

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2010

THESE N°:181

QUALITE DE VIE APRES UNE COLOSTOMIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle Halima SHAIMI

Née le 03 Juillet 1984 à Salé

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Colostomie – Qualité de vie - Occlusion.

JURY

Mr. M. R. CHKOFF

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. ELABSI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. H. EL ALAMI EL FARICHA

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. FAROUDY

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Mr. M. KISRA

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم الحكيم

﴿

سورة البقرة: الآية: 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا و قلبا خاشعا و شفاء
من كل داء و سقم





**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Ali BEN OMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur El Hassan AHELLAT

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Abdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLI Abdeslam Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

- 15. Pr. BENOMAR Said*
- 16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSOUA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENS Aid Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUZZANI ép.TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

55. Pr. OHAYON Victor*
56. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

57. Pr. BENHMAMOUCHE Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Noureddine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNAOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZZAZ Abdellah*

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUDA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

100. Pr. SOULAYMANI ép. BENCHEIKH Rachida
101. Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
149. Pr. SLAOUI Anas

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie - Pédiatrie
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAOUI Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*
170. Pr. BENZAOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAOUI Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
195. Pr. GAMRA Lamiae

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique

196. Pr. GAOUZI Ahmed
197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
200. Pr. MOULINE Soumaya
201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
202. Pr. OUZEDDOUN Naima
203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
205. Pr. BEN AMAR Abdeselem
206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
207. Pr. BIROUK Nazha
208. Pr. BOULAICH Mohamed
209. Pr. CHAOUIR Souad*
210. Pr. DERRAZ Said
211. Pr. ERREIMI Naima
212. Pr. FELLAT Nadia
213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
214. Pr. HAIMEUR Charki*
215. Pr. KADDOURI Nouredine
216. Pr. KANOUNI NAWAL
217. Pr. KOUTANI Abdellatif
218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
220. Pr. NAZZI M'barek*
221. Pr. OUAHABI Hamid*
222. Pr. SAFI Lahcen*
223. Pr. TAOUFIQ Jallal
224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
226. Pr. KHATOURI Ali*
227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
230. Pr. ALOUANE Mohammed*
231. Pr. LACHKAR Azouz
232. Pr. LAHLOU Abdou
233. Pr. MAFTAH Mohamed*
234. Pr. MAHASSINI Najat
235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
237. Pr. NASSIH Mohamed*
238. Pr. RIMANI Mouna
239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*

Pneumo-phtisiologie

241. Pr. AIT OUMAR Hassan
 242. Pr. BENCHERIF My Zahid
 243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
 244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 245. Pr. CHAOUI Zineb
 246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 248. Pr. EL FTOUH Mustapha
 249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 250. Pr. EL OTMANYAzzedine
 251. Pr. GHANNAM Rachid
 252. Pr. HAMMANI Lahcen
 253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
 254. Pr. ISMAILI Hassane*
 255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
 256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 257. Pr. TACHINANTE Rajae
 258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
 260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
 261. Pr. AJANA Fatima Zohra
 262. Pr. BENAMR Said
 263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
 264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
 265. Pr. BOUTALEB Najib*
 266. Pr. CHERTI Mohammed
 267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 268. Pr. EL HASSANI Amine
 269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
 270. Pr. EL KHADER Khalid
 271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 273. Pr. HSSAIDA Rachid*
 274. Pr. MANSOURI Aziz
 275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
 276. Pr. RZIN Abdelkader*
 277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
 280. Pr. AOUD Aicha
 281. Pr. BALKHI Hicham*
 282. Pr. BELMEKKI Mohammed
 283. Pr. BENABDELJLIL Maria
 284. Pr. BENAMAR Loubna
 285. Pr. BENAMOR Jouda
 286. Pr. BENELBARHDADI Imane
 287. Pr. BENNANI Rajae
 288. Pr. BENOACHANE Thami
 289. Pr. BENYOUSSEF Khalil

Anesthésie-Réanimation
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie

290. Pr. BERRADA Rachid
 291. Pr. BEZZA Ahmed*
 292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 295. Pr. CHAT Latifa
 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
 297. Pr. DAALI Mustapha*
 298. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
 299. Pr. EL HAJJOUI Ghziel Samira
 300. Pr. EL HAJRI Ahmed
 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 302. Pr. EL MADHI Tarik
 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 306. Pr. ETTAIR Said
 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 308. Pr. GOURINDA Hassan
 309. Pr. HRORA Abdelmalek
 310. Pr. KABBAJ Saad
 311. Pr. KABIRI El Hassane*
 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 313. Pr. LEKEHAL Brahim
 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 315. Pr. MEDARHRI Jalil
 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
 317. Pr. MOHSINE Raouf
 318. Pr. NABIL Samira
 319. Pr. NOUNI Yassine
 320. Pr. OUALIM Zouhir*
 321. Pr. SABBAH Farid
 322. Pr. SEFIANI Yasser
 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie
 Urologie

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 326. Pr. AMEUR Ahmed*
 327. Pr. AMRI Rachida
 328. Pr. AOURARH Aziz*
 329. Pr. BAMOU Youssef *
 330. Pr. BELGHITI Laila
 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
 333. Pr. BENZEKRI Laila
 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 335. Pr. BERADY Samy*
 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Gynécologie Obstétrique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro – Enterologie
 Médecine Interne
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie

342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 344. Pr. EL MANSARI Omar*
 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 347. Pr. HADDOUR Leila
 348. Pr. HAJJI Zakia
 349. Pr. IKEN Ali
 350. Pr. ISMAEL Farid
 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 352. Pr. KRIOULE Yamina
 353. Pr. LAGHMARI Mina
 354. Pr. MABROUK Hfid*
 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 359. Pr. OUJILAL Abdelilah
 360. Pr. RACHID Khalid *
 361. Pr. RAISS Mohamed
 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 363. Pr. RHOU Hakima
 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
 365. Pr. SIAH Samir *
 366. Pr. THIMOU Amal
 367. Pr. ZENTAR Aziz*
 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
 370. Pr. AMRANI Mariam
 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 375. Pr. BOULAADAS Malik
 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 377. Pr. CHERRADI Nadia
 378. Pr. EL FENNI Jamal*
 379. Pr. EL HANCI Zaki
 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 382. Pr. HACHI Hafid
 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
 385. Pr. KHABOUZE Samira
 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
 387. Pr. LEZREK Mohammed*
 388. Pr. MOUGHIL Said
 389. Pr. NAOUMI Asmae*
 390. Pr. SAADI Nozha
 391. Pr. SASSENOU Ismail*
 392. Pr. TARIB Abdelilah*

Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Néphrologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique

393. Pr. TIJAMI Fouad
394. Pr. ZARZUR Jamila

Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

395. Pr. ABBASSI Abdelah
396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
398. Pr. ALLALI fadoua
399. Pr. AMAR Yamama
400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
401. Pr. AZIZ Nouredine*
402. Pr. BAHIRI Rachid
403. Pr. BARAKAT Amina
404. Pr. BENHALIMA Hanane
405. Pr. BENHARBIT Mohamed
406. Pr. BENYASS Aatif
407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
408. Pr. BOUKALATA Salwa
409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
412. Pr. HAJJI Leila
413. Pr. HESSISSEN Leila
414. Pr. JIDAL Mohamed*
415. Pr. KARIM Abdelouahed
416. Pr. KENDOUCI Mohamed*
417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
418. Pr. LYACOUBI Mohammed
419. Pr. NIAMANE Radouane*
420. Pr. RAGALA Abdelhak
421. Pr. REGRAGUI Asmaa
422. Pr. SBIHI Souad
423. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
424. Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
426. Pr. AFIFI Yasser
427. Pr. AKJOUJ Said*
428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Ibtissam
439. Pr. FAROUDY Mamoun
440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
441. Pr. HARMOUCHE Hicham

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne

- 442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
- 443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
- 444. Pr. JROUNDI Laila
- 445. Pr. KARMOUNI Tariq
- 446. Pr. KILI Amina
- 447. Pr. KISRA Hassan
- 448. Pr. KISRA Mounir
- 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 451. Pr. MANSOURI Hamid*
- 452. Pr. NAZIH Naoual
- 453. Pr; OUANASS Abderrazzak
- 454. Pr. SAFI Soumaya*
- 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 456. Pr. SEFIANI Sana
- 457. Pr. SOUALHI Mouna
- 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo-Phtisiologie
 Pneumo-Phtisiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie – Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique
 Biochimie
 Biochimie
 Pharmacognosie
 Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le
respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que
Je dédie cette thèse ...*



A mon très cher père

Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Tu m'as appris, le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Ta bonté et ta générosité extrême sont sans limites.

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et l'amour éternel pour les sacrifices que tu m'as consenti pour mon éducation et mon bien être.

Je souhaite que cette thèse t'apporte la joie de voir aboutir tes espoirs et j'espère avoir été digne de ta confiance.

Puisse Dieu te garder et te procurer santé et longue vie.



A ma merveilleuse mère

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.

A toi maman, je dédie ce travail, que sans ton soutien, ton amour, n'aurait pu voir le jour.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études.

Veillez trouver, chère mère, dans ce travail le fruit de ton dévouement et de tes sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour.

Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie et te procurer longue vie.



A mes très chères sœurs : Fatima-zahra, Rajae, Sanae.

En témoignage de toute l'affection et des profonds sentiments fraternels que je vous porte et de l'attachement qui nous unit.

Je vous souhaite du bonheur et du succès dans toute votre vie.



A mon très cher frère : Simohammed

A notre fraternité qui m'est très chère.

Avec mon grand amour et toute ma tendresse, je te souhaite un avenir plein de joie, de réussite et surtout de santé.

Je te dédie ce travail en te souhaitant beaucoup de bonheur et de succès.



A toute ma famille

Votre soutien, votre amour et vos encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon amour et mon affection indéfectible.

Qu'ALLAH vous protège et vous accorde santé, bonheur et prospérité.



A mes amis (es)
A mes camarades de promotion

*Saadia, narimane, hafsa, houda, nezha, kamal, mourad, abdelkrim ,
asmae, ilham, mouncef, youssef, yassine, abdessamad, ilias,
mohammed*

*Les mots ne sauraient exprimer l'entendue de l'affection que
j'ai pour vous et ma gratitude.*

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de
santé et de réussite.*

*Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de
prospérité.*



*A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.
A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration
de ce travail.*

*A tous ceux qui ont pour mission cette pénible tâche de soulager
l'être humain et d'essayer de lui procurer le bien-être physique,
psychique et social.*



Remerciements



*A notre maître et président de thèse
Monsieur le professeur Med.CHKOFF
Professeur de chirurgie générale*

Nous vous sommes infiniment reconnaissants du grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Votre grand savoir, votre dynamisme et votre amabilité ont toujours suscité en nous grande estime.

Veillez trouver ici, le témoignage de notre vive gratitude et haute considération.



*A notre Maître et Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Med .ELABSI
Professeur de chirurgie générale*

Vous nous avez confié ce travail sans aucune réserve. Nous souhaitons être digne de cet honneur.

Vous nous avez guidés tout au long de notre travail en nous apportant vos précieux et pertinents conseils.

Nous vous remercions pour votre patience et votre soutien lors de la réalisation de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur ELALAMI ELFARICHA
ELHASSAN
Professeur de chirurgie générale

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Puisse ce travail témoigner de ma reconnaissance et de l'estime que je porte à votre personne.

Veillez croire à nos sincères remerciements.



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur FAROUDY MAMOUN
Professeur D'ANESTHESIE REANIMATION

*Vous avez accepté de juger ce travail avec une spontanéité
et une simplicité émouvante.*

*C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi
le jury de cette thèse.*

*Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et
profond respect.*

*Nous vous remercions de votre aide à l'élaboration de ce
travail, votre soutien était de grand apport.*

*Veillez trouver ici l'expression de nos sincères
remerciements.*



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur Mounir KISRA
Professeur de Chirurgie pédiatrique

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les
membres de notre jury.*

*Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour
vos qualités d'enseignant et votre compétence.*





Table des matières

Introduction	1
Historique	3
Généralités	5
A-Définition	6
B- Rappel anatomique et physiologique	7
C-Types de colostomies	12
D- Appareillage de la colostomie	20
E-Indications de la colostomie	25
F-Complications de la colostomie.....	26
Matériels et Méthodes	33
Résultats	38
Discussion et Analyse des Résultats	49
Conseils pratiques pour améliorer la qualité de vie des stomisés	56
Conclusion	62
Résumé	66
Bibliographie	70

Index alphabétique des abréviations

AAP : Amputation abdominopérinéale

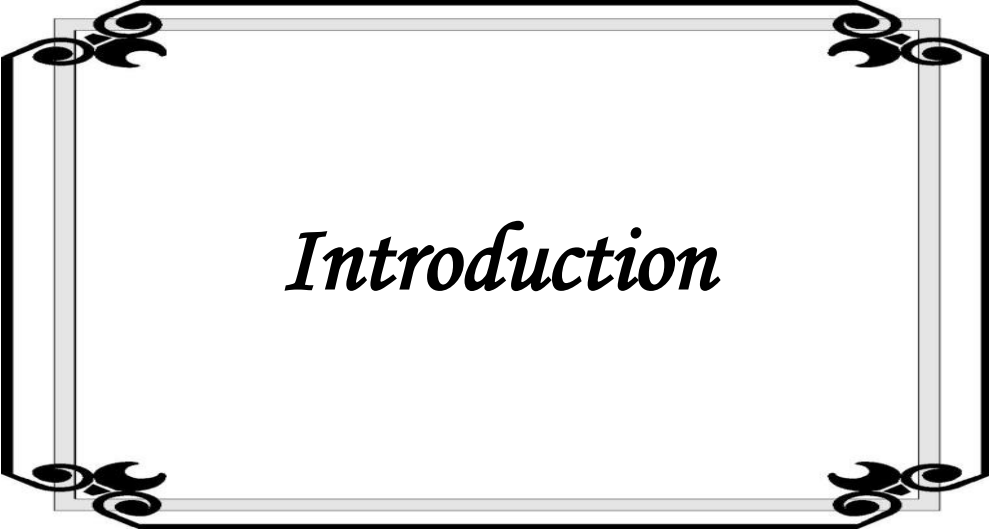
CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IAO : International Ostomate Association

RCH : Rectocolite hémorragique

UCV : Urgences chirurgicales viscérales

MICI : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin



La confection d'une stomie digestive entraîne une atteinte corporelle, elle peut avoir de lourdes répercussions familiales, sociales et professionnelles. Un suivi précoce dès la phase préopératoire, un soutien à long terme, technique et psychologique favorisent une adaptation de qualité. Aider le patient à bien vivre son handicap est une tâche complexe qui mobilise les compétences d'une équipe pluridisciplinaire ; la maîtrise des techniques chirurgicales pour la confection des stomies ainsi qu'une collaboration étroite entre le médecin et la stomathérapeute, sont essentielles pour la prise en charge personnalisée des patients stomisés.

Les progrès dans les divers appareillages, systèmes de poches et irrigations, sont des moyens concrets qui contribuent largement à améliorer la qualité de vie du patient. Les altérations de l'image corporelle et de l'activité sexuelle, parfois ignorées, peuvent persister dans le temps et nécessitent d'être abordées dans un sens de réhabilitation.

Notre travail effectué au Service de Chirurgie I (UCV) au CHU de Rabat est une étude prospective d'une série de 30 patients traités par une colostomie temporaire ou définitive. Le but de notre travail est de faire une approche sur la qualité de vie des malades colostomisés.



En 1776, PILLORE, chirurgien de Rouen élaborà pour la première fois une caecostomie, qui à la suite de l'autopsie du patient, démontra que la dérivation était de bonne qualité.

DURET, chirurgien, en 1793 sauva grâce à une colostomie iliaque, un enfant porteur d'une imperforation anale [1].

Les exemples se multiplient et c'est au XIX^e siècle que l'on parle de plus en plus des colostomies.

En 1821, D. DRING et BATH parlent d'« artificial anus» et émettent l'hypothèse d'une conséquence psychologique et sociale de la stomie.

En 1889 WITZEL réalisa la colostomie à pont dont la technique a été établie par AUDRY en 1892.

En 1907, HENRI HARTMANN réalisa une colostomie iliaque gauche après résection de la partie terminale du côlon, et fermeture intra péritonéale du moignon rectal [2].



Généralités

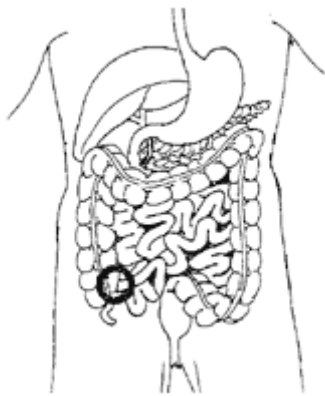
A-DEFINITIONS:

Une stomie (du mot grec stoma, « bouche ») est une déviation chirurgicale d'un conduit naturel. Elle est pratiquée lorsque le canal naturel ne peut plus remplir son rôle, à la suite d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une ablation.

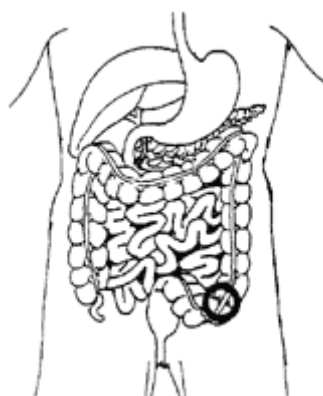
Elle se définit par l'abouchement d'un viscère à la peau.

Dans les cas les plus communs, les selles ou les urines sont donc recueillies dans une poche ou sac.

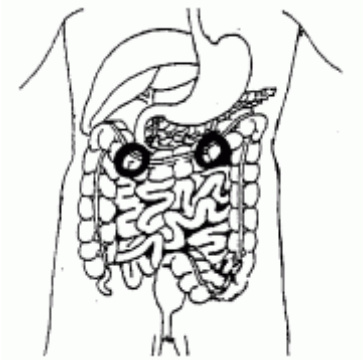
Colostomie anciennement appelée anus artificiel : abouchement du côlon à l'abdomen pour que la matière fécale soit déviée grâce à l'incision en général pratiquée sur le ventre. Colostomie peut être pratiquée sur n'importe quel segment du côlon : elle se nomme caecostomie quand le cæcum est abouché à la peau, colostomie transverse quand il s'agit du côlon transverse et colostomie gauche quand il s'agit du côlon gauche, ou côlon descendant.



Caecostomie [3]



Colostomie gauche ou sigmoïdienne [3]



Colostomie transverse droite ,
Colostomie transverse gauche. [3]

Figure 1: Les différents types de colostomies

B-RAPPEL ANATOMOPHYSIOLOGIQUE [4] :

***ANATOMIE :**

Le côlon est appelé "gros intestin". Il s'étend de l'angle iléo-caecal et sa valvule située dans la fosse iliaque droite, jusqu'au rectum, à la charnière recto-sigmoïdienne, dans la région hypogastrique.

A. Anatomie descriptive

Il mesure, en moyenne, 1,35 mètre de long.

On lui reconnaît 7 portions, qui occupent tous les cadrants de l'abdomen, sauf celui de la région ombilicale.

LES DIFFERENTES PARTIES DU COLON

1 - CÆCUM ET APPENDICE

Le caecum représente la portion du côlon située au-dessous de l'abouchement du grêle, sous la valvule iléo-caecale.

L'appendice naît sur le bord médial du caecum. sa longueur est variable (7 à 8 cm en moyenne chez l'adulte).

2 - COLON ASCENDANT

Le côlon ascendant occupe la fosse iliaque, le flanc droit et l'hypochondre droit.

3 - ANGLE COLIQUE DROIT

Situé dans l'hypochondre droit, il forme un angle aigu ouvert en caudal et ventral. Il entre en rapport avec le rein droit et la face caudale du foie

4 - COLON TRANSVERSE

Sa portion médiale est mobile. Le méso cœlon transverse cloisonne la cavité péritonéale en deux étages : sus-méso colique et sous-méso colique.

5 - ANGLE COLIQUE GAUCHE

Situé dans l'hypochondre gauche, Il est fixé à la paroi (ligament phrénico-colique gauche, fascia colique gauche).

6 - COLON DESCENDANT

Il ne possède que 2 bandelettes musculaires, ventrale et caudale.

Il est fixe. Son méso est accolé au péritoine pariétal et forme le fascia colique gauche (ancien fascia de Toldt gauche).

7 - COLON SIGMÛIDE

Il forme une boucle d'une longueur variable (20 à 40 cm) descendant sur le côté gauche du pelvis depuis le bord médial du muscle psoas gauche jusqu'à la hauteur de la 3ème vertèbre sacrale.

B.Vaisseaux et nerfs du colon droit

1 - ARTÈRES : Le cœlon droit est donc vascularisé par l'artère mésentérique supérieure

Outre les artères jéjuno-iléales, l'artère mésentérique supérieure donne sur son bord droit 3 artères coliques droites qui s'anastomosent entre elles :

* inférieure, pour la région iléo-caecale (artère iléo-bicaeco-appendiculo-colique)

*moyenne, pour le colon ascendant

* supérieure, pour l'angle hépatique

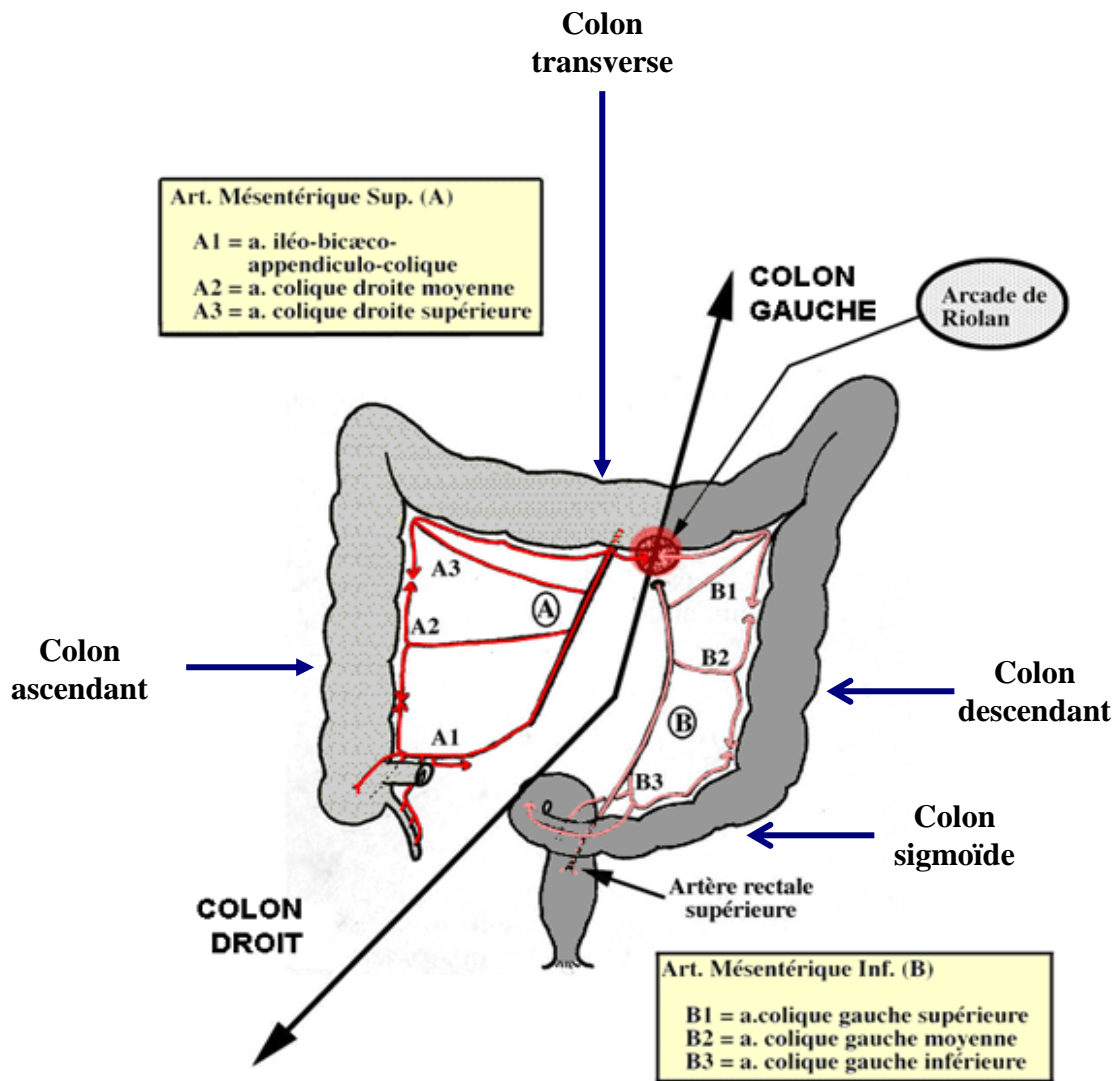


Figure 2 montrant la vascularisation du colon

2 - VEINES : Elle se drainent selon un schéma analogue vers la veine mésentérique supérieure

3 - LYMPHATIQUES : Ils rejoignent les chaînes lymphatiques latéro-aortiques et surtout le nœud rétro-pancréatique. De nombreux nœuds lymphatiques occupent l'angle iléo-coecal

4 - NERFS : Ils proviennent d'une expansion du plexus coeliaque, le plexus mésentérique supérieur situé autour de l'origine aortique de l'artère mésentérique supérieure.

C- Vaisseaux et nerfs du colon gauche

1- Les artères : Le côlon gauche est vascularisé par l'artère mésentérique inférieure.

Ses collatérales sont :

- * A. colique supérieure gauche qui va s'anastomoser avec l'artère colique supérieure droite formant l'arc artériel para-colique (arcade de Riolan)
- * A. colique moyenne gauche pour le colon descendant
- * A. colique inférieure gauche qui donne 3 artères :

artère sigmoïdienne supérieure ,moyenne et inférieure.

2 - VEINES : Elles confluent toutes vers la veine mésentérique inférieure qui en s'anastomosant avec la veine splénique forme le tronc spléno-mésaraïque. Ce dernier, en s'unissant à la veine mésentérique supérieure, contribue à la formation de la veine porte.

3 - LYMPHATIQUES : Ils ont même disposition qu'à droite et rejoignent aussi les chaînes lymphatiques latéro-aortiques et en particulier le nœud rétro-pancréatique.

4 - NERFS : Ils proviennent du plexus mésentérique inférieur situé autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure et issu du plexus cœliaque.

* PHYSIOLOGIE [5]

A) Motricité du colon

- 1) Le caecum se remplit par l'éjection iléale (2X/mn)
- 2) Dans le colon droit et la majeure partie du colon transverse on distingue
 - surtout des mouvements segmentaires: contractions annulaires non propagées qui tentent à repousser le contenu intestinal vers le caecum: assurent le brassage et la réabsorption d'eau.
 - quelques mouvements propulsifs: assurent la progression du contenu sur une faible distance.
- 3) Dans le colon distal on distingue:
 - quelques mouvements segmentaires
 - Surtout des mouvements propulsifs massifs (les contractions de masse): ils sont rares(2 à 3 par J, à heure fixe) , puissants , et ont pour origine l'angle G.

Ils poussent le contenu jusqu'au Rectum

- 4) Le Rectum:

Il se remplit par les contractions de masse.

Sa distension déclenche la défécation

B) Absorption et digestion colique

1) Echange d'eau et d'électrolytes:

Dans le colon (surtout le colon droit et le colon transverse) il y a réabsorption importante d'eau et de Na.

2) Digestion bactérienne:

La flore bactérienne colique (de fermentation et de putréfaction) attaque les résidus alimentaires ayant échappé à la digestion

3) Tous ces phénomènes aboutissent à des gaz et à la selle (100 à 150 G)
émise en 1 à 2X, normalement moulée et homogène

C-TYPES DE COLOSTOMIES :

On distingue plusieurs types de colostomie. Certaines sont temporaires alors que d'autres sont permanentes. Suivant la cause qui a nécessité la chirurgie, la stomie peut être située à différents endroits sur le grand intestin. Son emplacement détermine le type de colostomie : ascendante, transverse, descendante ou sigmoïdienne .La colostomie peut être latérale, terminale ou pseudo continent

1-Selon le siège :

a-Colostomie ascendante :

Située à droite du côlon, les selles sont liquides ou semi-liquides contiennent beaucoup d'enzymes digestives, ce qui peut irriter la peau en particulier tout autour de la stomie

b-Colostomie transverse : Elle est réalisée au niveau le côlon transverse.

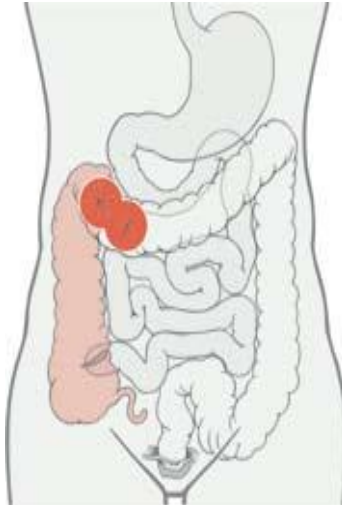


Figure 3 montrant la colostomie transverse [6]

Elle est en général pratiquée dans la partie supérieure droite de l'abdomen.

c-Colostomie descendante :

Située à gauche, on qualifie la colostomie descendante car elle est alors sur le côlon descendant. Cette fois, les selles peuvent être molles ou relativement solides.

d-Colostomie sigmoïdienne : Enfin, on appelle colostomie sigmoïdienne celle pratiquée sur le côlon sigmoïde. Ce type de colostomie favorise la production de selles normalement consistantes.

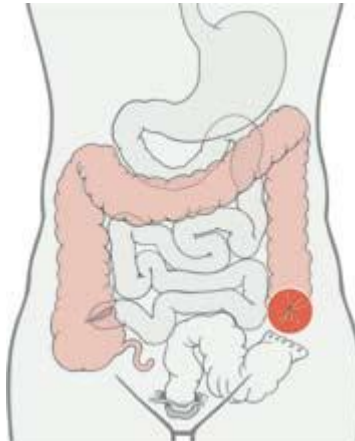


Figure 4 montrant une sigmoïdostomie [6] .

2- Les colostomies provisoires :

Ces colostomies sont réalisées lorsque la remise en continuité est possible ultérieurement. Il existe trois sortes de colostomies temporaires: de dérivation, de protection et de sécurité.

Une «colostomie de dérivation» se situe en amont de la lésion colique et permet au côlon d'être au repos avant l'intervention définitive sur cette même lésion. Une colostomie temporaire peut également protéger une anastomose, dans ce cas on l'appelle: « colostomie de protection». Sa mise en place est décidée quand le côlon à réséquer est de mauvaise qualité, par exemple lors d'une inflammation causée par une maladie de Crohn, une rectocolite hémorragique etc. ou bien, comme dans le précédent cas (colostomie de dérivation), quand l'état général du patient ne permet pas l'opération en un seul temps.

La « colostomie temporaire de sécurité ». Lorsque la lésion colique est trop importante, par exemple lors d'un cancer, le sphincter anal sera sacrifié au profit d'une « colostomie définitive » [7-8]

3- Les colostomies définitives :

Lorsque la continuité ne pourra pas être réalisée

4- Les colostomies latérales : [9]

+Voies d'abord : trois voies d'abord : iliaque gauche, transverse droite et transverse gauche, l'incision se fait au bord externe de la gaine des droits.

+Extériorisation du côlon : On reconnaît le sigmoïde à ses appendices épiploïques, et le transverse à l'insertion du grand épiploon.

L'intestin est extériorisé avec une pince atraumatique type Duval. Un drain ou une baguette plastique est ensuite passé à travers le méso côlon.

+Fixation colique : Le côlon est fixé au plan péritonéal.

+Fermeture cutanée pariétale : L'incision cutanée est refermée sans serrer l'intestin par un ou deux points passés de chaque côté.

+Ouverture du côlon et appareillage : L'ouverture se fait par colotomie transversale au sommet de la boucle, une fois ouverte, la colostomie est immédiatement appareillée à l'aide d'une poche autocollante transparente passée sous la baguette et collée au plus près de l'intestin.

+Appareillage postopératoire : Une poche de grande taille vidangeable peut rester en place 1 semaine, tout en permettant l'accès à la colostomie.

+Fermeture : C'est la suture colique, avant laquelle il faut s'être assuré de l'absence de tout obstacle en aval. La peau est refermée sur un drainage filiforme ou, exceptionnellement, laissée ouverte avec un pansement gras.



Figure 5 montrant les colostomies latérales

5-Caecostomie latérale [9]

Après la colectomie, la caecostomie peut représenter une protection de la suture, elle permettrait de raccourcir le délai entre dérivation et exérèse.

+Voie d'abord : une excision circulaire de la peau d'environ 25 mm est effectuée dans la fosse iliaque droite, centrée sur la saillie tympanique du caecum, L'incision pariétale est celle de l'appendicectomie.

+Ponction et extériorisation du caecum.

+Appareillage : Un dispositif est immédiatement installé avec un adhésif exactement adapté à la taille de la stomie.

+Fermeture : a lieu 2 semaines après la confection de la caecostomie, la désinsertion pariétale est facile, les adhérences péritonéales lâches sont libérées au doigt, un agrafage automatique linéaire emporte le site de la stomie .

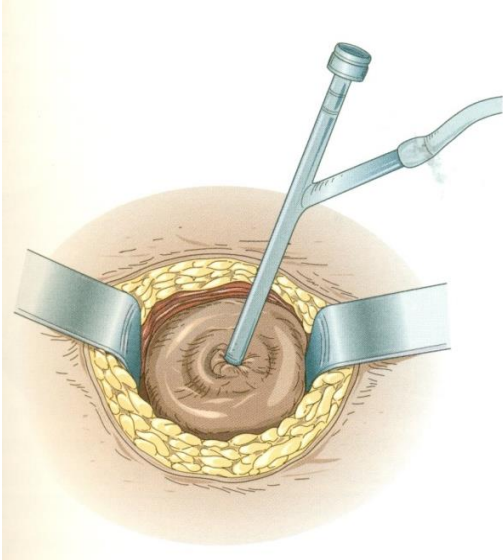


Figure6: L'extériorisation du caecum[10]

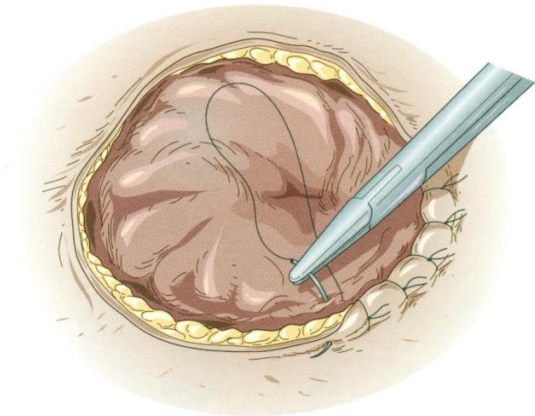


Figure7:L'intestin est solidarisé à la peau [10]

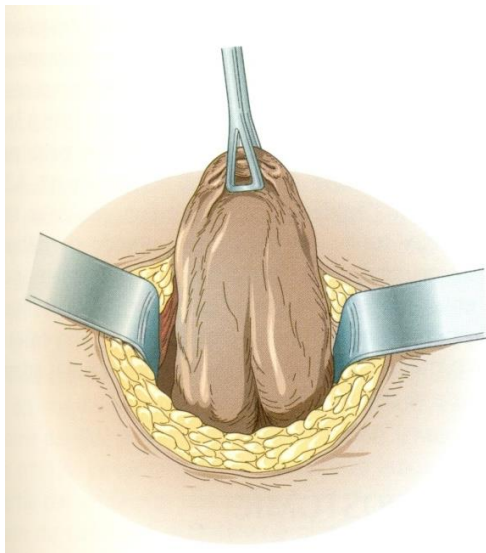


Figure8: La mise à la peau de l'intestin [10]

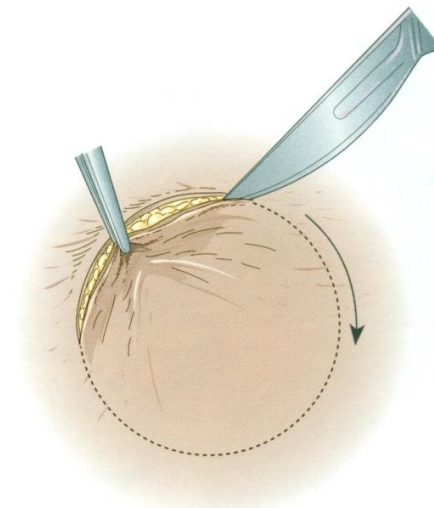


Figure9:Résection d'une pastille cutanée[10]

6-Colostomies terminales [9]

a-Colostomies latérales terminalisées :

Plusieurs procédés de colostomie qui ont en commun une section colique, avec ou sans résection d'un segment intestinal :

+Anus à pont : peu utilisé, l'inconvénient de ces techniques d'anus à pont était de compliquer l'appareillage.

+Anus en « canon de fusil » : Opération de Bouilly-Volkman :

Il s'agit d'un anus iliaque gauche faisant suite à une résection de l'anse sigmoïde, la péritonisation du méso côlon rapproche les deux jambages coliques qui sont adossés et fixés au péritoine pariétal. Le rétablissement de continuité se fait comme pour une colostomie latérale, par voie élective et dans les délais habituels.

b-Colostomie terminale iliaque gauche :

+La voie d'abord est presque toujours une laparotomie médiane, le choix du site d'abouchement cutané est essentiel.

+Extériorisation colique : deux trajets sont possibles :

-Trajet direct :On commence par une petite incision circulaire au point choisi pour la stomie, puis l'on excise le tissu sous-cutané en regard, ce qui expose la face antérieure de la gaine du droit, le feuillet postérieur de la gaine et le péritoine sont alors ouverts.

-Trajet sous-péritonéal :La traversée pariétale se fait de façon identique jusqu'au péritoine qui n'est pas ouvert, mais progressivement décollé de la face postérieure des muscles larges.

+Ouverture colique et fixation à la peau :La ligne d'agrafage n'est recoupée qu'après fermeture et pansement de la médiane, une poche transparente autocollante taillée à la dimension de la stomie est ensuite immédiatement mise en place.



Figure10 montrant la colostomie terminale

7-Colostomies continentales [11-12]

a-Colostomie continente avec anneau magnétique

Imaginée à Erlangen en Allemagne par Feustel et Hennig, cette technique a connu une grande vogue dans les années 1975-1980.

Elle consiste à faire passer le côlon, avant de l'ourler à la peau, à travers un anneau magnétique posé sur la face antérieure du plan musculoaponévrotique, et isolé de l'intestin par le tissu cellulaire ou le fascia superficiel ourlé à l'aponévrose. Après maturation de la stomie, la continence est assurée par la pose d'un obturateur magnétique.

b-Colostomie continente de Koch

Koch a décrit une technique de colostomie continente dérivée du principe de son iléostomie : cette technique est inutilisable sur le côlon gauche en raison de la consistance semi-solide des matières. Il s'agit donc surtout de caecostomies dont Koch a rapporté 30 cas. Techniquement, le réservoir caecocolique droit est abouché à la peau par l'intermédiaire d'une anse iléale invaginée sur elle-même pour constituer la valve.

c-Colostomie continente par autogreffe musculaire

Cette technique, également développée en Allemagne, a été initialement publiée par Schmidt en 1978.

Le greffon colique est préparé en le retournant en « doigt de gant », Il est ensuite incisé longitudinalement. On obtient ainsi un rectangle séromusculaire qui est replié sur lui-même transversalement, ce rectangle est fixé sur le côlon abaissé. La face musculaire du greffon est appliquée sur la face séreuse du côlon..

D-APPAREILLAGE DE LA COLOSTOMIE :

Depuis une dizaine d'années, les laboratoires pharmaceutiques n'ont cessé de mettre au point des systèmes d'appareillage de plus en plus performants.

Le confort et la sécurité qu'apporte un appareillage discret et fiable sont en effet des éléments essentiels à votre bien-être.

Les appareillages sont composés de deux parties :

- une poche de recueil,

- et un support protecteur, à base d'hydro colloïdes, adhérant à la peau sans l'agresser.

Il existe deux sortes de systèmes de recueil :

- les premiers sont des systèmes dits “une pièce” (monobloc). Dans ces dispositifs, le support protecteur est solidaire de la poche. L'ensemble du système est retiré à chaque changement de poche [13].

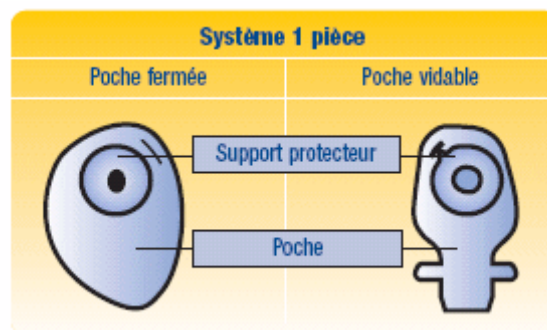


Figure11 montrant l'appareillage de la colostomie :

Système une pièce [13]

- les seconds sont des systèmes dits “deux pièces” (bi bloc). Ils sont constitués d'un support protecteur sur lequel vient se fixer une poche de recueil. Il existe deux types de systèmes “deux pièces” selon la technique de fixation de la poche de recueil sur le support protecteur [13] :

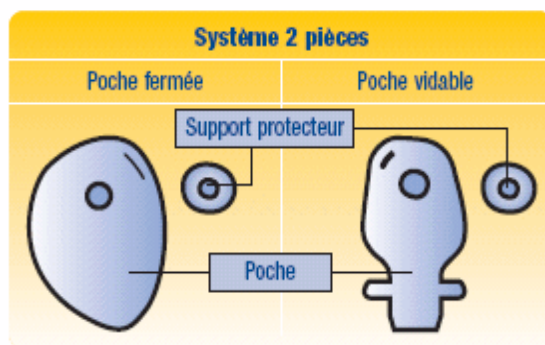


Figure12 montrant l'appareillage de la colostomie :

Système deux pièces [13]

- les systèmes 2 pièces avec bague de fixation : dans ces systèmes, le support protecteur est muni d'une bague de fixation sur laquelle vient s'emboîter par déclic une poche de recueil ;

- les systèmes 2 pièces à couplage adhésif souple : dans ces systèmes, le support protecteur comporte une collerette souple à large surface d'adhérence sur laquelle vient se fixer une poche de recueil comportant un anneau en mousse adhésive renforcée. Ces systèmes 2 pièces à couplage adhésif souple sont plus discrets et confortables.

Quel que soit le système 2 pièces, le support protecteur présente l'avantage de pouvoir rester en place pendant trois à quatre jours, la poche est, quant à elle, changée en fonction des besoins.

Les poches de recueil existent en 2 versions : fermée ou vidable

- Lorsque les selles sont solides et peu abondantes, des poches fermées (soudées en bas) sont le plus souvent employées. Elles sont toujours dotées d'un

filtre désodorisant, afin d'éliminer gaz et odeurs. Elles doivent être changées lorsqu'elles sont pleines.

- Lorsque les selles sont semi-liquides, des poches vidables (ouverture en bas) munies d'un système de fermeture par Velcro® sont préconisées.

Ces poches peuvent être vidées tout en restant en place, puis refermées après évacuation des selles.

- Si les selles sont pâteuses et abondantes, un système 2 pièces avec poche fermée peut être préféré.

En cas de diarrhée, il est préconisé d'utiliser des poches vidables.

Actuellement, les poches de recueil mises à votre disposition sont opaques ou transparentes (couleur chair ou blanche). Elles sont recouvertes d'un voile en non tissé qui absorbe la transpiration, prévenant ainsi tout risque de macération et d'irritation cutanée, et atténuant les bruits.

Les systèmes de recueil sont disponibles en plusieurs diamètres prédécoupés ou à découper.

Outre le fait que le système d'appareillage doit tenir compte le type de la stomie, il doit être parfaitement adapté à la taille et à la forme de la stomie pour éviter les fuites qui peuvent être responsables d'une irritation cutanée. Quel que soit le système de recueil choisi (une pièce ou deux pièces), plusieurs diamètres prédécoupés prêts à l'emploi existent pour s'adapter à la taille de la stomie. Mais, il peut parfois être nécessaire d'utiliser des systèmes à découper pour ajuster au mieux le support protecteur à la forme de votre stomie.

Il existe plusieurs sortes de supports protecteurs :

Si aujourd'hui les supports protecteurs ont en commun d'être à base de gommages synthétiques adhérentes, il en existe plusieurs sortes permettant de répondre à des particularités différentes de peau (peau normale, peau irritée, peau fragile...), et d'en protéger au mieux son capital.

Appareillages spécifiques selon le type de stomie

Le choix de la poche dépend du type de stomie et de la nature des effluents à recueillir :

- Les colostomies sigmoïdiennes : Selles normales, moulées, non irritantes. Gaz++. Poches fermées avec filtre.

- Les colostomies transverses : Selles pâteuses ou semi-liquides, plus ou moins irritantes pour la peau. Gaz+. Poches fermées ou vidables munies d'un clamp + filtre en fonction de la consistance des effluents.

- Les colostomies droites : Selles liquides ou semi-liquides, plus ou moins irritantes. Gaz. Poches vidables avec clamp + filtre si pas trop liquide.

E-INDICATIONS : [14-15]

1. Tumeurs malignes: fréquentes

- Cancers du colon
- Cancers du rectum
- Cancers de voisinage

2. Maladies inflammatoires :

- RCH
- Crhon
- Diverticulose

3. Traumatisme

- Fermé
- Ouvert
- Instrumental
- Empalement

4. Tumeurs bénignes: rares

- Polypose de l'adulte
- Tumeur villositaire géante du rectum

5. Maladies congénitales

- Anus imperforé
- Maladie d'Hirschsprung

6. Indications variées

Fistule complexe du périnée

Rétraction de la stomie :

Elle est due à l'extériorisation d'une stomie sous tension, que la stomie soit terminale ou latérale. Elle expose au risque d'abcès péristomial et à un stade de plus de péritonite. [20]

Abcès péristomial :

Il peut survenir par simple contamination du trajet pariétal par le passage de l'extrémité digestive extériorisée ou être secondaire à une hémorragie péristomiale, ou à une stomie rétractée.

Fistules péristomiales :

Elles sont la conséquence de la déchirure de la paroi intestinale par des points transfixiants. Elles sont superficielles (sous-cutanées) ou profondes (sous-aponévrotiques), avec alors un risque de péritonite.

Eviscération parastomiale :

Elle peut survenir aussi bien après stomie terminale que latérale. Elle est favorisée par un orifice aponévrotique trop large, une mauvaise fixation du mésentère au péritoine lors de la réalisation des stomies terminales. L'éviscération est plus fréquente après stomie réalisée pour occlusion, en raison de la distension grêlique ou colique nécessitant pour leur extériorisation un orifice pariétal plus large.

Occlusion aiguë du grêle :

Elle est soit une complication de la laparotomie (bride), soit une complication de la stomie. Dans ce dernier cas, elle est due soit à l'engagement

d'une anse dans un hiatus pariétal, entre l'intestin et la paroi, soit au passage du grêle entre la stomie et la paroi dans le trajet pariétal lui-même.

Occlusion colique précoce :

Elle se traduit par l'absence de reprise de transit. Il faut différencier l'iléus paralytique postopératoire banal avec reprise retardée du transit, d'un problème mécanique dû à une faute technique : sténose pariétale aponévrotique, torsion colique, volvulus. L'examen de la stomie, le toucher digital et le sondage permettent de faire la part des choses. . [21]

2-Complications tardives

Ce sont les plus fréquentes, elles représentent les trois quarts des complications

Mauvais emplacement de la stomie :

La situation de la stomie proche d'un pli de flexion ou d'une saillie osseuse peut nuire à la qualité, au confort et à l'efficacité de l'appareillage. Chez l'obèse, les stomies ont tendance à être placées trop bas . Elles sont parfois difficilement accessibles à la vue du patient et enfouies en position assise dans le pli de l'aîne.

Eventration:

Sa fréquence est d'environ 10 % des colostomies .Aucune technique ne permet d'éviter à coup sûr cette complication. On peut distinguer les éventrations précoces, apparaissant dans les 6 mois postopératoires, dues à une technique chirurgicale imparfaite, et les éventrations tardives favorisées par une déficience pariétale et l'hyperpression intra-abdominale. Il en existe deux grands types : l'éventration centrée par la stomie, véritable soufflure pariétale, et l'éventration parastomiale latéralisée par rapport à l'orifice de la stomie. Les indications

chirurgicales doivent être très nuancées en fonction de la gêne fonctionnelle, du terrain, de l'espérance de vie, du type et de la taille de l'éventration. [22]

Prolapsus :

Sa fréquence est d'environ 20 %. Il survient aussi bien sur une stomie terminale que latérale. Il relève parfois d'une faute technique : anse trop longue d'un côlon mobile, colostomie transpéritonéale ou orifice pariétal trop large. Le prolapsus devient chirurgical s'il est volumineux, difficile à réduire et menace de s'étrangler. [23-24]

Sténose :

Elle est favorisée par une résection cutanée ou pariétale trop petite, une rétraction, des lésions inflammatoires cutanées péristomiales . Lorsqu'elle est serrée, elle peut gêner le passage des matières et être à l'origine d'une stase colique ou de fécalomes. Les dilatations digitales ou instrumentales très régulières peuvent suffire lorsque la sténose est peu serrée. Dans la majorité des cas, un geste chirurgical est nécessaire. [25]

Saignements :

Les saignements de la stomie sont fréquents et sans conséquence . Ils sont le plus souvent liés à des microtraumatismes provoqués par un appareillage ou des soins locaux inadaptés. Ces hémorragies superficielles doivent être distinguées des hémorragies d'amont qui motivent une exploration endoscopique.

Complications cutanées péristomiales:

La prévalence varie suivant les séries de 49 à 74 %.

Elles peuvent être précoces ou tardives. Les causes sont variées.

Les caractères de la stomie : une stomie ayant une mauvaise localisation, à proximité de reliefs osseux ou au niveau d'un pli, ne peut être appareillée correctement ; cette malfaçon favorise les fuites. Une rétraction stomiale, une éviscération parastomiale, une éventration, un prolapsus, une sténose sont d'autres facteurs qui ne permettent pas un appareillage de qualité et peuvent entraîner des lésions cutanées.

Des soins inadaptés : le remplacement trop fréquent de l'appareillage, le décapage intempestif des résidus d'adhésifs, le rasage de la peau, l'utilisation de matériel irritant ou allergisant (en particulier éther, alcool, éosine) sont autant de facteurs favorisants.

L'état du patient : une sudation importante, une fragilité cutanée, une affection dermatologique (psoriasis) peuvent être en cause.

On peut observer un simple érythème, une brûlure du deuxième degré avec une peau rouge, suintante, douloureuse, des lésions eczématiformes, des ulcérations surinfectées ou non.

L'attitude thérapeutique est la suivante :

Au stade d'érythème, on applique un protecteur cutané avec ou sans pâte Stomahésive[®] et le montage tient plusieurs jours .

Aux stades plus graves, le premier appareillage ne tient souvent en place que quelques heures, mais entraîne une amélioration notable, permettant le maintien de l'appareillage ultérieur sur une plus longue durée. Nous mettons une plaque Duoderm[®] découpée aux dimensions de la stomie augmentées d'une marge de sécurité de 2 mm et nous faisons un joint d'étanchéité avec la pâte Stomahésive[®]. [26]

Déplétion sodée et hydrique :

Si les apports alimentaires en eau et en sodium sont insuffisants, une déshydratation et une hypovolémie apparaissent rapidement malgré une réponse rénale adaptée.

Déplétion potassique :

Secondaire à une déplétion sodée à l'origine d'une fuite urinaire de potassium

Déplétion en magnésium :

Consiste en des apports intraveineux de magnésium. Le signe clinique habituel est la tétanie liée à l'hypocalcémie secondaire au déficit en magnésium.

Carence en vitamine B₁₂ :

Il est possible qu'une modification de la flore bactérienne soit en cause. Il existe une malabsorption de l'acide folique et de la vitamine B₁₂ motivant un traitement vitaminique au long cours.

Lithiase urinaire:

La lithiase urique qui habituellement représente moins de 10 % de l'ensemble des calculs urinaires est en cause dans 60 % des cas chez stomisé, elle est liée à l'élimination d'urines acides et concentrées qui favorisent la précipitation de l'acide urique. La prévention repose donc sur l'augmentation de la diurèse et l'alcalinisation des urines. Pour certains, en l'absence d'alitement (affection aiguë, complication postopératoire). [27]

Pochite:

La prévalence varie de 6 à 30 % suivant les séries. Il faut être très exigeant sur les critères du diagnostic de l'inflammation réservoir, « pouchitis » ou pochite en français. Un épisode de pochite est caractérisé par des douleurs abdominales ou péristomiales, une augmentation du débit iléal et des lésions endoscopiques inflammatoires, en l'absence d'autre cause . Dans 50 % des cas environ, on peut noter des selles hémorragiques, des nausées ou des vomissements, une fièvre. Les signes endoscopiques sont non spécifiques : érythème, œdème, fragilité, ulcérations, exsudats ; les biopsies objectivent des lésions inflammatoires aiguës. Cette complication ne s'observe que chez les patients atteints de rectocolite ulcérohémorragique . Une pullulation bactérienne est probablement en cause, soit directement, soit indirectement par déconjugaison des sels biliaires ; l'efficacité des antibiotiques actifs contre les germes anaérobies est un argument supplémentaire en faveur de cette hypothèse. On propose le plus souvent le métronidazole . [28]



*Matériels et
Méthodes*

MATERIEL D'ETUDE :

Notre travail a consisté à l'étude prospective des patients opérés au sein de Service de Chirurgie I(UCV) du CHU Avicenne et qui ont bénéficié d'une colostomie temporaire ou définitive durant la période s'étalant entre le début de l'an 2009 au mois mars 2010.

Ainsi nous avons répertoriés 30 malades sur une période d'une année dont nous avons étudié l'évolution à la recherche des difficultés vécues après colostomie.

METHODE D'ETUDE :

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire précédemment élaboré contenant tous les éléments nécessaires à notre étude :

*Identité : démographie et pathologie

*Bien être physique

*Bien être psychologique

*Bien être social : soutien familial +qualité de vie quotidienne.

*Satisfaction sexuelle

*Qualité de prise en charge de la stomie

*complications

QUESTIONNAIRE : [29]

1-Caractère démographique et type de pathologie :

Sexe

Age

Profession

Date de la stomie

Pathologie : bénigne maligne

Type d'intervention

2-Sur le plan physique :

Fatigue : oui non

Perturbation de sommeil : oui non

Eviction de dormir dans certaines positions : oui non

Mauvaise odeur : oui non

Diarrhée : oui non

Constipation : oui non

Fuite : oui non

Douleur : oui non

3-Plan psychologique :

Dépression : oui non

Difficulté : oui non

Satisfaction dans la vie : oui non

8-Régime :

Adapté à cause de la stomie :

Eviction de certains : légumes fruits produits laitiers
Pain féculents
Prise de médicament pour ralentir le transit : oui non

9-Plan professionnel :

Durée de convalescence

Arrêt de travail à cause de la stomie : oui non

Changement de poste à cause de la stomie : oui non

10-Prise en charge de la stomie :

Changement de poche par jour

Nombre de poche par jour

Durée nécessaire pour changement lieu de changement

Accessibilité : facile difficile

Coût accessible : oui non

Achat : pharmacie autres

Rétablissement : facile difficile

Délai entre opération et rétablissement

Satisfait du délai : oui non

Suites opératoires : simples complications à type de :



Résultats

1-SUR LE PLAN DEMOGRAPHIQUE :

Les données démographiques ont inclus l'âge, le sexe, la profession, la pathologie et la ville.

-Sexe : dans notre groupe d'étude formé de 30 patients ayant subi des colostomies 20 sont des hommes.

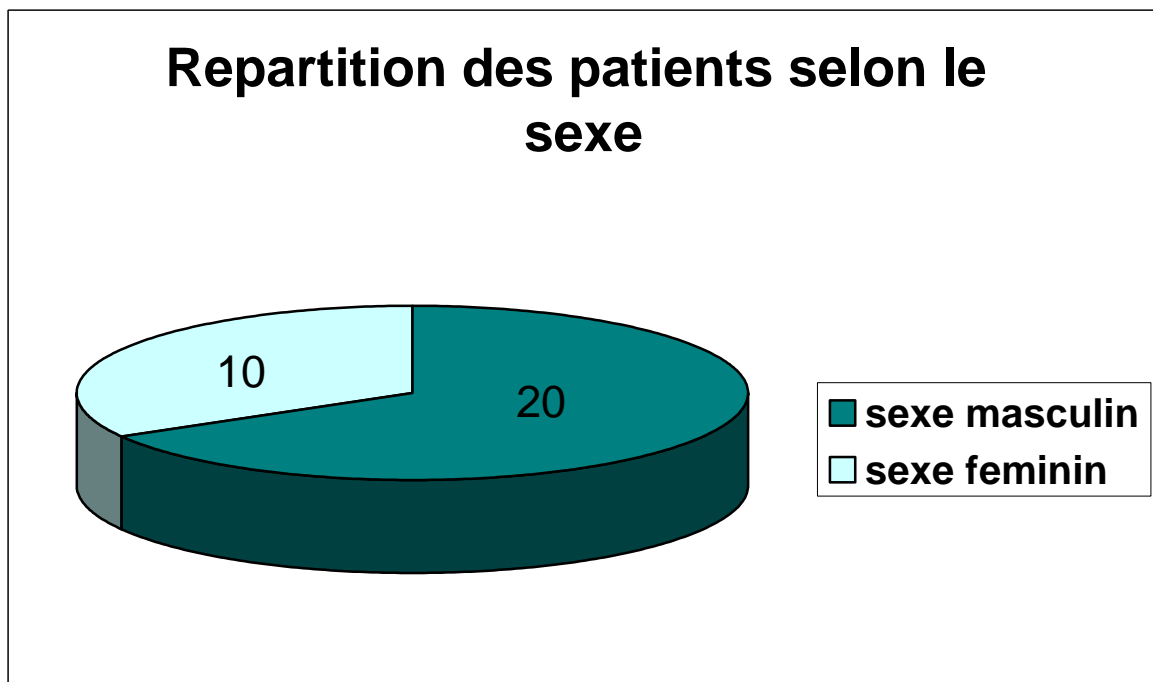


Figure 13: Répartition des patients de notre série selon le sexe

Age : on a reparti les malades stomisés en trois groupes d'âge :

<30ans : 7patients

30-50 ans : 11patients

>50 ans : 12 patients.

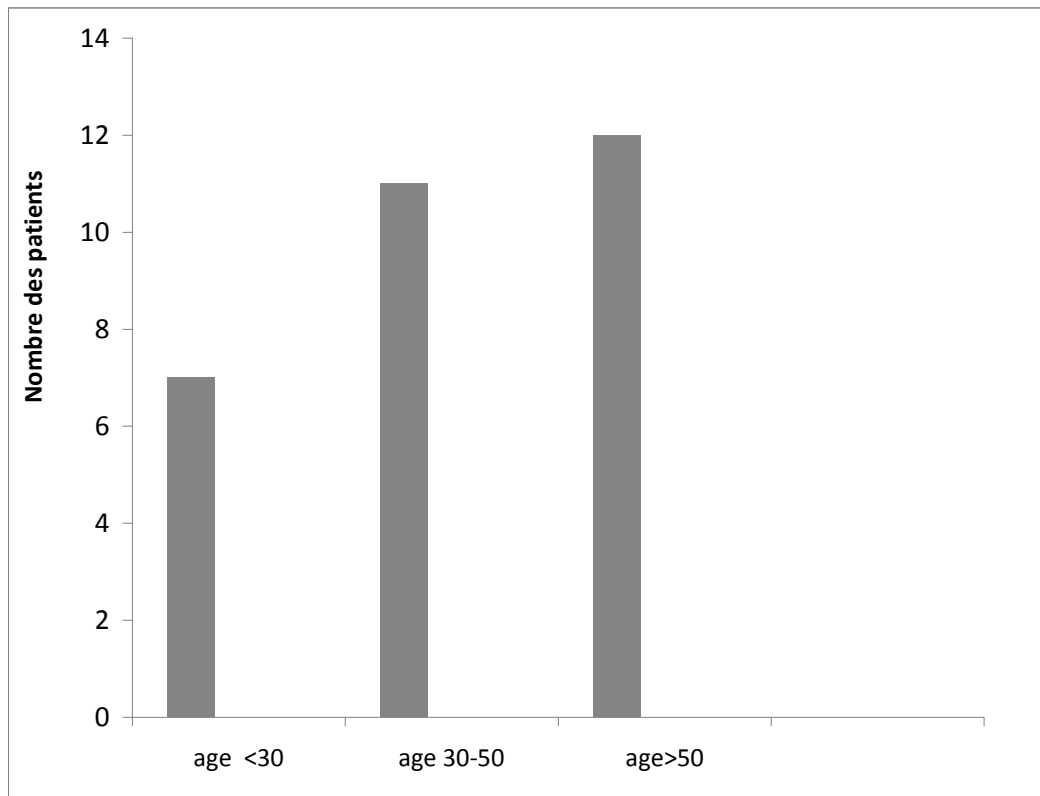


Figure 14: Répartition des patients stomisés par catégorie d'âge

-Selon les pathologies :

Indications	Nombre de patients	pourcentage (./.)
-Cancer	6	20
-Volvulus du sigmoïde	11	37
-RCH	1	3
-Crhon	1	3
-Occlusion	6	20
-Péritonite	5	17

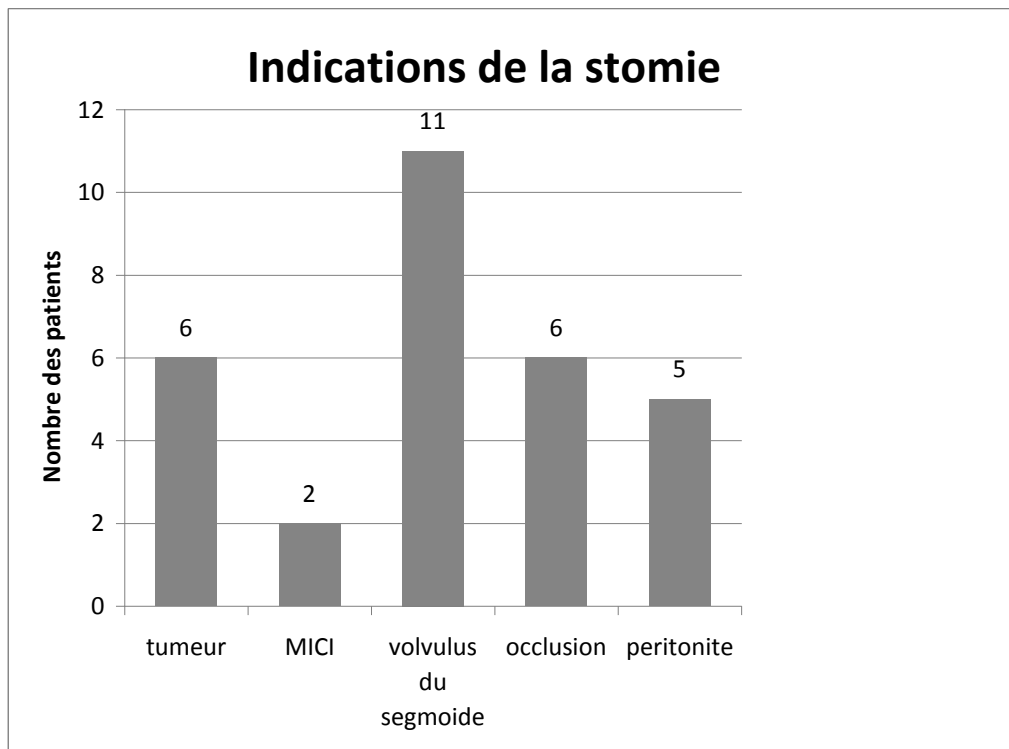


Figure 15:répartition des patients selon les indications de la stomie

-Leur répartition selon les villes était :

Rabat (6patients),Salé(5patients),Sidi kacem(1patient)

Séfrou (2patients),Khénifra(2patients).

Casa (6patients),Sidi benour(2patients),Settat(1patient).

Kssar lakbir (1patient), walmass(1patient), taroudant(1 patients),

Errachidia(2patients).

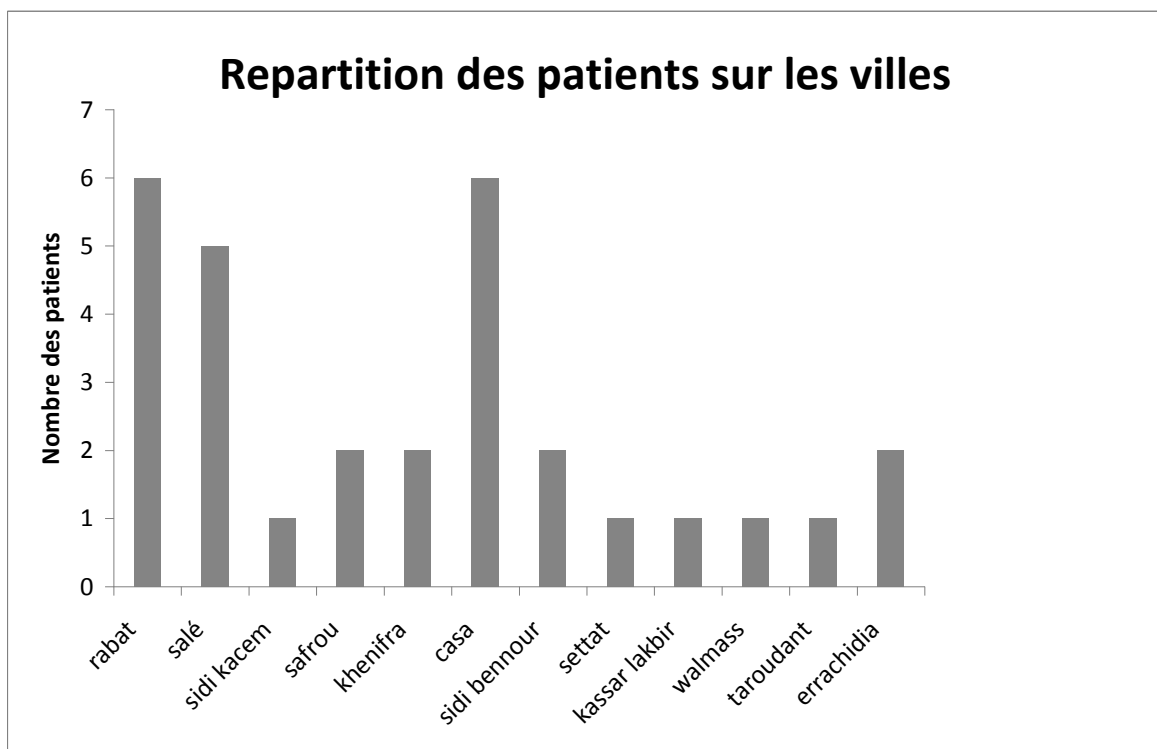


Figure 16:répartition des patients stomisés selon les villes

2-SUR LE PLAN PHYSIQUE:

Les patients colostomisés avaient plusieurs difficultés qu'on peut classer en deux catégories :

+Subjectives :

Fatigue (difficulté de réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne) : 30 patients

Perturbation de sommeil (sommeil discontinu :le patient a du mal à se positionner et dormir que d'un coté) :18 patients.

Douleur : 7 patients.

+Objectives :

Eviction de dormir dans certaines positions : 27 patients.

Odeur : c'est une grande source d'inquiétude pour les gens qui s'apprêtent à avoir une colostomie : 20 patients.

Diarrhée :13 patients.

Constipation : 7 patients.

Fuite :20 patients.

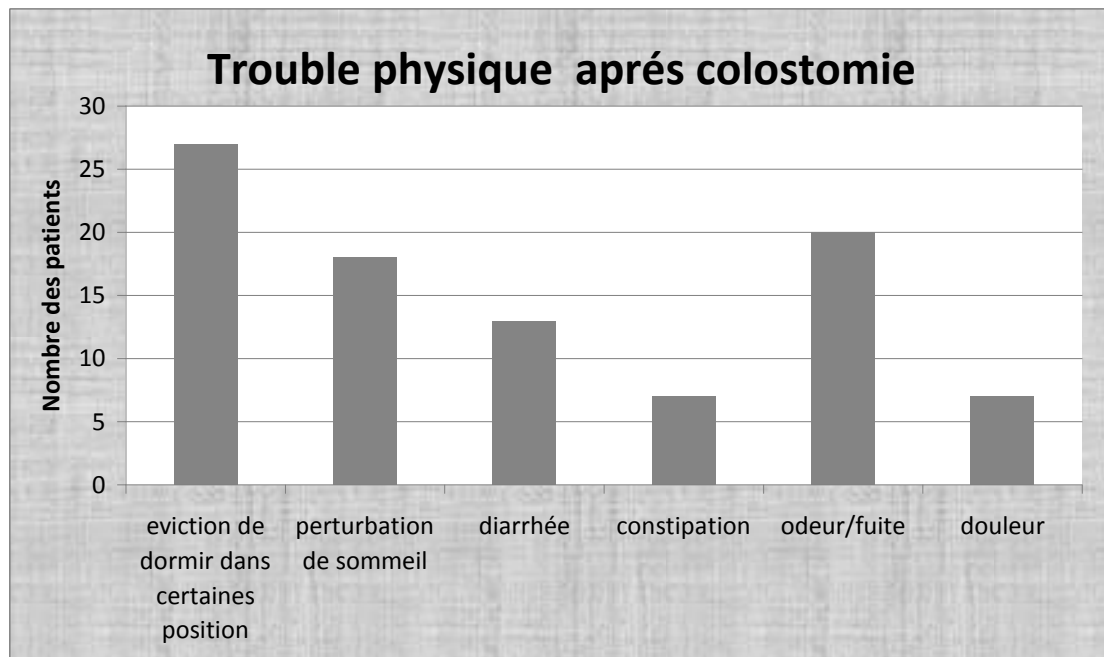


Figure 17: Histogramme représentant le retentissement de la stomie sur le plan physique

3-SUR LE PLAN PSYCHIQUE:

Tous nos patients ont présenté un désordre psychologique

-Résultats :

Dépression : 21 patients

Satisfaction à l'égard de l'apparence : 20 patients.

Anxiété à l'égard de la poche : 30 patients

Désespoir : 20 patients.

Croyance diminuée : 4 patients.

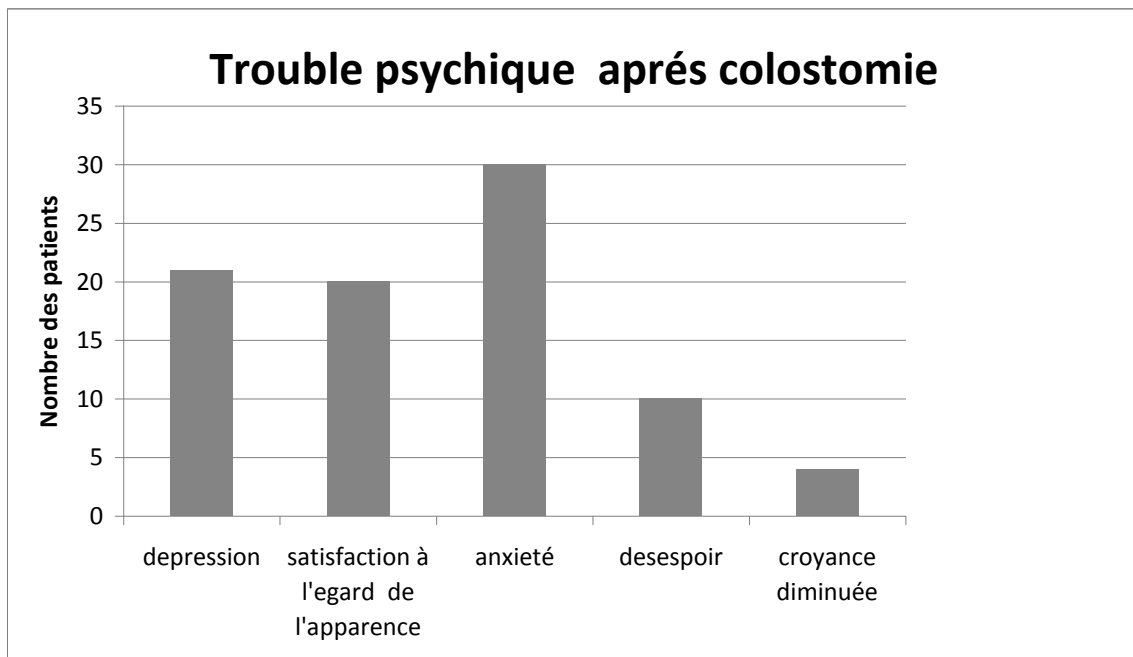


Figure 18: Retentissement de la colostomie sur le bien être psychique

4-SUR LE PLAN FAMILIAL ET SOCIAL:

Tous les patients sont dépendants des autres :

14 patients sont pris en charge par leurs femmes.

16 patients sont pris en charge par leurs mères ou leurs enfants.

28 patients sont dépendants des autres.

Aucun malade n'appartient à un groupe de soutien.

6-LOISIRS :

27 patients ont été obligés d'arrêter leurs loisirs.

7-VOYAGE :

20 patients ont des difficultés de voyage.

8-SUR LE PLAN SEXUEL :

D'après l'étude qu'on a réalisé parmi les 18 patients qui ont été actifs avant la colostomie seulement 9 patients qui ont resté actif après colostomie.

Le nombre des patients satisfaits de leur sexualité reste limité en trois patients seulement.

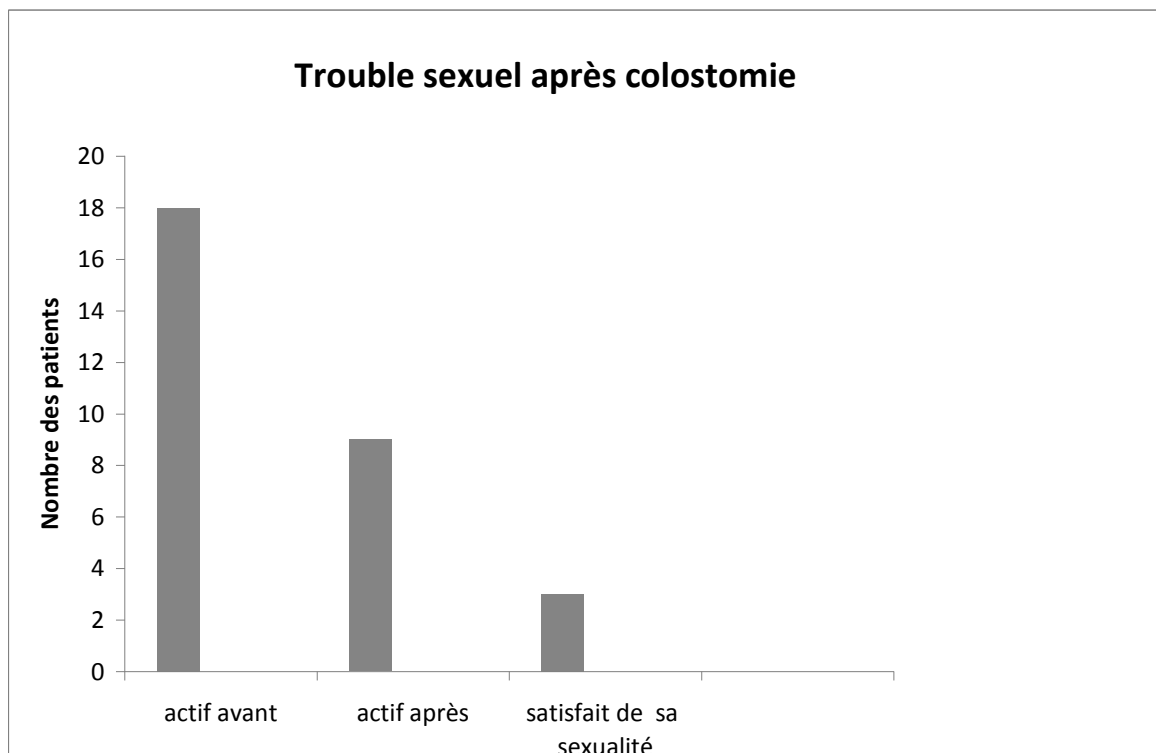


Figure 19:Retentissement de la colostomie sur le bien être sexuel

9-HABILLAGE :

22 patients ont changé leur style de vêtements.

10-REGIME :

Dans notre étude 23 patients suivent un régime convenable à leur stomie.

11-ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

16 personnes ont arrêté leur travail pendant plus d'un mois.

Aucun patient n'était obligé a changer son post de travail.

12-PRISE EN CHARGE DE LA STOMIE :

22patients changent de poche une fois tous les 3 jours.

13 patients ont une accessibilité facile à la poche.

Seulement un patient qui trouve que le coût de la poche est accessible (50dh le prix en moyenne)

10 patients avaient une durée entre l'opération et le rétablissement moins de 2mois.

13-SUITES OPERATOIRES:

Dans notre étude 20 patients avaient des suites opératoires simples , les autres rapportaient des complications :

2 patients avaient une dérivation incomplète

3 patients avaient une suppuration peristomiale

1 patient avait une occlusion.

1 patient avait une récurrence de la tumeur.

2 patients avaient une dépression suivis chez un psychiatre.

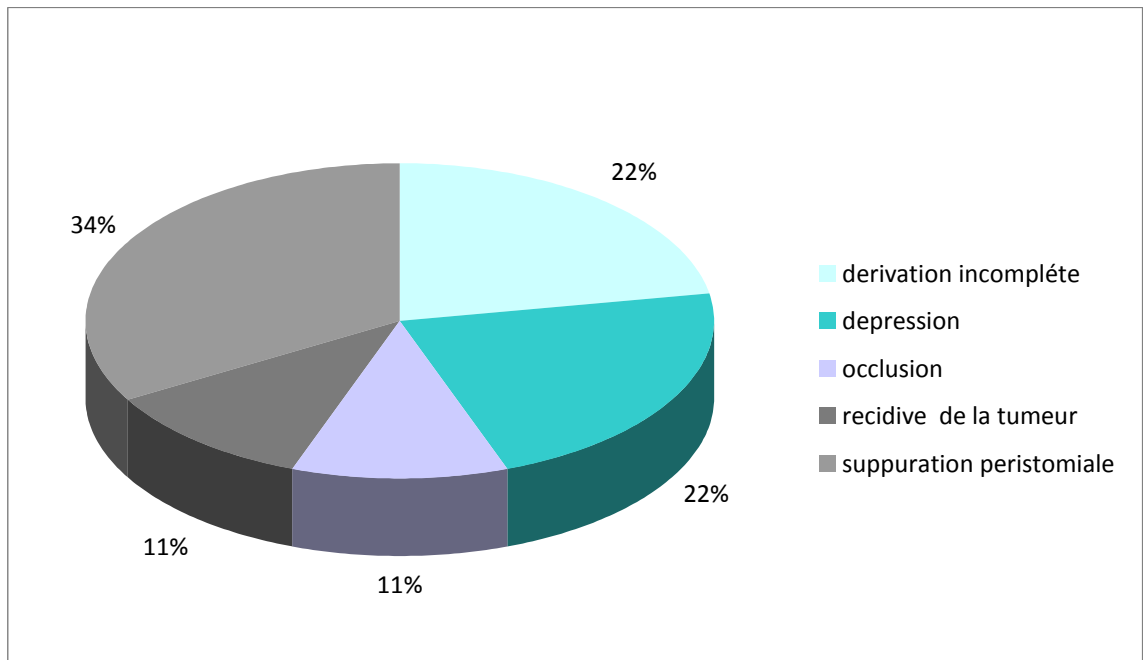


Figure 20 : complications selon leur fréquence de survenue chez nos patient



*Discussion et Analyse
des Résultats*

1-SUR LE PLAN DEMOGRAPHIQUE ET PATHOLOGIQUE :

Tous les patients inclus ont indiqué qu'ils avaient une colostomie temporaire car 70% avaient une colostomie pour une maladie bénigne, le diagnostic le plus fréquent était un volvulus du sigmoïde, contrairement à l'étude prospective sur la qualité de vie de 599 patients colostomisés, faite le 03 février 2006 par les départements de chirurgie générale, d'oncologie, de nutrition et de bio statique de Californie où tous les patients inclus ont indiqué qu'ils avaient une colostomie permanente, la plupart des patients avaient une colostomie à cause du cancer, pour une maladie bénigne, les diagnostics les plus fréquents étaient les maladies intestinales inflammatoires chroniques (MICI). [30]

2-SUR LE PLAN PHYSIQUE :

Dans notre série d'étude la moitié des patients colostomisés avaient une diarrhée, les 2/3 rapportaient une fuite et par conséquent la présence de la mauvaise odeur ce qui reste plus important par rapport aux résultats de l'étude faite par Robert Krouse[29] où seulement le 1/3 des colostomisés qui avaient une diarrhée, qui rapportaient une fuite et par conséquent émission d'odeur, ce qui nous mène à poser deux questions :

-est ce que notre appareillage est de bonne qualité ?

-est ce que le délai de changement de poche est suffisant ?

3-SUR LE PLAN PSYCHIQUE :

Tous les patients avaient une anxiété à l'égard de la poche, plus des 2/3 des nos patients rapportaient une dépression.

En comparaison avec une étude faite par Rebecca Nelson en 2006[30] ,on a constaté que le pourcentage de désordres psychologiques est diminué par rapport aux résultats de notre étude :seulement 4%des patients qui avaient une dépression, le pourcentage d'anxiété est limité à 40%, ce qui peut être expliqué par la mauvaise prise en charge psychique de nos patients

4-SUR LE PLAN FAMILIAL ET SOCIAL :

Contrairement à l'étude faite par M.D.,Marcia[29] ;où la totalité des patients appartient à un groupe de soutien de stomie et seulement 40% d'eux qui sont dépendants des autres ; tous nos patients sont dépendants des autres , aucun d'entre eux n'appartenait à un groupe se soutien de stomie, d'où la nécessité d'encourager la création des groupes de soutien pour améliorer la prise en charge de nos patients.

5- VOYAGE ET LOISIRS :

Tous nos patients ont été obligés d'arrêter leur loisirs à cause de la colostomie, plus de la moitié des colostomisés avaient des difficultés de voyage à cause des contraintes de la stomie.

Une étude faite par Marcia Grant [30] a objectivé les résultats suivants :

Seulement 46% des colostomisés ont été obligé d'arrêter leur loisirs et 43% des colostomisés avaient des difficultés de voyage.

Donc le pourcentage des colostomisés dont la colostomie leur prive de leurs loisirs et voyages reste limité par rapport à ce qu'on a trouvé dans notre étude.

6-SUR LE PLAN SEXUEL :

Dans notre série on a remarqué que 18/30 de nos patients ont été actifs sexuellement avant la colostomie, 9 ont gardé leur activité sexuelle après la stomie, et seulement 3 patients qui étaient satisfaits de leurs sexualité. L'étude de ROLSTRAD BS[31] , a pu montrer que la colostomie rend les rapports sexuels physiquement et psychiquement plus difficiles, dans environ 30 et 45 % des cas respectivement, tous sexes confondus. L'appareillage est en cause dans 70 % des cas, la stomie dans 16 % des cas, l'odeur dans 4 % des cas ; 60 % des femmes et 50 % des hommes se trouvent sexuellement moins désirables. Suivant les séries, 30 à 46 % des patients ont une détérioration de leur activité sexuelle. La prévalence des troubles sexuels nécessite un conseils et une éducation.

7-HABILLAGE :

Dans notre étude les 3/4 des patients colostomisés ont changé leur style de vêtement, c'est un pourcentage très élevé par rapport à celui trouvé dans l'étude de Robert Krouse où seulement la moitié des patients qui ont une tendance à changer leur style de vêtements.

8-REGIME :

77% des patients de notre série de cas suivaient un régime qui diffère d'un patient à l'autre en évitant les aliments qui entraînent des troubles de transit, du gaz ou de l'odeur.

Dans l'étude de T .G Thomson[32], l'analyse des données a montré que la grande majorité des patients avec une colostomie n'a aucune difficulté à choisir un régime alimentaire, cette étude a conclu qu'un patient individuel présentant une colostomie ne devrait omettre aucun article de son régime à moins qu'il ait constaté qu'il cause à plusieurs reprises des troubles.

9-ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

Dans notre étude personne n'a été obligé d'arrêter son travail ou de changer son poste après la période de convalescence (moins d'un mois). Ce qui conforme avec l'étude d'ELLE SYVANTESSON[33] , sous forme d'enquête entrepris en Suède comptait 53 personnes entre les âges de 17 et 65 ans qui avaient eu leur colostomie pour une période entre 6 mois et 25 ans, la plupart d'entre eux ne considèrent pas leurs activités quotidiennes d'être affectées par la stomie. Il y avait, cependant, des variations individuelles en fonction de la maladie, la façon dont la colostomie a été réalisée et autres facteurs influant sur la situation de l'individu. Mais la plupart d'entre eux ont déclaré que leur capacité de travail n'avait pas été affectée par l'opération.

10-PRISE EN CHARGE DE LA STOMIE :

En remplissant notre questionnaire on a constaté que la prise en charge de la colostomie était difficile pour nos patients du fait de l'accessibilité difficile (seulement 43% qui avaient une accessibilité facile à la poche), du coût élevé (un seul patient qui était satisfait du coût de la poche).

Alors que dans l'étude de JOHN H [34] , 93% des patients colostomisés n'ont signalé aucun problème dans la gestion quotidienne de leur colostomie.

Ainsi la prise en charge du patient colostomisé correspond à l'éduquer par rapport aux gestes spécifiques à réaliser en tenant compte des étapes de deuil qui sont : le déni, la colère, le refus, la tristesse, le marchandage et l'acceptation totale.

11-SUITES OPERATOIRES

Parmi les patients inclus dans notre étude , dix patients avaient des complications :

+Physiques : de deux ordres :

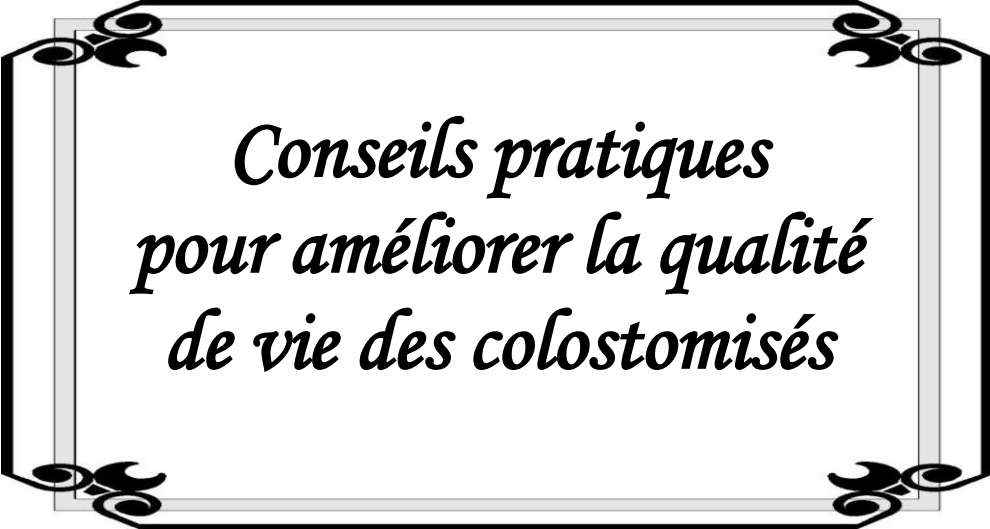
-Précoces : la plupart d'eux rapportaient une suppuration peristomiale.

-tardives : représentées par la récurrence de la tumeur et le prolapsus.

+Psychiques :

On a constaté d'après notre étude que l'âge a une certaine importance dans le degré de retentissement psychique de la stomie (les cas de dépression ont été constatés chez deux sujets jeunes dont la pose de la stomie était dramatique pour eux).

Enfin on a fait une comparaison avec l'étude menée par Hall book [2] où le taux de complications dépasse 42% dont 78% sont apparues en post opératoire immédiat ce qui reste plus important par rapport à nos résultats.



*Conseils pratiques
pour améliorer la qualité
de vie des colostomisés*

****Soins de la stomie : [35]***

• Réunir tout le matériel nécessaire : poche, mouchoirs en papier, gant, poubelle, savon neutre type savon de Marseille est possible uniquement si le rinçage est adéquat.

- Au préalable, se laver les mains.
- Décoller la poche doucement en maintenant la peau avec un doigt
- Jeter la poche dans un sac poubelle
- Ne pas la froter, la tamponner avec précautions
- Laver la stomie et la peau péristomiale à l'eau du robinet et éventuellement au savon de Marseille
- Rincer
- Bien sécher la peau péristomiale en tamponnant avec des compresses, mouchoirs en papier ou gant réservé à cet usage.
- Ne jamais utiliser de produits agressifs pour la peau (antiseptiques, éther, alcool, parfum...) qui assèchent la peau et qui risquent d'entraîner une irritation ou une allergie.
- Coupez les poils autour de la stomie si besoin mais ne les rasez pas.
- Appliquer la nouvelle poche
- Après le soin, se laver les mains

***Régime: [36-37]**

A la sortie de l'hôpital, il faudra poursuivre un régime pauvre en fibres pendant environ un mois.

Il faut suivre quelques règles d'hygiène simples :

- Manger lentement et dans le calme
- Mastiquer bien les aliments
- Boire régulièrement au cours de la journée
- Ne pas prendre de médicaments influant sur le transit intestinal (laxatifs, constipants) sans prescription médicale

Il vaut mieux consommer avec modération :

- Les aliments gras, les épinards, les mets trop épicés, les boissons gazeuses et chaudes, les glaces qui ont tendance à accélérer le transit.
- Les légumes secs (lentilles, pois cassés, flageolets), les choux, les navets, les artichauts, les salsifis et les champignons qui ont tendance à donner des gaz.
- Les fromages fermentés, les viandes faisandées et la charcuterie sont des aliments qui donnent des odeurs aux selles. Enfin le boudin noir, les épinards, les médicaments à base de fer colorent les selles en noir (ce qui est sans conséquence).

En cas de constipation, il faut augmenter la ration de légumes verts et fruits, boire beaucoup (eau, tisane, bouillon) pour hydrater les selles.

En cas de diarrhée, il faut augmenter les boissons pour compenser les pertes liquidiennes, supprimer pendant 48 heures les produits laitiers et les légumes (sauf les carottes), consommer du riz, des pâtes, ou de la semoule.

***L'habillement : [38]**

Pour les habits le patient peut conserver son style particulier, tout en tenant compte de sa nouvelle situation .il faut donc :

- Choisir des coupes amples de manière à ce qu'on ne voie pas la poche, même si elle est pleine ou gonflée.
- Eviter les bandes élastiques et les ceintures trop serrées qui pourraient entraver l'écoulement des selles ou comprimer la stomie.
- Pour les hommes, des bretelles sont parfois plus confortables qu'une ceinture. Sinon la stomie ne devrait pas se trouver juste dessous

*** Sexualité : [39-40]**

Il est préférable de renoncer aux relations sexuelles les premiers temps après l'opération, c'est-à-dire jusqu'au moment où les cicatrices de l'opération seront totalement refermées.

- La maladie et l'intervention laissent des séquelles et vont presque certainement obliger le colostomisé à revoir certains aspects de sa vie.
- Il ne faut pas qu'il ait honte de parler de ses désirs, même s'il a déjà atteint un certain âge. Il est normal que ce sujet nous accompagne et nous préoccupe, à (presque) tous les âges de la vie.
- N'hésiter pas à prendre contact avec des spécialistes (chirurgien, stomathérapeute, médecin de famille, urologue, etc.) si la vie sexuelle ne redevient pas satisfaisante. Il est bon d'associer son partenaire à cette démarche. Le médecin devrait avoir parlé des problèmes possibles dans ce domaine avant l'opération. S'il ne l'a pas fait, le patient devra prendre lui-même l'initiative de parler de ce sujet.

****Voyage et loisirs : [41-42]***

Après la durée de convalescence le patient colostomisé peut voyager un peu partout, la colostomie ne doit pas limiter ses occupations, il est toujours mieux qu'il apporte ses propres produits lors de ses déplacements.

Une colostomie n'empêche pas de faire de l'exercice ou du sport. Mis à part les sports de contact très violents ou la levée de poids lourds, le colostomisé peut continuer à pratiquer les activités auxquelles il s'adonna avant l'opération.

****Vie professionnelle :***

- La stomie en elle-même n'est pas une maladie qui empêche de travailler. Une éventuelle incapacité de travailler dépend davantage de la maladie qui a entraîné la dérivation intestinale ainsi que de la nature des activités professionnelles. Dans certaines situations, il sera peut-être même plus facile qu'avant de travailler, car certains problèmes de santé auront disparu. Mais chaque cas est à considérer individuellement.
- Selon la maladie, l'âge et l'activité que le patient exerce auparavant, il peut être judicieux de recommencer à travailler à temps partiel ou progressivement.
- Si le malade exerce une profession physiquement astreignante, une reconversion sera peut être nécessaire. En effet, le port de charges, l'exposition à la chaleur ou encore la nécessité de répéter fréquemment certains mouvements comme se pencher ou lever les

bras au-dessus de la tête sollicitent trop les muscles abdominaux et augmentent le risque de hernie.

- Au lieu de travail, les conditions suivantes doivent être remplies :
 - des toilettes à proximité.
 - des pauses régulières (pour manger et boire),
 - la possibilité de faire des pauses individuelles si nécessaire (pour vider ou changer la poche, par exemple).

****Grossesse et stomie : [43-44]***

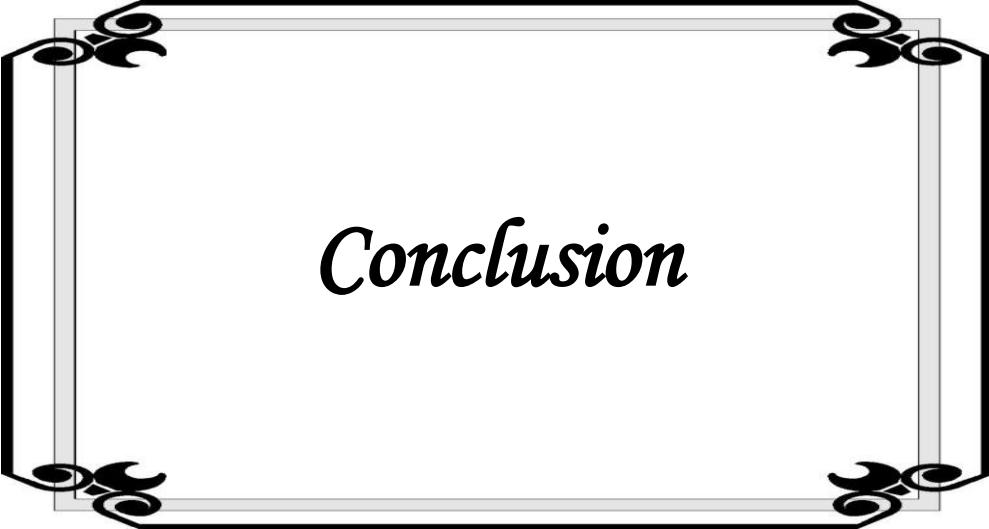
La grossesse est parfaitement envisageable chez les femmes porteuses d'une stomie. La plupart du temps, l'accouchement se fait par les voies naturelles. La césarienne est loin d'être systématique.

Pour débiter une grossesse, il est essentiel que la patiente se sente en pleine forme tant sur le plan physique que psychologique. Le suivi doit être assuré par une équipe pluridisciplinaire et expérimentée (gastroentérologue, chirurgien viscéral, diététicienne) ; l'obstétricien assurera une étroite collaboration avec le chirurgien de pathologies digestives.

Comme la plupart des interventions ayant entraîné une laparotomie, un an d'attente est conseillé pour éviter les éventrations abdominales ou péristomiales.

Les deux complications possibles sont l'occlusion ou plus couramment le prolapsus de la stomie. Celui-ci nécessite parfois une réduction manuelle à plusieurs reprises durant les neuf mois.

Pendant la grossesse, la taille de la stomie va augmenter, il va donc falloir penser à adapter le diamètre des supports ou des poches.



Chaque année, des milliers des personnes subissent une colostomie , grâce à cette opération certain ont la vie sauve alors que d'autres sont soulagés de l'inconfort qu'une maladie intestinale leur cause depuis des années, mais quelle qu'en soit la raison, chaque personne ayant une colostomie pose des questions et a ses propres inquiétudes.

Dans notre étude on a constaté l'importance de retentissement de la colostomie sur la qualité de vie des patients aussi bien sur le plan physique, psychique, sexuel et social.

***Sur le plan physique :** plus de la moitié de nos patients avaient une perturbation de sommeil ,15/30 des colostomisés avaient une diarrhée, les 2/3 rapportaient une fuite et par conséquent la présence de la mauvaise odeur.

23% avaient de la douleur.

Ce qui nous mène à réévaluer la qualité des poches et à insister sur le rôle de l'équipe soignante concernant l'éducation et la prise en charge des stomisés.

***Sur le plan psychologique :** Plus de 2/3 des patients rapportaient une dépression, tous les patients avaient une anxiété à l'égard de la poche, le 1/3 des patients avaient un sentiment de désespoir.

Ce qui reste plus élevé en comparaison avec d'autres études ce qui peut être expliqué par la mauvaise prise en charge psychologique des patients colostomisés.

***Sur le plan familial et social :** tous nos patients ont été dépendants des autres, aucun d'entre eux n'appartenait à un groupe se soutien de stomie, d'où la nécessité d'encourager la création des groupes de soutien pour améliorer leur prise en charge.

***Sur le plan sexuel :** on a remarqué que 18/30 de nos patients ont été actif sexuellement avant la colostomie, 9 ont gardé leur activité sexuelle après la stomie, et seulement 3 patients qui étaient satisfaits de leurs sexualité.

***Habillement :** les 3/4 des patients colostomisés ont été obligés de changer leur style de vêtement.

***Régime :** 77% des des patients suivaient un régime qui diffère d'un patient à l'autre en évitant les aliments qui entraînent des troubles de transit, du gaz ou de l'odeur.

***Activité professionnelle :** personne n'a été obligée d'arrêter son travail ou de changer son poste après la période de convalescence.

***Prise en charge de la stomie :** 22patients changeaient de poche une fois tous les 3 jours,13 patients avaient une accessibilité facile à la poche(ils habitent dans les grandes villes),seulement un patient qui a trouvé que le coût de la poche est accessible (50dh le prix en moyenne).

***Suites opératoires :** 20 patients avaient des suites opératoires simples , les autres rapportaient des complications :

2 patients avaient une dérivation incomplète,3 patients avaient une suppuration peristomiale,1 patient avait une occlusion,1 patient avait une récidence de la tumeur, 2 patients avaient une dépression suivis chez un psychiatre.

En analysant ces résultats, on doit insister sur l'importance de soutien multidisciplinaire comportant des chirurgiens, des reanimateurs, des infirmières somathérapeutes et des psychiatres pour une meilleure prise en charge relationnelle et psychologique.

Nous insistons ainsi sur la charte du droit des patients stomisés par l'association internationale des stomisés (International Ostomates Association (IOA))(49) :

La patient stomisé doit :

+Recevoir des conseils préopératoires afin d'être complètement conscient des bénéfices de l'opération et des points essentiels de la vie avec une stomie.

+Avoir une stomie appropriée placée de manière appropriée, avec une prise en considération totale du confort du patient.

+Recevoir un soutien médical professionnel et expérimenté, ainsi qu'un aide en stomathérapie et en psychologie durant la période pré et post opératoire, à la fois à l'hôpital et au retour à domicile.

+Recevoir au bénéfice de sa famille, de ses aides personnelles et de ses amis, un soutien et des informations afin d'améliorer leur compréhension de sa situation et de ce qui est nécessaire pour avoir un niveau de vie satisfaisant avec une stomie.

+Recevoir une information complète et impartiale sur toutes offres et produits adaptés disponibles dans son pays.

+Avoir un accès non restreint aux produits liés à sa stomie.

+Etre informé de l'existence des associations des stomisés, des services et aides qu'elles peuvent lui fournir.

+Etre protégé contre toute forme de discrimination.



Résumé

Titre : QUALITE DE VIE APRES UNE COLOSTOMIE

Mots clé : Colostomie – Qualité de vie - Occlusion.

Auteur : Halima SHAIMI

La colostomie, qu'elle soit temporaire ou définitive, est un geste opératoire qui retentit sur la qualité de vie des stomisés. Pour évaluer la qualité de vie des malades colostomisés, nous avons étudié d'une façon prospective une série de 30 patients colostomisés, au sein de service de chirurgie I (UCV) de l'Hôpital Ibn Sina de Rabat. Nos patients sont âgés entre 20 et 70 ans, ils ont tous une colostomie temporaire, les 2/3 sont des hommes, le volvulus du sigmoïde était la principale indication. La colostomie latérale sur baguette est largement utilisée (80%), avec un délai de rétablissement qui varie entre 1 et 6 mois. Le retentissement de la colostomie sur la qualité de vie des patients est représenté essentiellement sur le plan physique par la perturbation de sommeil et le trouble du transit chez la moitié des patients, la fuite et l'émission d'odeur chez les 2/3 des patients. Le retentissement sur le bien être psychique peut être résumé dans la dépression dans les 2/3 des cas, le désespoir dans le 1/3 des cas et la croyance diminuée chez 13% des patients. L'activité sexuelle est limitée chez 100% des malades.

Sur le plan familial on constate que la majorité des patients sont dépendants des autres, ce qui peut créer un angoisse familial.

43% des patients ont une accessibilité facile à l'appareillage. La plupart de désagréments liés à la colostomie peuvent être évités par différents moyens simples :

- L'information détaillée fournie par l'équipe soignante.
- Accès facile aux appareillages
- Développement des associations des stomisés.

-La prise en charge des stomisés doit prendre une place importante en vue de l'augmentation du nombre des malades cancéreux.

Summary

Title: Quality of life after Colostomy

Keywords: Colostomy-Quality of life-Occlusion

Author: Halima SHAIMI

The colostomy, that it is temporary or permanent, is a surgical procedure which affects the quality of life of ostomate. To evaluate the quality of life of patients colostomates patients, we studied in a prospective collection of 30 patients who have the colostomy, within service of Surgery I (UCV)of Hospital Ibn Sina of Rabat. Our patients are old between 20 and 70 years, they all have a temporary colostomy, the 2/3 are men, the sigmoid volvulus was the main indication. The loop colostomy with bridge support is largely used (80%), with a recovery time which varies between 1 and 6 months. The impact of colostomy on the quality of life of patients is represented mainly on the physical level by the disturbance of sleep and the disorder of the transit at half the patients, the escape and the emission of odor at the 2/3 of the patients.

The repercussion on the psychic good being can be summarized in the depression in the 2/3 of the cases, the desperation in the 1/3 of cases and the belief decreased at 13% of patients.

Sexual activity is limited at 100% of patients.

On the family show is that the majority of patients are dependent on others, which can create a family anguish. 43% of patients have easy access to the equipment. Most nuisances to the colostomy can be avoided by various simple means:

-The detailed information provided by the team.

-Easy access to equipment.

-Development of ostomy associations.

-The management of ostomy must take an important place for the increasing number of cancer patients.

ملخص

العنوان: نوعية الحياة بعد فوهة القولون

الكلمات الأساسية: فوهة القولون - نوعية الحياة - إنسداد.

من طرف: حليلة السحيمي

فوهة القولون، سواء كانت مؤقتة أو دائمة هي عملية جراحية تؤثر على نوعية حياة المرضى "ستوميزد" و لتقييم نوعية حياة هؤلاء المرضى، درسنا مستقبليا ، سلسلة من 30 مريضا بمصلحة الجراحة "د" (المستعجلات الجراحية للأحشاء) بمستشفى ابن سينا بالرباط .عمر مرضانا كان يتراوح بين 20 و 70 عاما، جميعهم لهم فوهة القولون مؤقتة، 2/3 كانوا ذكورا، التواء الموجية كان الدافع الرئيسي، استعملت بكثرة فوهة القولون الجانبية على قضيب (80 %)، مع وقت انتعاش يتراوح بين 1 و 6 أشهر.

يتمثل تأثير فوهة القولون على نوعية حياة المرضى أساسا على المستوى المادي في اضطراب النوم ،اختلال عملية العبور المعوية عند نصف عدد المرضى، تسرب و انبعاث الرائحة عند 2 /3 الحالات. أثر فوهة القولون على المستوى النفسي يمكن تلخيصه في الاكتئاب عند 2 /3 الحالات، اليأس عند 1 /3 المرضى و الإحساس بالنقص عند 13 % من المرضى .النشاط الجنسي كان محدودا عند جميع المرضى.

على المستوى الأسري نلاحظ أن معظم المرضى يعتمدون على الآخرين مما يخلق قلقا أسريا. 43 % من المرضى يتوصلون بسهولة إلى الأجهزة . يمكن تجنب معظم الإزعاجات المرتبطة بالفوهة القولونية بعدة طرق بسيطة:

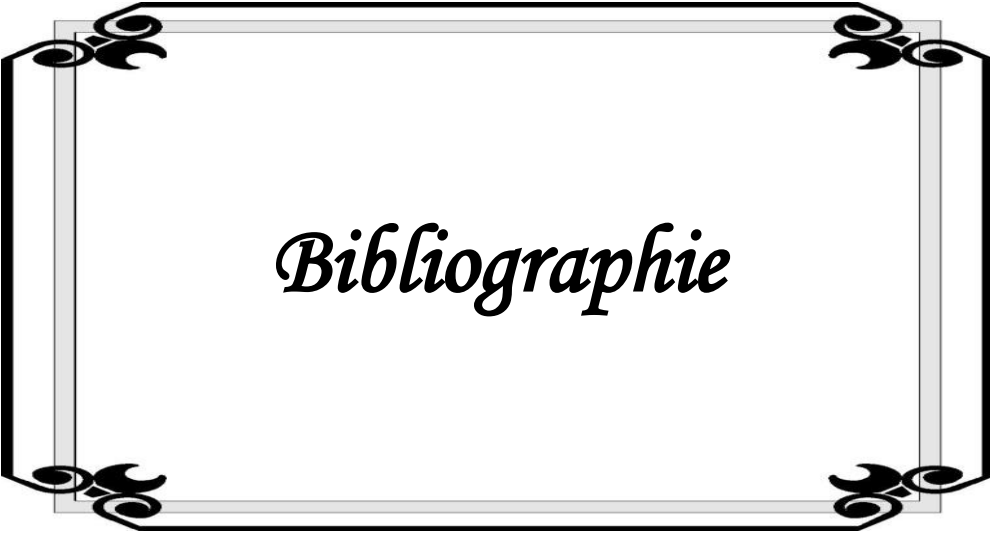
-المعلومات المفصلة المقدمة من طرف الفريق المعالج

- تطوير جمعيات المرضى الحاملين لفوهة قولونية

- التوصل بسهولة إلى الأجهزة

- تحمل مسؤولية هؤلاء المرضى يجب أن تأخذ أهمية كبرى نظرا لارتفاع عدد المصابين

بالسرطان.



Bibliographie

- [1] H.BRENDAN DEVLIN M.A, M.D, Kcal., F.R.C.S
Colostomy: indications, management and complications
- [2] TLIGUI Mourad
Complications des stomies digestives
Thèse de médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
N : 1année 2009
- [3] Prise en charge des patients colostomisés de la période post opératoire à la sortie : version 2 de 10/10/2006
Copyright@ ONCORA-2002-2007
- [4] Colon.texte: Anatomie descriptive
[WWW.anat-j.g.com/ péritoine](http://WWW.anat-j.g.com/péritoine)
Intra/Souss Mesocolon/colon/ colon texte.htm
.
- [5] HARISSON
Principes de médecine interne
15eme édition. Paris : Flammarion, 2002,1666-1667
- [6] GALLOT ; P, LASSER ; J, P, LECHAUX
Colostomies.
Encyclopedie medico-chirurgicale 40-540
- [7] The use of temporary diverting colostomy to manage alderly individuals with extensive perineal b
Bruns: 2002,28,pages :595-599.

- [8] Silva MA, Ratnayake G,Dean KI
Quality of life of stoma patients: temporary ileostomy versus colostomy.
- [9] St.Louis,The C.V.Mosby Co.,1967.
Turnbull, jr., and Dr.F.L.Weakley of Cheveland, Ohio,U.S.A.,in 1967.
Atlas of intestinal stomas.
- [10] ELIAS D,LASSER PH ,LEROUXA ,ROUGIER PH,
COMANDELLAMG,DERACOM
Colostomies perineales pseudocontinentes après amputation rectale
pour cancer.Gastroenterol clin Biol 1993 ;17 :181-186.
.
- [11] LASSER P
Notre technique : colostomie pseudo-continente,j chir Paris
Masson ; 2002 ; 139(5) :274-277
- [12] Colostomie pflége- Zweiteling-fr.
- [13] Les stomies digestives distales en urgence : techniques, indications,et
devenirs (à propos 121cas).
These de médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
N :1 année :1991
- [14] GOLIGHER JC
Surgery of the anus, rectum and colon. London :Bailliere
Tindall,1985:703-705.

- [15] JL BOUILLOT,K AOUAD
Traitement chirurgical des complications des colostomies
EMC 40-545.
- [16] ABRAMS BL,ALSIFAKI FH,WATERMAN NG
Colostomy: a new look at morbidity and mortality.
Ann surg 1979; 45:462-464.
- [17] STOTHERT JC JR, BRUBACHER L, SIMONOWITZ DA
Complications of emergency stoma formation.
Arch surg 1982; 117:307-309.
- [18] Indications et complications. A propos d'one analyse de 1142 cas.
Chirurgie 1985 ; 111 :331-341.
- [19] LEENEN LP,KUYPERS JH
Some factors influencing the outcome of surgery.
Dis Colon Rectum 1989; 32:500-504.
- [20] Les complications des colostomies.Suivi de 500 patients colostomisés .
Ann Chir 1996; 50:252-257.
- [21] ABRAMS BL,ALSIFAKI FH, WATERMAN NG
Colostomy: a new look at morbidity and mortality.
Ann surg 1979;45:462-464.

- [22] Colostomy prolapse.
Surgery 1978;84:577-582.
- [23] MARTINAL, FOSTER G .
Parastomal hernia .Ann R Coll Surg Engl 1996;78:81-84
- [24] PORTER JA, SALVATI EP,RUBIN RJ,EISENSTAT TE
Complications of colostomies.Dis Colon Rectum 1989,32:299-303.
- [25] KHTHARINA DIETZ
Skin problems after ostomy surgery
.
- [26] Brooke BN, Jeter KF, Tood IP eds: Metabolic complications of
colostomy.
Clinics in gastroenterology (vol11, n:2).
Stomas .WBSaunders.Philadelphia.1982;pp260-267.
- [27] HENRI, MOSNIER; OLIVIER BOCHE
Les colostomies. Encyclopédie médico - chirurgicale ELSEVIER 1994..
- [28] Prieto L,Thorsen H,Jul K. Health qual life outcome.2005 oct12;3:62
Development and validation of a quality of life questionnaire for patients
with colostomy or ileostomy.

- [29] Robert Krouse, M.D., Marcia Grant, R.N., D.N.Sc., F.A.A.N., Betty Ferrell, R.N., Ph.D., F.A.A.N., Grace Dean, R.N., Ph.D., Rebecca Nelson, Ph.D., and David Chu, M.D.
Quality of life Outcomes in 599 Cancer and Non- Cancer patients With Colostomies.
- [30] Marcia Grant, Carol M. Baldwin, Christopher Wendel,
Gender Differences in Sleep Disruption and Fatigue on Quality of Life Among Persons with Ostomies,
2009
- [31] ROLSTAD BS, WILSON G, ROTHENBERGER DA
Sexual concerns in the patient with an colostomy.
1983; 26: 170-171
- [32] T. J. THOMSON, J. RUNCIE, AND A. KHAN
From the Gastrointestinal Unit, Stobhill and Ruchill Hospitals, Glasgow, and the University Department 1970.
- [33] Ella Svantesson Martinsson , Marianne Josefsson RN
La capacité du travail et la qualité de vie après colostomie 1990.
- [34] [34] Extrait du site : www.chi-poissy-st-germain.fr
- [35] Käthi Chiara, Yvonne Fent, Franziska Mülle
La colostomie, 2007

- [36] Lion CS,Chen CH,Hu Li Za Zhi.2007 Aug;54(4):78-82 chinese
Nursing care for lower rectal cancer patients undergoing anal sphincter
saving operation.
- [37] L'alimentation après une stomie digestive.
1May 2009 <http://www.uril.com/paris.org>.
- [38] Dil.Bruyninx.Clinique André Renard.
L'image corporelle blessée d'un patient porteur d'une stomie .
Service de chirurgie digestive .
- [39] Fisher SE,Daniels IR. Colorectal Dis.2006;8 suppl 3:40-2.
Review Quality of life and function following surgery for rectal cancer.
- [40] Wone Izanec J,Nagle D: Impact of protector on continence and sexual
Function in Ann J Gastroenterol.2006 Dec;101(12suppl):S618-
24.Review
- [41] GUTMAN H, REISS R
Postoperative course and rehabilitation achievements of
colostomates. Dis Colon Rectum
1985 ; 28 : 777-781
- [42] MOREAUX J
Appareillage, soins locaux et réhabilitation après colostomie
et iléostomie. Rev Prat (Paris)
1981; 31: 927-934

[43] [GOPAL KA, AMSHEL AL, SHONBERG IL, LEVINSON BA, VAN WERT M, VAN WERT J

Ostomy and pregnancy. Dis Colon Rectum

1985 ; 28 : 912-916

[44] öJERSKOG B, KOCK NG, PHILIPSON BM, PHILIPSON M

Pregnancy and delivery in patients with a continent stomy. Surg

Gynecol Obstet

1988 ; 167 : 61-64

[45] La Charte du droit des patients stomisés. International Ostomate Association.

www.Ostomyinternational.org.

Serment

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم ابقر اط

بسم الله الرحمن الرحيم
أقسم بالله العظيم

- في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:
- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - < وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول.
 - < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.

نوعية الحياة بعد فوهة القولون

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة : حليلة السحيمي

المزودة في 03 يوليوز 1984 بسلا

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: فوهة القولون – نوعية الحياة – إنسداد.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد رشيد شقوف

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد: محمد العبسي

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: الحسن العلمي الفريشة

أستاذ في الجراحة العامة

أعضاء

السيد: مامون الفرودي

أستاذ في التخدير والإنعاش

السيد: منير كسرى

أستاذ في جراحة الأطفال