UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Les stomies digestives au centre hospitalo-universitaire de Kamenge : épidémiologie, indications et évolution. A propos de 49 cas

Mwaruro, Edmond; Sous la direction de : Dr Jean-Claude Mbonicura

2021-04
UB, Faculté de Medecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/697

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

LES STOMIES DIGESTIVES AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE KAMENGE : EPIDEMIOLOGIE, INDICATIONS ET EVOLUTION.

A propos de 49 cas

Par :

MWARURO Edmond

Sous la direction de :

Dr Jean-Claude MBONICURA

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Avril 2021

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

Président : Professeur Rénovat NTAGIRABIRI, Hépato-Gastro-Entérologue.

Directeur : Docteur Jean Claude MBONICURA, Chirurgien viscéral.

Membre : Docteur Clovis Paulin BARAMBURIYE, Assistant en anatomie.

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2019-2020

I.BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Pr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITES

1. Pr Evariste NDABANEZE : Thérapeutique
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie Chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie Chirurgicale
4. Pr Léodégal BAZIRA : Pathologie Chirurgicale

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies Infectieuses et Parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Enterologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestive
9. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
10. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie

IV.PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
2. Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
4. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
5. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie –Obstétrique et Soins Maternels et Infatiles
7. Pr Jean Claude NIYONDIKO : Anatomie, Orthopédie-Traumatologie
8. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
9. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale
12. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique
13. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
14. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies infectieuses et Parasitaires, Endocrinologie
15. Pr Levis KANDEKE : Ophtalmologie
16. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie

17. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale
18. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs et Douleur, Anesthésie-Réanimation
19. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale, Physiologie et Sémiologie digestive
20. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie, Orthopédie – Traumatologie
21. Pr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
22. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie
23. Pr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
24. Pr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale

V.CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale.
2. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie
3. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie
4. Dr NDAYISHIMIYE Alice : Pédiatrie
5. Dr MUREKATETE Chantal : Radiologie
6. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie Chirurgicale
7. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
8. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
9. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-Anatomie, Neurochirurgie

VI.CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie

2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Sante Publique
3. Dr Désiré HABONIMANA : Economie de la Santé
4. Dr Alexandre NIYONKURU : Médecine nucléaire

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr IRANGABIYE Eloi : Anatomie Pathologie
4. Dr NTAWUYAMARA Epipode : Dermatologie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : C.C : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : C.C : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : C.C: Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thadée BARANCIRA : C.C : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : C.C: Chimie Générale et Organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco : C.C : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : C.E : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : C.C : Psychologie Générale
9. Mr Eric NIYIKIZA : A: Maths
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : A: Anglais Médical
11. Dr Alexis BANUZA : CC : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : A : Soins Infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel : Médecine du Travail

14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie
17. Dr Révérien NDAYIRORERE : Urologie
18. Dr Stève NIMUBONA : Anatomie, Sémiologie chirurgical II
19. Dr BAMPOYE Freddy : Anesthésie- Réanimation
20. Dr NDAYISABA Carter : Anesthésie-Réanimation

DEDICACES

A ma chère mère ;

A mes frères et leurs familles ;

A ma sœur ;

A ma cousine et à sa famille ;

A tous ceux qui me sont chers ;

A la 36ème promotion de la faculté de Médecine de Bujumbura.

Je dédie cette thèse !

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos vifs remerciements :

Au **Docteur Jean-Claude MBONICURA**, Chirurgien Viscéral, Directeur de cette thèse. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Je vous en remercie infiniment. Recevez ici l'expression de toute ma gratitude.

Au Professeur Rénovat NTAGIRABIRI, Professeur Agrégé en Hépatologie Gastro-Entérologie ; DESC Cancérologie Digestive, Président du jury. Je suis très honoré que vous ayez accepté de juger ce travail de recherche et accepté de faire partie du jury malgré vos nombreuses préoccupations. Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Clovis Paulin BARAMBURIYE, Assistant en Anatomie, Membre du jury. C'est un honneur pour moi de vous compter parmi les membres du jury. Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

% : Pourcentage

ASP : Abdomen Sans Préparation

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Coll : Collaborateurs

MAR : Malformation Ano-Rectale

MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA

NFS : Numération Formule Sanguine

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

TP : Taux de Prothrombine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Oesophagostomie 3

Figure 2 : Gastrostomie chirurgicale selon Fontan 4

Figure 3 : Gastrostomie tubulée 5

Figure 4 : Gastrostomie chirurgicale selon Witzel 5

Figure 5 : Jéjunostomie selon Witzel 6

Figure 6 : Iléostomie latérale 7

Figure 7 : Colostomie selon Hartmann 8

Figure 8: Bouton de gastrostomie 9

Figure 9 : Sonde gastrostomie 9

Figure 10 : Poche d'iléostomie monobloc 10

Figure 11 : Poche d'iléostomie bibloc 10

Figure 12 : Poche de colostomie monobloc 11

Figure 13 : Poche de colostomie bibloc 11

Figure 14 : Réalisation d'une irrigation colique 12

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Distribution des patients selon le sexe. 16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge 15

Tableau II : Répartition des patients selon la profession 16

Tableau III : Répartition des patients selon le motif de consultation 17

Tableau IV : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvé à l'inspection 17

Tableau V : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvé à la palpation 17

Tableau VI : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvé à la percussion 18

Tableau VII : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvé à l'examen proctologique 18

Tableau VIII: Répartition des patients selon les examens d'imagerie réalisés... 19

Tableau IX: Répartition des patients en fonction de l'indication 20

Tableau X: Siège des pathologies tumorales retrouvées 20

Tableau XI : Répartition des patients selon les circonstances opératoires 20

Tableau XII: Répartition des patients selon le type de stomie 21

Tableau XIII: Répartition selon la réversibilité de la stomie 21

Tableau XIV : Délais de rétablissement de la continuité 21

Tableau XV : Délais moyens de rétablissement de la continuité par pathologie 22

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des suites opératoires 22

Tableau XVII : Devenir des patients en fonction des complications générales . 23

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i
LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2019-2020 ii
DEDICACES vii
REMERCIEMENTS viii
SIGLES ET ABREVIATIONS ix
LISTE DES FIGURES x
LISTE DES GRAPHIQUES xi
LISTE DES TABLEAUX xii
TABLE DES MATIERES xiii
AVANT-PROPOS xvi
0. INTRODUCTION 1
0.1 Contexte et justification 1
0.2 Les objectifs 2
0.3 Questions de recherche 2
CHAPITRE I : GENERALITES 3
I.1. Types, indications et complications 3
a) L'oesophagostomie 3
b) La gastrostomie 4
c) La jéjunostomie 6
d) L'iléostomie 7
e) Colostomie 7
I.2. Prise en charge du patient stomisé 8
a) La stomathérapie 8
b) Matériel et soins de stomies 9
CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODES 13
II.1. Type, lieu et période d'étude 13
II.2. Critères d'inclusion 13
II.3 Critères d'exclusion 13
II.4. Recueil et analyse des données 13

II.5 Difficultés rencontrés 14
CHAPITRE III : RESULTATS 15
III.1. Données épidémiologiques 15
III.1.1. Fréquence 15
III.1.2. Age 15
III.1.3. Sexe 16
III.1.4. Profession 16
III.2. Clinique et prise en charge 17
III.2.1. Motif de consultation 17
III.2.2. Signes physiques 17
III.2.3. Données paracliniques 19
III.2.4. Indications de la stomie 20
III.2.5. Circonstances opératoires 20
III.2.6. Type de stomies 21
III.3. Evolution 21
III.3.1. Réversibilité de la stomie 21
III.3.2. Rétablissement de la continuité digestive 21
III.3.3. Suites opératoires 22
CHAPITRE IV : DISCUSSION 24
IV.1. Epidémiologie 24
IV.1.1. Fréquence 24
IV.1.2. Age 24
IV.1.3. Sexe 25
IV.2. Aspects cliniques et thérapeutiques 25
IV.2.1. Circonstances de l'intervention 25
IV.2.2. Indications 26
IV.2.3. Types de stomies 27
IV.3. Evolution 27
IV.3.1. Réversibilité de la stomie 27
IV.3.2. Rétablissement de la continuité digestive 27
IV.3.3. Complications 28

IV.3.4. Mortalité 29
CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS 30
V.1. Conclusion 30
V.2. Suggestions 31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 32
ANNEXES 37
ANNEXE 1: FICHE DE RECEUIL DES DONNEES 37
ANNEXE 2: SERMENT DE GENEVE 39
RESUME 40

AVANT-PROPOS

Cette thèse rentre dans le cadre des travaux de recherche pour de l'obtention du titre de docteur en Médecine à la faculté de médecine de Bujumbura. Elle étudiera les stomies digestives au CHU de Kamenge. L'idée de ce travail de recherche est venue du constat que la seule étude réalisée sur les stomies digestives n'a porté que sur les colostomies. Cependant, il existe d'autres types de stomies digestives réalisées au CHU de Kamenge.

La stomie digestive peut causer des problèmes depuis la pose de la stomie et dans sa gestion, par le fait qu'elle exige la maîtrise de la technique chirurgicale, mais aussi l'apprentissage des gestes nécessaires pour les soins quotidiens. A côté de cela, l'usage d'un appareillage adéquat est aussi indispensable pour prévenir les complications.

La gestion des stomies digestives constituent un défi en Afrique subsaharienne de façon générale et au Burundi en particulier où les stomathérapeutes sont presque inexistants et où il est difficile de s'approvisionner en matériel d'appareillage adéquat.

Cette étude se veut être une contribution devant permettre de mettre en relief les défis rencontrés dans la gestion des stomies digestives au CHU de Kamenge. Ainsi, des suggestions sont proposées pour améliorer la prise en charge des patients stomisés au CHU de Kamenge.

0. INTRODUCTION

0.1 Contexte et justification

La stomie digestive est un abouchement chirurgical d'un viscère creux à la peau en dehors de son emplacement naturel. Les stomies peuvent être réalisées pour suppléer l'alimentation, c'est le cas des gastrostomies et des jéjunostomies. Elles peuvent aussi être réalisées pour drainer le tube digestif en occlusion ou pour protéger une anastomose. C'est le cas des colostomies et des iléostomies [1].

Pour les colostomies et les iléostomies, les pathologies pouvant conduire à leur confection sont multiples et varient d'une population à une autre. En Afrique, ces pathologies sont dominées par la pathologie occlusive et les péritonites [2]. En Europe, les indications sont essentiellement les maladies cancéreuses ou inflammatoires du tube digestif [3].

Les stomies d'alimentation sont réalisées quand l'alimentation par voie normale est impossible ou dangereuse notamment en cas de troubles de déglutition d'origine neurologique, en cas de néoplasie œsophagienne ou de la sphère ORL.

Les indications de l'oesophagostomie sont rares. Elles comprennent les brûlures caustiques de l'œsophage, la nécrose post-traumatique de l'œsophage avec médiastinite indiquant une résection œsophagienne avec oesophagostomie définitive, les solutions de continuité de l'œsophage indiquant une oesophagostomie temporaire dite d'exclusion [4].

A notre connaissance, la seule étude réalisée au Burundi sur les stomies digestives a été faite en 2013 et elle n'a porté que sur les colostomies. Les colostomies représentaient 1,79% de toutes les interventions réalisées dans le Département de Chirurgie du CHU de Kamenge [5]. Notre étude vient compléter celle déjà réalisée pour savoir la place des stomies digestives de façon générale au CHU de Kamenge.

0.2 Les objectifs

Objectif général

Etudier les stomies digestives au CHU de Kamenge.

Objectifs spécifiques :

- Dégager les aspects épidémiologiques des patients ayant bénéficiés de stomies digestives au CHU de Kamenge.
- Identifier les indications des stomies digestives.
- Déterminer le mode évolutif des patients porteurs des stomies digestives.

0.3 Questions de recherche

- Quel est le profil épidémiologique des patients stomisés au CHU de Kamenge ?
- Quels sont les types de stomies réalisées au CHU de Kamenge et leurs indications ?
- Qu’en est-il de leur évolution ?

CHAPITRE I : GENERALITES

Les stomies digestives sont réalisées dans le but d'une dérivation permanente ou temporaire du transit digestif [6]. Il existe différents types de stomies suivant la partie du tube digestif qui est dérivé. La dérivation peut être faite soit dans l'objectif de permettre l'alimentation soit dans l'objectif de dérivation des matières.

I.1. Types, indications et complications

a) L'oesophagostomie [7, 8]

L'oesophagostomie est l'abouchement chirurgical de l'œsophage à la peau du cou. D'indication rare, elle est surtout réalisée dans les brulures de l'œsophage par ingestion de caustiques où elle est associée à une gastrostomie ou une jéjunostomie d'alimentation. Il existe d'autres indications comme la chirurgie de l'œsophage pour les malformations congénitales comme l'atrésie de l'œsophage.

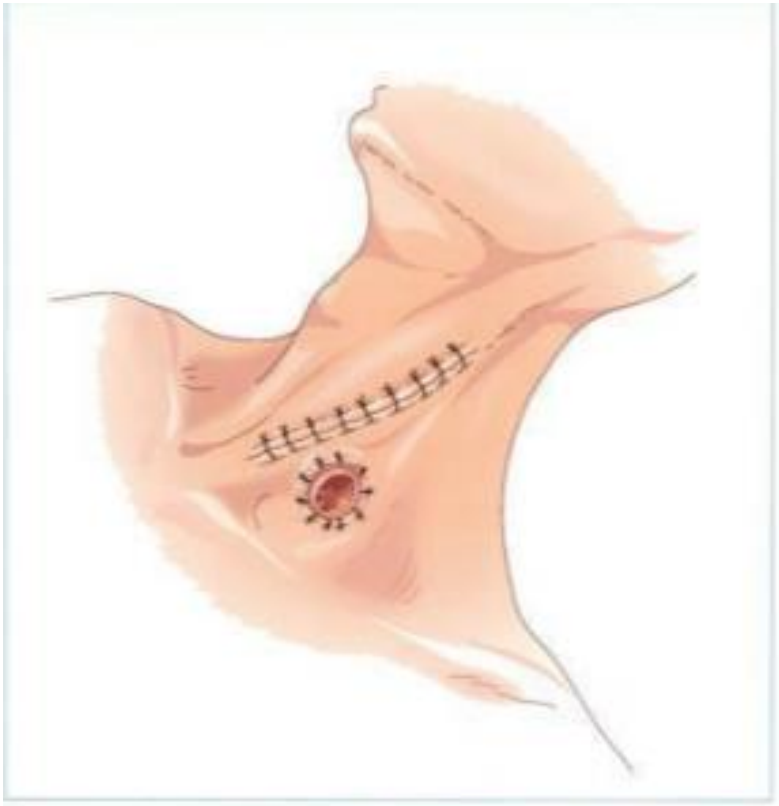


Figure 1 : Oesophagostomie [4]

b) La gastrostomie [4, 9, 10, 11, 12]

La gastrostomie consiste en l'abouchement temporaire ou définitif de l'estomac à la peau. Les principales indications sont les tumeurs oropharyngées ou œsophagienne inextirpable, et les pathologies nécessitant une nutrition entérale prolongée (supérieur à quatre semaines) comme les dysphagies graves dans les affections neurologiques. Elle peut se faire par voie percutanée endoscopique, ou radiologique. Elle peut aussi se faire par voie chirurgicale ouverte (gastrostomie directe selon Fontan, gastrostomie indirecte selon Witzel et gastrostomie tubulée) ou par voie laparoscopique.

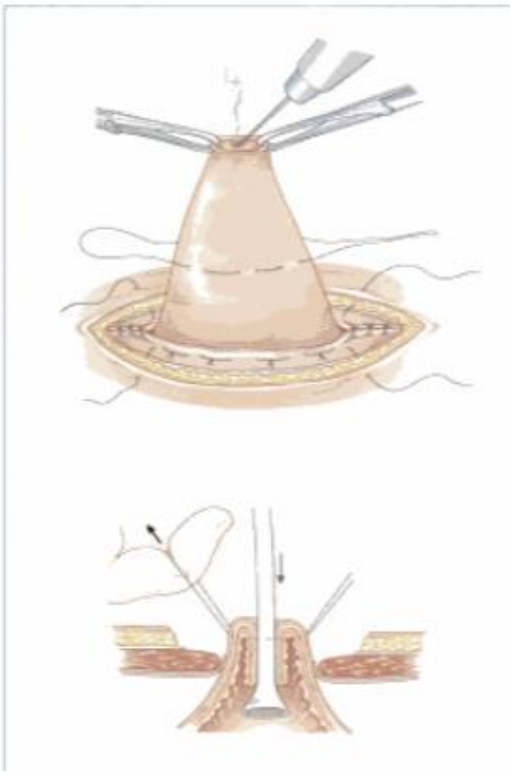


Figure 2 : Gastrostomie chirurgicale selon Fontan [4]

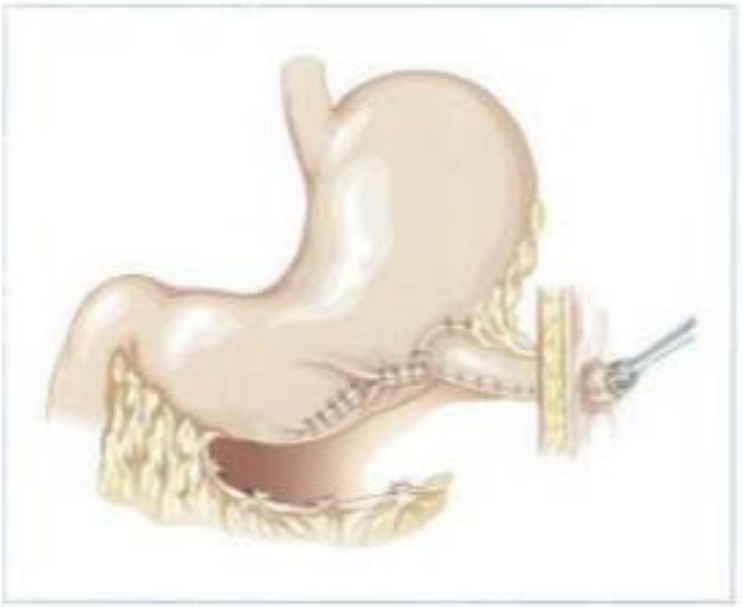


Figure 3 : Gastrostomie tubulée [4]

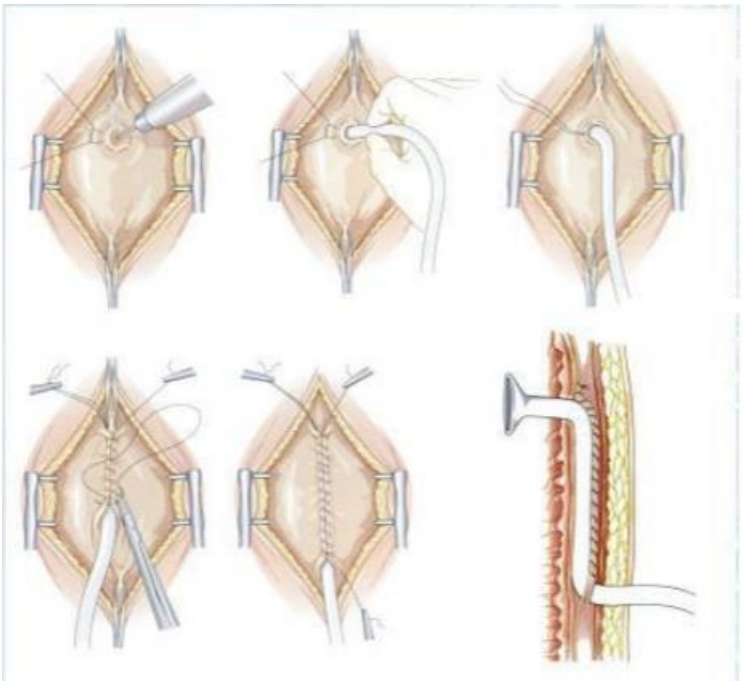


Figure 4 : Gastrostomie chirurgicale selon Witzel [4]

Les complications des gastrostomies sont principalement les complications mécaniques au niveau de la sonde comme l'enfouissement de la collerette interne, l'obstruction de la sonde, les fuites péristomiales, le déplacement secondaire de la sonde. Les autres complications sont locales notamment l'infection pariétale et le bourgeon charnu.

c) La jéjunostomie [13, 14, 15, 16]

La jéjunostomie consiste à placer un tube dans la lumière du jéjunum proximal pour assurer la nutrition du patient. L'indication principale est l'alimentation chez l'opéré du tube digestif supérieur (œsophage, estomac, duodénum) ou des annexes du tube digestif (pancréas, foie et voies biliaires). La jéjunostomie peut également être indiquée, comme procédé isolé, chez le patient neurologique ou ayant une maladie congénitale, le patient gériatrique qui pose le problème délicat de sa prise en charge ainsi que pour les patients ayant une tumeur cervico-crânienne.

La jéjunostomie peut se faire par voie percutanée endoscopique. Elle peut aussi se faire par voie chirurgicale ouverte ou laparoscopique.

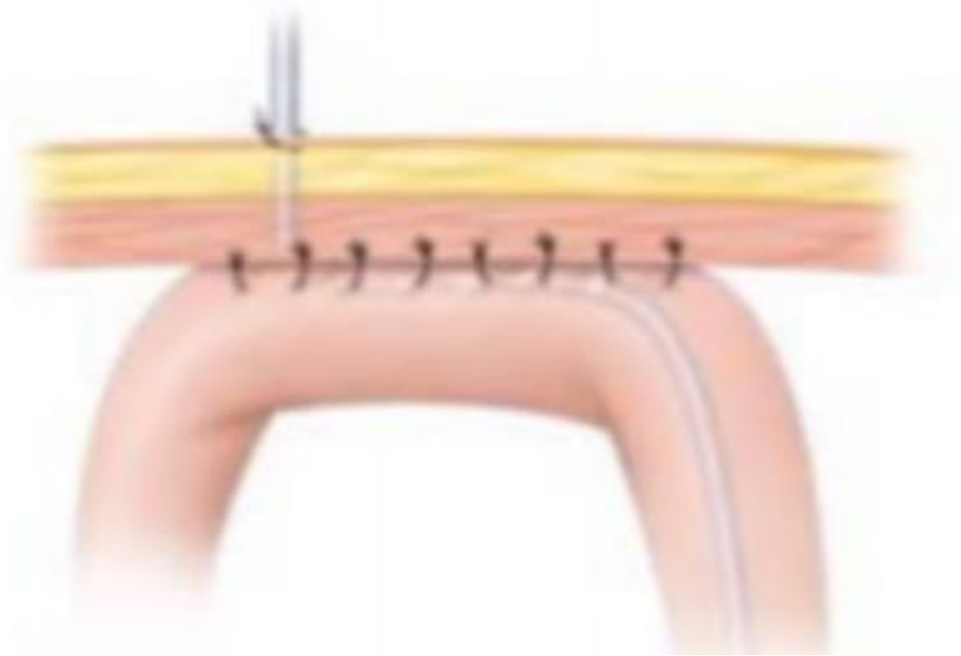


Figure 5 : Jéjunostomie selon Witzel [4]

Les complications des jéjunostomies peuvent être :

- mécaniques comme le délogement du tube, l'obstruction ou la migration du tube, l'obstruction intestinale et l'ischémie intestinale ;
- infectieuse comme l'abcès pariétale ;
- gastro intestinale comme la diarrhée, la constipation, la distension abdominale ;

- métaboliques en rapport avec la sélection inadaptée des nutriments.

d) L'iléostomie [17, 18]

L'iléostomie est l'abouchement de l'iléon à la peau. Elle est souvent temporaire, rarement définitive essentiellement en cas de maladie de Crohn qui impose une colectomie totale. Les iléostomies temporaires sont réalisées après résection intestinale quand l'anastomose dans l'immédiat doit être évitée (anastomose en milieu septique).

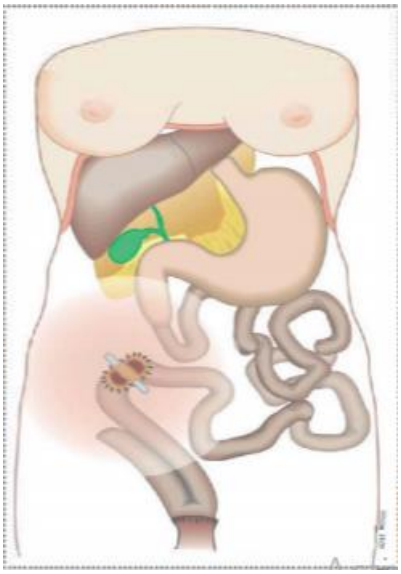


Figure 6 : Iléostomie latérale [19]

e) Colostomie [20, 21]

La colostomie consiste en l'abouchement d'une partie du colon à la peau afin de donner issue au contenu intestinal. Suivant la technique, elle peut être latérale ou terminale. Elle est réalisée soit pour permettre l'évacuation de l'intestin, soit pour protéger une anastomose digestive. Elle est réalisée sur une partie mobile du colon. Elle peut être temporaire ou définitive en fonction de l'indication.

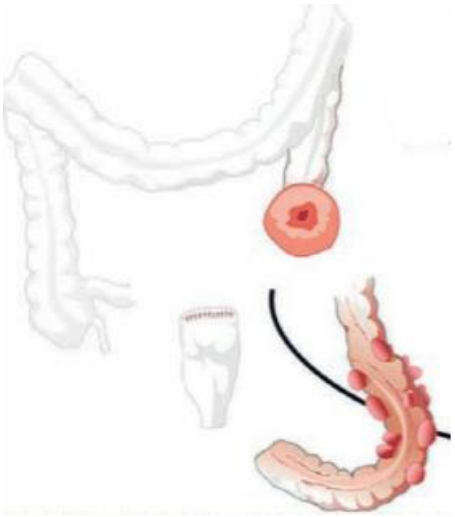


Figure 7 : Colostomie selon Hartmann [19]

Les complications des colostomies peuvent être précoces comme la nécrose stomiale, rétraction stomiale, hémorragies et hématomes, éviscérations stomiales, occlusions intestinales et suppurations péristomiales. Les complications tardives des colostomies sont : prolapsus, sténoses, éventrations péristomiales, perforations stomiales, hémorragies, tumeurs et pseudotumeurs.

I.2. Prise en charge du patient stomisé

a) La stomathérapie [22, 23]

Dans certaines conditions cliniques, la réalisation d'une stomie digestive se révèle indispensable. Cependant, la stomie digestive est une intervention lourde psychologiquement et physiquement pour le patient. La stomie pose des problèmes psychologiques et techniques exigeant des soins adaptés. C'est là qu'interviennent les stomathérapeutes, spécialistes de la gestion des stomies. Le rôle du stomathérapeute est d'annoncer au malade la nécessité de confection d'une stomie, de l'informer sur l'intervention qu'il va subir quand les circonstances le permettent, d'assurer les soins de la stomie mais aussi d'éduquer et d'enseigner les soins relatifs aux stomies. Le stomathérapeute permet ainsi au malade d'acquérir une certaine autonomie dans les soins de sa stomie.

b) Matériel et soins de stomies [24, 25, 26]

Le choix du matériel dépend du type de stomies d'une part, et d'autre part il dépend d'autres critères comme le degré d'autonomie du patient, sa personnalité et ses activités.

Pour les stomies d'alimentation, divers types de sondes d'alimentation sont utilisées.



Figure 8: Bouton de gastrostomie [25]

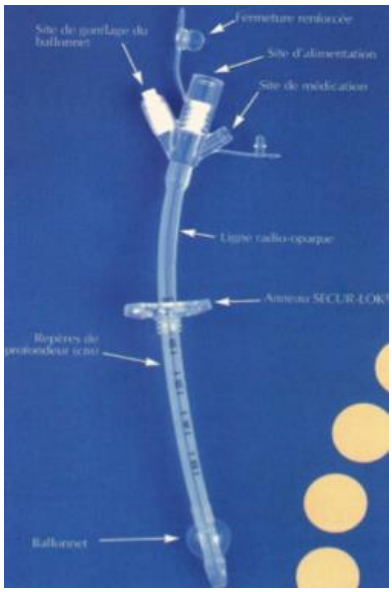


Figure 9 : Sonde de gastrostomie [25]

Pour les colostomies et les iléostomies, il existe deux types de poches :

- les poches monoblocs
- les poches biblocs : constitué d'un support adhésif pré-calibré ou à découper, sur lequel vient s'adapter la poche collectrice. L'avantage réside dans le maintien de la plaque pendant plusieurs jours, seule la poche étant changée suivant les besoins.



Figure 10 : Poche d'iléostomie monobloc [26]



Figure 11 : Poche d'iléostomie bibloc [26]



Figure 12 : Poche de colostomie monobloc [26]

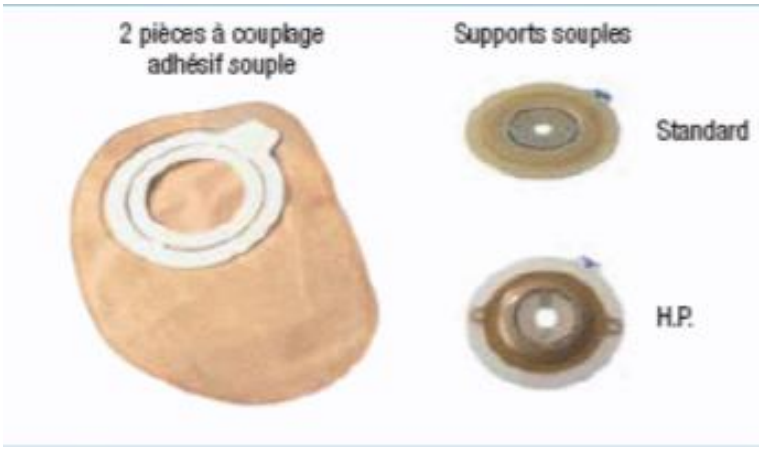


Figure 13 : Poche de colostomie bibloc [26]

Le siège de la stomie conditionne les caractéristiques des selles et par conséquent le type d'appareillage. Ainsi, pour les iléostomies où les selles sont liquides et très corrosives pour la peau péristomiale, l'appareillage est composé d'une poche vidable et les protecteurs cutanés sont systématiques.

Pour les colostomies transverses, les selles sont souvent molles, quelques fois moulées. On utilise des poches vidables ou fermées selon la qualité des selles.

Pour la colostomie sigmoïdienne, on utilise généralement une poche fermée munie d'un filtre. On a la possibilité de réaliser des irrigations coliques qui permettent d'obtenir une absence quasi totale de selles entre les irrigations. Elles permettent ainsi au colostomisé d'éviter le port d'une poche conventionnelle, au profit d'un matériel beaucoup plus discret et confortable.



Figure 14 : Réalisation d'une irrigation colique [24]

D'autres accessoires sont utilisés pour faciliter et améliorer le confort du stomisé. Il s'agit des ceintures, des filtres pour absorber les odeurs, des films protecteurs pour améliorer la tenue de l'appareillage et protéger la peau, des pâtes protectrices qui servent de joint entre la stomie et l'appareillage, etc.

CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODES

II.1. Type, lieu et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le Département de Chirurgie générale du CHU de Kamenge, sur une période de 2 ans, allant de septembre 2018 à septembre 2020.

II.2. Critères d'inclusion

Tout patient ayant bénéficié d'une stomie digestive au CHU de Kamenge pendant la période d'étude.

II.3 Critères d'exclusion

Tout patient hospitalisé dans le Département de Chirurgie présentant une stomie digestive confectionnée ailleurs.

II.4. Recueil et analyse des données

→ Échantillonnage

Les patients ont été recensés à partir :

- des dossiers médicaux
- des registres de grandes interventions
- des comptes rendus opératoires

→ La collecte et analyse des résultats

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie remplie en fonction des résultats. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide de l'outil informatique avec les logiciels suivants :

- Microsoft Word 2016 pour la saisie du texte.
- Le logiciel EPI info version 7.2.2.2 et Microsoft Excel 2016 pour l'analyse et le traitement des données.

II.5 Difficultés rencontrés

Lors du recensement des patients ayant bénéficiés une stomie digestive pendant la période d'étude, nous avons ciblés 54 patients. Mais du fait des dossiers incomplets, du manque de certains dossiers et du manque des comptes rendus opératoires, seuls 49 dossiers étaient exploitables

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1. Données épidémiologiques

III.1.1. Fréquence

Durant la période d'étude, on a enregistré 2994 interventions réalisées dans le Département de Chirurgie du CHU de Kamenge dont 536 portaient sur le tube digestif et 49 étaient des stomies digestives. Les stomies digestives ont représenté 9,14% des interventions réalisées sur le tube digestif.

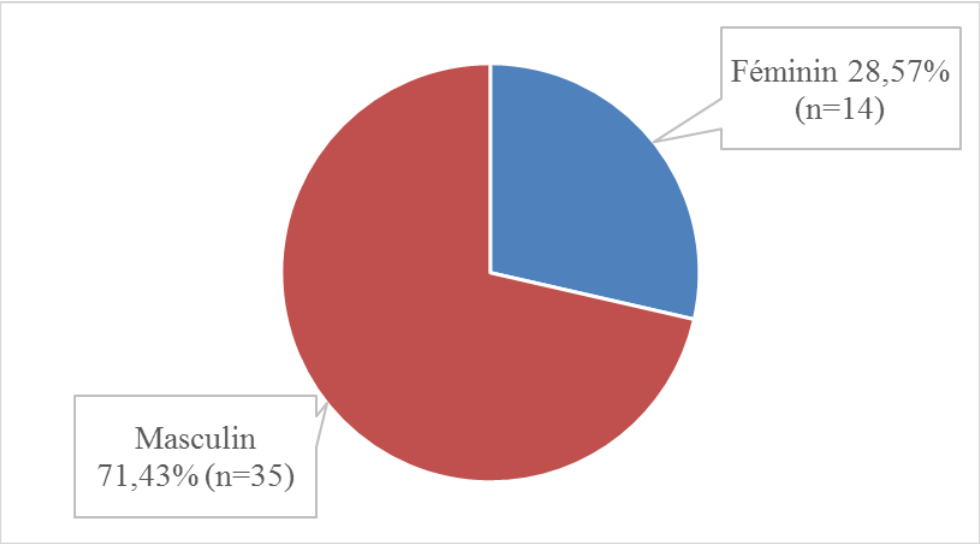
III.1.2. Age

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	**Effectifs**	**%**
0-10 ans	18	36,73
11-20 ans	1	2,04
21-30 ans	6	12,24
31-40 ans	4	8,16
41-50 ans	3	6,12
51-60 ans	5	10,20
61-70 ans	5	10,20
71-80 ans	6	12,24
>80 ans	1	2,04
Total	49	100

L'âge moyen de nos patients est de 32,9 ans avec des extrêmes de 1 jour et 83 ans. Dans la population pédiatrique, l'âge moyen est de 1,4 an, soit 16,8 mois, avec des extrêmes de 1 jour à 11 ans. Dans la population adulte, l'âge moyen est de 52,8 ans avec des extrêmes de 24 ans à 83 ans.

III.1.3. Sexe



Graphique 1 : Distribution des patients selon le sexe.
Les hommes sont les plus représentés avec un sex-ratio de 2,5.

III.1.4. Profession

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

Profession	**Effectif**	**%**
Cultivateur	21	42,86
Non applicable	18	36,73
Elève	4	8,16
Enseignant	2	4,08
Agent de santé communautaire	1	2,04
Mécanicien	1	2,04
Policier	1	2,04
Sage-femme	1	2,04
Total	**49**	**100**

Nous avons constaté que les cultivateurs représentaient la majeure partie de notre population d'étude. La modalité « non applicable » désignait les enfants qui n'avaient pas encore l'âge scolaire.

III.2. Clinique et prise en charge

III.2.1. Motif de consultation

Tableau III : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Taux (%)
Douleur abdominale	25	53,19
Arrêt de matières et de gaz	21	44,68
Pleurs incessants	18	38,30
Vomissements	15	31,91
Retard d'émission du méconium	10	21,28
Dysphagie	6	12,77
Rectorragies	4	8,51
Douleurs anales	4	8,51
Plaie par arme à feu	1	2,13

Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur abdominale retrouvée dans 53,19% des cas, suivi par l'arrêt de matières et de gaz retrouvé dans 44,68%.

III.2.2. Signes physiques

Tableau IV : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvés à l'inspection

Signes physiques à l'inspection	Effectifs	Taux(%)
Ictère	1	2,04
abdomen immobile	3	6,12

Tableau V : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvés à la palpation

Signes physiques à la palpation	Effectifs	Taux(%)
Défense	24	48,98
Contracture	3	6,12
Tuméfactions épigastrique	3	6,12
Tuméfactions de la fosse iliaque gauche	3	6,12

Tableau VI : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvés à la percussion

Signes physiques à la percussion	Effectifs	Taux(%)
Tympanisme	11	22,45

Tableau VII : Répartition de patients en fonction des signes physiques retrouvés à l'examen proctologique

Examen proctologique	Effectifs	Taux(%)
Cri du douglas	3	6,12
Tumeur anale	2	4,08

Dans notre série, le signe physique le plus fréquent était la défense abdominale dans 48,98 % des cas.

III.2.3. Données paracliniques

Tableau VIII: Répartition des patients selon les examens d'imagerie réalisés

Examens d'imagerie faits	Effectif	Taux (%)	Résultats	Effectif	Taux (%)
ASP	12	24,49	Croissant gazeux inter hépato diaphragmatique	1	8,33
			Niveaux hydro aériques	5	41,67
			Image grain café	6	50
Echographie abdominale	11	22,45	Masse gastrique	1	9,09
			Masse colique	3	27,27
			Anse distendu et hypokinetique	3	27,27
			Image en cocarde	2	18,18
			Collection liquidienne intra péritonéale	2	18,18
Scanner abdominale	2	4,08	Tumeur abdominale avec métastase hépatiques	2	100
Endoscopie digestive haute	4	8,16	Tumeur gastrique	1	25
			Ulcère sténosant	1	25
			Tumeur de l'œsophage	2	50
Coloscopie	2	4,08	Tumeur colique	2	100

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été l'examen d'imagerie le plus réalisé (24,49%). Elle a montré une image en grain de café dans 50% des cas, des niveaux hydro aériques dans 41,67% des cas et un croissant gazeux inter hépato diaphragmatique dans 8,33% des cas.

III.2.4. Indications de la stomie

Tableau IX: Répartition des patients en fonction de l'indication

Indications	Effectif	%
MAR	9	18,37
Pathologie tumorale	12	24,49
Invagination intestinale compliquée de nécrose	5	10,20
Œsophagite caustique	2	4,08
Maladie de Hirschprung	6	12,24
Œsophagite peptique	2	4,08
Péritonite stercorale	3	6,12
Volvulus du sigmoïde	10	20,41
Total	49	100

Les indications des stomies digestives étaient dominées par la pathologie tumorale qui représentait 24,49% des cas, suivi par le volvulus du sigmoïde et les malformations ano-rectales qui représentaient respectivement 20,41% et 18,37%.

Tableau X: Siège des pathologies tumorales retrouvées

Siège de pathologie tumorale	Effectif	%
Tumeur colorectal	7	58,33
Tumeur de l'estomac	3	25
Tumeur de l'œsophage	2	16,67
Total	12	100

La tumeur colorectale était la principale type de tumeur retrouvée ayant bénéficié une stomie.

III.2.5. Circonstances opératoires

Tableau XI : Répartition des patients selon les circonstances opératoires

Mode de recrutement	Effectif	%
Opération programmée	16	32,65
Opération en urgence	33	67,35
Total	**49**	**100**

Toutes les interventions qui ont été réalisées étaient des laparotomies. La majorité de nos patients a été opérée en urgence (67,35%).

III.2.6. Type de stomies

Tableau XII: Répartition des patients selon le type de stomie

Type de stomies	Effectif	%
Colostomie	37	75,51
Iléostomie	3	6,12
Jéjunostomie	9	18,37
Total	49	100,00

La colostomie a été la stomie la plus réalisée dans notre série. Elle a été réalisée dans 75,51% des cas. Sur les 37 colostomies, 31 étaient des colostomies sigmoïdiennes et 6 étaient des colostomies transverses.

III.3. Evolution

III.3.1. Réversibilité de la stomie

Tableau XIII: Répartition selon la réversibilité de la stomie

Réversibilité de la stomie	Effectif	%
Stomie définitive	12	24,49
Stomie provisoire	37	75,51
Total	**49**	**100**

Les stomies étaient dans la majorité des cas réversibles. C'étaient des stomies provisoires dans 75,51% des cas.

III.3.2. Rétablissement de la continuité digestive

Tableau XIV : Délais de rétablissement de la continuité

Delais de rétablissement de la continuité digestive	Effectif	%
0-30 jours	4	13,79
31-60 jours	3	10,34
61-90 jours	2	6,90
>90 jours	20	68,97
Total	29	100

Dans notre série, la stomie était provisoire pour 37 patients. Parmi eux, le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé pour 29 patients pendant la période d'étude. Quatre patients sont décédés avant le rétablissement de la

continuité et pour les 4 autres, le rétablissement de la continuité digestive n'avait pas encore été réalisé. La durée moyenne de rétablissement de la continuité digestive était de 179 jours avec des extrêmes de 23 jours et 467 jours.

Tableau XV : Délais moyens de rétablissement de la continuité par pathologie

Pathologies	**Moyenne de rétablissement de la continuité en jours**
MAR	325,5
Invagination intestinale aigüe compliquée de nécrose	36,3
Maladie de Hirschprung	217,8
Oesophagite peptique	90
Pathologie tumorale	193
Péritonite stercorale	79,5
Volvulus du sigmoide	99

Les malformations ano rectales et la maladie de Hirschprung étaient les pathologies qui avaient les délais moyens de rétablissements de la continuité les plus allongés.

III.3.3. Suites opératoires

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des suites opératoires

Suites opératoires	**Effectif**	**Taux (%)**
Suites opératoires simples	37	75,51
Complications	8	16,33
Décès	6	12,24

On a enregistré des complications chez 8 patients soit un taux de morbidité de 16,33% et 6 décès soit un taux de mortalité globale de 12,24%.

III.3.3.1 Les complications locales

Les complications locales observées étaient 3 cas de prolapsus stomial, 1 cas de suppuration stomiale, 1 cas de rétraction stomiale, 1 cas de fistule digestive et 3 cas d'irritation cutanée péristomiale. La stomie la plus pourvoyeuse de complications locales était l'iléostomie. En effet, toutes les iléostomies se sont compliquées.

III.3.3.2. Les complications générales

Les complications générales observées étaient 3 cas de choc septique et 4 cas de troubles hydro électrolytiques.

III.3.3.3. Devenir des patients et complications générales

Tableau XVII : Devenir des patients en fonction des complications générales

	Devenir des patients		
Complications générales	**Décès**	**Survie**	**Total**
Choc septique	2	1	3
Trouble hydro électrolytique	2	2	4
Total	4	3	7

Six patients sont décédés soit un taux de mortalité de 12,24%. Parmi ces 6 patients, 4 sont décédés par suite de complications. Les 2 autres sont décédés par suite de comorbidités. Il s'agissait d'un nouveau-né de 3 jours qui présentait une malformation ano rectale associé à un ictère néonatale et d'une patiente de 83 ans qui présentait un volvulus du sigmoïde avec une cardiopathie associée.

CHAPITRE IV : DISCUSSION

IV.1. Epidémiologie

IV.1.1. Fréquence

La chirurgie pour stomies digestives a représenté 9,14% des interventions réalisées sur le tube digestives dans le département de chirurgie du CHU de Kamenge durant notre période d'étude.

Ndayiragije en 2013 au Burundi a trouvé une fréquence similaire [5]. Dans son étude, les colostomies représentaient 9,18% des interventions portées sur le tube digestif.

IV.1.2. Age

L'âge moyen dans notre série était de 32,87 ans avec des extrêmes allant de 1 jour à 83 ans. L'âge moyen dans la population pédiatrique était de 16,8 mois. Dans la population adulte, elle était de 52,8 ans.

L'âge moyen est différent selon les auteurs qui ont travaillé sur les stomies digestives.

Chez les auteurs africains, on retrouve un âge moyen bas. Ainsi Ndayiragije au Burundi [5] et Sanogo et coll au Mali [27] ont respectivement retrouvé dans leur série, un âge moyen de 19,45 ans et 41 ans. Doumbouya en Guinée Conakry, qui a travaillé sur une population pédiatrique a trouvé un âge moyen proche de notre âge moyen pédiatrique soit 20,5 mois [6].

Par contre, chez les auteurs européens où la pathologie tumorale domine dans les indications des stomies digestives, l'âge moyen est relativement élevé comme le montre Caricato et coll en Italie [28] et Secq et coll en France [29] qui ont respectivement trouvé un âge moyen de 68 ans et 67 ans.

Dans notre série, l'âge moyen dans la population adulte est légèrement supérieur à celle retrouvée chez les auteurs africains suite à la présence de la pathologie tumorale parmi les principales indications.

IV.1.3. Sexe

Dans notre série, une prédominance masculine a été mise en évidence. Le sexe masculin a représenté 71,43% soit un sex-ratio de 2,5. Cette prédominance masculine est aussi observée dans diverses études sur les stomies digestives.

Les auteurs comme Patwardhan et coll en Inde [30] et Duchesne et coll au Etats-Unis [31] ont trouvé aussi une prédominance masculine avec respectivement un sex-ratio de 1,72 et 1,6.

La prédominance masculine retrouvée dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que les principales indications retrouvé sont fréquentes chez le sexe masculin.

IV.2. Aspects cliniques et thérapeutiques

IV.2.1. Circonstances de l'intervention

Dans notre série, 67,35% de nos patients ont été opérés en urgence et toutes les interventions étaient des laparotomies.

Mbonicura et Bigirimana en 2019 au Burundi ont trouvé que la majorité des laparotomies réalisées à Bujumbura étaient faites en urgence [32]. Le retard de consultation faisant que les patients arrivent dans les structures de soin dans un état d'urgence explique cet état des faits.

Chez la plupart des auteurs africains, on retrouve des taux de stomies réalisées en urgence supérieur au nôtre.

Sanogo et coll [27] et Guiet au Mali [33] ont retrouvé respectivement des taux de 82,5% et 81,9% de stomies digestives réalisées en urgence.

Par contre, chez les auteurs européens, la plupart des stomies sont réalisées en chirurgie élective comme le montre Saghir et coll au Royaume Uni qui a retrouvé un taux de 67% d'intervention réalisées en chirurgie élective [34].

Dans notre série, même les patients opérés pour pathologie tumorale consultaient avec des tableaux d'occlusion dans la majorité des cas. Ceci explique le fait que

même si la pathologie tumorale faisait partie des principales indications, la majorité des interventions étaient faites en urgence.

IV.2.2. Indications

Dans notre série, les principales indications de stomies digestives retrouvées étaient la pathologie tumorale (26,53%), le volvulus du sigmoïde (20,41%) et les malformations ano-rectale représentant (18,37%).

D'autres auteurs ont retrouvé la pathologie tumorale comme la principale indication avec des taux qui dépassent de très loin le nôtre. Ainsi la pathologie tumorale représentait 67% dans la série de Mahjoubi et coll en Iran [35], 67,85% dans la série de El Aziz au Maroc [36] et 73% dans la série de Caricato et coll en Italie [28].

Cependant, de façon générale, dans les séries africaines, la pathologie tumorale ne constitue pas la principale indication des stomies digestives.

Les péritonites représentaient la principale indication des stomies digestives dans les séries de Boro au Burkina Faso [37] et Guiet au Mali [33] qui ont trouvé respectivement 55% et 37,1%.

Le volvulus du sigmoïde constituait la principale indication dans les séries de Engida et coll en Ethiopie [38] et Guéye et coll au Sénégal [39] qui ont respectivement trouvé un taux de 46,6% et 56%.

Dans la série de Ndayiragije au Burundi en 2013 [5], les malformations ano rectale constituaient la principale indication représentant 41,17% des indications alors que la pathologie tumorale venait en deuxième position avec un taux de 20,58%.

Certes, les séries sont polymorphes avec des indications qui varient d'une étude à une autre, cependant on peut noter l'émergence de la pathologie tumorale au Burundi. Le fait que le diagnostic soit fait tardivement et que les patients consultent dans un état avancé ne laisse que l'option palliative comme traitement

ce qui pourrait éventuellement expliquer le fait que la pathologie tumorale soit parmi les principales indications des stomies digestives dans notre étude.

Dans notre série, la principale indication des stomies d'alimentation était la pathologie tumorale. Dans les pays développés, où les techniques moins invasives de pose de stomies d'alimentations par voie endoscopique sont disponibles, les indications des stomies d'alimentation se sont étendues à d'autres pathologies comme les dysphagies surtout d'origine neurologiques (AVC, SLA, démences,…), mais aussi l'anorexie du sujet âgé [25, 40, 41].

IV.2.3. Types de stomies

Dans notre série, la colostomie a été réalisée dans 75,51% des cas. Elle constituait le principal type de stomie réalisé dans notre série. La jéjunostomie a été le seule type de stomie d'alimentation réalisé au cours de cette période d'étude.

El-Aziz au Maroc a trouvé des résultats similaires. Dans son étude, la colostomie sigmoïdienne était le principal type de stomie représentant 41% de tous les stomies réalisées et la jéjunostomie était le principal type de stomie d'alimentation réalisé [36].

IV.3. Evolution

IV.3.1. Réversibilité de la stomie

Dans notre série, la stomie était réversible chez 35 patients soit dans 75,51% des cas. La principale indication de stomie définitive était la pathologie tumorale.

Tligui au Maroc et Kibonge et coll en RDC ont également trouvé que la stomie était réversible dans la majorité des cas, soit respectivement dans 76,9% et 87,87% des cas [26, 42].

IV.3.2. Rétablissement de la continuité digestive

Dans notre série, la continuité digestive a pu être rétablie chez 29 patients pendant la période d'étude. Le délai moyen de rétablissement de la continuité digestive a été de 179 jours avec des extrêmes 23 jours et 467 jours.

Guiet au Mali a trouvé un délai de rétablissement de la continuité digestive plus court par rapport au nôtre, soit un délai de 47 jours [33].

Ndayiragije au Burundi a trouvé des résultats proches des nôtres avec un délai moyen de rétablissement de la continuité digestive de 188 jours et des extrêmes de 47 jours à 514 jours [5].

Les délais de rétablissement de la continuité digestive sont prolongés dans notre série suite à la présence dans notre série des enfants opérés pour des malformations ano rectales où la colostomie est mise en place en urgence en attendant l'abaissement et le rétablissement de la continuité digestive qui se font ultérieurement.

IV.3.3. Complications

Dans la littérature, les taux de complications varient d'une étude à une autre. Dans une revue de la littérature réalisée par Malik et coll au Royaume Uni, le taux de complications variait de 2,9% à 81,1% [43]. Tligui au Maroc a trouvé un taux de complications de 43,58% [26]. Dans notre étude, le taux de complication était de 16,33%.

Dans les différentes séries, les complications les plus souvent rencontrées sont représentées par : les prolapsus stomiales, les rétractions stomiales, les hernies et éventrations parastomiales, les irritations de la peau et les désordres hydro-électrolytiques [43, 44,45]. Mahjoubi et coll en Iran ont aussi noté l'importance des problèmes psychosociaux causés par le port de stomie [35].

Dans notre série, les complications locales retrouvées étaient 3 cas de prolapsus stomial, 1 cas de suppuration stomial, 1 cas de rétraction stomial, 1 cas de fistule digestive et 3 cas d'irritation cutanée péristomiale. Toutes les iléostomies se sont compliquées d'irritations cutanées péristomiales. Ceci pourrait s'expliquer par le manque de poches adaptées pour les iléostomies.

IV.3.4. Mortalité

Six patients sont décédés dans notre série soit une mortalité globale de 12,24%. Dans la littérature, les taux de mortalité diffèrent d'une étude à une autre en fonction des critères choisis pour la sélection des patients. Ainsi, dans les séries où la majorité des patients recevaient des stomies dans un but palliatif, les taux de mortalité étaient élevés comme le montre Harris et coll au Royaume Uni qui ont trouvé un taux de mortalité de 47% [3].

Coulibaly au Mali a trouvé des résultats similaires aux nôtres. Dans sa série, le taux de mortalité globale était de 12% [46]. D'autres auteurs comme Doumbouya et coll en Guinée Conakry et Chirdan et coll au Nigéria ont trouvé des taux de mortalité supérieur au nôtre. Ils ont trouvé respectivement 28,9% et 19,6% [6, 47].

CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

La confection d'une stomie digestive est un geste qui dans certaines conditions peut se révéler indispensable dans la prise en charge chirurgicale d'un patient. Elle peut être faite soit dans le but de pallier à une alimentation orale, soit dans le but de dériver les matières. Dans notre étude, les stomies représentaient 9,14% des interventions réalisées sur le tube digestif au CHU de Kamenge sur une période de 2 ans. Les stomies d'alimentation représentaient 18,37% et les stomies de dérivation de matières 81,63% des cas.

La stomie digestive trouve ses indications chez la personne de tout âge. Tous les sexes sont représentés même si une prédominance masculine est évidente (sex-ratio de 2,5). Ses indications sont variées. Dans notre étude, les principales indications sont dominées par la pathologie tumorale (24,49%), le volvulus du sigmoïde (20,41%) et les malformations ano rectales (18,37%).

La réalisation d'une stomie digestive n'est pas un geste anodin. Elle est associée à une morbidité (taux de complications de 16,33%) et à une mortalité (taux de mortalité globale de 12,24%) qui ne sont pas négligeables. Une prise en charge multidisciplinaire associant chirurgiens, réanimateurs, infirmiers stomathérapeutes est indispensable pour assurer des meilleurs soins pour les patients stomisés et réduire le taux de complications. L'usage de matériels d'appareillage adéquat constitue également un élément indispensable dans la prévention des complications stomiales.

V.2. Suggestions

Après l'analyse et l'établissement des résultats, nous suggérons :

Au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) :

- Former des infirmiers stomathérapeutes ;
- Promouvoir les techniques mini invasives de pose de stomies d'alimentation (endoscopiques, radioscopiques et cœlioscopique) en équipant les structures de santé.

Au personnel soignant :

- Fournir l'information sur l'opération et l'appareillage, si possible avant la pose de la stomie ;
- Assurer une éducation des patients stomisés et de leur entourage pour leur offrir une autonomie dans leurs soins quotidien.

A la Direction Générale du CHU de Kamenge :

- Assurer un approvisionnement en matériel d'appareillage des stomies digestives (poches adaptées, sondes adaptées,…) ;
- Rendre effectif l'informatisation des dossiers médicaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Boissel P**. Les stomies digestives : indications et modalités d'appareillage. Concours médical, 125:1768-1772. 2003.

2. **Traore A, Diakite I, Togo A, Dembele BT, Kante L, Coulibaly Y, Keita M, Diango DM, Diallo A, Diallo G**. Stomies digestives en chirurgie générale du CHU Gabriel Toure. 2010.

3. **Harris D, Egbeare DA, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster ME**. Complications and mortality following stoma formation. 2005.

4. **Triboulet JP**. Techniques chirurgicales : Chirurgie du tube digestif haut. Elsevier Masson. 2008.

5. **Ndayiragije M**. La place de la colostomie en chirurgie colorectale au centre hospitalo-universitaire de Kamenge. Thèse, Faculté de Médecine. Bujumbura, juin 2013.

6. **Doumbouya N, Da-Silva-Anoma S, Aguehounde C, Diallo AF, Kouame B, Dieth AG, Moh EN, Roux C**. Indications et complications des stomies digestives en chirurgie pédiatrique. 2000.

7. **Sahli N**. Indications et place de la chirurgie dans les ingestions des caustiques. 2011. Thèse de Médecine. Rabbat, 2011.

8. **Orford J, Daniel T, Cass, Martin J, Glasson**. Advances in the treatment of oesophageal atresia over three decades: the 1970s and the 1990s. 2004.

9. **Valverde A**. Gastrostomies chirurgicales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-280. 2007.

10. **Le Sidaner A**. Gastrostomies : indications, techniques et surveillance (hors chirurgie). 2016.

11. **Lantz M, Larsson HH, Arnbjornsson E**. Literature Review Comparing Laparoscopic and Percutaneous Endoscopic Gastrostomies in a Pediatric Population. 2010.

12. **Arab K, Petit A**. Complications des gastrostomies percutanées. Nutrition clinique et métabolisme 25, 190-1995. 2011.

13. **Tapia J, Murguia R, Garcia G, Espinoza de los Monteros P, Onate E**. Jejunostomy: Techniques, Indications, and Complications. World J. Surg. 23, 596–602. 1999.

14. **Grund KE**. Jéjunostomie endoscopique percutanée (JEP). Acta endoscopica Volume 32 – N°5 – 2002.

15. **Carucci LR, Levine MS, Rubesin SE, Laufer I, Assad S, Herlinger H**. Evaluation of Patients with Jejunostomy Tubes: Imaging Findings. 2002.

16. **Slaiki S, Kehal M, Elbouhaddouti H, Benjelloun EB, Ousadden A, Taleb KA, Mouaqit O**. Invagination intestinale sur sonde de jéjunostomie: à propos d'un cas. 2015.

17. **Brooke BN**. The management of ileostomy. Lancet 1952 ; 2 : 102-104. 2008.

18. **Mosnier H, Boche O**. Entérostomies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-450. 2004.

19. **Zeitoun JD, Chryssostalis A, Lefevre J**. iKB Hépatologie Gastrologie-Entérologie Chirurgie Viscérale, 6ème édition. Paris : Editions Vernazobres-Grego. 2017.

20. **Gallot D, Lasser P, Lechaux JP**. Colostomies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-540. 2002.

21. **Thibaudaeu E, Roch A, Branger F, Arnaud JP**. Traitement chirurgical des complications des colostomies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-545. 2013.

22. **Feulien C, Crispin B, Deccache A, Libion F,Kartheuser A.** Comprendre le vécu des patients stomisés : Quels besoins d'aide et d'éducation. 2010.

23. **Ambrosino F**. Education thérapeutique d'un patient stomisé à son domicile. Juin 2012.

24. **Guyot M, Conge M, Montandon S**. Appareillages des dérivations digestives : Prise en charge technique et relationnelle des colostomisés et iléostomisés définitifs ou temporaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-550. 2000.

25. **Winka T.** Nutrition entérale à domicile : dispositifs médicaux, techniques de pose, conseil aux patients. Thèse. Juin 2007.

26. **Tligui M**. Complications des stomies digestives. Thèse de Médecine. Rabbat, 2008.

27. **Sanogo ZZ, Yena S, Simaga AK, Doumbia D, Ouattara Z, Diallo AK, Sangare D, Soumare S**. Stomies digestives : Expérience du service de chirurgie « A » du CHU du point G. 2004.

28. **Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R**. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. Colorectal Disease, 9, 559–561. 2006.

29. **Secq A, Browest F, Vantyghem C, Regimbeau J M**. Prise en charge du cancer colorectal occlusif : Quelle différence de cout entre colostomie de décharge et endoprothese digestive. 2010.

30. **Patwardhan N, Kiely EM, Drake DP, Spitz L, Pierro A**. Colostomy for anorectal anomalies: high incidence of complications. J Pediatr Surg. 2001.

31. **Duchesne JD, Wang YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP.** Stoma complications: A multivariate analysis. The American surgeon, 68, 961-968. 2002.

32. **Mbonicura JC, Bigirimana T**. Les indications des laparotomies à Bujumbura, Burundi : aspects épidémiologiques et évolutifs à propos de 613 cas. Mauritus, Editions universitaires européennes ; Avril 2019. 109 page [ISBN : 978-613-8-47646-7]

33. **Guiet AM**. Les stomies digestives : Experiences du service de chirurgie « A » du CHU du point G. Thèse de Médecine. Bamako, 2007.

34. **Saghir JH, McKenzie FD, Leckie DM, McCourtney JS, Finlay IG, McKee RF, Anderson JH**. Factors that Predict Complications After Construction of a Stoma: A Retrospective Study. Eur J Surg 167: 531–534 ; 2001.

35. **Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R and Bijar A**. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. Colorectal Disease, 7, 582–587 ; April 2005.

36. **El-Aziz S**. Stomies digestives : Les indications et les complications au service de chirurgie générale HMA (À propos de 28 cas). Thèse de Médecine. Rabbat ; 2019.

37. **Boro G**. Les stomies intestinales au centre hospitalier nationale Yelgado Ouedraogo : indications et complications à propos de 106 cas. Thèse de médecine, Ouagadoudou ; 2001.

38. **Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Tilahun A , Abreham B**. Types and Indications of Colostomy and Determinants of Outcomes of Patients After Surgery. Ethiop J Health Sci, Vol 26(2) : 117-122 ; March 2016.

39. **Guéye D, Cissé M, Bâ P, Konaté I, Kâ O, Touré AO, Seck M, Ka I, Dieng M, Touré CT**. Les complications chirurgicales des stomies intestinales : à propos de 25 cas. Afr Chir Digest 2015; Vol 15(1) : 1790 - 1793 ; 2015.

40. **Nicholson FB, Korman MG AND Richardson MA**. Percutaneous endoscopic gastrostomy: A review of indications, complications and outcome. Journal of gastroenterology and hepatology. Vol 15 : 21-25 ; 2000.

41. **Rahnemai-Azar AA, Rahnemaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT**. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. World Journal of Gastroenterology. Vol 20 : 7739-7751 ; 2014.

42. **Kibonge AM, Bisimwa NM, Bagale YB, Kanganda DM, Munyantwari EA, Tshimbila JMVK**. Indications et complications des stomies digestives en milieux sous-développés. Revue Médical des Grand Lacs. Vol 10 (1) : 47-53 ; Mars 2019.

43. **Malik TAM, Lee MJ, Harikrishnan AB**. The incidence of stoma related morbidity – a systematic review of randomised controlled trials. Ann R Coll Surg, 00 : 1-8 ; April 2018.

44. **Garcia Botello SA, Garcia Armengolo J, Garcia Granero E, Espi A, Juan C, Lopez Mozos F, Lledo S**. A prospective audit of the complications of loop ileostomy construction and takedown. Digestive Surgery ; 2 : 440-446 ; 2004.

45. **Ahallat E**. Les complications des stomies distales provisoires. Thèse de médecine de la faculté de médecine de RABAT ; 2006.

46. **Coulibaly YM**. Les stomies digestives en chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Mali. 2011.

47. **Chirdan LB, Uba AF, Ameh EA, Mshelbwala PM**. Colostomy for high anorectal malformation: an assessment of morbidity and mortality in a developing country. Pediatr Surg Int 2008; 24 (4) :407-10.

ANNEXES

ANNEXE 1: FICHE DE RECEUIL DES DONNEES

A. Données démographiques

1. Nom :……..
2. Prénom :……..
3. Age :…….
4. Sexe : M ☐ F☐
5. Profession :……..
6. Résidence :……

B. Clinique et Paraclinique

1. Motif de consultation :……
2. Signes généraux : température : ..... Tension artérielle :..... fréquence respiratoire : ….. pouls : ….. Saturation en oxygène :…..
3. Signes physiques :……
4. Biologie :
    a. NFS :
    b. Urée :
    c. Créatinine :
    d. Glycémie :
    e. Ionogramme :
    f. TP :
    g. Autres :
5. Imagerie :
    a. ASP :
    b. Echographie :
    c. Scanner :
    d. Endoscopie :
    e. Autres :
6. Circonstances de l'opération :
    Opération urgence☐
    Opération programmée☐
7. Diagnostic pré opératoire : …….

C. Prise en charge

1. Diagnostic per opératoire :……..
2. Type de stomie posé :
    Oesophagostomie ☐
    Gastrostomie ☐

Jéjunostomie ☐
Iléostomie ☐
Colostomie transverse ☐
Colostomie sigmoïdienne ☐

3. Réversibilité de la stomie
   Provisoire ☐
   Définitive ☐
   Provisoire devenue définitive ☐
4. Durée de port de la stomie (en jours) : ……..

D. Evolution

1. Complications locales :
   Suppurations péristomiales ☐
   Ischémie et nécrose de la stomie ☐
   Eviscération de la stomie ☐
   Hémorragie et hématome péristomiale ☐
   Rétraction stomiale ☐
   Fistule ☐
   Occlusion ☐
   Prolapsus stomiale ☐
   Eventration péristomiale ☐
   Perforation stomiale ☐
   Sténose ☐
   Irritation cutanée péristomiales☐
2. Complications générales
   Choc septique ☐
   Choc hémorragique ☐
   Trouble hydro électrolytique ☐
3. Evolution
   Sortie améliorée ☐
   Décès en hospitalisation ☐

ANNEXE 2: SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité,

Je garderai à mes maitres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus,

J'exercerai mon art avec conscience et dignité,

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale,

Mes collègues seront mes frères,

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient,

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès sa conception,

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité,

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

Introduction : La stomie digestive est un abouchement chirurgical d'un viscère creux à la peau en dehors de son emplacement naturel. Ses indications sont variées. Les personnes de tout âge et de tout sexe peuvent être concernées.

But : Etudier les stomies digestives au CHU de Kamenge.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le Département de Chirurgie Générale du CHU de Kamenge, sur une période de 2 ans, allant de septembre 2018 à septembre 2020.

Résultats : Sur les 536 patients opérés pour pathologies digestives, 49 patients (9,14%) ont fait l'objet de notre étude. Le sexe masculin (71,43%) était dominant avec un sex-ratio de 2,5. L'âge moyen était de 32,87ans avec des extrêmes allant de 1 jour à 83 ans. La majorité des patients ont consulté en urgence (67,35%) et le motif de consultation fréquent était la douleur abdominale (53,19%). Les principales indications étaient la pathologie tumorale (24,49%) suivi par le volvulus du sigmoïde (20,41%) et les malformations ano-rectales (18,37%). La stomie était provisoire dans 75,51% des cas. La stomie la plus réalisée était la colostomie (75,51%). La jéjunostomie était la seule stomie d'alimentation réalisée. Le taux de complications était de 16,33%. L'iléostomie était la stomie la plus pourvoyeuse de complication. Le taux de mortalité était de 12,24%.

Conclusion : La confection d'une stomie digestive est un geste qui peut se révéler indispensable dans la prise en charge d'un patient. La personne de tout âge et de tout sexe peut être concernée. Une meilleure prise en charge chirurgicale, l'intervention des réanimateurs et des stomathérapeutes ainsi que l'usage des matériels d'appareillage adéquat sont indispensables pour réduire le taux de complications.

Mots clés : Stomies digestives, CHU de Kamenge.