregistrées dans l'étude réalisée par BIKANDOU G. [8] qui a trouvé 2 cas de rétraction (2,1%) des cas, d'événements (2,1%) des cas, de prolapsus (2,1%) des cas, d'irritations cutanées péristomiales (12,5%) des cas. Le taux de mortalité a été de 14,6% des cas.

Gestion de la stomie : les conseils sur la stomie digestive n'ont pas été donnés à 68,3% des patients et cela du fait que la décision de réalisation de la stomie était prise le plus souvent en per opératoire. Le sachet plastique a été utilisé pour l'appareillage de la stomie dans 65,9% des cas. Le kit normal a été utilisé chez 34,1% des patients. Il s'agissait de sachet plastique utilisé pour contenir de l'eau glacée ou du sucre d'un kilogramme qu'on adaptait à la stomie et qu'on maintenait en place avec des bandes de sparadrap collées tout autour. Ces sachets sont de fabrication locale vendus à 175 FCFA le paquet de 50 unités. Ce même matériel local a été majoritairement utilisé par les patients de la série de Traore A [3]. La disponibilité du matériel d'appareillage dans les officines pharmaceutiques posait un problème majeur dans 63,4% de cas. Nous n'avons pas utilisé le système d'irrigation colique en raison de l'accès difficile au matériel, les moyens limités des patients et la relative complexité de l'emploi. Les problèmes liés à la stomie étaient le coût élevé pour 12,4% des patients, la disponibilité du matériel d'appareillage dans 63,4% des patients. Cela pourrait être dû aux faits que 82,9% des patients étaient de la classe moyenne ou basse c'est-à-dire des paysans, des femmes aux foyers et des ouvriers. Traore A [3] avait recensé le même problème. La stomie digestive nécessite des soins d'un stomathérapeute. Ce personnel spécialisé

est compétent pour le choix du lieu de pose de la stomie et du matériel d'appareillage. Il rassure, informe, explique et apaise les inquiétudes des patients stomisés. Nous ne disposons pas de ce type de personnel, l'entretien de la stomie des malades était assuré par les agents de santé (24,4%) ou par les parents (75,6%). Dans l'étude de Rached Bayar et all [9] en Tunisie, l'entretien de la stomie était exclusivement fait par le patient lui-même dans 80% des cas et les membres de la famille dans 20% des cas.

Données sur la qualité de vie :

La pose d'une stomie qu'elle soit définitive ou temporaire, engendre des conséquences physiques et psychologiques majeures pour les patients et leur entourage. Dans notre étude la stomie a entraîné une modification de la qualité de vie dans 61% des cas. La stomie était jugée traumatisante par 34,2% des patients, nécessitant la sollicitation des psychologues. Elle était acceptable dans 40,8% des cas et négligeable dans 14,4% des cas.

L'annonce de la réalisation d'une stomie, qu'elle ait été faite de façon « diplomatique » ou non, a toujours un impact psychologique fort. Cela est un choc, un traumatisme pour les patients et leur entourage. Le déni de la stomie et la colère sont des réactions et des sentiments normaux et fréquents. R. W. AWA D [10] dans son étude a analysé la qualité de vie et la morbidité psychologique. Les patients étaient satisfaits de leurs stomies et se sont adaptés à une vie normale dans 93% des cas.

Durée d'hospitalisation :

La durée du séjour hospitalier était inférieure à 1 mois. Elle était de 25,5 jours dans l'étude de BIKANDOU G [8]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'une grande partie de nos patients, n'ayant pas de logement à Bamako ont été libérés après cicatrisation complète de leur plaie opératoire.

CONCLUSION :

La stomie digestive est fréquemment réalisée en service de chirurgie, le plus souvent en urgence. Elle peut potentiellement altérer la qualité de vie du patient, avec souvent des effets

psychologiques négatifs associés. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire permettant de réduire les complications et de garantir une qualité de vie satisfaisante. La mortalité de ces patients est liée à la pathologie initiale.

REFERENCES

1 –Boissel P

Les stomies digestives, indications et modalités d'appareillage. Concours Médical 2003 ; 125-30 : 1768-1772.

2 – Quenu J et all. Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif 1980, p 722-735

3- Traoré A et all

Digestives stoma in the service of surgery General of CHU Gabriel Touré .

4- Sanogo Z ,Yena S , Simaga K , Doumbia D

Stomies digestives ; expérience du service de Chirurgie A du CHU du Point G. Mali Med 2004;3: 24-27

5-Desurmont T et all

7ème journée de perfectionnement en vidéo-chirurgie; 13/14O octobre 2005 ; Poitiers. CHU Poitiers : Palais des congrès ; 2005.

6- Adamou H et all

Pattern of Lower Intestinal Ostomies in a Low-Income Country: Case of Southeast of Niger Republic. World J Surg. 2018;42(6):1581-9.

7- Adakal O et all

Indications, complications et poids socio-economiques des stomies digestives au centre hospitalier régional de Maradi J AFR CHIR DIGEST 2021; VOL 21(1) : 3269 - 3274

8-Bikandou G, H. missie, A. tsimba-tsonda, R. massengo

Les stomies digestives au CHU de Brazzaville. Med.Chir.Dig.1996-25-n°1,23-24p.

9-Rached Bayar et all.

Stomie digestive – Quel impact professionnel ?

Service de chirurgie viscérale du CHU Mongi Slim Tunis.

Afr Med J.2021 ; 38 :118

10-RW Awad 1, MC El-Gohary , Skilton JS, JB Elder

Qualité de vie et la morbidité psychologique avec une iléostomie 1992