

Rétablissement de la continuité digestive (RCD) après stomie digestive dans le service de Chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen-CHU de Conakry.

Restoration of digestive continuity (RCD) after digestive ostomy in the general surgery department of the Ignace Deen National Hospital-CHU of Conakry.

Barry MS^{1&2}, Camara M^{1&2}, Diallo AT^{1&2}, Touré A^{1&2}

1- Service de Chirurgie Generale de l'Hôpital National Ignace Deen- CHU de Conakry

2- Faculté des Sciences et Techniques de la Santé – Université Gamal Abdel Nasser Conakry.

Correspondances : Dr BARRY Mamadou Sakoba : sakoba1983@gmail.com Tel : + 224 620 00 88 89.

RESUME

MOTS CLÉS : stomies, rétablissement, Ignace Deen

Introduction : Le but était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des rétablissements de la continuité digestive dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, d'une année (1^{er} Janvier au 31 Décembre 2023), réalisée dans le service de chirurgie générale.

Il a été inclus, l'ensemble des dossiers complets des patients ayant bénéficié d'un RCD dans le service pendant la période d'étude.

Résultats : pendant la période d'étude, nous avons colligé 1674 dossiers de malades parmi lesquels 32 (1,92%) cas étaient des RCD. L'âge moyen était de 35,06 ans. Le sex-ratio était de 1,29 en faveur des hommes. Les principales indications étaient le volvulus du colon pelvien+ nécrose, des périctonites par perforation de l'intestin grêle et des occlusions par bride associée à une nécrose avec respectivement 40,6%, 18% et 18% des cas. Le RCD a été fait en moins de 3 mois chez 68,7% des cas. Les gestes chirurgicaux étaient dominés par les anastomoses colorectales et colo-coliques avec respectivement 34,37% et 31,25% des cas. Les suites opératoires ont été simples chez 84,4% des cas. Nous avons enregistré une mortalité de 6,2%.

Conclusion : Le rétablissement de la continuité digestive est une intervention chirurgicale qui consiste à fermer une stomie. La prise en charge correcte des stomies digestives pourrait améliorer la qualité de vie des patients stomisés et réduire le taux de décès après le rétablissement de la continuité digestive.

SUMMARY

KEY WORDS: Ostomies, recovery, Ignace Deen

Introduction: The aim was to contribute to improving the management of restoration of digestive continuity in the general surgery department of the Ignace Deen National Hospital.

Methodology: This was a retrospective study, lasting one year (January 1 to December 31, 2023), carried out in the general surgery department.

All complete files of patients who received an RCD in the department during the study period were included

Results: during the study period, we collected 1674 patient files among which 32 (1.92%) cases were RCD. The average age was 35.06 years. The sex ratio was 1.29 in favor of men. The main indications were pelvic colon volvulus + necrosis, peritonitis by perforation of the small intestine and occlusion by flange + necrosis with respectively 40.6%, 18% and 18% of cases. The RCD was done in less than 3 months in 68.7% of cases. Surgical procedures were dominated by colorectal and colonic anastomoses with respectively 34.37% and 31.25% of cases. The postoperative course was simple in 84.4% of cases. We recorded a mortality of 6.2%.

Conclusion: Restoring digestive continuity is a surgical procedure which consists of closing a stoma. Correct management of digestive ostomies could improve the quality of life of ostomy patients and reduce the death rate after restoration of digestive continuity.

INTRODUCTION

La stomie se définit par l'abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel, de façon temporaire ou définitive dans un but fonctionnel [1]. Elle est fréquente dans nos conditions d'exercice, et les indications sont dominées par les pathologies d'urgence chirurgicale [2]. Plusieurs types de colostomies sont réalisés : Hartmann, Baguette, Bouilly Walkman, en canot de fusil, stomie d'alimentation et stomie de protection.

Bien qu'elle soit souvent considérée comme un geste opératoire simple, une stomie expose à des complications qui peuvent être précoces ou tardives [3].

Le patient porteur de stomie se trouve confronté à des aléas d'ordre physique et psychologique. Il subit une grande modification de son image corporelle avec des répercussions sur sa vie familiale, sociale et professionnelle. Il nécessite donc une adaptation aux changements et une acceptation de la situation qu'elle soit temporaire ou définitive [3].

Cependant la gestion est souvent difficile dans notre milieu à cause de la non disponibilité des poches de stomie, leur coût élevé et de l'absence des stomathérapeutes. [4].

Les complications précoces (survenant dans les 30 premiers jours postopératoires) sont multiples : occlusion, hémorragie, suppuration, nécrose et rétraction stomiale. Elles relèvent avant tout d'une faute technique dans la réalisation de la stomie et requièrent souvent une réintervention chirurgicale. Les complications tardives (essentiellement prolapsus, sténose, éventration), bien que très fréquentes, sont souvent bien tolérées par les patients [6]. Le rétablissement de la continuité digestive est la fermeture d'une stomie digestive. [4] Les complications précoces (survenant dans les 30 premiers jours postopératoires) sont multiples : occlusion, hémorragie, suppuration, nécrose et rétraction stomiale. Elles relèvent avant tout d'une faute technique dans la réalisation de la stomie et requièrent souvent une réintervention chirurgicale. Les complications tardives (essentiellement prolapsus, sténose, éventration), bien que très fréquentes, sont souvent bien tolérées par les patients [6]. Il est réalisé en chirurgie programmée après un bilan préopératoire sanguin, une coloscopie et une radiographie colique avec lavement aux hydrosolubles ou lavement baryte. IL fait appel à des procédures chirurgicales conventionnelles ou laparoscopiques [8].

Le but de cette étude était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des stomies dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, d'une durée d'un an allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2023. Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry. La population d'étude était constituée de l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une stomie digestive dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen pendant la période d'étude. Nous avons inclus les patients ayant bénéficié d'un RCD pendant la période d'étude et dont les dossiers médicaux étaient à jour. Pour la réalisation de cette étude, nous avons utilisé les dossiers des patients ; les registres d'hospitalisation ; les registres du compte rendu opératoire. Les variables ont été épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi-Info dans sa version 7.1.5.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 1674 patients parmi lesquels, nous avons noté 32 (1,92%) cas de rétablissement de la continuité. L'âge moyen était de 35,06 ans, la tranche d'âge la plus représenté était comprise entre 28 et 37 ans soit 25% des cas. Les hommes ont été les plus touchés avec 56% avec un sex-ratio 1,29. Les principales indications les plus rencontrées étaient le volvulus du colon pelvien avec nécrose dans 40,6% suivi des péritonites aigüe généralisées par perforations multiples du grêle dans 18% (voir tableau I).

La stomie de Hartmann a été le type de stomie la plus réalisée (voir tableau II).

Le siège de la stomie était dominé par le côlon (voir tableau III). Les sachets plastiques ont été utilisés comme appareillage chez 56,3% (n=18) et les poches à colostomie chez 43,7% (n=14). Les complications des stomies étaient dominées par l'infection du site opératoire (voir tableau IV).

Le rétablissement de la continuité a été réalisé en moins de trois mois chez 68,7% (n=20) et en plus de 3 mois chez 31,3% (n=12).

Les gestes chirurgicaux étaient principalement les anastomoses colorectales termino-terminale dans 34,37% et termino-terminale colo-colique dans

31,25%. L'évolution a été favorable chez 86,8% des cas. Cependant, nous avons noté une morbidité de 7% et une mortalité de 6,2%. La morbidité était représentée par les infections du site opératoire dans 42,8% (n=3) ; de fistule intestinale dans 28,6% (n=2) et d'éventration dans 28,6% (n=2). Le séjour hospitalier après le rétablissement était supérieur à 7 jours dans 87,5% (n=28).

Tableau I : Répartition des cas selon l'indication de la stomie

Indication	Effectifs	%
PAG/Perforation iléale	6	18,7
OIA/Bride	13	40,6
Fistule intestinale post opératoire	3	9,4
OIA/Volvulus du colon pelvien	6	18,8
Tumeur colique	1	3,1
Fistule recto-vaginale	1	3,1
Gangrène de fournier	2	6,3
Total	32	100

Tableau II : Répartition des cas selon le type de stomie

Type de stomie	Effectif	%
Stomie selon Baguette	7	21,9
Stomie Bouilly-Walkman	5	15,6
Stomie Hartmann	20	62,5
Total	32	100

Tableau III : Répartition des cas selon le siège de la stomie

Siège	Effectifs	%
Colostomie	20	62,5
Iléostomie	11	34,4
Jéjunostomie	1	3,1
Total	32	100

Tableau IV : Répartition des cas selon les complications des stomies

Complications	Effectifs	%
Précoces	Suppurations péristomiales	4 40
	Fistules péristomiales	2 20
Tardives	Ischémie et nécrose stomiales	1 10
	Perforations stomiales	2 20
Total	Eventration stomiale	1 10
	10	100

DISCUSSION

Elle est fréquente dans nos conditions d'exercice, et les indications sont dominées par les pathologies d'urgence chirurgicale [2].

Ainsi durant la période d'étude, nous avons noté une

fréquence non négligeable des RCD. Traore A et al [6] au Mali en 2010 ont rapporté une fréquence plus élevée soit 59,4% des patients ayant subi un rétablissement de continuité sur l'ensemble des stomisés. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans notre contexte, nous réalisons le plus souvent la colectomie idéale en urgence. Dans cette étude les sujets jeunes de sexe masculin ont été les représentés. Le même constat a été fait par Johnston L.R et al [7] aux Etats Unis en 2018 qui avaient retrouvé dans leur travail une moyenne d'âge estimée à 25,3 ans ($\pm 5,5$). Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que notre population est relativement. De même, cette couche sociale est plus active et donc plus exposée à faire des traumatismes abdominaux. La prédominance masculine retrouvée dans notre série était comparable aux données de Sanogo Z et al [5] au Mali en 2013 et Bayar R et al [8] en Tunisie en 2021 qui ont rapporté respectivement un sexratio de 3,2 et de 1,72. Les indications de la stomie étaient dominées par le volvulus du colon pelvien associé à une nécrose. Notre résultat est similaire de ceux de Traore A et al [6] au Mali en 2010 et Gueye D et al [2] au Sénégal en 2015 qui avaient rapporté respectivement 31,1% et 56% de volvulus du côlon pelvien avec nécrose. Notre résultat pourrait s'expliquer d'une part par le mauvais régime alimentaire qui serait à l'origine des pathologies coliques tel que le dolichocôlon mais aussi la consultation tardive des patients dans le service. Les gestes chirurgicaux étaient principalement les anastomoses colorectales termino-terminale et termino-terminale colo-colique. Attolou SGR et al [10] au Maroc en 2019 ont rapporté une domination des anastomoses colorectales dans leur étude soit 61,54%. Par rapport à la durée du séjour postopératoire, nos résultats sont différents de ceux de Adakal O et al [11] qui ont retrouvé une moyenne de séjour postopératoire estimé à 4 jours. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Toure FB et al [4] en 2016 au Sénégal qui ont retrouvé dans leur étude que la moyenne de séjour après le rétablissement était de 8 jours avec des extrêmes de 5 et 20 jours. La majorité des suites opératoires étaient simples. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Adakal O et al [11] au Niger en 2021 qui avaient rapporté dans leur étude des suites opératoires simples avec 95,6% et 4,4% pour les complications. Cette différence de pourcentage pourrait s'expliquer par la différence de population et l'état clinique des patients. Les infections du site opératoire étaient les

complications rencontrées après le rétablissement de continuité digestive.

Dans la littérature, les complications précoces (survenant dans les 30 premiers jours postopératoires) sont multiples : occlusion, hémorragie, suppuration, nécrose et rétraction stomiale. Elles relèvent avant tout d'une faute technique dans la réalisation de la stomie et requièrent souvent une réintervention chirurgicale.

Les complications tardives (essentiellement prolapsus, sténose, éventration), bien que très fréquentes, sont souvent bien tolérées par les patients [6]. Nous avons enregistré un taux de décès non négligeable. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Adakal O et al [11] au Niger en 2021 qui ont noté 11,8% de décès. Ce qui pourrait s'expliquer par un bon suivi post opératoire les patients après le RCD.

CONCLUSION :

Le rétablissement de la continuité digestive est une intervention chirurgicale qui consiste à fermer une stomie. La prise en charge correcte des stomies digestives pourrait améliorer la qualité de vie des patients stomisés et réduire le taux de décès après le rétablissement de la continuité digestive.

REFERENCES

1. Koumaré S, Traoré A, Kéita S, Soumaré L, Sacko O, Kéita S. Stomies digestives : gestion et impact sur la qualité de vie au CHU du point-G et Gabriel Toure Bamako (mali). Journal de chirurgie et spécialités du Mali. 2021; **1**(2):37-41.
2. Guéye D, Cissé M, Ba P. Les Complications Chirurgicales Des Stomies Intestinales : À Propos De 25 CAS. J Afr Chir Dig. 2015; **15**:1790-3.

3. Évaluation du repérage préopératoire du site de la stomie HAS. Rapport des hautes Autorités de la santé – mars 2023 doi : 978-2-11-167607-7/www.has-sante.fr

4. Touré FB, Thomas MW, Diao ML, Tendeng JN, Horace HJ, Cissé M. La fermeture précoce des stomies digestives : à propos de 66 cas colligés dans la clinique chirurgicale de l'Hôpital Aristide Le Dantec. Pan African Medical Journal. 2016; **23**:188.

5. Traore A, Diakite I, Togo A, Dembele B, Kante L, Coulibaly Y. Stomies digestives en chirurgie générale du CHU Gabriel Toure. Mali Med. 2010; **XXV**(4):52-6.

6. Bayar R, Baccouche S, Mzoughi Z, Chelbi A, Arfa N, Gharbi L, Mestiri H, Khalfallah MT. Les stomies digestives : quel impact professionnel. Pan Afr Med J. 2021; **38**:118.

7. Johnston LR, Bradley MJ, Rodriguez CJ, McNally MP, Elster EA, Duncan JE. Ostomy Usage for Colorectal Trauma in Combat Casualties. World J Surg. 2019; **43**(1):1.

8. Sanogo Z, Koïta A, Koumaré S, Camara M, Traoré M, Goïta D. Procédures techniques de rétablissement de la Continuité colique après colostomie. Journal Africain de Chirurgie 2013; **2**(3):163-167.

9. Attolou S, Seto D, Njoumi N, Gandji W, Mehinto D, Ehirchiou A. Complications des stomies digestives dans le service de chirurgie viscérale II de l'hôpital militaire d'instruction n Mohammed V de Rabat à propos de 39 cas. J Afr Chir Dig. 2019; **19**(2):2836-40.

10. Adakal O, Rouga M, Abdoulaye M, Adamou H, Mounkeila I, James LD. Indications, Complications Et Poids Socio-Economiques Des Stomies Digestives Au Centre Hospitalier Régional De Maradi. J Afr Chir Digest 2021; **21**(1):3269–74.