



# STOMATHERAPIE

Approche des soins de la personne stomatisée

Emmanuelle floch  
Infirmière stomathérapeute  
CH Morlaix  
Mars 2019

# La stomathérapie... c'est quoi?

C'est :

« La maîtrise des connaissances techniques, des principes de relation d'aide et des soins éducatifs qui vont permettre à la personne stomisée de retrouver son **autonomie** après l'intervention afin de reprendre **une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale** aussi normale que possible »

Mais cela concerne aussi les...

- Troubles de la continence urinaire et/ou fécale d'origine chirurgicale ou non
- Plaies chirurgicales complexes avec ou sans fistule et les plaies chroniques
- Les soins aux personnes mastectomisées dont la prise en charge nécessite des compétences techniques et relationnelles voisines de celles des personnes stomisées

## La stomie c'est quoi?

C'est l'abouchement du tube digestif ou des voies urinaires à la peau pour permettre :

- L'alimentation
- L'évacuation des fluides

provisoire ou  
définitive



Colostomie gauche

## Le rétablissement de continuité c'est quoi?

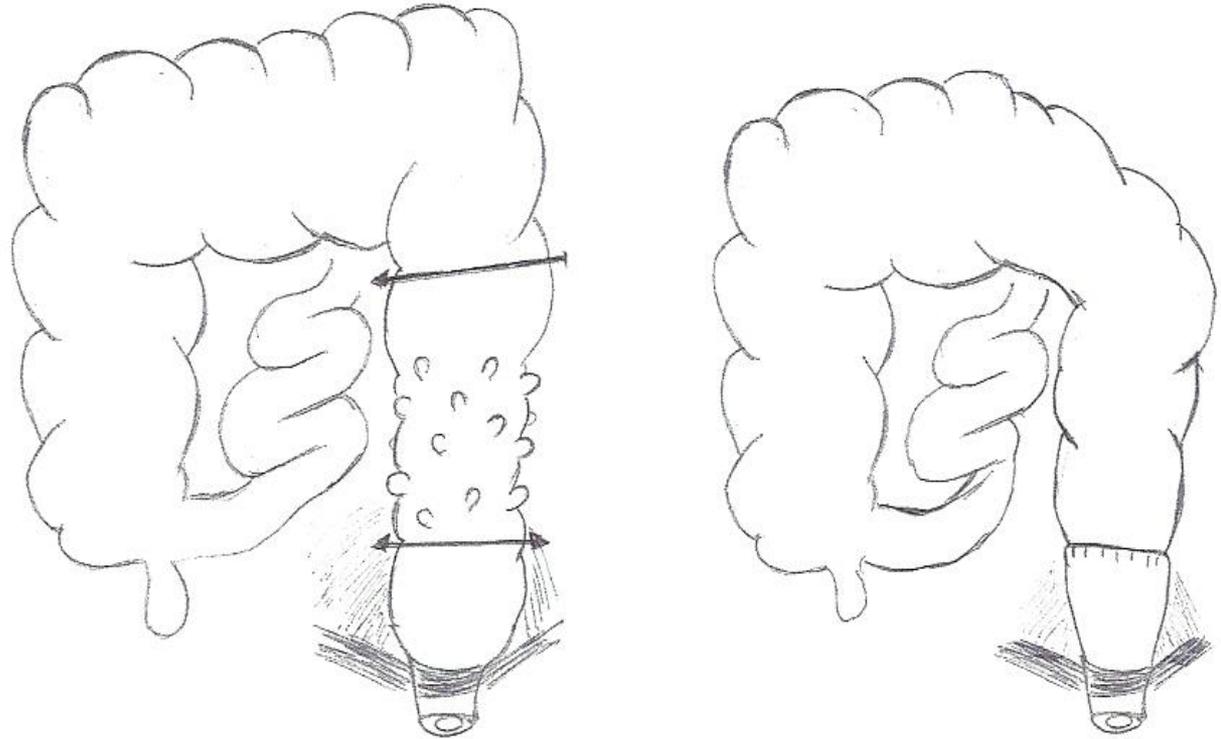
Après dérivation intestinale, c'est l'action de réunir 2 segments intestinaux entre eux.

Il peut se faire dans un deuxième temps opératoire pour permettre aux sutures d'être bien cicatrisées.

## L'anastomose c'est quoi?

C'est la zone de réunion ou de suture de ces 2 segments.

## Anastomose colo-rectale





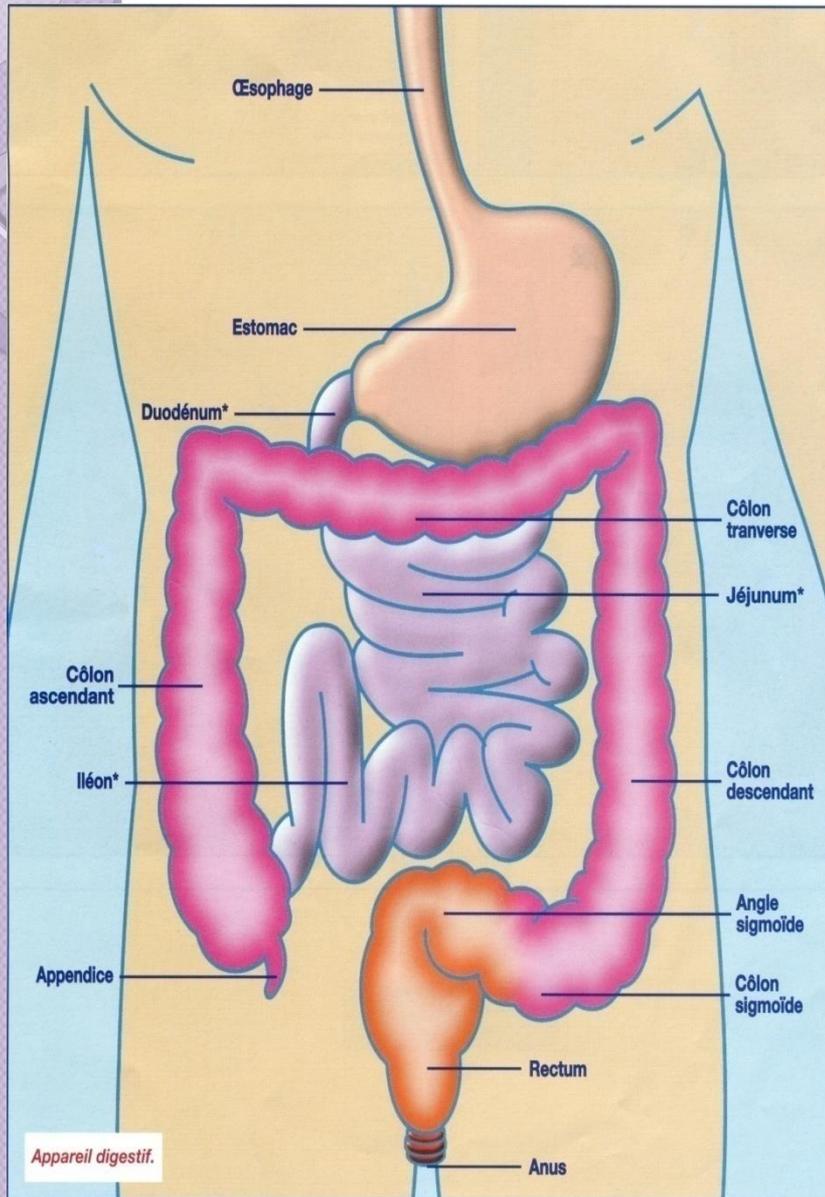
# LA STOMIE DIGESTIVE

# 1-Rappels anatomiques

L'appareil digestif : l'ensemble des organes qui participent à la digestion des aliments.

En assurant leur transformation, ils permettent:

- L'absorption et l'acheminement vers le sang et la lymphe vers les cellules
- Leur évacuation s'ils ne sont pas assimilables



Estomac : lieu de digestion des aliments

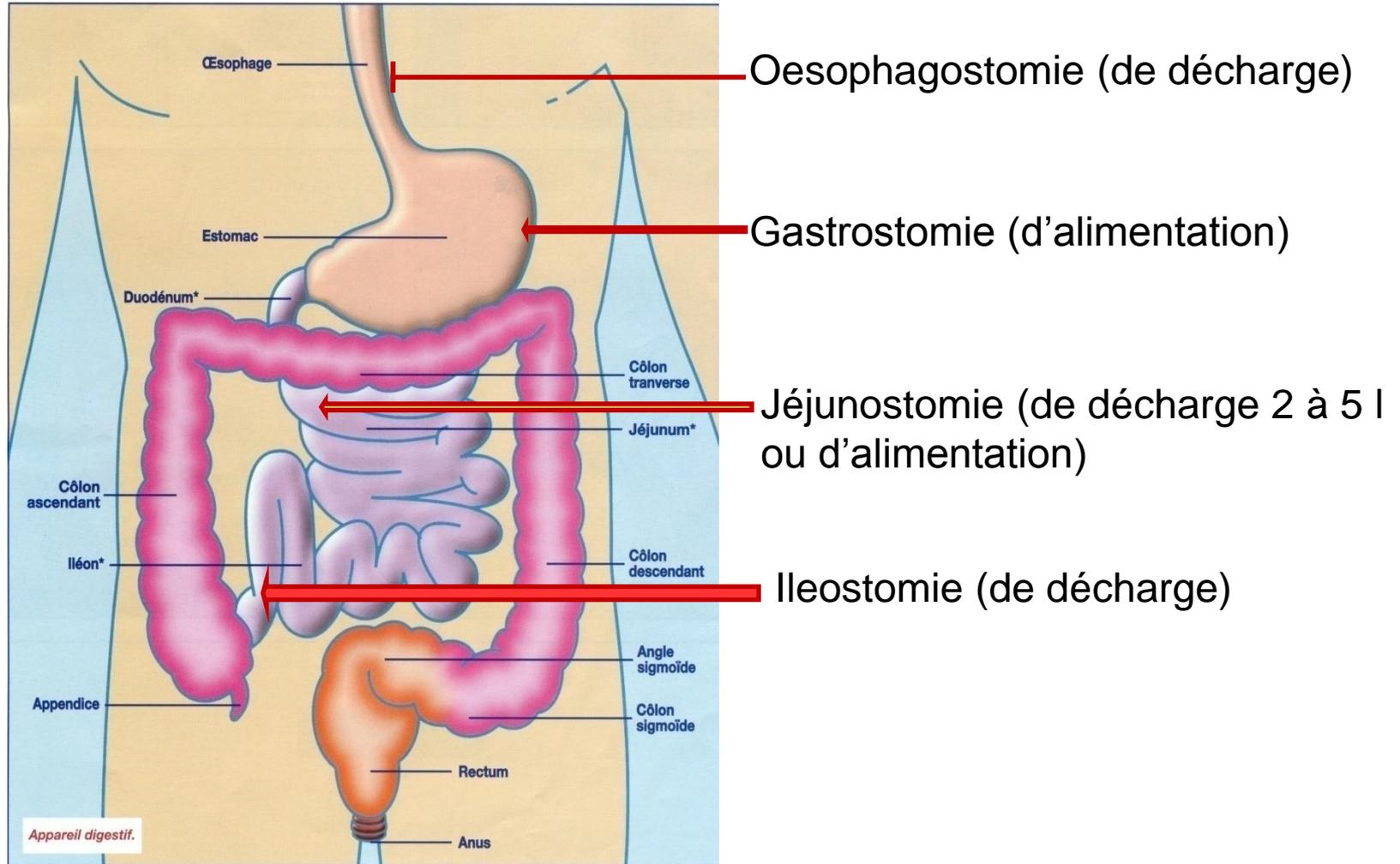
Intestin grêle : lieu de réabsorption des aliments digérés=selles liquides

Colon : lieu de réabsorption de l'eau= selles pâteuse à moulées

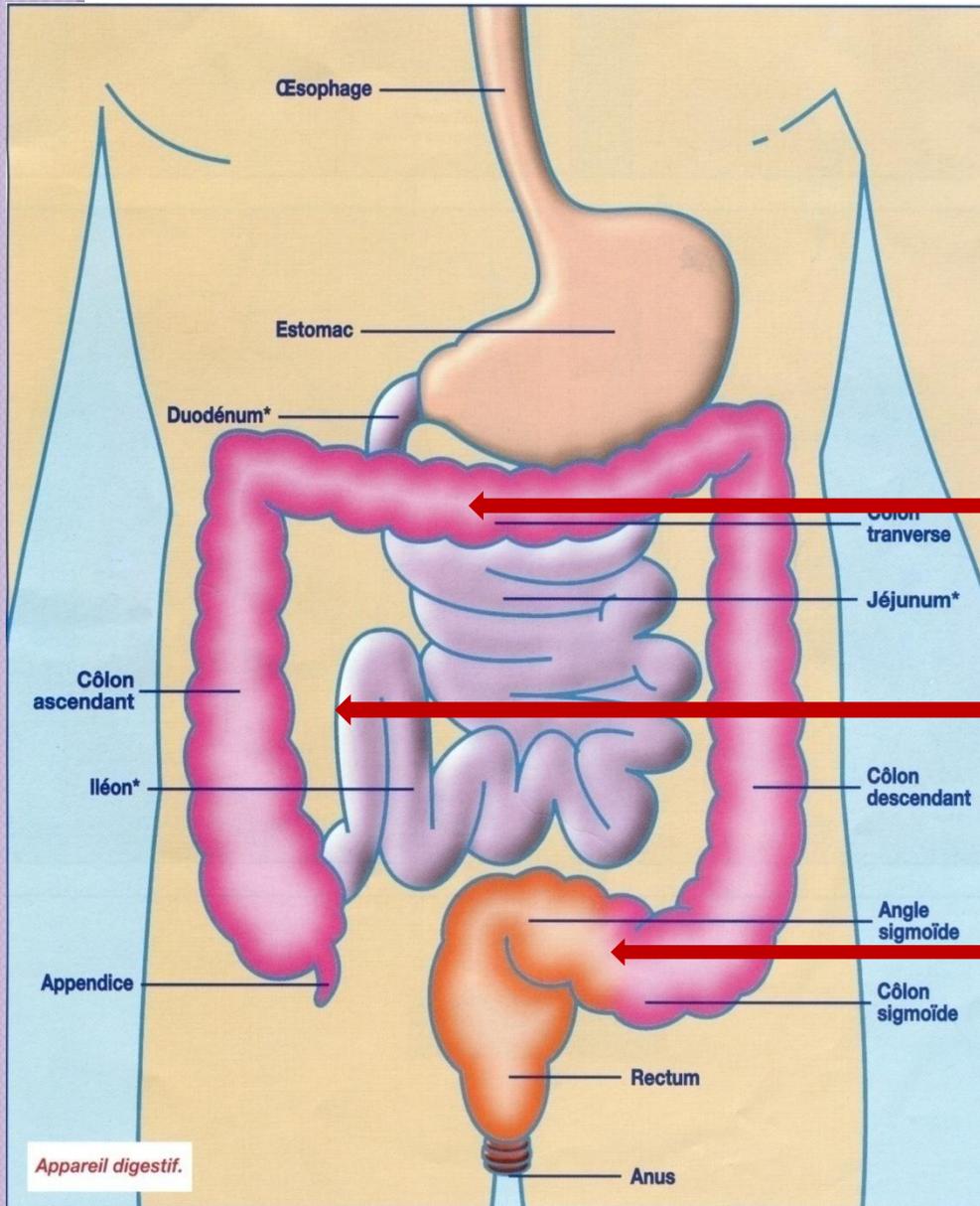
Rectum: réservoir avant l'émission contrôlée par les sphincters

# 2. Les différentes stomies

De l'œsophage jusqu'à l'intestin grêle



# Du colon jusqu'au rectum



Colostomie transverse

Colostomie droite

Colostomie gauche  
(fréquente)

L'eau est réabsorbée au niveau du colon ce qui explique la consistance des selles

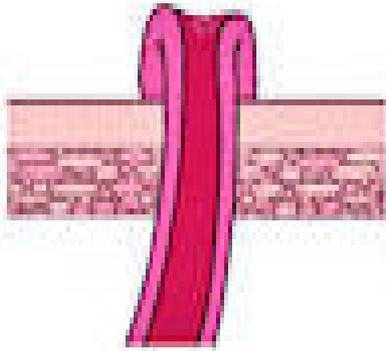
**+ la stomie est haute** et + les selles seront liquides, agressives par la présence de sucs digestifs (ileostomie jéjunostomie)

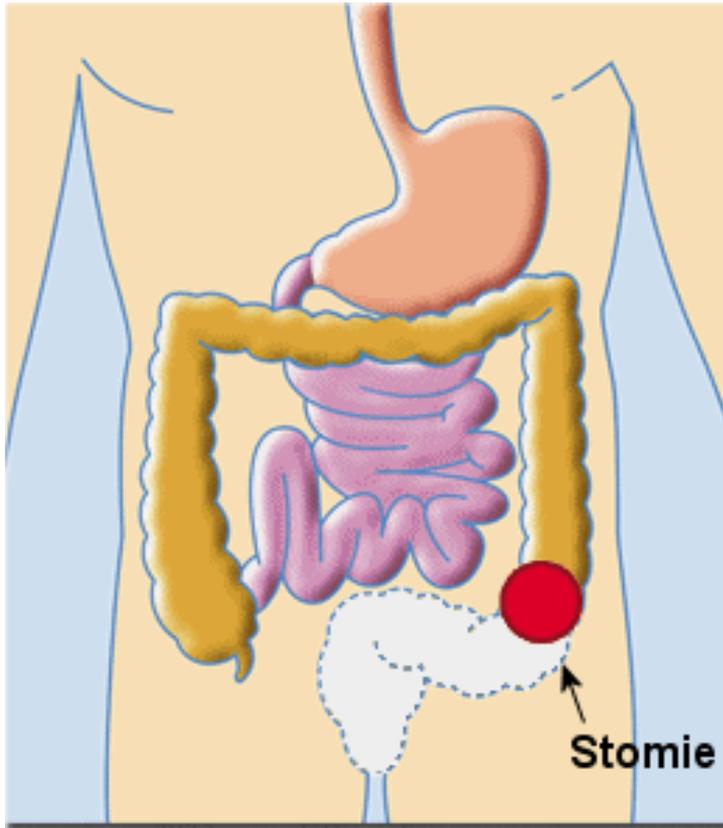
→ fuites, brûlures, malabsorption

**+ la stomie est basse** et + les selles seront moulées (facilité d'appareillage pour une colostomie non compliquée)

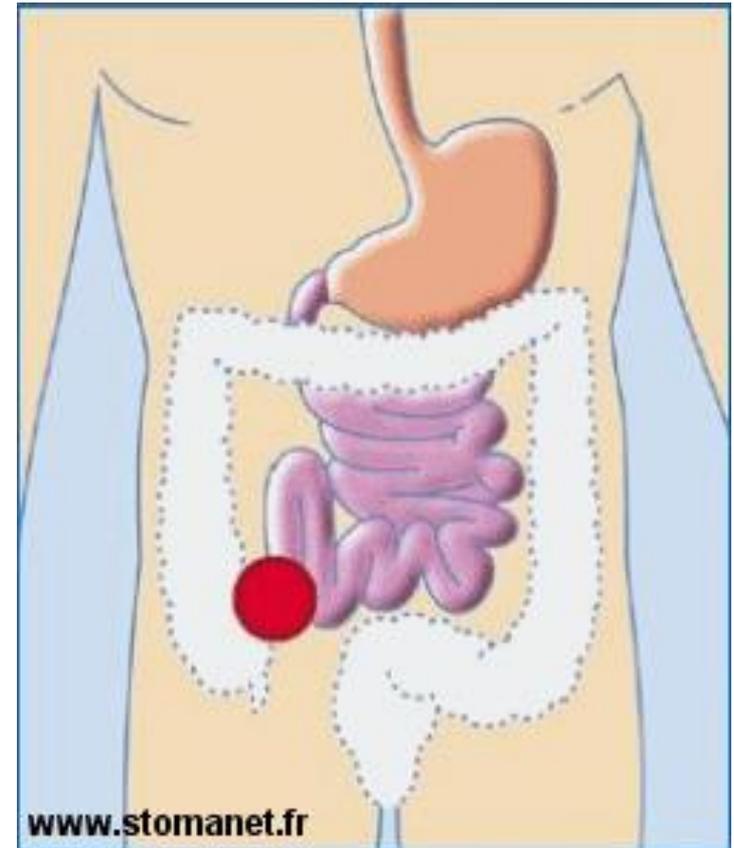
# L'iléostomie et la colostomie peuvent être de 3 types

## 1-terminale

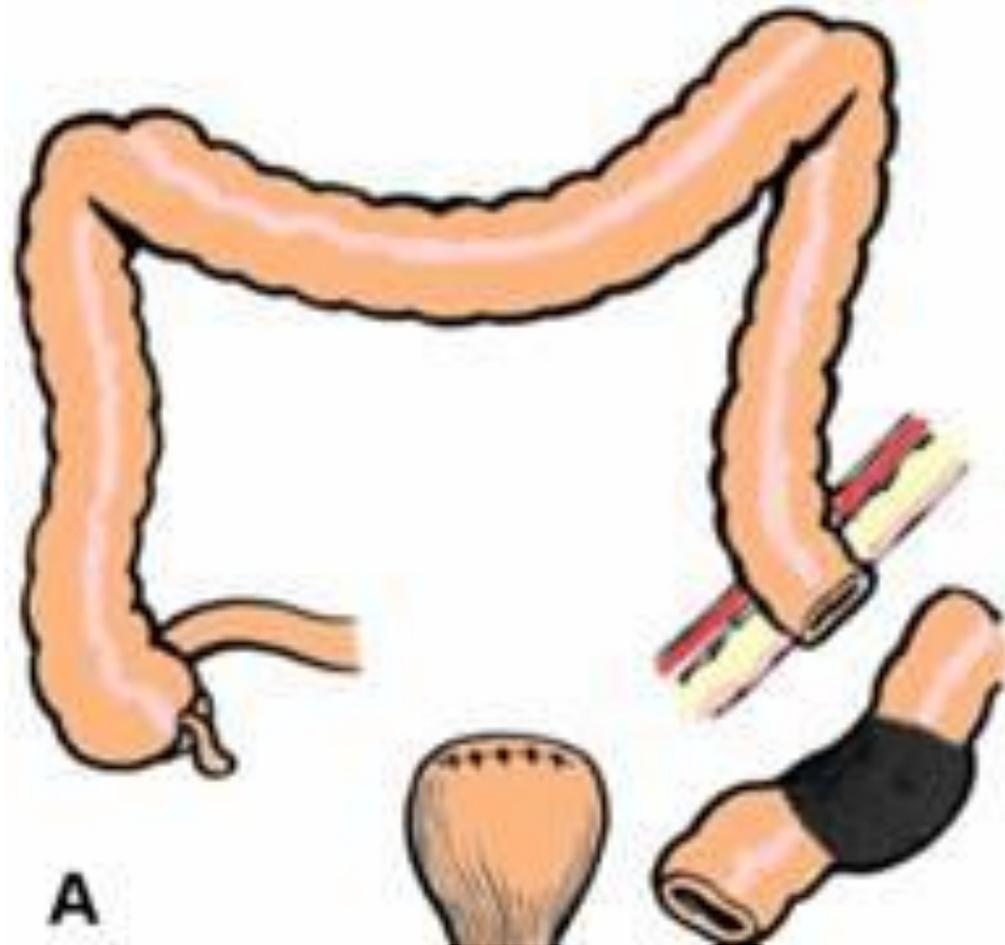




Colostomie gauche terminale



Iléostomie terminale

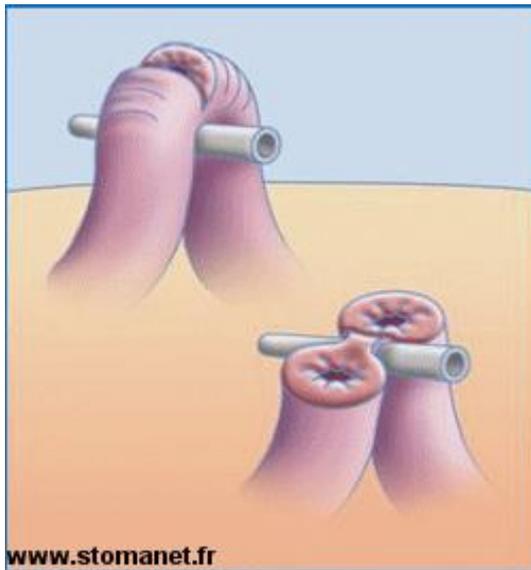


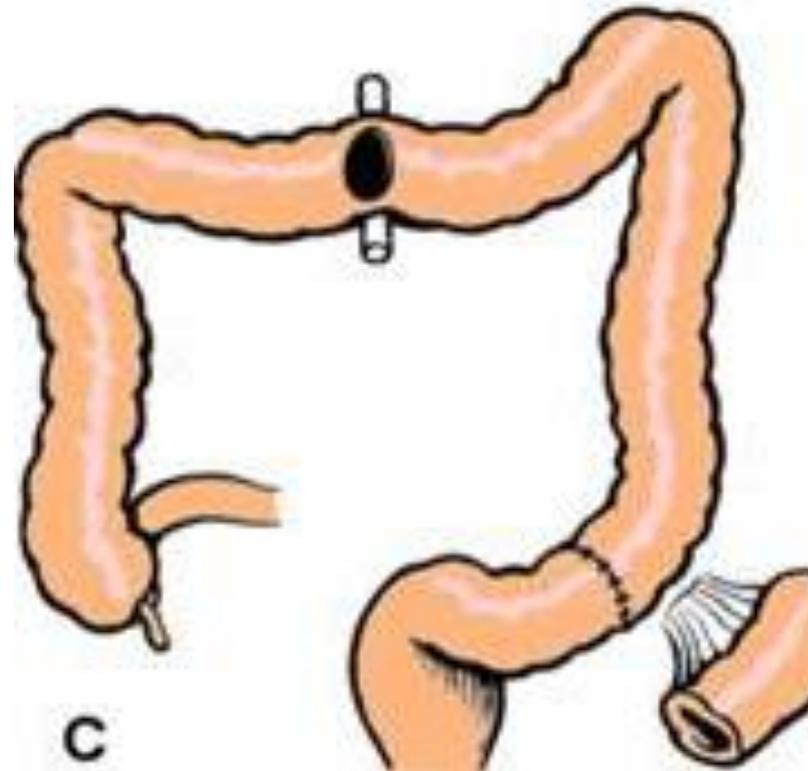
Colostomie gauche intervention de hartman

## Latérale:

Ouverture partielle d'une anse intestinale extériorisée à la peau (maintien par une baguette 10 jours)

Cette stomie est souvent temporaire.

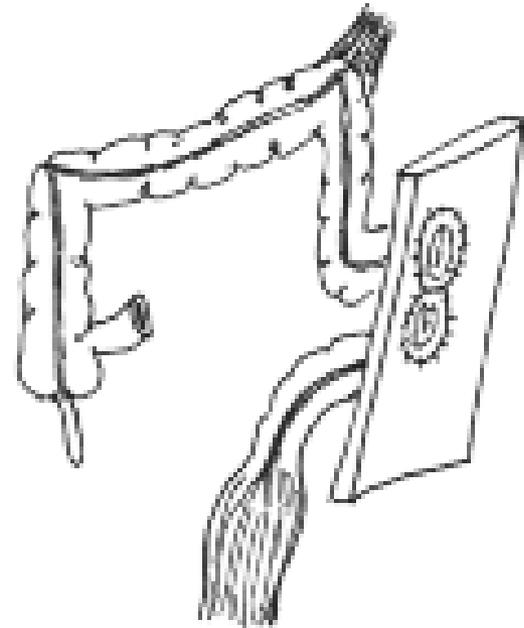
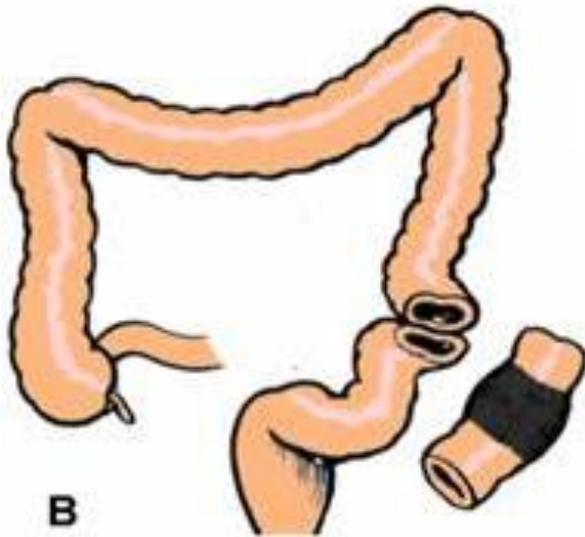




Colostomie transverse latérale pour protéger une suture en aval

En canon de fusil ou bouilly volkmann:

Pratiquée plus souvent en pédiatrie



Après résection colique : mise à la peau  
des 2 segments intestinaux

# 3-les indications

- Cancer colorectal
- Maladies inflammatoires(Crohn,RCH,diverticulose)
- Occlusion
- Infarctus mésentérique
- Intestin radique
- Endométriose
- Syndrome de malabsorption
- Sténose rectale
- Imperforation anale
- Traumatismes...

# 4-l'appareillage en post-opérateur immédiat

- Stérile
- Sans filtre (surveillance des gaz)
- À hublot
- Vidangeable
- Transparent

Dès le premier changement après le bloc  
et reprise des gaz

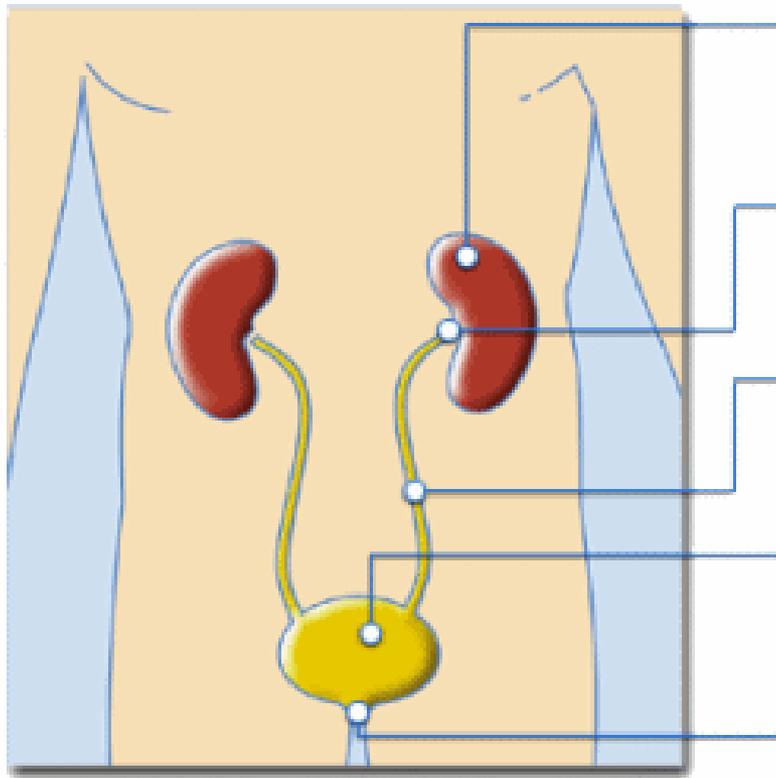


➡ **Systeme non  
stérile!**



# LA STOMIE URINAIRE

## 2- les localisations



Néphrostomie

pyélostomie

Urétérostomie directe et indirecte=bricker

Cystostomie=kT sus pubien

Uréthrostomie

Néphrostomie : drainage des cavités excrétrices rénales de façon percutanée par l'intermédiaire d'une sonde qui draine directement les urines vers l'extérieur

Rarement définitive

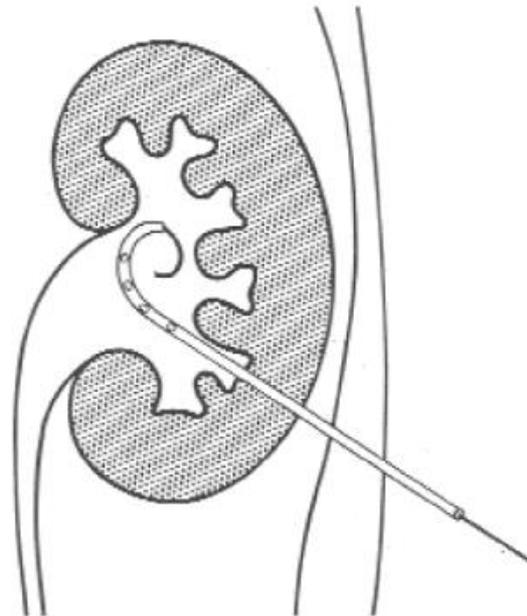
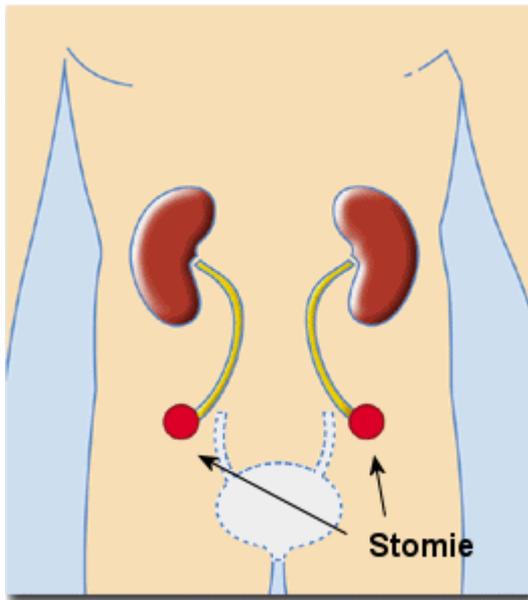


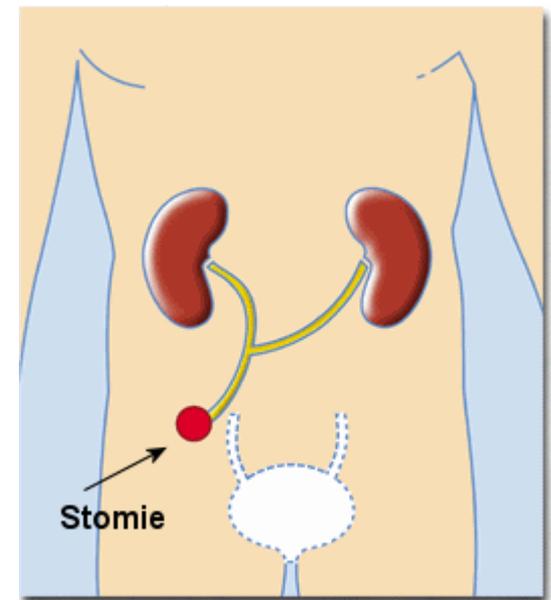
Figure 4. Néphrostomie percutanée placée dans le pyélon via le calice inférieur

# Urétérostomie cutanée directe

Abouchement d'un ou des 2 uretères à la peau au niveau d'un ou des 2 flancs par des sondes (changées par un médecin)



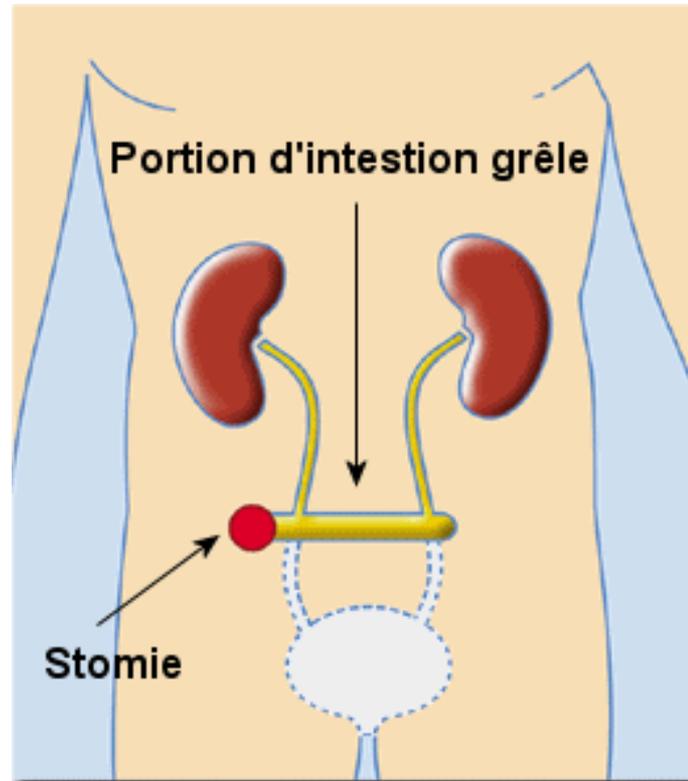
Dérivation urinaire directe bilatérale



Dérivation urinaire directe unilatérale

# Urétérostomie indirecte ou Bricker :

interposer entre les 2 uretères et un orifice cutané externe un segment d'iléon isolé de la continuité digestive



### 3- les indications du bricker

- tumeurs vessie(tabac,professionnels ...)
- tumeur de prostate, de voisinage(colon, rectum)
- cancers gynécologiques
- pathologies infectieuses(tuberculose, bilharzioze)
- iatrogènes (vessie radique, fistules urogénitales, lésions urétérales peropératoires, scléroses vésicales, lésions sphinctériennes)
- congénitales(vessie neurologiques, extrophie vésicale)

## 3-l'appareillage

Le soin est le rôle de l'infirmière.

- Non stérile
- Protecteur cutané
- Vidangeable
- Transparent ou opaque
- Valves anti reflux
- 1 ou 2 pièces

La poche doit être changée tous les jours, pour éviter les infections urinaires.

- Il peut être relié la journée à une poche de jambe(=500 à 800ml), accrochée au mollet ou à la cuisse pour augmenter la capacité de recueil(sorties, cinéma, longs trajets)



- La nuit, il est relié à une poche de 2 litres pour éviter de se lever





# LE SOIN

Le soin de stomie: rôle de l'IDE et de l'IDE  
stomathérapeute

Soin de colostomie cicatrisée et sans  
complications : rôle de l'Aide soignant  
**La stomie n'est pas une plaie**

Objectifs du soin:

- recueillir les effluents
- protéger la peau
- éviter les complications péristomiales

# 1-Matériel

- Gants à usage unique
- Champ de soin
- Eau tiède du robinet +/- savon doux
- Compresses non stériles ou gant de toilette
- Papier toilette
- Poche de stomie et support si système 2 pièces
- Ciseaux
- Sac poubelle

## 2-Déroulement du soin

Le soin est doux, non algique ,  
accompagné par la parole

Il est effectué le matin et/ou le soir  
avant le coucher

- Prévenir le patient
- Se laver les mains
- Installation dans la salle de bain, avec WC
- Disposer le matériel

- 
- Enfiler les gants
  - Disposer le champ de soin sous la poche
  - Décoller la poche du haut vers le bas en maintenant la peau
  - Retirer le surplus de selles
  - Nettoyer la stomie et son pourtour avec de l'eau et du savon puis rincer et sécher par tamponnement

# 3-Fréquence de changement

- La poche 1 pièce doit être changée 1 à 2 fois par jour (efficacité du filtre)
- Pour le système 2 pièces:
  - le support est laissé en place 2 à 3 jours
  - la poche est changée 1 à 2 fois par jour

Ne jamais attendre une fuite pour le changer!!!

# Rôle AS

- Dépister une éventuelle complication, un problème cutané
- Noter la quantité , l'aspect des selles
- Noter le comportement du patient
- Transcrire toutes ces infos dans le dossier de soin



# LES COMPLICATIONS DES STOMIES

# les complications précoces

La nécrose

L'hémorragie

L'éviscération

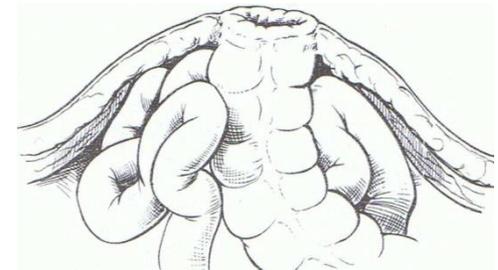
Abcès péristomial

La désinsertion:

Occlusion

# Complications tardives(+ de 30 jours)

- L'éventration:  
Tuméfaction(faire assoir)  
Augmente à la toux  
Réductible à la palpation



➔ Traitement : ceinture abdominale+/-  
chirurgie et système souple

# les problèmes cutanés

- La + fréquente des complications
- Traitement rapide
- Prise en charge pluridisciplinaire

Se manifestent par:

- Douleur
- Perte d'appétit et de sommeil
- Perte de confiance en soi et dans les soignants
- Perte d'autonomie, isolement
- Soins fréquents



## Causes:

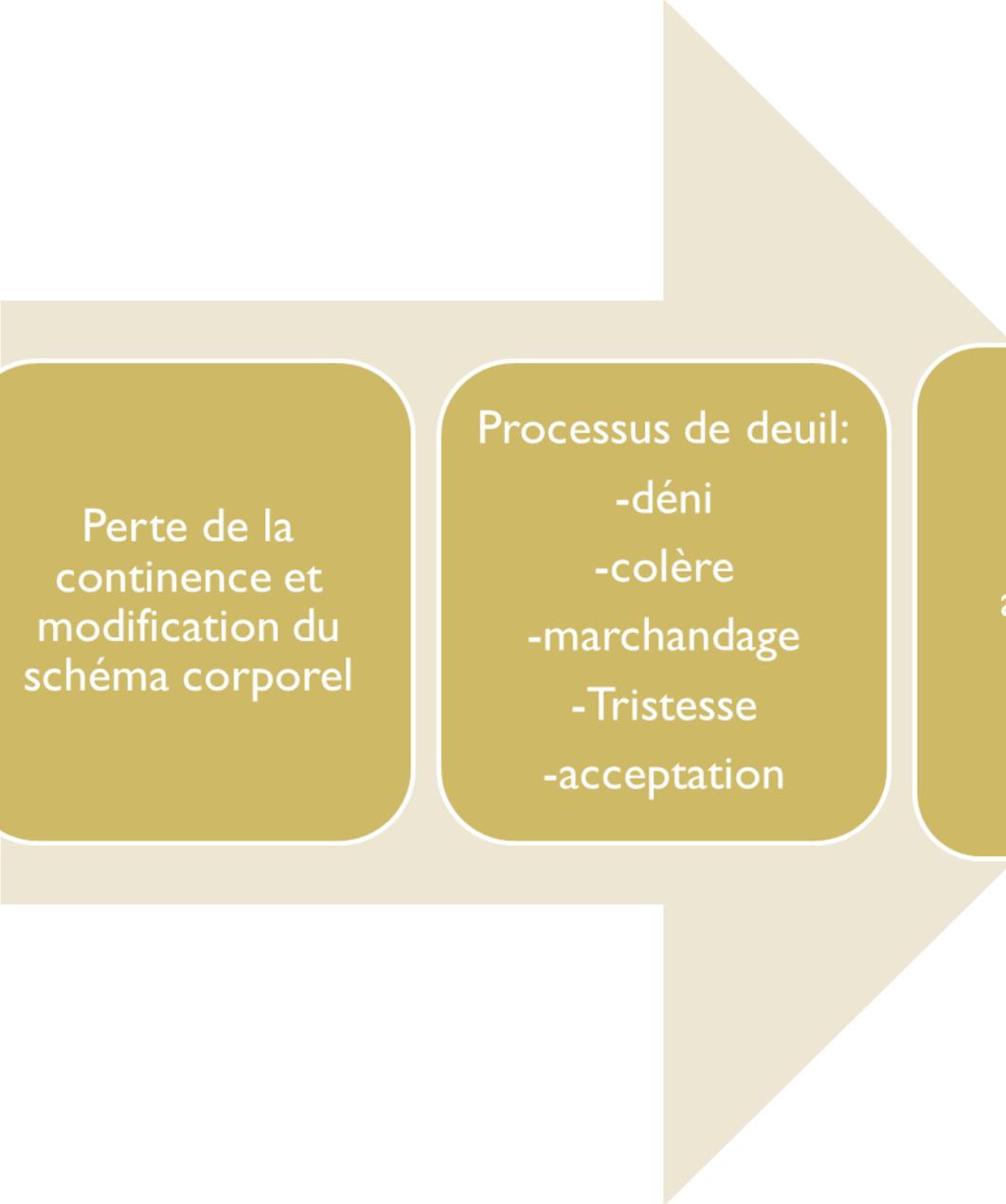
- Stomie mal repérée
- Morphologie du patient → fuites
- Technique opératoire
- Manque d'éducation → douleur
- Soins inadaptés
- Matériel inadapté → état cutané altéré
- Surveillance irrégulière



# ASPECT PSYCHOLOGIQUE

- 
- La confection d'une stomie entraîne:
    - perte de la continence et donc du contrôle volontaire des selles ou des urines(peut être vécu comme une régression)
    - perturbation de l'image corporelle (peut être vécu comme une mutilation)

- 
- une image négative de son corps, peur:
    - de ne plus être autonome,
    - d'être rejeté, du regard des autres
    - des perturbations dans sa vie sociale, professionnelle, son alimentation, sa vie sociale, ses loisirs, sa vie sexuelle et affective...
  - Peur des fuites, des odeurs, des gaz, des bruits.



Perte de la  
continence et  
modification du  
schéma corporel

Processus de deuil:

- déni
- colère
- marchandage
- Tristesse
- acceptation

acceptation

- 
- Le passage par les différentes étapes n'est pas obligatoire
  - Parfois l'acceptation ne peut se faire
  - Une stomie réalisée en urgence est plus difficile à accepter, puisque le patient n'a pas pu être préparé psychologiquement

- 
- Si pathologie grave(ex:cancer), s'ajoute à la stomie:
    - la peur des traitements(chimio, rayons)
    - La perturbation de la dynamique familiale
    - La peur de la mort



# PARCOURS DE SOIN

# Entretien pré-op

par l'infirmière stomathérapeute:

- Information et reformulation de ce qu'il a compris de l'intervention
- Écoute de ses craintes, attitude rassurante
- Présentation à un stomisé-contact
- Implication de la famille
- S'il le désire, présentation du matériel
- Repérage pré-op

# Pré- opératoire

- Le patient arrive la veille
- Durée moyenne d'hospitalisation: 10 à 15 jours
- Préparation standard de l'opéré:
  - vérifier le rasage, et la douche bétadinée
  - Différents protocoles de préparation digestive: par ex, régime sans résidus 5 jours avant, lavements...

# En post-opératoire...

- surveillance classique de l'opéré (température, diurèse, pansement, paramètres vitaux...)
- des gaz, dans la poche, des premières selles (quantité aspect) ou pour les stomies urinaires de la diurèse
- De l'aspect de la stomie, et de la peau péristomiale

- 
- éduquer le patient et parfois sa famille dans la pratique du soin,
  - Répondre à ses questions
  - Le guider dans le choix de son matériel
  - Résoudre les problèmes rencontrés
  - Le rassurer, le valoriser sans minimiser ses angoisses, l'aider à les verbaliser

# L'alimentation

- Boissons dès la reprise des gaz, puis régime sans résidus strict
- 3 à 4 jours : sans résidus élargi
- 5 6 7 ème jour, régime pauvre en fibres
- À partir de la 2<sup>ème</sup> semaine: régime normal

# La sortie

- ordonnances , fiche de liaison IDE ,
- Contact avec l'ASBO, et la ligue si pathologie cancéreuse
- matériel en avance
- Consultations ou à la demande avec l'infirmière stoma, la dieteticienne pour réajuster ses pratiques et ses connaissances si nécessaire :  
poursuite de l'éducation thérapeutique
- Soutien psychologique proposé



# LA VIE APRÈS...

# Vêtements

- garder ses vêtements habituels avec les mêmes sous vêtements au dessus ou au dessous de la ceinture(pas de compression de la poche)
- prévoir du matériel de rechange avec soi



## Sports

Ils sont tous possibles...

...sauf les sports violents:  
rugby, judo, karaté

## Bains

- Possibilité avec des poches de petites capacité et un maillot de bain à motifs
- Changer la poche avant et après

# voyages



- Prévoir le double de matériel dans un bagage à main
- Poches vidables en cas de diarrhées
- Copie d'ordonnances
- Eau en bouteille pour le soin
- Voiture : ceinture de sécurité

La colostomie:

- bonne hydratation
- manger lentement
- Réintégrer progressivement les aliments à risque



L'ileostomie:

- éviter la déshydratation(boire 2 litres d'eau)
- Et augmenter ses apports si sports et chaleur
- bien saler ses aliments sauf contre indication

## Grossesse

- Pas de contre indication
- 1 à 2 ans après l'intervention
- Adapter la découpe du patron



## Sexualité

# conclusion

Rôle de l'aide soignant essentiel

- Surveillance de l'opéré et soins d'hygiène et de confort

- connaissances techniques et théoriques du soin de colostomie et éducation

- dépistage de complications cutanées et orientation vers l'ide ou la stomathérapeute

- relation d'aide