

# Les stomies



*Digestives  
et Urinaires*

Association nationale  
**S**pina  
**B**ifida  
**H**andicaps  
associés



Notre cause est La vôtre

Soixante à quatre vingt mille personnes, vivent en France avec une stomie. Nombre de ces personnes travaillent, font du sport, voyagent et ont une vie familiale et sociale satisfaisante.

Pourquoi aujourd'hui, n'en serait-il pas de même pour vous ?

Dans ce document, nous allons développer des informations simples et précises afin de vous aider à assumer les divers handicaps entraînant la présence d'une stomie digestive ou urinaire temporaires ou définitives, et les exigences de son appareillage.

## Description de l'appareil digestif

A. Thébaut, I. Brulé, D. Le Rag, J. Billochon, IDE Stomathérapeutes

### LES INTESTINS

L'intestin est la portion de l'appareil digestif situé entre l'estomac et l'anus. C'est un conduit musculo-membraneux de 6 à 8 mètres de longueur, aplati lorsqu'il est vide, cylindrique lorsqu'il est distendu. L'intestin comporte deux parties : l'intestin grêle et le gros intestin, ou côlon.

### L'INTESTIN GRÊLE

*L'intestin grêle est composé de trois segments successifs*

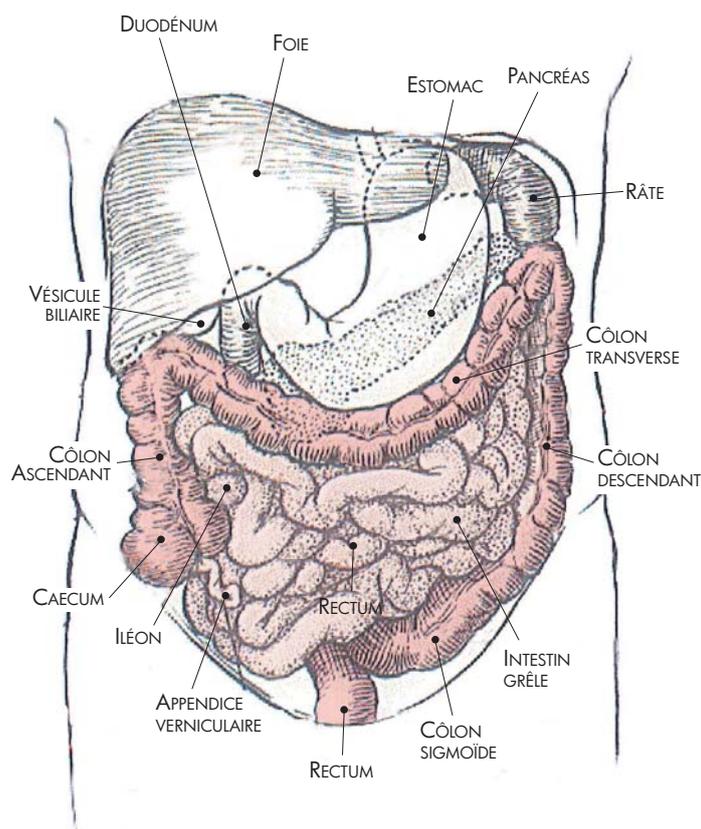
**LE DUODÉNUM** (dont le nom provient d'un terme signifiant "d'une longueur de 12 doigts"), dont l'origine est bombée (bulbe duodénal ou ampoule de Vater), fait directement suite à l'estomac au niveau du pylore et dessine une boucle en V contournant la tête du pancréas ; sa longueur n'excède pas 25 cm. Dans la partie verticale débouche le canal cholédoque, qui draine la bile, et le canal de Wirsung, qui draine la sécrétion externe du pancréas.

**LE JÉJUNUM** (qui signifie "à jeun") **ET L'ILÉON** (du grec eilein : enrouler), qui lui font suite ne sont pas nettement séparés, ils décrivent une série d'anses et de circonvolution mobiles, lovées les unes sur les autres qui flottent dans la cavité abdominale.

Au contraire du duodénum, qui est fixe.

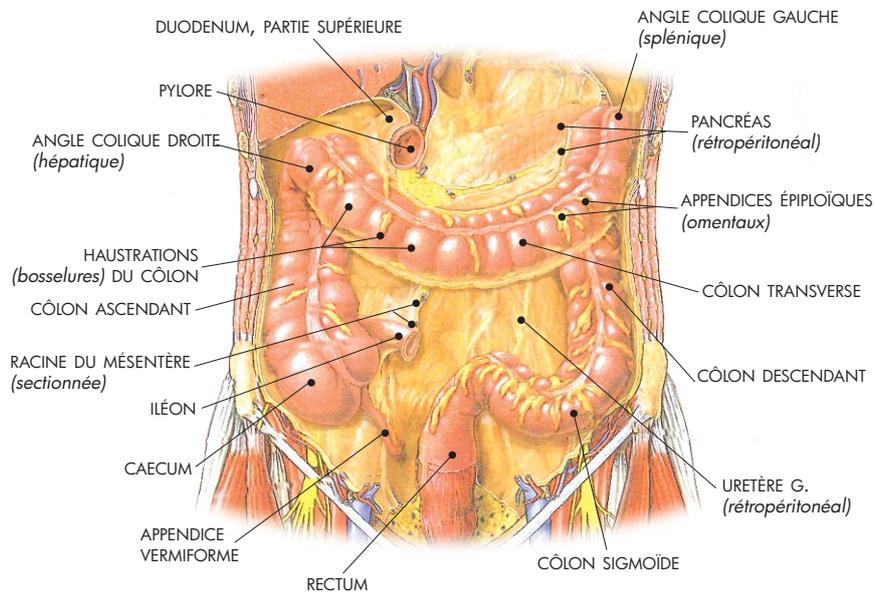
L'iléon se termine en s'abouchant au côlon dans le caecum par le biais d'une valvule (valvule de Bauhin) ; son embouchure est formée par la valvule iléo-caecale ou valvule de Bauhin. L'ensemble de l'intestin grêle mesure environ 5 à 6m pour 3cm de diamètre, et est suspendu à la paroi de l'abdomen postérieur par une membrane, le mésentère.

Le rôle de l'intestin grêle est d'absorber les nutriments, grâce à l'action des différents sucs digestifs au niveau des vilosités intestinales, qui le tapisse sur une surface évaluée à 200m<sup>2</sup>.



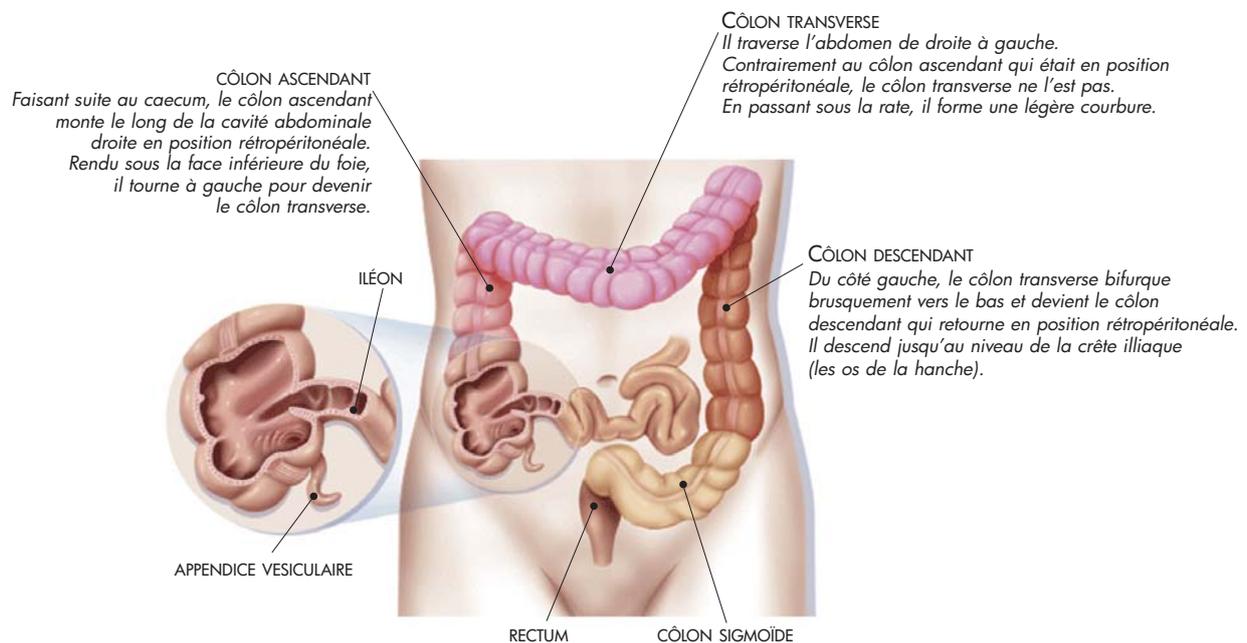
Le gros intestin, disposé en cadre autour de l'intestin grêle, s'étend du caecum jusqu'à l'anus ; il est beaucoup plus volumineux mais moins long (1,50m) que l'intestin grêle. Il est formé du côlon droit ou colon ascendant puisque celui-ci est le siège de 75% de la réabsorption de l'eau et du sel (sodium). Le côlon transverse, le côlon gauche ou descendant, le sigmoïde, le rectum et l'anus qui vont avoir pour rôle de concentrer et de dégrader ce qui reste du bol alimentaire (cellulose entre autre) par le biais de bactérie contenue dans la flore microbienne en dégageant des gaz, de stocker les selles et d'assurer leur évacuation.

Le rectum (long de douze centimètres environ) en forme d'ampoule dilatée donnera le signal de la défécation au cerveau, donc l'ouverture de ces 2 sphincters (interne et externe), quand il sera rempli, et favorisera ainsi l'évacuation.



**La fonction du côlon est d'excréter les résidus de la digestion tout en permettant la réabsorption dans son segment terminal, des substances utilisables par l'organisme (eau et glucides).**

## Etude anatomique du gros intestin



La stomie, du grec “stoma”, (la bouche) est l’abouchement d’un organe creux à la peau d’une partie du tube digestif ou du système urinaire. La prise en charge des stomies digestives et urinaires présente quelques différences.

## Qu’est ce que la stomathérapie ?

DÉFINITION :

La stomathérapie peut se définir comme étant la maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d’aide, qui doivent permettre à la personne ayant une stomie de retrouver son autonomie le plus rapidement possible après l’intervention, de façon à reprendre une vie familiale, personnelle, professionnelle et sociale normale.

S. Montandon - 1<sup>ère</sup> IDE Stomathérapeute.

Selon la spécialité chirurgicale,  
différents types de stomies existent

### Chirurgie digestive

- ✓ **Iléostomie** : abouchement de l’iléon (dernière partie de l’intestin grêle) à la peau.
- ✓ **Colostomie droite** : abouchement du côlon droit (ou ascendant) à la peau.
- ✓ **Colostomie transverse** : abouchement du côlon transverse à la peau.
- ✓ **Colostomie gauche** : abouchement du côlon gauche (ou descendant) à la peau.
- ✓ **Sigmoïdostomie** : abouchement du sigmoïde (dernière partie du côlon) à la peau.
- ✓ **Gastrostomie** : abouchement chirurgical de l’estomac à la peau, afin de permettre l’introduction d’une sonde à travers la paroi du ventre en allant directement dans l’estomac pour effectuer une alimentation entérale.
- ✓ **Caecostomie** : abouchement chirurgical de la cavité caecal à la peau.
- ✓ **Appendicostomie** : mise à la peau de l’extrémité de l’appendice (opération de Malone) pour permettre des lavements antérogrades.

### Chirurgie urologique

- ✓ **Bricker** : Anastomose des 2 uretères dans une portion d’iléon isolé du circuit digestif elle-même abouchée à la peau (urétérostomie trans-iléale).
- ✓ **Urétérostomie** : abouchement des uretères à la peau, soit avec un orifice unique (les deux uretères sont anastomosées entre eux avant d’être abouchés à la peau), soit avec deux orifices (bilatérale : chaque uretère est abouché à la peau).

La stomie est une intervention chirurgicale qui consiste à dériver momentanément ou définitivement les selles ou les urines, voire les deux dans certains cas. Les stomies sont localisées différemment suivant la partie de l’organe à dériver. Les stomies n’ont pas toute la même taille, ni la même forme, et l’appareillage sera adapté au cas par cas.

Les urétérostomies portent une sonde dans chaque uretère de façon permanente à 90%.

Elles sont changées toutes les 6 semaines et doivent être reposées dans les 6h en cas de chute.

**N**

Les indications de cystostomie continente sont donc des vessies dont la fonction de réservoir est correcte ou rendue correcte par agrandissement vésical, mais dont l’évacuation des urines est plus ou moins altérée ou impossible par voie urétrale. Il peut s’agir de vessies neurologiques, des vessies avec valves de l’urètre postérieures, d’extrophies vésicales ou de destructions urétrales irréparables.

Source: G. Boll, M. Conge, M. Guyot, JM. Marquet, S. Montandon.

Les colostomies droites, sont de plus en plus délaissées au profit de l'iléostomie plus facile à réaliser chirurgicalement. Les colostomies transverses, sont peu utilisées, surtout pour gérer l'urgence, ce sont les stomies "choux fleur" de gros calibre et peu discrètes, leurs selles seront de semi liquides à pâteuses selon leur situation plus ou moins proches de la droite ou de la gauche.

Les colostomies gauches ou sigmoïdostomies très courantes, les plus faciles à appareiller puisque les selles produites sont moulées, n'ont pas de débit continu et sont dépourvues d'éléments agressifs, en revanche, elles ont selon l'alimentation, des productions de gaz sonores et odorants.

Les iléostomies, très courantes intéressent la dernière partie de l'intestin grêle, ses selles seront abondantes, corrosives et à débit continu. Pour un appareillage plus facile, il est préférable qu'elles portent une trompe qui permettra aux effluents de couler dans la poche et non sur la peau.

La quantité normalisée de selles par 24h est d'environ 700 à 800 ml au delà il faudra compenser les pertes avec de l'eau de Vichy Celestin, riche en sodium et en bicarbonates, le plus efficace, ou du coca cola sucré ou du bouillon salé pour fixer l'eau dans le corps et éviter la déshydratation. Il y a une perte de 7grs de sodium par litre de selles évacuées. *(Tout patient sortant avec une iléostomie, a vers lui, une ordonnance d'anti diarrhéiques et d'épaississants de selles, et les consignes d'utilisation).*

En cas de nécessité, d'abord ingérer un des liquides conseillés puis contacter son médecin traitant qui jugera si l'hospitalisation est nécessaire afin de compenser par voie intra veineuse, surtout si un vomissement est associé.

Le port d'un iléostomie entraîne une nécessité de se lever au moins une fois la nuit pour vidanger la poche de recueil. Depuis peu, il existe des poches de plus grande capacité, qui bien que moins esthétiques, apportent confort et repos, si le besoin se fait sentir.

La stomie terminale ; qui tient son nom du fait qu'il y a rupture de la continuité du trajet colique vers l'anus est : soit définitive, soit momentanée.

Elle est caractérisée par un orifice unique.

La stomie latérale à l'inverse ne présente pas de rupture de la continuité.

## Stomies terminales

- ✓ le côlon ou l'iléon est abouché directement à la peau,
- ✓ la stomie ne comporte qu'un seul orifice.

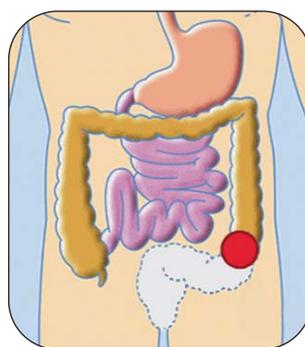
En cas de colostomie terminale, un passage est réalisé sous le péritoine de l'extrémité colique (trajet en chicane), afin de limiter les risques de prolapsus (descente d'un organe).

La consistance des selles varie selon la partie d'incision mise à la peau, selon le régime alimentaire : s'il s'agit du côlon transverse, les selles sont liquides et un régime sans résidu associé à un traitement ralentisseur du transit peut se révéler nécessaire. S'il s'agit du côlon transverse gauche, les selles sont plus pâteuses. S'il s'agit du côlon gauche, les selles sont en général solides et l'alimentation normale est possible.

Les stomies peuvent être latérales (extériorisé sur bague), provisoire ou définitive.

Source : Dr J.P. BAIL - CHU de Brest ;

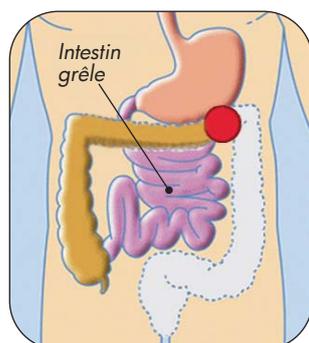
M.T. GATEL - Stomathérapeute CHU de Rennes.



COLOSTOMIE GAUCHE

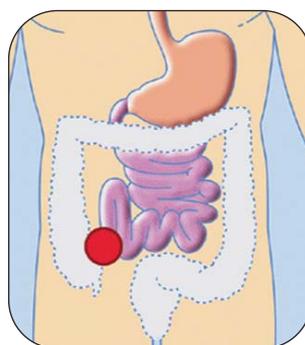


COLOSTOMIE TERMINALE



LA COLOSTOMIE GAUCHE TRANSVERSE  
selles pâteuses  
(souvent latérales et temporaires).

LA COLOSTOMIE GAUCHE TRANSVERSE (selles solides)



ILÉOSTOMIE



ILÉOSTOMIE TERMINALE

## Stomies latérales

Il n'y a pas de rupture de la continuité digestive.

Lors de l'intervention, l'anse intestinale est extériorisée et est maintenue à la peau à l'aide d'une baguette externe ou interne. C'est une anse intestinale qui est sortie de l'abdomen par une incision, un éperon est constitué dans sa partie médiane pour empêcher les selles de continuer leur trajet vers le bas et de chaque côté de l'éperon, on trouve une ouverture, l'une permettra l'évacuation des selles, l'autre par exemple d'administrer un traitement sur la partie malade ou de réaliser des examens de surveillance radiologiques ou endoscopiques. Cette anse est maintenue sur la paroi abdominale soit par une baguette externe qui sera ôtée sans douleur entre le septième et le dixième jour de sa confection ou par une baguette interne qui sera ôtée lors du rétablissement de continuité ou avant par une contre incision sous anesthésie locale si la personne ressent une gêne. Elle est suivie dans 95% des cas par un rétablissement de continuité. Dans certains cas, la maladie impose la terminalisation de la stomie provisoire par condamnation de la partie qui va vers le bas (petite intervention pour un agrafage à la pince mécanique sous anesthésie locale).

En règle générale, les stomies dérivent les selles des endroits posant des problèmes ou permettent de faire sortir l'effluent là où il est le plus accessible. Les complications des stomies peuvent constituer un handicap pour les patients ; la littérature avance un taux de complications de 20 à 40%.

**LES COMPLICATIONS SONT DE DEUX SORTES :**

- Les complications précoces, qui apparaissent dans les 30 jours suivant la confection et qui seront suivies par les équipes soignantes.
- Les complications tardives, fréquentes, peuvent nécessiter une reprise chirurgicale.

**CE SONT :**

**les éventrations péristomiales** ; voussure (courbure) plus ou moins importante donc gênante qui déforme l'abdomen, l'incision chirurgicale dans la paroi abdominale s'est agrandie souvent pendant un effort mal calculé et la tension abdominale fait se presser les anses intestinales par le trou constitué entre la peau et le muscle.

Elles peuvent, si elles ne sont pas douloureuses et le transit maintenu, rester en place au moins pendant un certain temps, mais compliquent l'appareillage. Il faut apprendre à économiser ses muscles abdominaux et éventuellement prévoir une ceinture de contention abdominale à la sortie de l'hôpital pour faire des efforts, le mieux étant d'apprendre à ne pas se faire mal avec l'aide d'un kinésithérapeute. Elles peuvent faire l'objet d'une réfection de stomie.

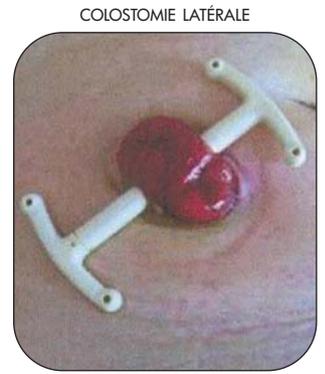
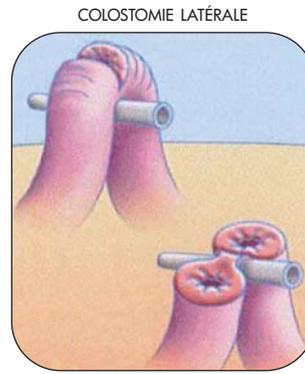
Lui faisant suite **le prolapsus** ; suite à cette pression l'intestin se déroule à l'extérieur constituant une trompe parfois impressionnante mais qui n'est pas grave. Là aussi la réfection s'impose si l'état du patient le permet ou il faut agrandir la découpe de l'appareillage pour ne pas blesser la trompe.

**La sténose** ; le calibre de la stomie diminue et la stomie a du mal ou ne peut plus remplir son rôle.

La meilleure prévention consiste à introduire un doigt muni d'un gant régulièrement dans la stomie pour exercer une dilatation, par exemple à chaque change de support ou 2 fois par semaine, cette dilation peut aussi être faite à l'aide de bougies de taille de plus en plus grosses par le chirurgien quand la sténose est établie et gêne la sortie des effluents, si l'insuffisance peut être suivie, là aussi, d'une réfection de stomie.

Les complications tardives sont observées de même dans environ 25% des cas et elles nécessitent une nouvelle opération chirurgicale une fois sur 3. Les complications les plus fréquentes sont à égale répartition : les éventrations péristomiales, les prolapsus et les sténoses. Les trois complications sont souvent associées.

Source : Dr J.P. BAIL - CHU de Brest ; M.T. GATEL - Stomathérapeute CHU de Rennes.



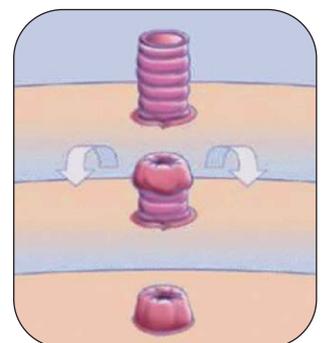
## QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR LES STOMIES DIGESTIVES ET URINAIRES

P. Benoit IDE Stomathérapeute

### Stomies digestives

La stomie étant de la muqueuse, son toucher est totalement indolore, s'il n'y a pas de complications. Elle est donc insensible, les douleurs proviennent toujours de la peau péristomiale. Une stomie digestive bien réalisée doit être :

- ✓ **En trompe** : légèrement pour les colostomies et plus importante pour les iléostomies ou les bricker.
- ✓ **Rouge** : c'est la couleur normale de la muqueuse intestinale, de petits saignements peuvent néanmoins apparaître au moment de la toilette (comme la gencive).



**LES SELS BILIAIRES ET LA VITAMINE B12** : sont absorbés par l'iléon ; en cas d'iléostomie haute, la quantité de sels biliaires utilisables pour la digestion est insuffisante ce qui provoque une mauvaise absorption des lipides et un risque de lithiase biliaire et urinaire. *Risque d'anémie par malabsorption de vitamine B12.*

**L'EAU, LE SODIUM ET LES CHLORURES** : sont absorbés dans le duodéno-jugénum, mais aussi notablement dans l'iléon et le côlon proximal.

**LE CÔLON** : dans le côlon ascendant et transverse, il existe une absorption d'eau et de sodium, puis la concentration de selles (bol fécal), avec la présence de la flore microbienne et la formation des gaz.

**LE RECTUM ET L'ANUS** : évacuation d'environ 150 à 200g de matières par jour.

**L'intestin grêle, le côlon et le rectum remplissent des fonctions, de concentration, de stockage et d'évacuation**

**DANS TOUS LES CAS, BUVEZ BEAUCOUP D'EAU SI VOS URINES SONT ALCALINES, PRIVILÉGIEZ LES ALIMENTS ACIDIFIANTS**

## **STOMIE : COMMENT, POURQUOI, POUR QUI ?**

- ✓ On fait une stomie parce qu'une maladie ou un accident conduit le chirurgien à dériver un organe afin de préserver la santé du patient.
- ✓ On recueille les selles, les urines, au moyen de poches étanches, collées sur la peau, fermées, jetables ou vidangeables suivant la nature des matières à recueillir.
- ✓ Quatre laboratoires les fabriquent et les commercialisent, vous pouvez vous les procurer chez votre pharmacien ou chez un prestataire de matériel médical sur prescription médicale.
- ✓ La poche est changée par l'infirmière ou le(a) stomathérapeute au départ, afin d'expliquer et de détailler le soin à pratiquer puis par le patient et/ou son entourage ensuite.
- ✓ Si le soin est impossible à effectuer par vous-même, faites appel à une infirmière libérale à votre domicile qui pourra éventuellement éduquer quelqu'un de votre entourage.
- ✓ Les soins ne sont pas des pansements. Ce sont des soins d'hygiène seulement.  
Une stomie doit être nettoyée tous les jours à l'eau du robinet et la poche est changée à chaque nettoyage.
- ✓ Pour vivre normalement avec une stomie, une période d'adaptation est nécessaire, puis progressivement, vous pourrez reprendre vos activités habituelles comme avant l'intervention, en prenant toutefois quelques précautions, que l'infirmière vous expliquera en temps utile.  
Vous pourrez travailler, faire du sport, jardiner... et avoir une vie de famille tout à fait normale.
- ✓ Beaucoup de gens sont porteurs d'une stomie et vous ne pouvez pas le savoir.
- ✓ Enfin, la grossesse est tout à fait envisageable avec une stomie. Il n'y a pas d'interaction avec celle-ci. Une équipe pluridisciplinaire (stomathérapeute, médecin traitant, obstétricien, gastro-entérologue, chirurgien, ...) est chargée de la surveillance.

De plus, il existe certaines astuces pour dissimuler les appareillages afin d'assurer un confort et une discrétion optimale. Des enfants ont dès leur naissance une stomie, à cause de certaines malformations congénitales.

**Un(e) stomathérapeute est à votre écoute pour toutes les questions que vous vous poserez.**

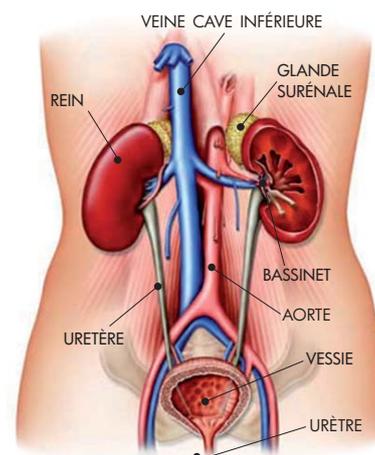
**FEDERATION DES STOMISES DE FRANCE : 01.45.57.40.02**

## **STOMIES URINAIRES** *L'appareil urinaire*

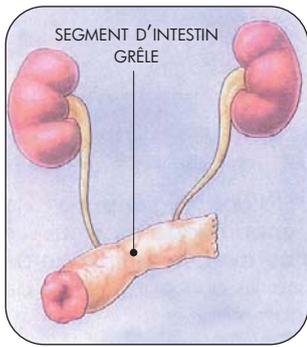
La confection d'une stomie urinaire est nécessaire lors de toute ablation de vessie. Les deux interventions chirurgicales que l'on retrouve le plus fréquemment sont le "Bricker" ou l'urétérostomie uni ou bilatérale.

Une stomie urinaire est l'abouchement direct ou indirect des uretères à la peau, par un ou deux orifices situés sur la paroi abdominale, afin de permettre à l'urine de s'écouler.

Il est donc nécessaire de poser des poches de recueil.



## A propos de l'urétérostomie cutanée transintestinale

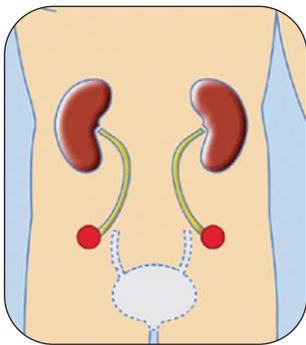


Souvent appelé "Bricker" (du nom de son inventeur), celle-ci consiste à interposer entre les 2 uretères et la peau, un segment d'intestin (le plus souvent de l'intestin grêle plutôt que du gros intestin).

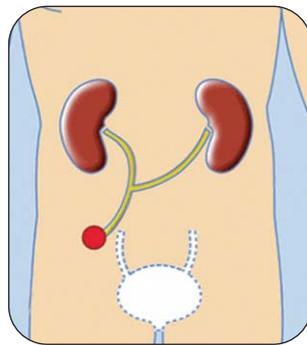
Ce segment intestinal et les vaisseaux qui l'irriguent sont prélevés sur une trentaine de centimètres et sont exclus du circuit intestinal qui est rétabli.

Les 2 uretères sont implantés dans le segment de l'intestin, une partie est fermée par des points de suture, l'autre partie est amenée à travers la paroi abdominale sur la peau où elle est fixée. L'avantage de cette intervention est de ne nécessiter qu'un seul orifice cutané (et donc une seule poche) et d'éviter ainsi des sondes à demeure (puisque les uretères ne traversent pas la paroi abdominale), passée les dix premiers jours après l'intervention.

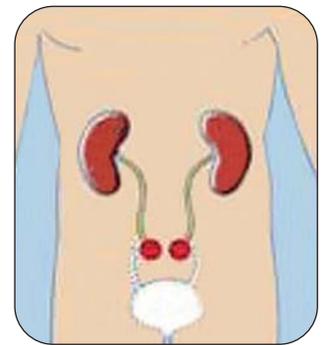
Mais il s'agit d'une intervention moins simple que l'utérostomie cutanée directe et elle ne peut pas être réalisée chez tous les patients. Elle nécessite parfois la prise d'eau minérale salée ou de bicarbonate pour compenser la réabsorption des acides de l'urine par la muqueuse intestinale. Les urines recueillies dans les poches d'appareillage après un "Bricker", contiennent des petits filaments blanchâtres qui correspondent au mucus que le segment d'intestin continue à produire.



**L'URÉTÉROSTOMIE BILATÉRALE**  
les deux uretères sont reliés entre elles avant d'être abouchées à la peau (port de deux poches).  
Des sondes sont souvent nécessaires pour l'évacuation des urines.



**L'URÉTÉROSTOMIE UNILATÉRALE DIRECTE**  
implantation d'un uretère dans l'autre avant l'abouchement de ce dernier à la peau, (port d'une seule poche).



**L'URÉTÉROSTOMIE EN "CANON DE FUSIL"**  
chaque uretère est mis en contact avec la peau, deux stomies sont créées.  
Les uretères sont réunis l'un à l'autre avant d'être reliés à la peau ou une seule stomie, ce qui permet de n'utiliser qu'une seule poche.

## A propos de la dérivation urinaire de Mitrofanoff (cystostomie continente)

Conçu par le P<sup>r</sup> Mitrofanoff en 1980, elle consiste en l'interposition de l'appendice entre la peau et la vessie.

Ce conduit devra jouer le rôle d'un clapet permettant la continence et servir pour vider la vessie par un autosondage.

Le montage de Mitrofanoff soigneusement confectionné, se caractérise principalement par l'importance des forces de résistances appliquées au niveau du conduit. La basse pression du réservoir vésical est primordial pour augmenter les marges du gradient de pression conduit/vessie et assurer ainsi une continence parfaite.

Sources : K. Chabchoub, H. Ketata, H. Fakhfakh, A. Bahloul, M.N. Mhiri,  
Service Urologie, CHU de Lens - Service Urologie, CHU de Sfax

## A propos de l'opération de Malone

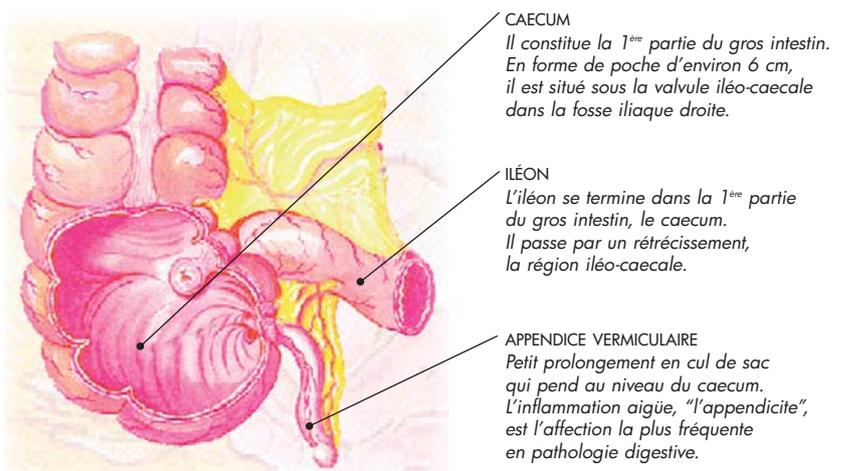
### Définition :

Réalisation d'une caecostomie cutanée trans-appendiculaire.

Cette technique dérivée permet l'abouchement dans le fond de l'ombilic avec un lambeau de l'intestin grêle abouché au côlon transverse. Elle a été décrite par Malone en 1991.

Cette technique est également une appendico-caecostomie cutanée continente.

### SCHÉMA ANATOMIQUE DU CAECUM



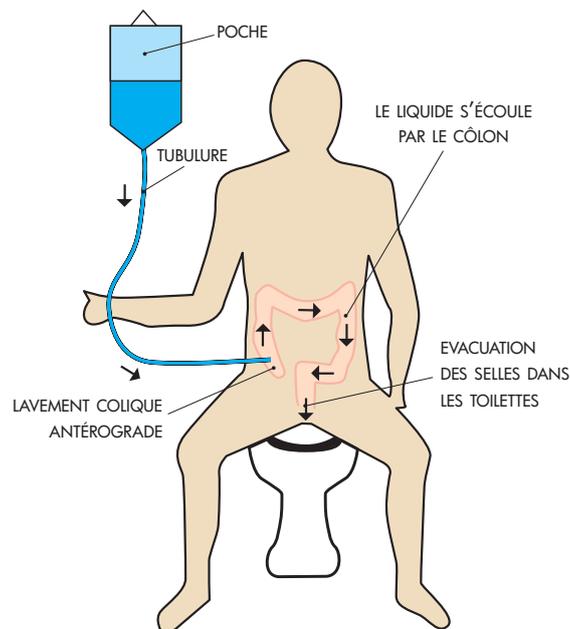
# TECHNIQUE DES LAVEMENTS ANTEROGRADES APRES OPERATIONS DE MALONE

## INDICATIONS :

- ✓ spina bifida,
- ✓ malformations anorectales,
- ✓ maladie de Hirschprung,
- ✓ incontinence anale ou constipation chronique,
- ✓ agénésie sacrée,
- ✓ vessie neurologique associée à une constipation sévère,
- ✓ paraplégie séquellaire de myélite,
- ✓ pathologies neurologiques,
- ✓ constipation rebelle résistante aux traitements.

## CONTRE INDICATIONS :

- ✓ diarrhées,
- ✓ insuffisance rénale et/ou cardiaque.



## Avantages et inconvénients de l'opération :

### AVANTAGES :

- Augmentation de l'indépendance et l'amélioration du confort de vie.
- Bien être familial, personnel et social.
- L'opération est réversible.

### INCONVÉNIENTS :

- Fréquentes douleurs abdominales au cours des lavements, en particulier au début sous forme de coliques. Les proportions de volume injectées et la durée d'administration permettent dans la grande majorité des cas de rendre ces douleurs tolérables.
- Douleur à l'émission des selles.

- Réalisation des lavements 2 à 3 fois par semaine uniquement, avec 1 à 1,5L d'eau tiède en moyenne plus ou moins additifs (sur avis du médecin).
- Pas de traces de selles entre les lavements.
- Difficulté pour certains patients à se motiver pour réaliser les lavements.
- Durée du lavement de 30 minutes à 1 heure.
- Matériel nécessaire :
  - ✓ sondes prélubrifiées de charrières 10 ou 12,
  - ✓ chaise percée ou w.c boc à eau à suspendre.

## N

L'incontinence fécale est différente selon les cas, le geste à poser doit toujours être mûrement réfléchi. Le bouton de caeostomie, qui requiert une intervention moins invasive que la technique de Malone "classique", peut être considéré comme une étape intermédiaire entre le lavement rétrograde et le lavement par la technique de Malone.

Cette étape permettrait de tester l'efficacité du lavement antérograde, pour que le patient (et son entourage) puissent continuer à pratiquer ce lavement, parfois contraignant, mais qui assure une vidange du côlon suffisamment efficace et redonne au patient la maîtrise de l'heure et du lieu d'exonération lorsqu'elle est régulièrement pratiquée.

L'usage du tampon anal (si pas de diarrhées), des poches de recueil entre 2 lavements renforce la propreté.

## CONCLUSION

La technique de Malone a "révolutionné" la problématique de l'incontinence anale ou de la constipation chronique. Grâce à cette technique opératoire et les soins au quotidien, de nombreuses personnes ont pu se réintégrer dans leur vie sociale, familiale. Leur confort est favorisé et rares sont les souillures de selles entre les lavements. Toutefois, une prise en charge correcte et adéquate est primordiale. L'explication de l'opération, l'éducation aux lavements et la recherche de détails pratiques sont cruciaux pour une vie quotidienne de qualité pour ces personnes avec en général un handicap au préalable.

## COMMENT PRENDRE SOIN DE VOTRE STOMIE ?

Vous ne devez pas avoir peur de votre stomie car il ne s'agit pas d'une plaie mais d'une muqueuse intestinale qui doit être rouge vif. Elle est insensible ; en revanche, elle peut saigner facilement. Vous ne devez donc pas la frotter, mais la tamponner.

La toilette de votre stomie est réalisée lorsque vous changez d'appareillage, même lorsque vous n'en changez pas, **la toilette de votre stomie doit être faite tous les jours**.

Une période d'apprentissage vous permettra rapidement d'acquérir toute la dextérité pour les soins de votre stomie. Il est inutile de faire des soins stériles. **Ne pas utiliser**

**d'antiseptique** qui assèche la peau et risque d'entraîner une irritation ou une allergie. Pour tout problème d'irritation, de mauvaise adhésivité de l'appareillage ou d'allergie, n'hésitez pas à consulter un(e) stomathérapeute.

Votre infirmier(ère) stomathérapeute ou les membres de l'équipe soignante vous apprendront les gestes nécessaires aux soins de votre stomie (iléostomie, colostomie, urostomie) et vous conseilleront dans le choix de l'appareillage en fonction de l'état de votre peau et de votre dextérité. N'oubliez pas qu'il est très important que la découpe de votre support protecteur (gabarit remis en sortie d'hospitalisation) soit parfaitement adaptée à la taille et à la forme de votre stomie.

**Une découpe trop grande peut être responsable de fuites et d'irritation cutanée ; de même, une découpe étroite peut provoquer une ulcération de la stomie.**

Dans les mois qui suivent l'intervention, la taille de votre stomie va évoluer et il sera nécessaire de réajuster la découpe du support protecteur. **Toute perte ou gain de poids peut entraîner un changement de la taille de votre stomie.**

SURVEILLANCE ET ÉVALUATIONS :

- Aspect de la stomie
- Efficacité de la stomie
- Etat cutané
- Transit : gaz, selles

**N** Quelle que soit la stomie, les soins de base sont toujours les mêmes : ce sont des soins d'hygiène simples. La règle d'or est de ne pas agresser inutilement la peau entourant votre stomie. Le diamètre de la stomie ne doit être ni large, ni serré. **Il faut toujours respecter les 2 mm**, entre le pourtour de votre stomie et la poche doit être changée après le bain car les soudures des poches gardent l'humidité. Après le nettoyage, un bon séchage de la peau aide l'appareillage à bien adhérer à la paroi abdominale. Ayez toujours des gestes doux lors de la toilette de votre stomie. Bains et douches ne posent pas de problème, les appareillages étant imperméables. Néanmoins, la poche doit être changée après le bain, car les soudures des poches gardent l'humidité.



## L'APPAREILLAGE

Toutes les stomies, quelque soit la localisation où elles sont pratiquées se traduisent par une perte de contrôle volontaire et automatique des fonctions d'élimination, ce qui oblige la personne stomisée à s'équiper de poches de recueil.

### Deux points essentiels

La protection de la peau doit être systématique et une parfaite utilisation de la pâte protectrice qui doit réaliser un joint étanche entre la stomie et la découpe de la poche, inutile pour une colostomie (selles non agressives) ou un bricker (l'urine fond la gomme).

**Le joint** est une pâte protectrice en tube, en barrette ou en anneau.

CARACTÉRISTIQUES D'UN BON APPAREILLAGE :

- Etanchéité
- Discrétion
- Fiabilité
- Confort
- Utilisation aisée

Le matériel est un élément fondamental pour redonner confiance en soi. Il n'y a pas d'appareillage idéal mais la personne doit trouver SON appareillage, en faisant des essais avec la stomathérapeute. Parce qu'une personne stomisée subit un profond traumatisme physique et psychologique (perte de l'image et de l'estime de soi), l'éducation ne pourra se faire que quand le malade commence à accepter la réalité de la stomie.

**Ne pas brusquer la personne stomisée, elle doit cheminer à son rythme.**

Pour l'utilisation d'une poche vidable, vous avez le choix entre :

✓ **Une poche "1 pièce"** se pose en la présentant pliée en 2, retournée sur l'extérieur, coller le bas après ajustement sur le bas de la stomie, déplier sur le haut et coller.

✓ **Un appareillage "2 pièces"** : disque de protecteur à découper + une poche s'emboîtant ou se clipant dessus.

La vidange de la poche se fait aussi souvent que nécessaire dans la cuvette des w.c.

CRITÈRES DE CHOIX DU MATÉRIEL :

- Situation de la stomie
- Âge et dextérité
- Habitudes de vie
- Activité

## Réalisation du soin et préparation du matériel

### L'infirmière conseille, le patient choisit :

- ✓ Son nouvel appareillage.
- ✓ Toujours prévoir un change sur soi.
- ✓ Le patron de découpe remis par l'IDE (il est préférable de prévoir une 10<sup>ème</sup> d'avance).
- ✓ Tout préparer avant de commencer.
- ✓ Paire de ciseaux (courbe de préférence, afin d'adapter l'appareillage à la taille et à la forme de la stomie). (Trousse gratuite auprès des laboratoires).
- ✓ Une petite éponge, gant toilette (à usage unique), essuie-tout ou papier toilette triple épaisseur pour nettoyer la zone péristomiale (pourtour de la stomie).
- ✓ Pas de matériel stérile.
- ✓ Sac poubelle pour recueillir le matériel usagé, plus certains déchets ménagers.

TYPE DE STOMIES	CARACTÉRISTIQUES DE L'APPAREILLAGE EN GÉNÉRAL	POSSIBILITÉS
Urostomie ou Bricker	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Appareillage vidangeable munis d'un anti-retour de préférence 2 pièces pour une meilleure résistance à l'urine.</li> <li>■ Support en place 48h à 72h.</li> <li>■ Poche 1 fois / 24h.</li> </ul>	<p>1/ Poche de jambes (500 à 800ml) pour les trajets en voiture, les randonnées etc...</p> <p>2/ Plus les poches de nuit 2L pour éviter les levers répétés.</p> <p>3/ +/- micropoche et sac de jambe pour les occasions nécessitant un appareillage discret.</p> <p>4/ Pour le moment d'intimité mini poche garnie d'un absorbant (20mn de tenue).</p> <p>5/ Les appareillages monoblocs (48h maxi).</p>
Iléostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Joint obligatoire sur la peau pour la protection et l'étanchéité.</li> <li>■ Pâte en tube : contient de l'alcool (pique si peau abîmée).</li> <li>■ Pâte en barrette : ne contient pas d'alcool.</li> <li>■ En anneau : se travaille comme de la pâte à modeler, se réchauffe et s'étire.</li> <li>■ Appareillage de préférence 2 pièces (plus résistant) et vidable avec clamps intégré (vidange dans les toilettes) et filtre protégé des 2 côtés (intérieur et extérieur) doit être obturé pour le bain. Se sature entre 8 et 12h de port donc changer de poche matin et soir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modèle 1 pièce à changer de 1 à 3 fois/24h vidables.</li> <li>✓ Mini poche (intimité ou piscine) 1h15 selon alimentation.</li> </ul> <p><b>Attention :</b> les poches existent en maxi midi et mini contenance et peuvent être adaptées à un sac de recueil spécifique.</p> <p>Pour les selles il existe des gélifiants pour les selles liquides, desodorants et des films protecteurs à vaporiser sur la peau.</p>
Colostomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Appareillage 1 pièce conseillé fermé (soudé en bas, difficile à vider à cause de la consistance des selles).</li> <li>■ Si tierce personne possibilité d'appareillage 2 pièces.</li> <li>■ Filtre pour les gaz à protéger pour les bains (gommette dans la boîte de poche) se sature entre 8h et 12h de port (la poche gonfle, donc dans l'idéal changement de poche matin et soir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tampon obturateur +/- irrigation colique.</li> <li>✓ Mini-poches.</li> </ul>

Quel type d'appareillage choisir :

*Selon vos choix et critères personnels, 4 laboratoires proposent leurs matériels*

## STOMIES DIGESTIVES

### Colostomie

Selles solides

Poche fermée

Renouvellement du support

Tous les 3 à 4 jours (support)  
Tous les 1 à 2 fois/jours (poche)

Tous les jours

Système 2 pièces

Système 1 pièce



## STOMIES URINAIRES

### Urostomie

Urines

Poche uro (vidangeable)

Renouvellement du support

Tous les 2 jours (support)

Tous les jours

Système 2 pièces

Système 1 pièce



## STOMIES URINAIRES

### Iléostomie

Selles liquides à molles, abondantes et caustiques

Poche vidable + joint

Renouvellement du support

Tous les 3 à 4 jours (support)  
Tous les 1 à 2 fois/jours (poche)

Tous les jours  
(selon besoin)

Système 2 pièces

Système 1 pièce



Le principe de l'irrigation colique est de vider entièrement le côlon pendant 2 ou 3 jours consécutifs. L'irrigation consiste à injecter environ 3/4L d'eau tiède par la stomie. L'eau froide peut provoquer des coliques, l'eau trop chaude également. Cette eau remonte dans le côlon et provoque le réflexe d'évacuation des selles, vidant ainsi entièrement le côlon sigmoïde de son contenu.

### IMPORTANT

**L'irrigation colique ne doit être effectuée que sur prescription médicale**



Déposer la poche



Nettoyer à l'eau et au savon PH neutre



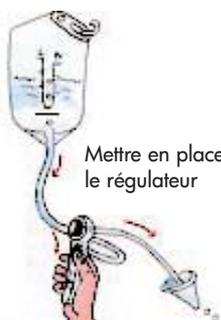
Mettre en place le manchon



Remplir le réservoir



Prendre une position confortable



Mettre en place le régulateur



S'assurer de l'ouverture de la stomie



Introduire le cône



Ouvrir le régulateur



Attendre que le réservoir se vide



Sortir le cône



Fixer le bout à la ceinture



Préparer votre toilette

A la fin des rejets, enlever le manchon



Finir sa toilette

L'éducation est réalisée par une infirmière stomathérapeute. Elle nécessite un apprentissage et un appareillage spécifique. L'irrigation consiste à introduire 500 à 1000cc d'eau tiède du robinet par la stomie à l'aide d'une canule conique. L'évacuation se fait dans les w.c par l'intermédiaire d'une très longue poche appelée "manchon". Elle se pratique régulièrement toutes les 48H et peut durer de 30 à 1h.

#### AVANTAGES :

- ✓ Absences de selles entre 2 irrigations.
- ✓ Pas de fuites.
- ✓ Port de mini-poches ou système obturateur.
- ✓ Diminution de la quantité des gaz, et donc une meilleure qualité de vie.

#### INCONVÉNIENTS :

- ✓ Temps d'adaptation pour obtenir un bon résultat (15 jours à 1 mois).
- ✓ Pratiquer une régularité impérativement.
- ✓ Durée de l'irrigation.

#### CONTRE INDICATIONS MAJEURES :

- ✓ diarrhées,
- ✓ insuffisances rénales et/ou cardiaques.

Les infirmières stomathérapeutes maîtrisent parfaitement cette technique, afin d'optimiser avec vous les gestes et la manière de procéder. C'est une spécialisation proposée aux infirmières.

*N'hésitez pas à leur demander conseils et informations.*

## QUELQUES CONSEILS PRATIQUES

### Comment s'habiller lorsqu'on est porteur d'une stomie ?

Vous devez conserver votre style vestimentaire. La seule précaution à respecter est de choisir une tenue ne comprimant ni la poche de recueil ni la stomie. Vous pouvez également adapter la poche en fonction de vos activités quotidiennes (sport, voyage, travail...).

### Comment s'alimenter ?

Quelque soit le type de stomie et à part un problème particulier, il n'est pas nécessaire de faire un régime sauf le premier mois suivant l'intervention (régime sans résidu plus ou moins).

### Il faut connaître cependant les aliments qui accélèrent le transit intestinal

- ✓ Boissons froides, glaces, laitages,
- ✓ Café/lait, Thé/lait,
- ✓ Fruits frais (cerises, melons, pêches, prunes...),
- ✓ Crudités.

### Les aliments qui constipent

- ✓ Chocolat noir, marrons, carottes cuites, riz, banane, coings, pain blanc, toast...

### Les aliments qui donnent du résidu (du volume aux selles)

- ✓ les légumes cellulose tendre (blettes, poireaux, haricots verts), le pain, les biscuits, les fruits bien mûrs...

### Les aliments qui donnent peu de résidu

- ✓ Riz, pâtes, fromages à pâte cuite (gruyère), oeufs, viandes grillées.

### Les aliments qui donnent des gaz (pas interdits mais entraînent des gênes)

- ✓ Champignons, choux, haricots secs, pois, pommes crues, boissons gazeuses.

### Les aliments pouvant bloquer la stomie

- ✓ Noix, graines, maïs et pop-corn, noix de coco, céleri, orange, légumes chinois, gros morceaux de viande...  
Attention : apéritif (noyaux de cerise, pruneaux) bien croquer.

### Les aliments qui donnent de l'odeur et ceux qui colorent les selles

- ✓ Odeur : fromages fermentés, viandes faisandées, charcuteries, asperges, champignons, oignons...
- ✓ Couleur noire : boudin, épinards...
- ✓ Couleur rouge : betterave

### **NB : le fer et le charbon colorent les selles en noir.**

- ✓ Boire beaucoup d'eau : 1,5L à 2L par jour.
- ✓ Manger ce qui fait plaisir, avec bon sens : c'est toujours plus agréable que ce qui est mangé à contre-cœur !
- ✓ Ayez une alimentation équilibrée, manger lentement et mastiquer bien vos aliments, ajoutez graduellement de nouveaux aliments à votre diète afin d'évaluer s'ils vous conviennent.

### Les Quatres laboratoires qui proposent leurs matériels :



Produits remboursés soit dans le cadre de l'ALD, soit Sécurité Sociale plus mutuelle.  
Poches, supports, joints, sacs uro de 500cc à 2L, poches de recueil de selles de 2L.

**AFA** : Association François Aupetit, association. (Association de la maladie de Crohn)

**ANASTOMOSE** : Acte chirurgical qui consiste à suturer (coudre) les extrémités de deux organes, ayant des fonctions proches ou de complémentarité.

**CAECOSTOMIE** : Abouchement chirurgical de caecum à la peau de l'abdomen.

**CÔLON OU GROS INTESTIN** : Partie de l'intestin faisant suite à l'intestin grêle et disposée en cadre autour de celui-ci.

**COLOSTOMIE** : Abouchement du côlon à la peau de l'abdomen pour dérivation des matières fécales.

**CYSTOSTOMIE CONTINENTE** : abouchement de la vessie à la paroi abdominale, entre la symphyse pubienne et l'ombilic, afin de permettre l'écoulement de l'urine de la vessie.

**FSF** : Fédération des Stomisés de France.

**ILÉON** : Partie terminale de l'intestin grêle s'abouchant au côlon au niveau du caecum.

**ILÉOSTOMIE** : Abouchement de la partie terminale de l'intestin grêle (ou iléon) à la peau de l'abdomen pour dérivation des matières fécales.

**INTERVENTION DE BRICKER OU URÉTÉROSTOMIE CUTANÉE TRANSINTESTINALE**: Implantation des deux uretères dans un petit segment d'intestin grêle, isolé du tube digestif, puis abouché à la peau.

**INTESTIN GRÊLE** : Partie de l'intestin composée de trois segments successifs : le duodéum, le jéjunum et l'iléon.

**INTESTIN** : Partie de l'appareil digestif situé entre l'estomac et le rectum et composée de l'intestin grêle et du côlon.

**IRRIGATION COLIQUE** : Technique, pouvant être proposée dans les colostomies gauches, permettant de vider entièrement le côlon de son contenu et d'obtenir une absence d'émission de selles par la stomie pendant 2 ou 3 jours.

**LPPR** : Liste des Produits et Prestations Remboursables : tarif forfaitaire de remboursement de l'appareillage.

**POCHE DE RECUEIL** : Poche permettant de récupérer les matières fécales ou les urines après réalisation d'une stomie.

**POCHE FERMÉE** : Poche de recueil soudée en bas réservée aux colostomies.

**POCHE URO VIDANGEABLE** : Poche de recueil munie d'un robinet de vidange et d'un système anti-reflux.

**POCHE VIDABLE** : Poche de recueil ouverte en bas et munie d'un clamp intégré.

**RÉSECTION** : Opération chirurgicale consistant à couper, enlever partiellement ou totalement un organe.

**STOMIE** : Abouchement d'un segment intestinal ou urinaire à la peau de l'abdomen réalisant une dérivation des matières fécales ou des urines.

**SUPPORT PROTECTEUR** : Support à base d'hydrocolloïdes, adhérent à la peau sans l'agresser et permettant de fixer une poche de recueil.

**SYSTÈME 1 PIÈCE** : Système de recueil où le support protecteur est solidaire de la poche, nécessitant le décollement du support pour le change de la poche.

**SYSTÈME 2 PIÈCES** : Système de recueil constitué d'un support protecteur sur lequel vient se fixer une poche de recueil, permettant de changer de poche sans enlever le support protecteur.

**SYSTÈME BIBLOC** : Autre appellation d'un système 2 pièces.

**SYSTÈME MONOBLOC** : Autre appellation d'un système 1 pièce.

**TAMPON OBTURATEUR** : Tampon pouvant être utilisé dans les colostomies gauches réalisant un "bouchon" lorsqu'il est introduit dans la stomie, entre deux irrigations ou selon un protocole bien précis.

**URETÈRE** : Canal conduisant l'urine du rein à la vessie.

**URÈTRE** : Canal conduisant l'urine de la vessie vers l'extérieur.

**UROSTOMIE** : Abouchement d'un uretère à la peau de l'abdomen pour dérivation des urines.



**ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES :**

**FEDERATION DES STOMISES DE FRANCE**

76/78 rue Balard 75015 PARIS / Tél. : 01.45.57.40.02 - Fax : 01.45.57.29.26 - Email : [contact@fsf.asso.fr](mailto:contact@fsf.asso.fr)

**AFET : Association Française d'Entéro-Stomathérapeutes**

Mme Daniele CHAUMIER - Stomathérapeute  
Hôpital Tenon PARIS / Tél. : 01.56.01.78.67

Avec la participation des laboratoires **Coloplast**, **Hollister**, **Convatec** et **BBraun**. Sources : Fédération des Stomisés de France, ILCO 93, CHU de Brest.

**Marie-Thérèse GATEL** stomathérapeute CHU de Rennes.



**A.S.B.H.**

3 bis avenue Ardouin - CS 9001 Le Plessis Trévisé Tél. :

**0800.21.21.05** (appel gratuit depuis un poste fixe)

Fax : 01.45.93.07.32 - Email : [spina-bifida@wanadoo.fr](mailto:spina-bifida@wanadoo.fr)

Site : [www.spina-bifida.org](http://www.spina-bifida.org)