

Pagnini Christelle
4^{ème} pédiatrique.

Chirurgie pédiatrique :

***Les colostomies et les iléostomies chez le
prématurés.***

2005-2006.

I. Définitions :

□ A) Stomie:

Création chirurgicale d'une ouverture qui sert à l'expulsion des selles provenant de l'intestin grêle ou du côlon vers une surface externe du corps, qui est le plus souvent la paroi abdominale. Chez les enfants, la grande majorité des stomies sont temporaires (dans le plan d'un traitement) et éventuellement fermées avec rétablissement de la continuité intestinale (avant l'âge de six mois).

□ B) Colostomie:

Création d'un anus artificiel en abouchant à l'extérieur le côlon.

□ C) Iléostomie:

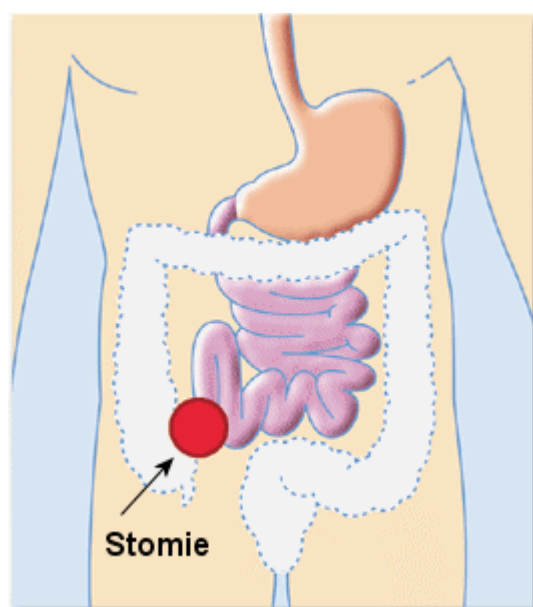
Création d'un anus artificiel au niveau de la dernière partie de l'intestin grêle.

II. Situations des stomies

Plus la stomie est haute, plus la perte d'eau, d'électrolytes, sels minéraux et de vitamines est grande.

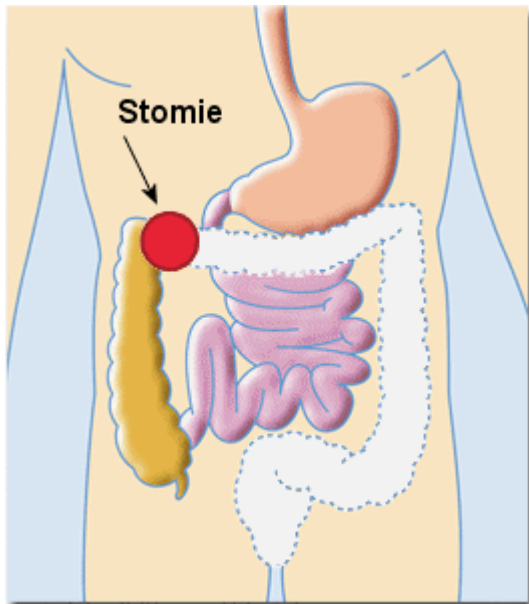
Iléostomie :

Les selles sont liquides et contiennent des enzymes digestives très irritantes pour la peau. L'évacuation est intermittente à continue.



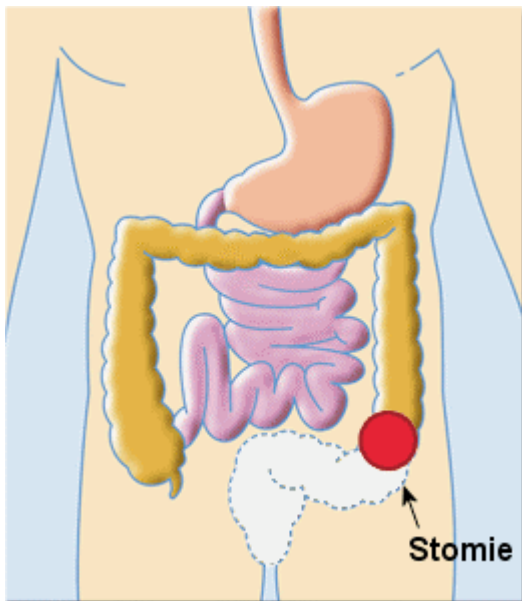
Colostomie droite :

Selles semi liquides à pâteuse, avec une élimination intermittente. Elles sont également irritantes pour la peau.



Colostomie gauche :

Selles plus solides et formées, peu abondantes et s'accompagnent d'une émission importante de gaz. Moins irritantes pour la peau.



III. Différentes sortes de stomies :

Terminales :

C'est la partie terminale de l'intestin sectionné qui est extériorisée.

Si la colostomie peut être plane, l'iléostomie, elle doit être plus extériorisée.

Dans l'intervention de Hartman, le bout proximal de l'intestin est mis à la peau et le distal est fermé et laissé dans la cavité péritonéale.

Latérales :

Le segment intestinal est maintenu à l'extérieur par une baguette et l'orifice sur l'anse intestinale est latéral.

IV. But :

- protéger une anastomose
- mettre au repos le tube digestif (ex : maladie inflammatoire ...)
- dériver un obstacle
- permettre un drainage (fistule, perforation)
- remplacer la fonction anale.

V. Complications :

- nécrose
- hémorragie
- sténose
- invagination
- prolapsus
- éventration
- rétraction de la stomie
- occlusion
- autres (suppuration de l'orifice, problèmes cutanés...)

VI. Caractéristiques d'une stomie :

- coloration rosée, luisante, humide
- forme ronde et régulière ou ovale et irrégulière
- extériorisation différente que se soit une colostomie ou une iléostomie
- insensible au toucher : pas de terminaisons nerveuses
- importante vascularisation, peut saigner au moment des soins

- n'a pas de sphincter, ne retient pas les selles et produit du mucus
- peau péristomiale intègre ou altérée selon la localisation
- mucus évacué régulièrement par l'anوس si rectum est en place

VII. Indications :

Anomalies congénitales :

- Malformation anorectale :

Soit l'enfant ne présente pas d'anوس à la naissance ou mal perforé, soit l'anوس est implanté à un autre endroit.

Le bébé subira une intervention afin qu'il de reconstituer un anus normal. D'où la colostomie sera temporaire, permettant l'élimination des selles et ensuite le mise au repos de l'anastomose. Celle-ci sera fermée et l'on rétablira la continuité.

- Maladie de Hirschsprung :

Incapacité du nouveau né d'évacuer ses selles même si l'anوس est normal. Il y a une absence de cellules ganglionnaires à certain endroit dans l'intestin. Celles-ci permettent les contractions péristaltiques qui font progresser les selles dans l'intestin.

L'intervention consiste à réséquer les parties malades et de joindre les deux extrémités saines entre elles.

D'où colostomie nécessaire et temporaire pour permettre aux sutures de cicatriser.

- Atrésie du grêle :

Elle est soit malformative soit due à un accident vasculaire du mésentère, qui provoque une nécrose aseptique d'un segment de l'intestin.

- Iléus méconial :

Obstruction intestinale mécanique liée à l'accumulation du méconium trop épais. Souvent, consécutif à l'existence d'une mucoviscidose ou fibrose kystique du pancréas.

Les grands prématurés peuvent présenter un iléus méconial dont l'origine reste floue et dont une mucoviscidose est exclue.

La colostomie sera temporaire puis rétablissement de la continuité.

Infections :

- Entérocolite nécrosante :

Surtout chez les enfants prématurés (< 34 sem.) ou de petit poids (< 1,5 kg).

C'est une hypoxie de la muqueuse intestinale et quand l'enfant commence à être alimenté par la bouche, il développe une nécrose et une perforation intestinale les selles sont dans la cavité abdominale.

On fera une résection de l'intestin atteint, une colostomie sera en place au moins 4 à 6 mois puis refermée.

Si possible on essaie de conserver la valvule de Bauhin.

VIII. Les différentes interventions :

- L'opération de Swenson : est conseillée à partir de l'âge d'un an.

Après ablation du recto-sigmoïde, de la partie distendue du segment sus-jacent et de la moitié postérieure du sphincter interne, l'intestin est abaissé à travers le pelvis et anastomosé à l'anus. Les résultats fonctionnels sont satisfaisants dans près de la moitié des cas.

- L'opération de Duhamel : limite l'exérèse au segment colique achalasique, l'ampoule rectale conservée est transformée en cul-de-sac. Le colon sain est abaissé en rétrorectal puis est mis en communication avec la poche rectale.

C'est le procédé le moins agressif, la dissection pelvienne est réduite au minimum au point qu'on peut le proposer à la naissance et faire ainsi l'économie d'une colostomie.

- L'opération de Soave : le colon fonctionnel est extériorisé à travers le cylindre recto-anal préalablement dépouillé de sa couche muqueuse.

L'avantage de ce procédé original est d'éviter toute dissection du rectum et des structures qui l'entourent.

-L'opération de Lester Martin consiste à affronter longitudinalement le colon et l'iléon, fendus le long de leurs bords antimésentériques.

-L'opération de Hartmann consiste à retirer une partie du côlon et du rectum pour faire déboucher l'intestin au niveau de la peau.

IX. Les différentes marques :

Biotrol : System2

Coloplast : Alterna

Eurotec

Hollister & Dansac

Convatec

B Braun qui lui est du matériel stérile pour l'utilisation en néonatale.

X. Les soins :

Post op :

Surveillance clinique :

Important que l'enfant conserve une bonne température.

Surveillance de la plaie (couleur, œdème, saignement, état de la peau...)

Surveillance des paramètres vitaux (FC, FR, PLS, Sat...)

Quantifier les différents écoulements.

Administration des médicaments selon l'ordre médical.

Installation correcte.

Réfection du soin.

Matériel :

-chariot

-champ stérile

-plateau avec tampons

-ciseaux stériles

-teinture de Benjoin

-eau stérile

-protecteur cutané stérile (stomahésive à bas de Karaya)

-pâte de protection cutanée

-collecteur stérile

-trocart

-coton tiges stériles

-filtre pour évacuations des gaz (si pas présent sur le collecteur)

Technique :

Soin à effectuer à 2 :

- se laver les mains
- préparer le matériel (couper le protecteur cutané au diamètre de la stomie plus 1mm ; élargir l'orifice du collecteur au même diamètre que le protecteur cutané.)
- installer l'enfant, maintenu par l'aide, sur un champ stérile
- ôter le collecteur
- si le protecteur cutané adhère suffisamment, le laisser en place, nettoyer à l'eau stérile la stomie et remettre un nouveau collecteur
- si le protecteur n'adhère plus, ôter celui-ci, couvrir le temps du soin la stomie d'une compresse qui absorbera les écoulements
- vérifier l'aspect de la peau
- nettoyer le pourtour de la stomie avec l'eau stérile, sécher
- s'il existe une érosion cutanée sur le pourtour de la stomie, mettre de l'éosine (tanner la peau)

- sécher à nouveau
- tamponner le pourtour de la stomie avec de la teinture de Benjoin pour une meilleure adhérence
- réchauffer le protecteur cutané au contact des mains et l'assouplir simplement
- placer le protecteur cutané en le lissant soigneusement, en évitant les plis
- si le protecteur adhère mal, mettre de la pâte de protection cutanée
- placer le collecteur sur le protecteur cutané
- installer l'enfant confortablement
- se laver les mains
- noter la surveillance de la stomie, la quantité et l'aspect des écoulements sur 24h
- signaler toute apparition d'anomalie : rougeur, hernie de la stomie...

Soins auprès des parents :

Ces parents sont angoissés, parfois ils culpabilisent d'où un soutien psychologique est indispensable.

Il est important de s'assurer que les parents comprennent ce qui se passe, de répondre à leurs questions pour calmer leurs peurs, de les aider à exprimer leurs émotions et, finalement, de leur assurer notre soutien.

Avant même se s'occuper des soins de stomie, les parents sont encouragés à participer aux soins de routine du nouveau-né : le nourrir, lui donner son bain, etc.

Plus tard, avant le retour à domicile, on leur montrera comment prendre soin de la stomie et une éducation leur sera faite.