

Les Entérostomies au CHU de Yaoundé. Indications et Résultats à Propos d'une Série de 42 Patients

Takongmo S, Ndi Ombga R, Masso Misse P, Pisoh T, Nzokou A, Sosso MA.

Département de Chirurgie et Spécialités –Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales –
Université de Yaoundé I.

Correspondant : Pr Takongmo S. BP 6459 Yaoundé-Camreoun. Tel : 99 88 60 51 –

E.mail : stakongmo@yahoo.fr

RESUME :

Objectifs :

La présente étude avait pour but d'analyser les indications et les complications des entérostomies chez les malades au CHU de Yaoundé au Cameroun.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude retrospective réalisée à partir des dossiers de 42 patients opérés au CHU pendant une période de 15 ans allant de 1^{er} Janvier 1994 au 31 Décembre 2008. Les variables d'étude étaient l'âge, le sexe du patient, le contexte clinique de réalisation de l'entérostomie, la pathologie à l'origine de l'entérostomie, le type d'entérostomie et les complications.

Résultats :

L'analyse a porté sur 42 dossiers de malades âgés de 2 mois à 54 ans avec un âge moyen de 31 ans et une moyenne de 3 entérostomies par année ; il y avait eu 26 patients de sexe masculin et 16 patients de sexe féminin. Un total de 46 entérostomies ont été réalisées dont 16 iléostomies (37,7%) et 30 colostomies (65,2%). Les indications des iléostomies étaient les péritonites typhiques chez 8 patients (19%) et les fistules digestives postopératoires dans 11,9% des cas. Les indications des colostomies étaient représentées par les occlusions et les affections colorectales acquises chez 23 patients (54,7%) et le mégacôlon congénital chez 6 patients (14,2%). Il y a eu quatre décès (9,5%), toutes des suites d'iléostomies compliquées de dénutrition et de troubles hydroélectrolytiques. Les patients porteurs de colostomies sont sortis de l'hôpital avec leur colostomie ; les difficultés de soins étaient liés aux problèmes de régime alimentaire et à ceux de protection de la bouche de colostomie en raison d'une absence de circuit d'approvisionnement en poches de colostomie ; le lavement évacuateur deux fois par jour a permis de retarder le moment de la fermeture de la colostomie chez 10 patients (16,6%).

Conclusion :

Malgré leurs inconvénients, l'entérostomie demeure une technique chirurgicale à laquelle le chirurgien doit faire recours dans des circonstances cliniques précises comme seul moyen de sauver la vie du patient.

Mots-clés : entérostomie -iléostomie –colostomie-
Yaoundé- Cameroun

ABSTRACT :

The objectives of this study titled, Enterostomies at the University Teaching Hospital of Yaoundé-Cameroon: a study of forty-two patients, was to analyse the indications and complications of enterostomies on patients at the University Teaching Hospital, Yaoundé, Cameroun.

Methodology:

It is a retrospective study on patients operated a 15 years period from January 1st 1994 to December 31st 2008. The study variables were age, sex, the clinical indications of the enterostomy, the type of enterostomy, and the complications.

Results:

Forty two patient files were retained for the study; the patients were aged between two months and 54 years with a mean of 31 years and an average rate of three patients per year; there were 26 males and 16 females. There were a total of 46 enterostomies, among which 16 ileostomies (37.7%), and 30 colostomies (65.2%). The indications of ileostomies were peritonitis due to typhoid perforations on 8 patients (19%), and postoperative fistulae in 5 patients (11.9%). The colostomies had been due to obstruction and a colorectal pathology in 23 patients (54.7%), and to Hirschsprung's disease in 6 patients (14.2%). Four patients died from nutritional complications of ileostomies, giving a mortality rate of 9.5%. Patients with colostomy were discharged with their colostomy and faced problems related to the protection their colostomies with colostomy bags not easily available in our context; the use of pads and enema twice a day with their practical and psychological inconveniences had delayed the time of closure of the colostomy in 10 patients (16.6%).

Conclusion:

Despite its inconveniences, enterostomies remain a life saving surgical procedure in many emergency situations in abdominal surgery; patients should be encouraged to accept it as a life-saving solution.

Keys-Words: enterostomy - ileostomy-colostomy-
Saharan Africa.

INTRODUCTION

Une entérostomie se définit comme un abouchement à la peau d'un segment de l'intestin dans le but de donner issue à la totalité du contenu digestif, conformément à la définition de la colostomie donnée par Lockhart-Mummery [1,3]. Les entérostomies peuvent être définitives ou temporaires ; il s'agit souvent du seul recours salvateur dans certaines situations difficiles en chirurgie digestive ; malgré leur pratique déjà ancienne depuis plus de deux cent ans, et malgré les progrès technologiques dans ce domaine, les entérostomies sont souvent mal supportées par les patients en raison des complications psychologiques et de leurs complications mécaniques propres [1,7,9,11,12,15] ; les indications sont variées et peuvent se poser soit en chirurgie d'urgence, soit en chirurgie réglée ou parfois au cours du traitement des complications postopératoires de la chirurgie abdominale. Dans notre pratique en milieu africain l'application des techniques des entérostomies est peu fréquente en raison des problèmes particuliers liés aux pathologies, aux patients ou à l'environnement médical. Le but de ce travail était d'analyser les différentes indications des entérostomies réalisées, leurs résultats et les problèmes rencontrés par les patients porteurs d'une colostomie.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au CHU de Yaoundé sur les patients ayant subi une entérostomie dans notre service, soit pendant une intervention faite en urgence, soit pendant une intervention réglée, durant une période de 15 ans allant du 1^{er} Janvier 1994 au 31 décembre 2008 soit pendant une durée de sept ans ; les variables de l'étude étaient l'âge, le sexe, les pathologies à l'origine de l'entérostomie, les raisons de l'entérostomie, le siège, la technique chirurgicale et les complications et les techniques des soins externes utilisées par les patients porteurs d'une colostomie. Les entérostomies réalisées dans les 48 heures après l'admission ou indiquées en peropératoire ont été classées comme réalisées en urgence ; les autres entérostomies réalisées après 48 heures d'une hospitalisation en urgence étaient classées comme des urgences différées ; pour les autres cas admis après une préparation à titre externe, il s'agissait d'opérations programmées. Étaient exclus les patients décédés en cours d'intervention et les patients perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital.

RESULTATS

Quarante deux dossiers de malades ont été retenus pour cette l'étude ; il y avait 26 patients de sexe masculin et 16 patientes de sexe féminin. L'âge des patients variait de deux mois à 54 ans avec une moyenne de 31 ans ; il y avait six sujets de moins de trois ans présentant un mégacôlon congénital ; 30 (71,4%) patients avaient un âge compris entre 30 et 54 ans, donc en période d'activité professionnelle. Quarante six entérostomies ont été réalisées chez les 42 malades dont 30 colostomies (65,2%) et 16 iléostomies (37,7%) . Vingt neuf entérostomies ont été considérées comme ayant été faites en urgence (63%) ; il s'agissait de 20 colostomies et 11 iléostomies ; deux patients ont subi un colostomie et une iléostomie dans le même temps opératoire . Dans ce groupe d'entérostomies en urgence, les péritonites et les occlusions intestinales étaient les indications les plus fréquentes (59,5% des patients) ; 8 patients ont été opérés en urgence différée parmi lesquels cinq pour fistules postopératoires et trois cas de mégacôlon congénital.(Tableau I). Les affections rectocoliques ou coliques étaient responsables de trois cas d'iléostomies et des 30 colostomies. Les colostomies étaient faites selon la technique de Boulilly-Volkman dans 25 cas (83,3%), et selon la technique de Hartmann dans 3 cas (10%) ; une colostomie définitive avait été réalisée suite à une amputation abdominopérinéale dans deux cas, soit cinq colostomies définitives (6,6% des colostomies, 4,7% de la population d'étude) . Toutes les colostomies étaient situées sur le colon gauche. Les affections de l'intestin grêle dominées par les péritonites par perforations typhiques et les fistules postopératoires étaient à l'origine de 13 des 16 iléostomies (85,25 %) ; il y a eu quatre décès en postopératoire survenus chez des patients ayant été traités par une iléostomie. Le décès était lié dans tous les cas à une dénutrition associée à un déficit hydroélectrolytique. Les patients porteurs de colostomie protégeaient leurs colostomies avec des couches chez 25 patients (83,33 % des colostomies), avec des poches de colostomie chez 5 patients (16,6%) ; le lavement évacuateur était réalisé deux fois par jour chez dix patients (30% des colostomies). Les complications mécaniques rapportées par huit patients (19% des patients), étaient représentées par irritation cutanée péristomiale dans cinq cas, un prolapsus stomial dans deux cas et un volvulus du colon dans un cas. En dehors des enfants, les problèmes de ce traitement étaient d'ordre psychologique chez

tous les patients et leur faisaient solliciter un rétablissement rapide de la continuité digestive ; ce rétablissement de la continuité était effectué chez tous les malades porteurs d'une iléostomie pendant leur séjour hospitalier. Les soins des malades sortis de l'hôpital étaient laissés à la charge des membres de la famille. Le rétablissement de la continuité digestive avait été réalisé sans complication avant six mois chez 27 patients, entre six mois et un an chez 6 patients.

DISCUSSION

Il ressort de cette étude que les péritonites et les occlusions intestinales étaient les indications les plus fréquentes des iléostomies (59,5 % des patients) et que les tumeurs rectocoliques étaient les causes les plus fréquentes des colostomies dans notre pratique (38% des patients) avec une faible pratique des colostomies définitives (4,7% de la population d'étude), contrairement aux études occidentales portant sur une population avec un grand nombre d'entérostomies, 100000 porteurs de colostomies permanentes en Angleterre [1,8]. La maladie de Hirschsprung est dans cette étude la principale indication des colostomies chez les enfants ; ceux-ci représentent le seul groupe de patients avec une bonne tolérance des entérostomies. Le nombre des entérostomies réalisées pendant une durée de quinze ans avec une fréquence relative de trois entérostomies par an témoigne du peu d'enthousiasme dans la pratique des entérostomies digestives dans notre pratique à Yaoundé, probablement en raison des contraintes d'une technique qui n'est le plus souvent indiquée qu'à titre temporaire comme dans d'autres pays africains [16]; dans l'étude de Yénon et al en Côte d'Ivoire, les entérostomies étaient réalisées en urgence chez 61% des patients opérés pour une urgence colique non traumatique [16]. Les indications des entérostomies dans notre pratique semblent aussi essentiellement liées aux situations d'urgence en dehors de deux cancers du rectum traités par une amputation abdominopéritonéale ; ces indications se rapprochent de celles des autres auteurs africains parmi lesquelles les perforations typhiques sont une cause fréquente des entérostomies en cas de perforations multiples [2,4]. Ces indications diffèrent des indications occidentales dominées par les cancers obstructifs et les diverticulites compliquées ou perforées ou par les entérocolites nécrosantes [8,11]. Nous n'avons réalisé aucune entérostomie pour complication

de diverticulose dans notre série. Les entérostomies décrites dans l'étude étaient en double canon de fusil chez 85,7% des patients avec le souci d'assurer un rétablissement plus aisé de la continuité. Le siège l'entérostomie sur l'ileum dans 34,7% des cas ou sur le colon gauche dans 65,2% des cas, reposait sur le souci de diminuer les troubles nutritionnels et de faciliter la collecte des matières plus facilement au niveau de la paroi latérale de l'abdomen. Les complications retrouvées sont semblables aux complications classiquement décrites par d'autres auteurs, à type de sténoses, d'occlusions de fistules ou d'abcès [11,13]. Le taux de complications estimé dans notre étude à 19% est faible par rapport aux taux habituellement retrouvés par d'autres auteurs, 42% dans l'étude de Schier, et 38,2% dans l'étude de Steinau [11,13]. Cette différence est probablement due à une insuffisance de la surveillance de nos malades dès leur sortie de l'hôpital, et aux choix des types de complications. Certaines études retiennent des complications estimées comme mineures par d'autres auteurs, alors que dans d'autres études sont incluses les complications de la fermeture des colostomies, ce qui n'a pas été le cas dans la présente étude; il est aussi connu que ces complications sont souvent plus liées aux pathologies à l'origine des entérostomies qu'aux techniques de l'entérostomie. En l'absence de complications mécaniques imposant une prise en charge médicochirurgicale, nous avons retrouvé au cours des consultations de surveillance des difficultés des soins à domicile recommandés pour le porteur de stomie, soins laissés aux parents des malades à cause du manque stomothérapeute ou de personnel infirmier entraîné à ces soins. Pour les malades les plus aisés il s'est posé fréquemment le problème de régime alimentaire, d'entraînement aux lavages coliques et celui d'approvisionnement en matériel médical pour appareillage des stomies ; ces problèmes ne permettent pas d'assurer une vie normale aux porteurs d'entérostomies dans notre milieu par rapport aux malades en Occident où une bonne organisation sociale permet d'assurer une vie presque normale aux porteurs de stomies digestives. Il est important à l'opérateur de donner des consignes écrites aux patients pour l'entretien de leur stomie sous la supervision d'un diététicien, ce qui n'est pas toujours possible [4,10,14]. Notre contexte oblige le praticien à un choix limité des indications des entérostomies ; quand ce choix se fait avant l'intervention chirurgicale, il faut amener le patient à donner son accord surtout pour les cas de colostomies définitives pour limiter les

troubles psychologiques difficilement supportés par le malade africain, surtout de confession islamique. Malgré ces désagréments, les entérostomies demeurent une technique chirurgicale à laquelle le chirurgien digestif doit penser devant des situations cliniques difficiles le plus souvent en peropératoire. Une stratégie doit être mise sur pied pour améliorer les soins aux patients porteurs de colostomie afin d'améliorer la tolérance de cette technique par les patients.

REFERENCES

- 1) Devlin HB. Colostomy: Indications, Management and complications; Ann R Coll Surg Engl. 52 (6): 392-408, 1973.
- 2) Doumbouya N, Da-Silva-Anama S, Agouehoude C et al. Indications et complications des stomies digestives en Chirurgie Pédiatrique. Med. Afr Noire. 47 (1):38-40, 2000.
- 3) Gallot D, Baudot PH. Colostomies. -Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Techniques Chirurgicales, Appareil Digestif, 40540, 11-1987, 10p
- 4) Goligher JC. Surgery of the Anus Rectum and Colon. Fourth edition. London: Baillière Tindall, 1980: 968p
- 5) Koffi E, Yénon K, Kouassi JC. Les enterostomies dans notre pratique hospitalière. Med. Afr. Noire. 45 (1) : 63- 65, 1998
- 6) Mirelman D, Corman ML, Veidenheimer MC, Coller JA. Colostomies - Indications and Contraindications : Lahey Clinic Experience, 1963-1974. Dis. Col. Rect 21(3) : 174-176, 1978.
- 7) Nours S, Beck J, Stringler MD. Colostomies: complications in infants and children. Ann R Coll Surg Engl. 78(6): 526-30, 1996.
- 8) Péloquin AB. La colostomie et l'iléostomie. Can Fam Physician. 25:585-587, 1979
- 9) Randy W, Wong MD, William D et al. Factors influencing the safety of colostomy closure in the elderly. J Surg Research. 57(2):289-92, 1994.
- 10) Rowbottham JL. Colostomy problems-dietary and colostomy management; Cancer, 28 (1): 222-225, 1971.
- 11) Schier F, Antoniu D, Waldenschmidt J. Complications of colostomies in childhood. Zentralbl Chir. 115 (22): 1435-40, 1990.
- 12) Shukla PJ, Barreto G, Gupta P, Shrinkade SV; Laparoscopic Surgery for colorectal cancer-Current status. J. Min Access Surg, 2: 205-210, 2006.
- 13) Steinau G, Ruh KM, Hörnchen H, Schumpelick V. Enterostomy complications in infancy and childhood. Langenbecks Arch Surg, 386(5): 246-9, 2001.
- 14) Sterling WA, Mc Ilbrath DC; A normal life with a colostomy or ileostomy. Post Grad Med, 47(2):80-85, 1970
- 15) Turnbull RB Jr, Weakley FL. Atlas of Intestinal Stomas. St Louis: CV Mosby, 1967: 207p
- 16) Yénon KS, Lebeau R, Koffi E, Diané B, Kassi BFA, Kouassi JC. Morbidité et mortalité postopératoire des urgences coliques non traumatiques. A propos de 85 cas. Mali Médical, 23(2) :38-42,2008.

Tableau I : Répartition de 46 entérostomies en fonction des indications cliniques

Tableau clinique	Pathologies	Nombre de patients	colostomies	iléostomies	Total N=46
Péritonites n= 19	Perforations coliques	11	10	3	13 (28,2%)
	Perforations iléales typhiques	8	0	8	8 (17,3%)
Occlusions n=16	Tumeurs recto- coliques	7	7	0	7 (15,3%)
	Volvulus du colon sigmoïde	3	3	0	3 (6,5%)
	Mégacôlon congénital	6	6	0	6 (13%)
Fistules N=7	Fistules rectovaginales	2	2	0	2 (4,3%)
	Fistules post-opératoires	5	2	5	7(15,2%)
Total		42	30	16	46 (100%)