

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

ANNEE: 2010

THESE N°:187

QUALITE DE VIE APRES ILEOSTOMIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle Saadia OUTEMSAA

Née le 18 Mars 1985 à Kénitra

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Qualité de vie – Iléostomie - Grêle.

JURY

Mr. M. R. CHKOFF

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. ELABSI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. AMRAOUI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. E. ECHERRAB

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. EL OUNANI

Professeur de Chirurgie Générale

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



**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 KHAMLIHI 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. BENSOUDA 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. BENSALIM 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 OUAZZANI 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. BENMAMOUCHE 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
Traumatologie 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 ANDALOUSSI 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.R.L.
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. DRISSI Sidi Mourad*
 299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
 300. Pr. EL HJRI 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. NOUINI 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 – Entérologie
 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 Abdeloiihab*
 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 Btissam
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-Phthisiologie
 Pneumo-Phthisiologie

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*

Dédicaces



*A Allah
Tout puissant
Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde*



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.

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

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et l'amour éternel pour les sacrifices que vous avez 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 sœurs : Yamna , Rachida , Jamila

et mon cher frère Ibrahim

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 tous mes amis et camarades de promotion

*Halima, Nihal, Siham, Nawal, Noura, Imane, Meriem, Ghizlane, Sarra, Hind
, Majda, Chaimae, Hanane, Bouchra, Habiba ...*

*Les mots ne sauraient exprimer l'étendue 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 M. R. CHKOFF
Professeur de Chirurgie Générale

Nous vous sommes infiniment reconnaissants du grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.



*A notre maître et rapporteur de thèse
Monsieur le professeur M. ELABSI
Professeur de Chirurgie Générale*

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqué.

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 M.ELAMRAOUI
Professeur de Chirurgie Générale

*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.*



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur ECHERRAB
Professeur de Chirurgie Générale

Nous sommes particulièrement touchés par la spontanéité et la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Nous vous remercions ce grand honneur que vous nous faites.

Veillez accepter, cher maître, ce travail avec toute notre estime et haute considération.



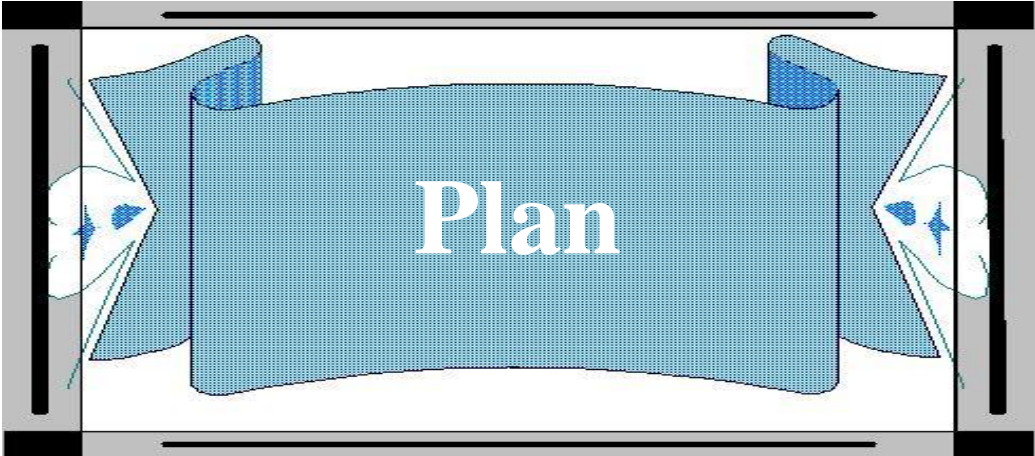
À notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur M.EL OUNANI
Professeur de Chirurgie Générale

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.

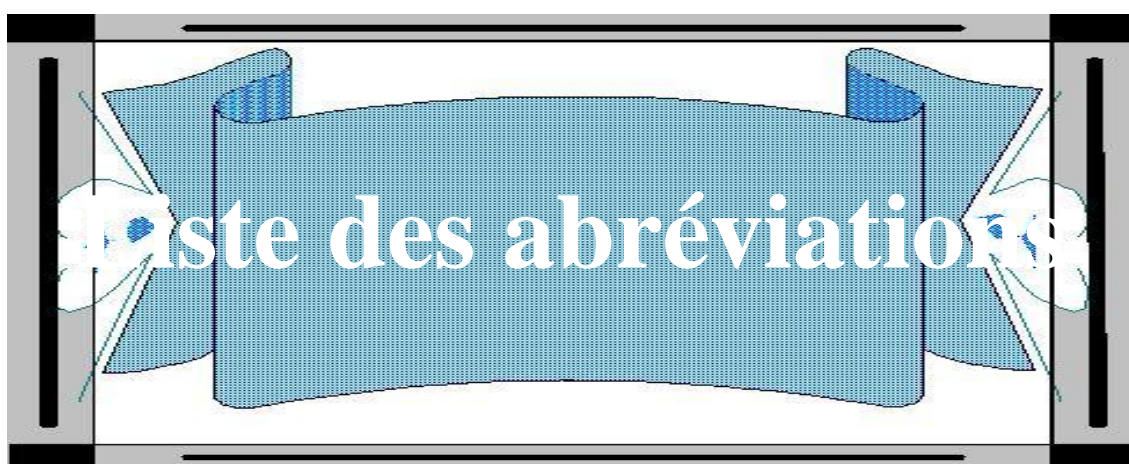
Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et profond respect.





Introduction	1
Historique	3
Généralités	5
A. Définition :	6
B. Rappel anatomophysiologique :	7
C. Indications de l'iléostomie	12
D. Localisation de la stomie :	14
E. Types et techniques d'iléostomie :	16
1. Iléostomie terminale	16
2. Iléostomie latérale	17
3. L'iléostomie définitive	19
4. L'iléostomie provisoire	19
5. Autres types d'iléostomies	19
F. Différents types d'appareillages	21
G. Complications	24
1. Complications précoces :	24
2. Complications tardives	26
3. Complications rares :	29
Matériels et Méthodes	31
A. Matériels d'étude :	32
B. Méthodes d'étude :	32
Résultats	39

Discussion et analyse des résultats.....	46
Conseils pour améliorer la qualité de vie des iléostomisés.....	54
Conclusion.....	61
Résumés.....	64
Bibliographie.....	68



AB : arcades bordantes.

ACSD : artère colique supérieure droite.

AHC : artère hépatique commune.

AI : artères iléales.

AIC : artère iléocolique.

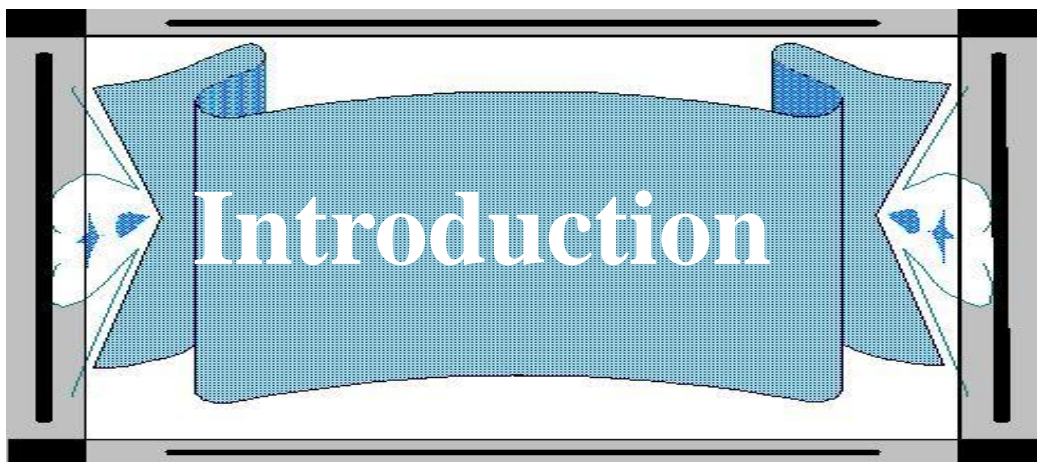
AJ : artères jéjunales.

AMS : artère mésentérique supérieure.

ARB : arcade de Rio Branco.

TC : tronc coélique.

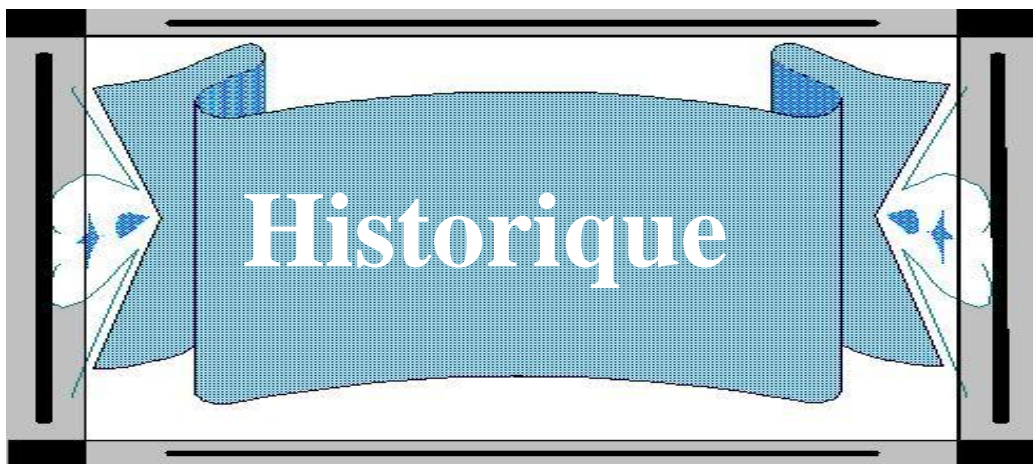
U.C.V : Urgences Chirurgicales Viscérales.



Le port d'une stomie induit un véritable bouleversement dans la vie quotidienne de la personne concernée ; elle entraîne pour le patient et son entourage de multiples modifications physiques et psychologiques inévitables et souvent difficiles à vivre.

Le but de notre travail est d'avoir une idée sur la qualité de vie d'une personne contrainte à vivre avec un appareillage de dérivation intestinale. Quelles conséquences la stomie aura-t-elle sur sa vie quotidienne, professionnelle, sexuelle...

Notre travail est une étude prospective concernant des patients traités par une iléostomie temporaire ou définitive durant une période d'un an (du mars 2009 au mars 2010), réalisée au sein du service de Chirurgie I (U.C.V) du Centre Hospitalier Universitaire IBN SINA.



Imaginé en 1818 par MAUNOURY, l'iléostomie latérale fut exécuté pour la première fois en 1838 par GUSTAVE MONOD, mais c'est AUGUSTE NELATON qui, en 1857, fit connaître cette opération, précisa sa technique et ses indications.

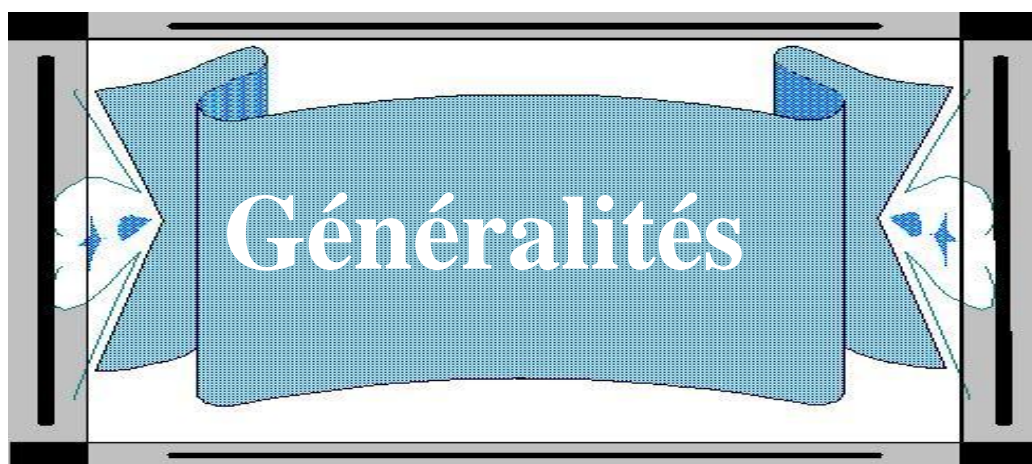
Quant à l'iléostomie terminale en canons de fusil, depuis LITRE en 1700, elle figurait dans toutes les publications, elle était pour longtemps le mode de terminaison habituel de toutes les résections notamment pour la gangrène herniaire. Cette iléostomie cachectisait le patient.

Monsieur KOCK préconisa l'iléostomie continente grâce à un réservoir iléal, cette technique a été rapportée en France par LAGACHE.

BROOKE pratiqua son procédé de retournement iléal permanent ainsi un appareillage facile, et évitant un bon nombre de complications.

GRILE et TURNBULL proposèrent de réséquer la séro-muscleuse sur la moitié de l'anse extériorisée pour raccourcir le temps de maturation, GALICHER préconisait en 1958 l'extraterritoriale iléostomie évitant ainsi de créer un espace latéral comme prophylaxie des occlusions post opératoires. En 1962, AYLETTRIBET et BERTRAND imaginèrent l'iléostomie de protection en amont d'une suture précaire ou d'un segment pathologique.

Au début des années 70, est apparue l'iléostomie de sauvetage dont LOYGUE est l'un des promoteurs, c'est le fruit des travaux menés sur les péritonites généralisées et graves[1].



A. Définition :

Le terme stomie est emprunté au grec «stoma» qui signifie «bouche». Dans le langage médical, une stomie se définit par l'abouchement d'un viscère à la peau, en dehors de son emplacement naturel.

La stomie permet de mettre au repos le reste du tube digestif par lequel le transit ne circulera plus, dans l'attente d'un nouveau traitement et d'une éventuelle remise en continuité. Elle peut être provisoire ou définitive.

La stomie étant de la muqueuse, elle est rouge (comme l'intérieur d'une joue) et son toucher est indolore. Elle est insensible.

L'iléostomie se définit comme étant une stomie placée au niveau de l'iléon, elle permet de relier l'iléon vers l'extérieur à travers la paroi de l'abdomen par un acte chirurgical. Ainsi, le transit intestinal est dérivé directement de l'iléon vers l'extérieur et les matières fécales sont récupérées dans un appareillage spécifique. Cet appareillage est anciennement appelé "anus artificiel" même si le seul point commun avec un anus est la possibilité pour la stomie de faire passer les excréments.

B. Rappel anatomophysiologique :

1. Anatomie

L'intestin grêle, situé dans l'abdomen, d'une longueur de 4 à 8 mètres, s'étend du pylore au côlon. Il comprend deux parties distinctes :

- le **duodénum**, segment initial de trajet horizontal puis formant un angle droit descendant, pour faire place au :
- **jéjuno-iléon** portion mobile repliée en une quinzaine d'anses intestinales dans la cavité abdomino-pelvienne.

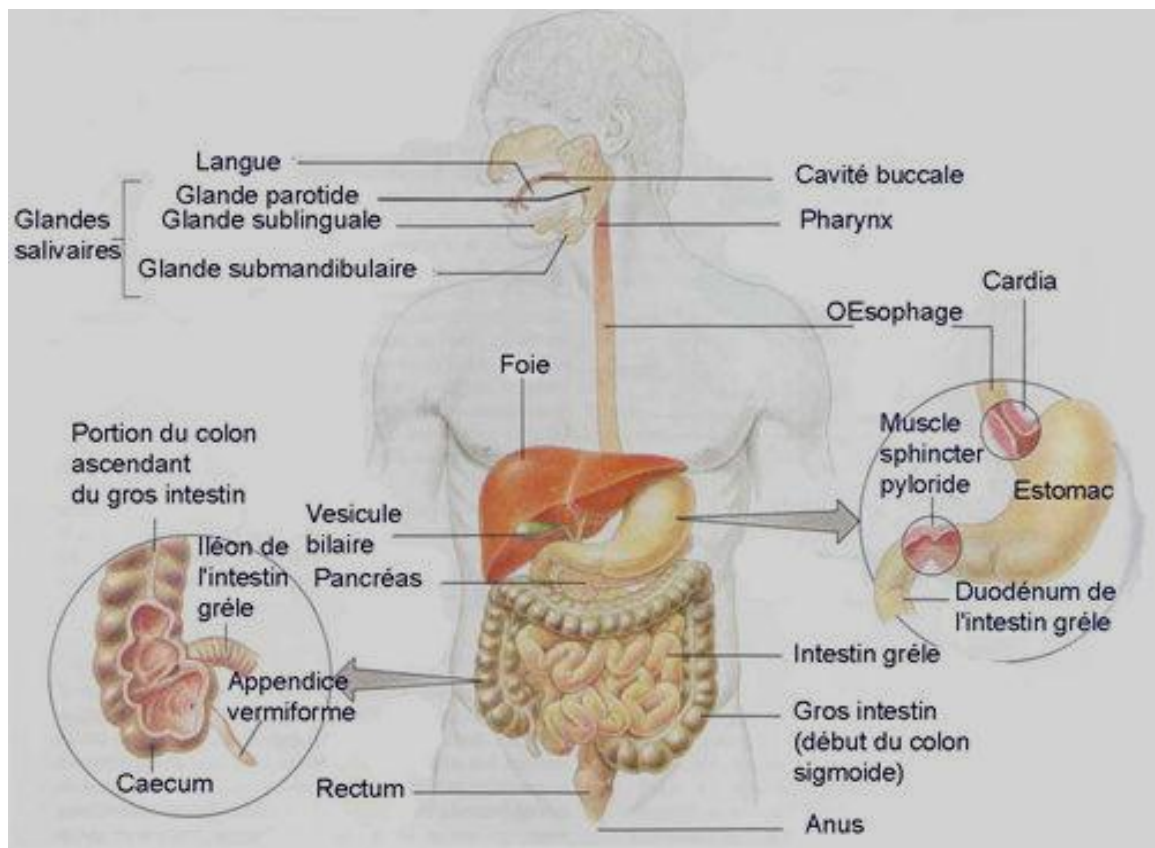


Figure : Anatomie topographique de l'intestin grêle [2].

Le duodénum a une forme de boucle. Dans sa partie verticale, débouchent le canal cholédoque, qui vient du foie, et le canal de Wirsung, issu du pancréas. Ces deux canaux ont souvent un orifice duodéal commun l'ampoule de Vater. Au duodénum fait suite le jéjunum, puis l'iléon. Celui-ci se jette dans le caecum.

Le **duodénum histologique** est plus court que le duodénum anatomique : il s'arrête au niveau de l'ampoule de Vater, à partir de là commence le jéjuno-iléon histologique avec l'apparition des premières valvules conniventes.

-L'innervation de l'intestin grêle provient des nerfs vagues et des nerfs sympathiques issus des nerfs splanchniques.

-La vascularisation de l'intestin grêle se fait par l'intermédiaire de l'artère mésentérique supérieure. La veine mésentérique supérieure, qui est l'aboutissement des veines de l'intestin grêle, contient un sang riche en nutriments provenant de la muqueuse de l'intestin grêle. Cette veine se jette dans la veine porte hépatique qui elle-même apporte le sang au foie.

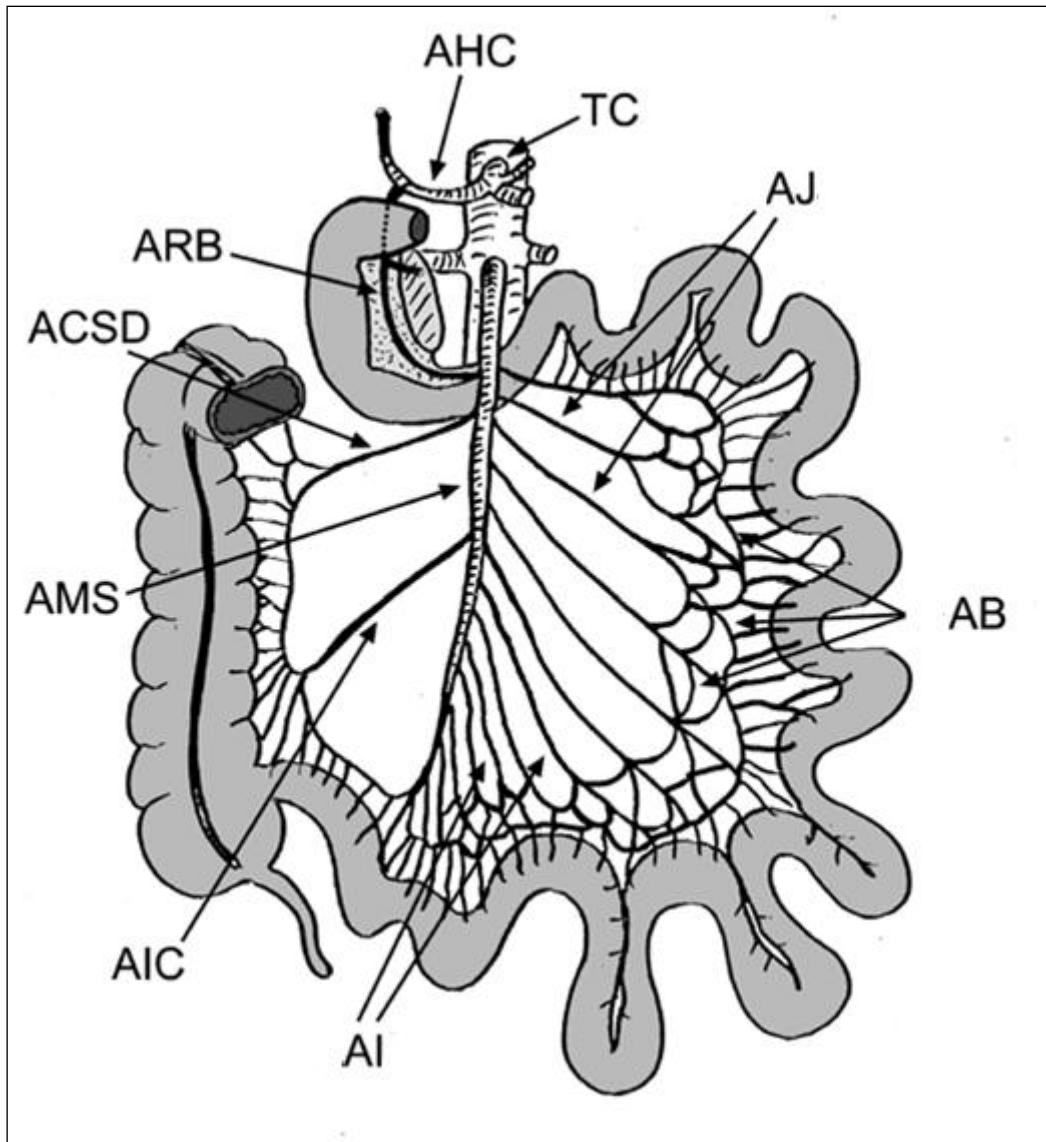


Figure : Vascularisation artérielle de l'intestin grêle [3]

2. Motricité

Organe de transit des aliments, l'intestin est doté d'une motricité intrinsèque, assurant le transfert des aliments venant de l'estomac. Les mouvements intestinaux sont de trois ordres :

- mouvements de segmentation fragmentant le bol alimentaire.
- mouvements de balancement permettant le mélange des aliments avec les sécrétions pancréatiques et biliaire.
- mouvements péristaltiques permettant la progression du bol alimentaire tout au long de l'intestin.

Cette motricité est régie par deux plexus nerveux présents dans la paroi intestinale (plexus de Messner et d'Auerbach).

3. Surface d'échanges

La digestion et l'absorption sont favorisées par l'amplification considérable de la surface d'échange grâce à :

- la longueur considérable de l'intestin grêle replié en anses intestinales.
- l'existence à la surface de la paroi intestinale de replis circulaires macroscopiques, les valvules conniventes ou valvules de Kerckring.
- la présence d'innombrables petites évaginations de la muqueuse, hautes de 0,5 à 1 millimètre, les villosités intestinales.
- la multitude de microvillosités des entérocytes à la surface de l'épithélium de revêtement de la muqueuse

4. Digestion

Le duodénum reçoit le chyme gastrique, imprégné des enzymes salivaires et stomacales. De plus, la bile et les enzymes pancréatiques y sont déversés au niveau de l'ampoule de Vater.

Dans l'intestin grêle, le chyme subit l'action du suc pancréatique, de la bile et du suc intestinal. Les aliments sont dégradés en nutriments ou métabolites pouvant franchir la barrière intestinale et passer dans les circulations sanguine et lymphatique. Les résidus non digérés resteront dans la lumière intestinale et constitueront les fécès.

Le suc intestinal comprend de l'eau, des éléments minéraux assurant un pH neutre ou basique, des enzymes et de la mucine. Les entérocytes, par la sécrétion d'enzymes, assurent les étapes finales de la digestion et sont le siège de l'absorption des nutriments, de l'eau, des sels minéraux et des vitamines. L'absorption des nutriments débute dans le duodénum, mais est particulièrement importante dans le jéjuno-iléon.

C. Indications de l'iléostomie

Si la création d'une stomie quels qu'en soient la nature ou le siège, dépend d'une décision réfléchie, justifiée par l'affection en cause, bien que ce choix soit fondamental, le problème des indications, vaste sujet, ne sera pas traité. Le rappel technique, pour certains trop chargé de détails en apparence insignifiants, est primordial ; il peut comme il est dit parfois, " faire la différence ".

Pour le patient, en effet, ce qui importe n'est pas tant l'acte opératoire qu'il oubliera vite, mais la stomie avec laquelle il devra vivre 24 heures sur 24.

L'iléostomie est pratiquée lorsque :

Une partie ou la totalité du gros intestin, y compris le sphincter, doit être enlevée ou mise au repos à la suite d'une maladie et que les selles ne peuvent plus être évacuées.

D'une manière naturelle. Elle peut être nécessaire dans les cas suivants :
[4]

- **Les maladies inflammatoires** telles la maladie de Crohn, la rectocolite-ulcéro-hémorragique.
- **la colite ulcéreuse** (maladie inflammatoire chronique de la muqueuse du gros intestin accompagnée d'ulcérations).
- **une diverticulite** : inflammation des diverticules (espèces de poches en «cul-de-sac» formées par la paroi intestinale).
- **une polypose familiale** (développement de polypes – adénomes ou poly-adénomes dans le colon et le rectum).

- **la confection d'une poche iléo-anale** (intervention chirurgicale permettant de relier un segment de l'intestin grêle à l'anus).
- Les lésions précancéreuses ou cancéreuses.
- La mise au repos du tube digestif.
- La protection d'une anastomose iléo-rectale.
- Les fistules entéro-cutanées du grêle ou gastro-jéjuno-coliques.

D. Localisation de la stomie :

Le repérage du site d'une stomie est un temps essentiel. Il est à envisager chaque fois qu'une stomie digestive est prévue, qu'elle soit temporaire ou définitive, qu'elle soit certaine ou représente seulement une éventualité aux vues des données préopératoires. Il est ainsi préférable de repérer un site de stomie et de ne pas l'utiliser, que de réaliser une stomie en zone inadéquate sans en avoir prévenu le patient.

Le confort ultérieur du patient va dépendre des quelques minutes qu'on aura prises pour choisir en complète coopération avec lui, le site de la future stomie. C'est un moment privilégié pour commencer à parler avec le patient de sa vie de futur stomisé, lui montrer le matériel, créer un climat de confiance qui lui permettra d'aborder plus sereinement le handicap que représente la stomie digestive. Eluder ce temps peut conduire à une stomie mal placée, responsable de problème cutané et d'appareillage dont le retentissement physique, psychologique et social peut obliger à une ré-intervention pour relocalisation de la stomie, ce qui représente toujours un geste chirurgical lourd et risqué.

Le repérage se fait d'abord debout, il s'agit du repérage vertical, on s'assure de choisir l'emplacement le plus visible du patient de préférence au sommet de la protubérance abdominale. Le repérage se fait ensuite couché.

On effectue alors le repérage latéral sur l'abdomen, la stomie doit se trouver en peau plane et souple, à distance de tous reliefs qui gêneraient l'adhérence du matériel d'appareillage (recueil ou tampon obturateur). On identifie ainsi les éventuelles cicatrices, la zone de l'ombilic, les reliefs osseux (côtes et crêtes iliaques). On recherche également un pli cutané marqué que l'on pourra détecter

en faisant asseoir le patient. On s'informerait du port d'une ceinture en essayant de placer la stomie au-dessus ou au-dessous de cette zone et, si possible, on respecterait les habitudes vestimentaires. La stomie doit traverser le muscle grand droit pour limiter le risque d'éventration. Le site de la future stomie doit être aisément vu par le patient, de cela découlerait une parfaite autonomie. De plus, il faut tenir compte de la morphologie (obésité, maigreur...), des habitudes de vie de la personne (sport, travail...) et de ses handicaps. On voit ainsi qu'il n'y a aucune place pour une localisation " esthétique " de la stomie (proche du pubis par exemple être cachée dans le slip), de telles préoccupations vont à l'encontre du but recherché avec des stomies difficilement appareillables et posant des problèmes cutanés insurmontables.

E. Types et techniques d'iléostomie :

1. Iléostomie terminale[6]

Une iléostomie terminale est effectuée lorsqu'une partie du gros intestin (côlon) a été enlevée et que l'extrémité de l'intestin grêle est abouchée à l'abdomen afin de former une stomie.

Une iléostomie terminale peut être temporaire ou permanente. Elle est souvent pratiquée dans le cas où l'extrémité de l'intestin grêle est atteinte.

Technique[7] :

Elle siège sur le grêle terminal et est réalisée dans la fosse iliaque droite. La traversée pariétale du grêle se fait selon un trajet direct trans-péritonéal. L'anse grêle est extériorisée sur une longueur de 6 à 8 cm, retournée en doigt de gant, selon la technique de Brooke, formant une trompe de 2 à 3 cm de longueur.

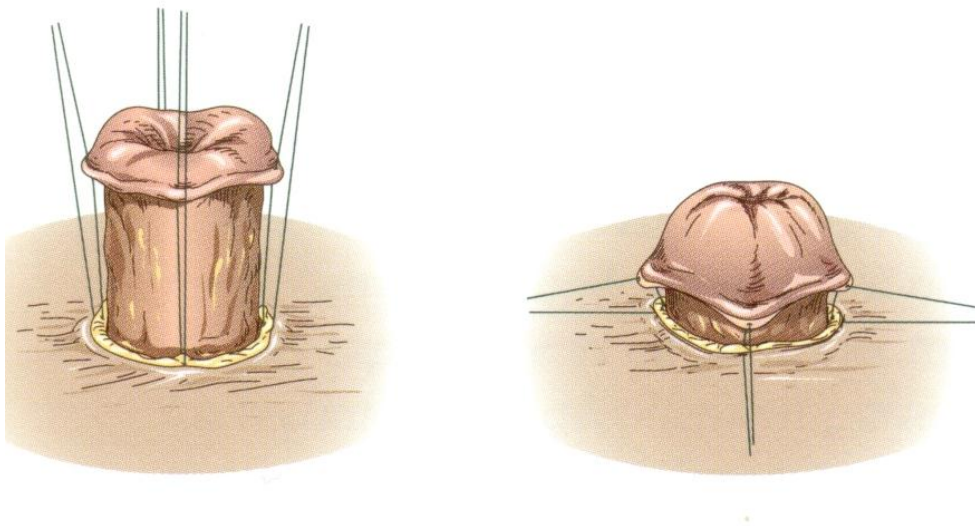


Figure : Schémas montrant les techniques chirurgicales de la réalisation d'une iléostomie terminale[5,8]

La confection de cette trompe est indispensable, prévenant la sténose cutanée, les difficultés d'appareillage et les complications cutanées. La muqueuse éversée est fixée par des points de fil résorbable à la peau. Un toucher digital de la stomie permet de vérifier l'absence de sténose pariétale, puis la stomie est immédiatement appareillée.

2. Iléostomie latérale

C'est une technique de diversion du flux iléal proposée initialement pour la protection d'anastomoses colo- ou iléo-anales. Ses indications se sont élargies en chirurgie d'urgence à la dérivation de sténoses coliques, comme cela peut se voir dans les pancréatites, de lésions anopérinéales ou à l'extériorisation de perforations du grêle.

Technique[9] :

Dans ce type de stomie, une anse intestinale est tirée vers l'extérieur à travers la paroi abdominale.

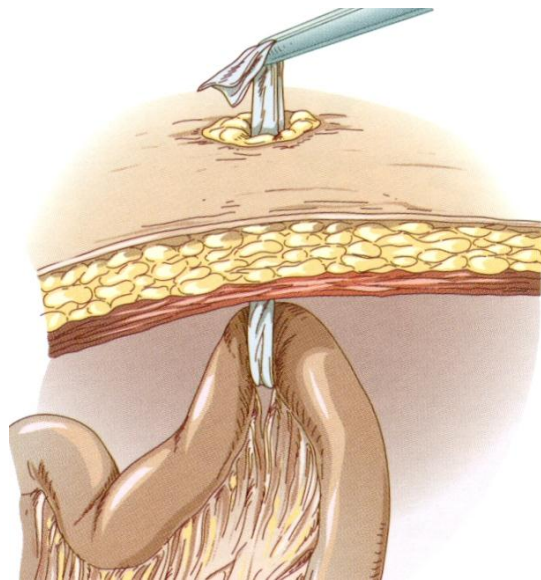


Figure 4 : schéma montrant le grêle amené à la peau[6].

On place alors une baguette – qui sera retirée environ deux semaines après l'opération – pour empêcher l'intestin de se rétracter à l'intérieur du corps. La paroi antérieure de l'intestin est sectionnée, ce qui crée deux embouchures : l'une sert à l'évacuation des selles, tandis que la seconde mène à la section de l'intestin qui est mise au repos.

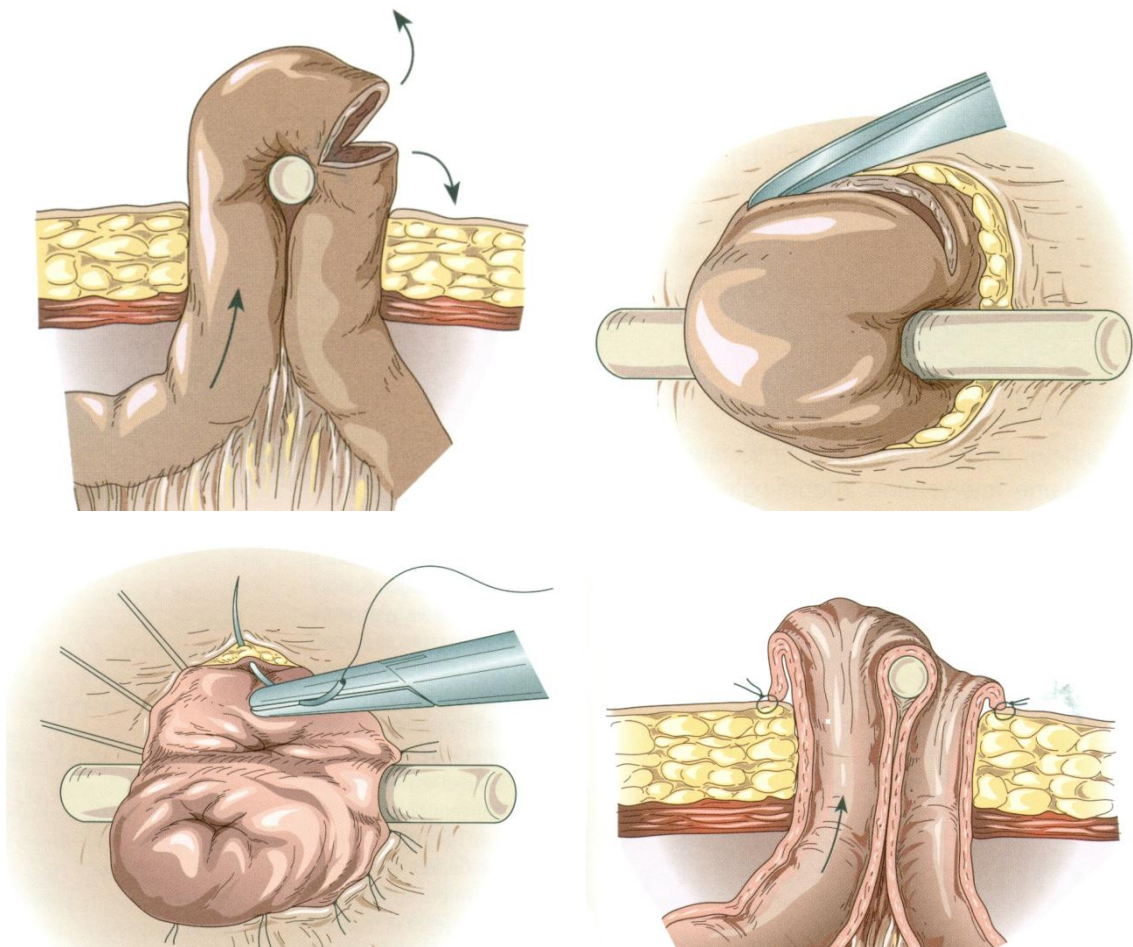


Figure 5 : Schémas montrant les techniques chirurgicales pour la réalisation d'une iléostomie latérale[6]

3. L'iléostomie définitive

Elle est indiquée quand le rectum est trop malade pour pouvoir être conservé. La continuité ne pourra pas être rétablie. L'intervention comportera dans ce cas deux phases : l'établissement de l'iléostomie et l'ablation du côlon et du rectum (en termes techniques : une colo-proctectomie totale).

4. L'iléostomie provisoire

L'iléostomie provisoire est en général pratiquée pour une période d'environ trois mois afin de soulager et mettre au repos des segments déterminés du gros intestin.

Certaines blessures, malformations, inflammations des diverticules ainsi que la protection de sutures peuvent rendre indispensable une iléostomie de décharge. Une fois achevé le processus de guérison de la section de l'intestin qui a été mis au repos, le chirurgien peut rétablir la continuité intestinale.

5. Autres types d'iléostomies

Iléostomie pseudo continente[10] :

Cette iléostomie terminale proposée par Kock consiste à créer un réservoir intra-abdominal par plastie iléale dont l'anse efférente, abouchée à la peau, constitue une valve anti reflux par invagination sur elle-même. Ce montage évite le port d'une poche permanente, la seule servitude est une vidange du réservoir plusieurs fois par jour au moyen d'une sonde à bout mousse type Foley.

La réalisation est de technique difficile, ne devant être effectuée que par un chirurgien entraîné. Cette poche sacrifie au moins 40 cm de grêle. Elle ne garde actuellement que peu d'indications, en raison du développement de l'anastomose iléo-anale ; elle est contre-indiquée dans la maladie de Crohn.

Entérostomies de sauvetage[11] :

Ces entérostomies réalisées en cas de perte de la continuité du grêle peuvent siéger du jéjunum à l'iléon terminal, afin d'éviter toute suture ou anastomose en milieu septique péritonéal. La stomie proximale jéjunale ou iléale est réalisée comme une stomie terminale selon le procédé de Brooke ; l'orifice distal exclu est fixé à la peau sans artifice particulier. Ces entérostomies de sauvetage sont souvent difficiles à extérioriser, en raison de l'épaississement du tube digestif et des mésos, en rapport avec les phénomènes septiques et occlusifs.

F .Différents types d'appareillages[12]

Les systèmes "une pièce" : Ils se composent d'une poche de recueil vidangeable munie d'un adhésif ou d'un protecteur cutané solidaire. L'ensemble doit être renouvelé chaque fois que la poche doit être changée. La partie inférieure ouverte de la poche est maintenue fermée grâce à un " clamp " livré avec le matériel.

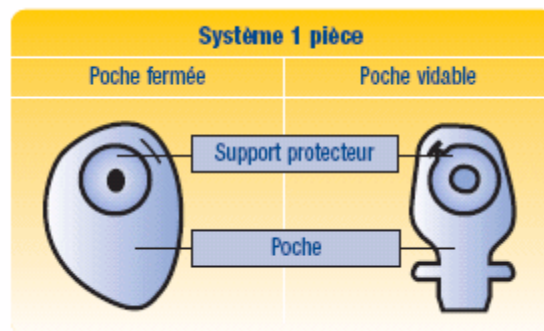


Figure 6 : Dessin montrant le système une pièce[35]

Les systèmes "deux pièces" : Ici, nous trouvons un support cutané et une poche de recueil vidable livrés séparément.

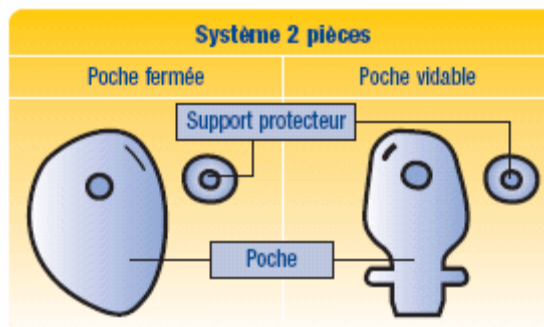


Figure 7 : Dessin montrant le système 2 pièce[35]

- Le protecteur cutané peut ainsi rester en place plusieurs jours tandis que la poche peut être changée en fonction des besoins.

Les " clamps " nécessaires à la fermeture des poches sont contenus dans les boîtes d'appareillage de recueil.

Ils sont parfois considérés comme des gadgets, mais en vérité, ils ont une utilité démontrée et augmentent notre confort et notre sécurité.

Accessoires de stomies

-La ceinture : La ceinture se fixe directement sur la poche du système " deux pièces " qu'elle "soutient".

Sauf exception, elle n'est généralement pas nécessaire mais peut toutefois apporter un sentiment de sécurité.

Elle peut être pour les appareillages en "une pièce", complétée par un anneau qui sera glissé entre la poche de recueil et le protecteur cutané solidaire.

-Le couvre-poche : Cette enveloppe de coton ou de matière non-tissé dans laquelle se glisse la poche évite le contact de la peau avec le plastique de l'appareillage.

Indépendamment du confort ainsi obtenu, elle prévient les irritations parfois provoquées par la transpiration.

-Les films protecteurs : Ils protègent la peau saine et améliorent la tenue de l'appareillage.

-Les anneaux convexes pour systèmes "deux pièces " : Par une augmentation de la pression de la plaque protectrice sur la peau péristomiale, ils font ressortir la stomie et diminuent ainsi les risques d'infiltration. Les anneaux permettent un appareillage sûr et efficace des stomies difficiles.

-Les lotions nettoyantes : Elles facilitent le décollement des appareillages usagés et suppriment les résidus des adhésifs microporeux.

G. Complications

Les complications des stomies digestives peuvent nuire au bon fonctionnement de la stomie et à son appareillage apportant des problèmes supplémentaires au stomisé et rendant plus difficile sa réinsertion. Leur traitement est avant tout préventif par la réalisation très minutieuse de la stomie. La confection d'une stomie ne doit jamais être considérée comme un geste mineur, car l'apparition d'une complication va souvent nécessiter une ré-intervention dont certaines seront de réalisation délicate. Il faut distinguer les complications précoces des tardives.

1. Complications précoces :

*** Hémorragie péri-stomiale**

C'est la conséquence d'un défaut d'hémostase au niveau de la paroi, de l'intestin, de la tranche de section, du mésocôlon ou du mésentère.

Dans ce dernier cas, l'hémorragie peut ne pas être extériorisée, responsable d'un hémopéritoine.

*** Nécrose de la stomie**

Elle se traduit par une modification de la couleur de celle-ci, devenant cyanosée puis noire. Cette nécrose est en rapport avec une stomie extériorisée sous traction, plus rarement il s'agit d'une compression du mésentère ou du mésocôlon par une ouverture aponévrotique insuffisante.

*** 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 péri-stomial et à un stade de plus de péritonite.

*** Abcès péri-stomiale**

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.

*** Fistule péri-stomiale**

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 para-stomiale**

Elle peut survenir aussi bien après stomie terminale que latérale. 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 aigue 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. L'examen de la stomie, le toucher digital et le sondage permettent de faire la part des choses.

Toutes les complications précoces des stomies peuvent être évitées par :

- Une hémostase soigneuse.
- Une stomie bien vascularisée et fixée sans traction.
- Un orifice pariétal adapté à la taille du côlon ou du grêle.
- L'absence de point transfixiant et de fixation du grêle ou du côlon à la paroi.

2. Complications tardives

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

*** Stomie mal placée :**

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 [14]. Elle est plus rare après iléostomie. Aucune technique ne permet d'éviter à coup sûr cette complication.

On peut distinguer les éventrations précoces, apparaissant dans les 6 mois postopératoires, et les éventrations tardives favorisées par une déficience

pariétale et l'hyperpression intra-abdominale. 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.

*** Prolapsus :**

Sa fréquence est d'environ 20%[14]. Il survient aussi bien sur une stomie terminale que latérale. Il relève parfois d'une faute technique : fixation insuffisante d'une iléostomie terminale. Le prolapsus devient chirurgical s'il est volumineux, difficile à réduire et menace de s'étrangler.

*** Sténose :**

Elle est favorisée par une résection cutanée ou pariétale trop petite, une rétraction, des lésions inflammatoires cutanées péri-stomiales. 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.

*** 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.

*** Complications physiologiques :**

-Déplétion sodée et hydrique :

Les iléostomisés ont une perte d'eau et de sodium fixe par leur stomie[15]. Si les apports alimentaires en eau et en sodium sont insuffisants, une déshydratation et une hypovolémie apparaissent rapidement malgré une réponse

rénale adaptée. Ces complications sont plus fréquentes et plus sévères en cas d'iléostomie préterminale.

-Déplétion potassique :

Une déplétion potassique primitive est inhabituelle chez l'iléostomisé. Lorsqu'elle existe, elle est habituellement secondaire à une déplétion sodée à l'origine d'une fuite urinaire de potassium [16].

-Déplétion en magnésium :

Un déficit en magnésium peut apparaître dans les iléostomies à gros débit. Le signe clinique habituel est la tétanie liée à l'hypocalcémie secondaire au déficit en magnésium. Le traitement consiste en des apports intraveineux de magnésium[16].

-Carence en vitamine B₁₂ :

Chez certains iléostomisés, en l'absence de résection iléale, on observe une diminution de l'absorption de la vitamine B₁₂ ; il est possible qu'une modification de la flore bactérienne de l'iléon terminal soit en cause. En cas de résection iléale distale, il existe une malabsorption de l'acide folique et de la vitamine B₁₂ motivant un traitement vitaminique au long cours[16].

*** Lithiase urinaire :**

La prévalence de la lithiase urinaire chez l'iléostomisé varie de 7 à 18% suivant les séries pour un taux maximal de 3,8% dans la population générale. La lithiase urique qui habituellement représente moins de 10% de l'ensemble des calculs urinaires est en cause dans 60% des cas chez l'iléostomisé[17], 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.

*** Lithiase biliaire :**

La prévalence de la lithiase biliaire est significativement augmentée chez les patients ayant une résection iléale supérieure à 10 cm. Le traitement par acides biliaires est contre-indiqué chez l'iléostomisé car il donne une diarrhée. En cas d'iléostomie continente, la prévalence de la lithiase biliaire semble comparable à celle de la population générale [17].

*** Pochite :**

L'inflammation du réservoir iléal a été décrite dans les iléostomies pseudo-continentes[18].

Dans 50% des cas environ[19], 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 ulcéro-hémorragique. Une pullulation bactérienne est probablement en cause, soit directement, soit indirectement.

3. Complications rares :

*** Adénocarcinome sur iléostomie :**

Cette complication est très rare : 18 cas rapportés en 1990. Elle concerne des patients colectomisés pour rectocolite ulcérohémorragique ou polypose adénomateuse familiale. Le temps écoulé entre la création de l'iléostomie et la

découverte de la tumeur est de 23 ans en moyenne. L'âge moyen des patients lors du diagnostic est de 60 ans. La découverte précoce de ces tumeurs motive l'excision de l'iléostomie, de la peau environnante, de la paroi abdominale et la résection d'un court segment de grêle distal avec transposition de l'iléostomie[20].

*** Pyoderma gangrenosum péri-stomial :**

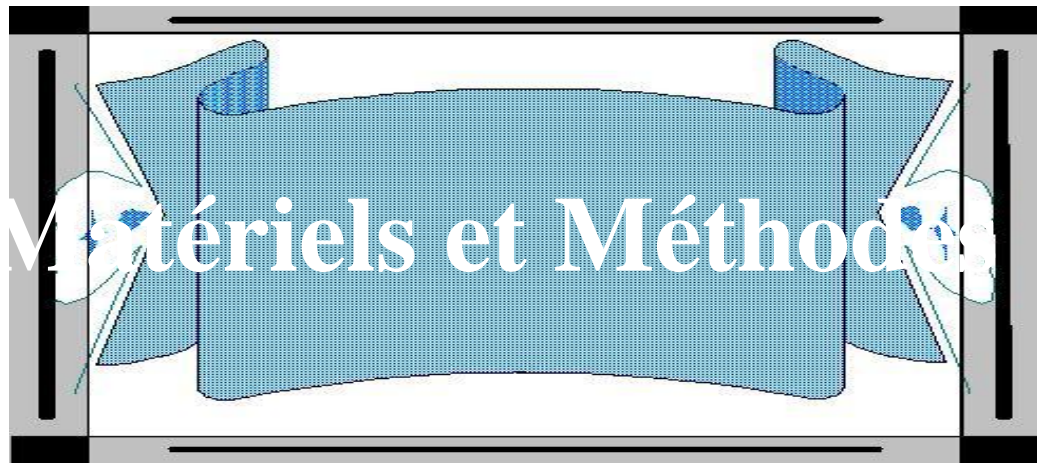
Les pyoderma péri-stomiaux sont rares. Ils surviennent au cours de la maladie de Crohn, de la rectocolite ulcérohémorragique ou beaucoup plus rarement de la maladie diverticulaire colique[21].

*** Hémorragie par rupture de varice stomiale :**

Il s'agit d'une complication qui survient chez des patients atteints d'hépatopathie avec hypertension portale. Le délai entre la réalisation de la stomie et la première hémorragie de varices stomiale est en moyenne de 4 ans. Le taux de récurrence hémorragique après traitement local (sclérothérapie, ligature, déconnexion cutanéomuqueuse) est élevé, environ 50%[22]. Dans de tels cas, certains proposent une anastomose porto-systémique ou une transplantation hépatique.

*** Lymphome sur iléostomie :**

Un cas de lymphome non hodgkinien sur iléostomie a été rapporté chez un patient atteint de SIDA post-transfusionnel. Dans ce cas, le délai entre la confection de l'iléostomie pour colite indéterminée et le lymphome a été de 2 ans[23].



A. Matériels d'étude :

Notre travail a consisté à l'étude prospective intéressant des patients opérés au sein de service de Chirurgie I (U.C.V) de l'hôpital AVICENNE de Rabat et qui ont bénéficié d'une iléostomie temporaire ou définitive, et ce durant une période s'étalant entre mars 2009 jusqu'en mars 2010.

Ainsi nous avons répertoriés 20 malades sur une période d'un an.

B. Méthodes d'étude :

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire étudiant l'état physique, psychique, professionnel, sexuel...et d'autres.

Nous avons essayé d'établir des pourcentages sur la satisfaction des patients vis-à-vis de leur iléostomie dans les différents plans, et les confronter après aux donnés de la littérature.

Définitions des différentes dimensions de la qualité de vie :

-Bien être physique : Les symptômes physiques et la capacité fonctionnelle.

- La fatigue : On la définit par la difficulté du patient à effectuer les mêmes trajets à pied qu'auparavant.
- Perturbation du sommeil : On l'a définit par l'inconfort du patient au moment du sommeil l'obligeant à se réveiller au milieu de la nuit.

-Bien être psychologique : Les aspects émotionnels de la maladie, y compris aussi bien les positives que les négatives.

- Satisfaction dans la vie : C'est quand le patient se jouit des mêmes loisirs qu'auparavant.
- Embarrât : C'est quand le patient ne se sent pas à l'aise en présence de personne étrangère.
- Satisfaction à l'égard de l'apparence : On demande au patient s'il se sent satisfait comme auparavant quand il se regarde dans le miroir.

-Bien être social : Rôle du patient dans la famille et la société, y compris les relations personnelles et sexuelles.

- Sexuellement satisfait : C'est quand le patient sent le même plaisir lors d'un rapport sexuel qu'auparavant.
- Sentiment de dépendance : Quand le patient a besoin d'une autre personne pour l'aider à des choses qu'ils faisaient tout seul auparavant.
- Arrêt des loisirs : Le patient ne pratique plus les mêmes loisirs qu'avant la stomie.

Questionnaire sur la qualité de vie après stomie digestive

[50,51]:

Caractères démographiques et type de pathologie :

Sexe : âge : profession :

Habitant : Date de la stomie :

Pathologie : bénigne maligne

Type d'intervention :

Sur le plan personnel :

⇒ **Plan physique :**

Fatigue : oui non

Perturbation du sommeil : oui non

Éviction de dormir dans certain position : oui non

Mauvaise odeur : oui non

Diarrhée : oui non

Constipation : oui non

Fuite : oui non

Gaz : oui non

Douleur : oui non

⇒ Plan psychologique :

Dépression : oui non

Difficulté de l'adaptation à la stomie : oui non

Satisfaction dans la vie : oui non

Embarrât : oui non

Satisfaction à l'égard de l'apparence : oui non

Anxieux que la poche soit pleine ou émet de l'odeur : oui non

Réfléchit à la poche lors de la planification de la journée : oui non

Changement du style des vêtements du à l'emplacement de la stomie : oui
non

⇒ Plan sexuel

Sexuellement active avant la stomie : oui non

Sexuellement active après la stomie : oui non

Sexuellement satisfait : oui non

⇒ Plan social et familial

Appartient à un groupe de soutien : oui non

Soutenu par la famille : oui non

Sentiment de dépendance : oui non

Éviction de rencontrer les gens : oui non

Tendance à l'isolement : oui non

Arrêt des loisirs : oui non

Difficulté de voyager : oui non

⇒ **Régime :**

Adapté à cause de le stomie : oui non

Éviction de : légume fruit produits laitiers
pain féculents

Prise de médicament pour ralentir le transit : oui non

⇒ **Plan professionnel :**

Durée de convalescence :

Arrêt de travail à cause de le stomie : oui non

Changement de poste à cause de le stomie : oui non

 **Prise en charge de la stomie**

Changement de poche par jour :

Nombre de poche par jour :

Durée nécessaire pour le changement :

Lieu du changement :

Accessibilité : facile difficile

Coût accessible : oui non

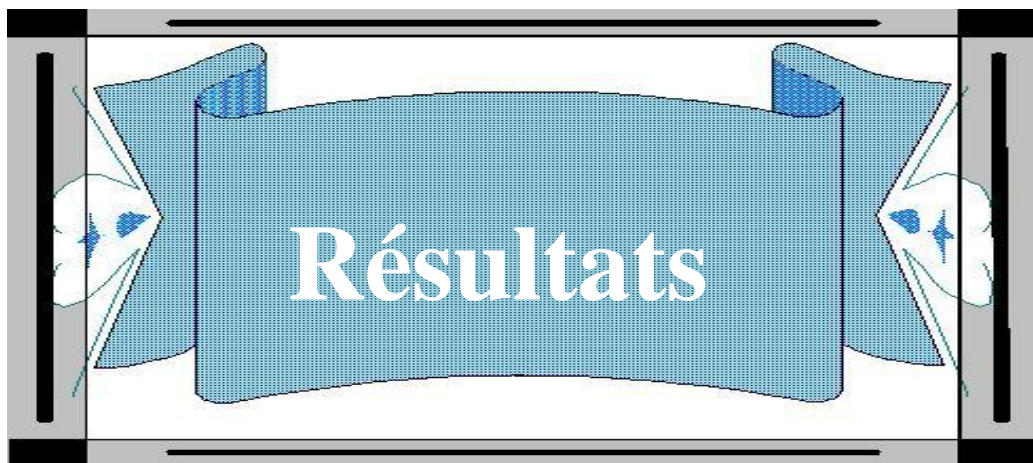
Achat : pharmacie autre

Rétablissement : facile difficile

Délai entre opération et rétablissement : satisfait du délai : oui non

Suites opératoires : simples

Complicées à type de :



1. Répartition des patients :

-Selon le sexe :

Dans notre groupe d'étude formé de 20 patients ayant subi des iléostomies ,9 étaient de sexe féminin, alors que 11 étaient de sexe masculin.

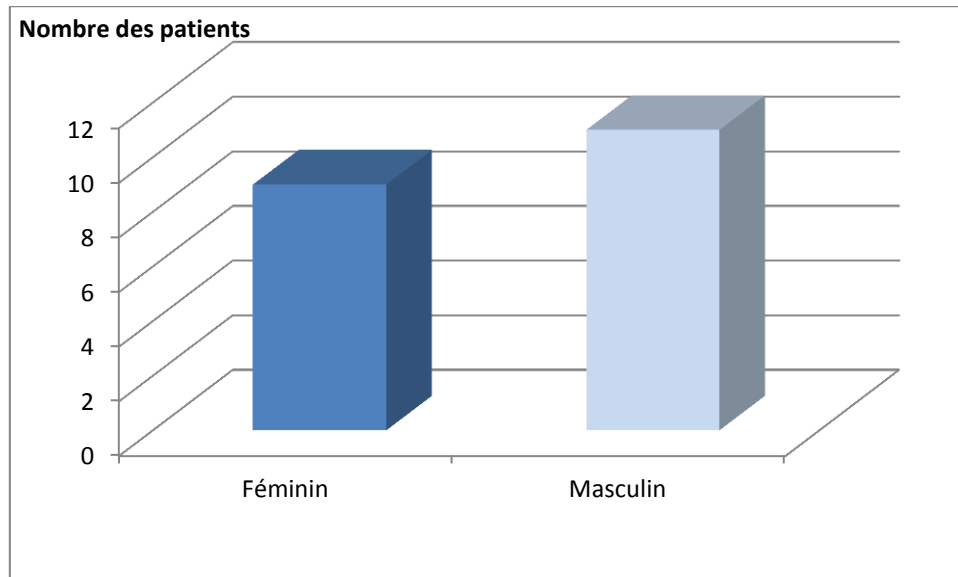


Figure 8 : Répartition des patients selon le sexe

-Selon l'âge :

L'âge moyen de cette série est 40 ans (extrêmes entre 19 et 60 ans)

13 des patients appartenait a un intervalle d'âge compris entre 20 -40 ans.

Alors que 7 patients appartenait à un intervalle d'âge compris entre 40-60 ans.

-Selon l'origine géographique :

13 de nos patients iléostomisés venaient du milieu rural, tandis que 7 malades venaient du milieu urbain.

-Selon le type de pathologie :

Dans notre série l'iléostomie a été réalisée chez 6 malades pour pathologies bénignes, et chez 14 malades pour pathologies malignes.

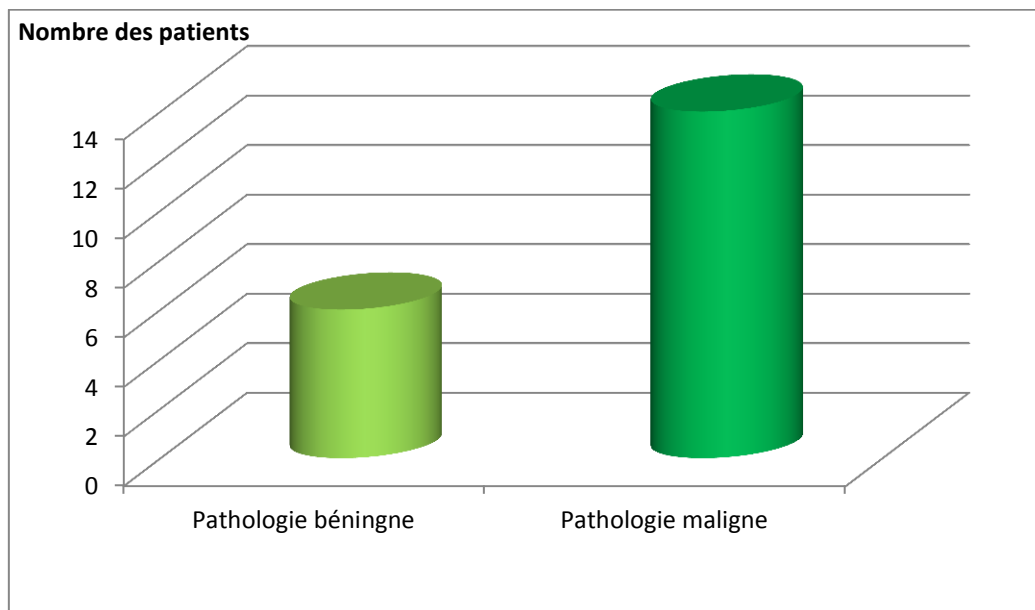


Figure 9 : Répartition des patients selon le type de pathologie

2. Plan physique :

La majorité de nos patients présentaient après l'iléostomie une fatigue (11 malades), perturbation du sommeil (14 malades), alors que peu d'entre eux se plaignaient de problème de gaz (4 malades), de diarrhée (2 malades), de constipation (4 malades) et de mauvaise odeur (3 malades).

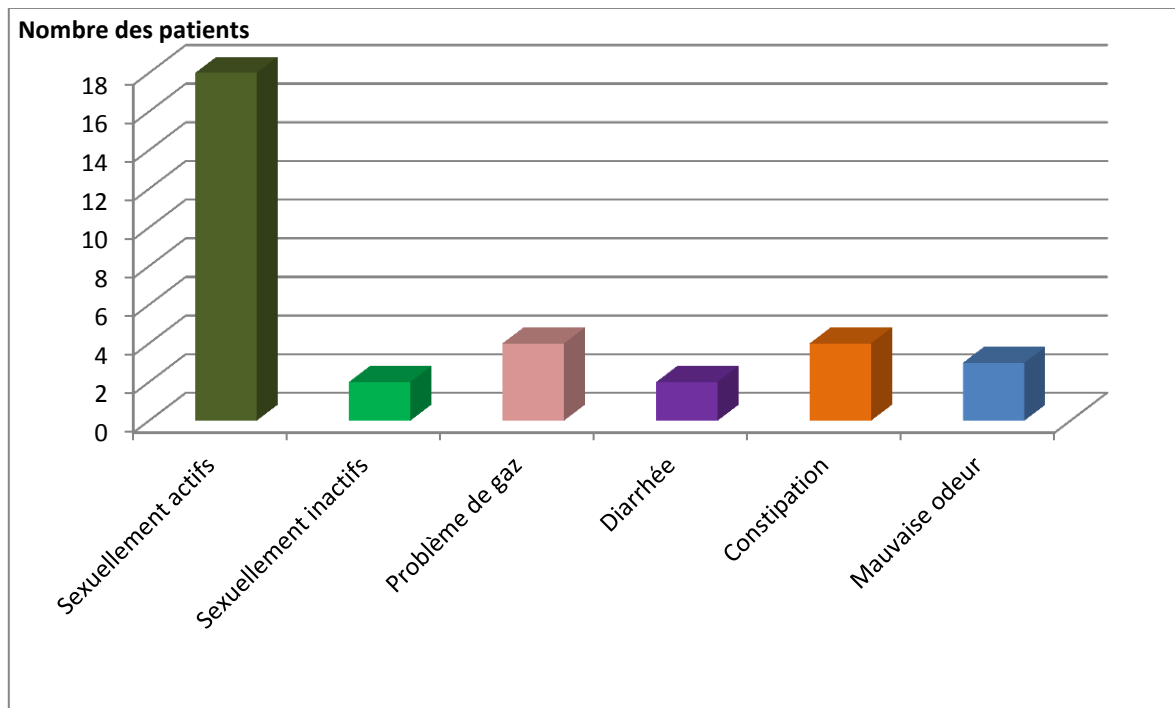


Figure10 : Répartition des patients selon les différents signes physiques

3. Plan psychologique :

Dans notre série de cas, la majorité des iléostomisés (16 malades) ont présenté une dépression et une difficulté d'adaptation à la stomie surtout les deux premiers mois avec sensation d'embarrât et d'insatisfaction à l'égard de l'apparence. Pour les 4 restants ils n'ont pas présenté de retentissement psychologique.

4. Plan sexuel :

Dans notre étude de cas, 18 de nos patients ont gardé une sexualité active après l'iléostomie, alors que les 2 restants n'étaient plus actifs sur le plan sexuel.

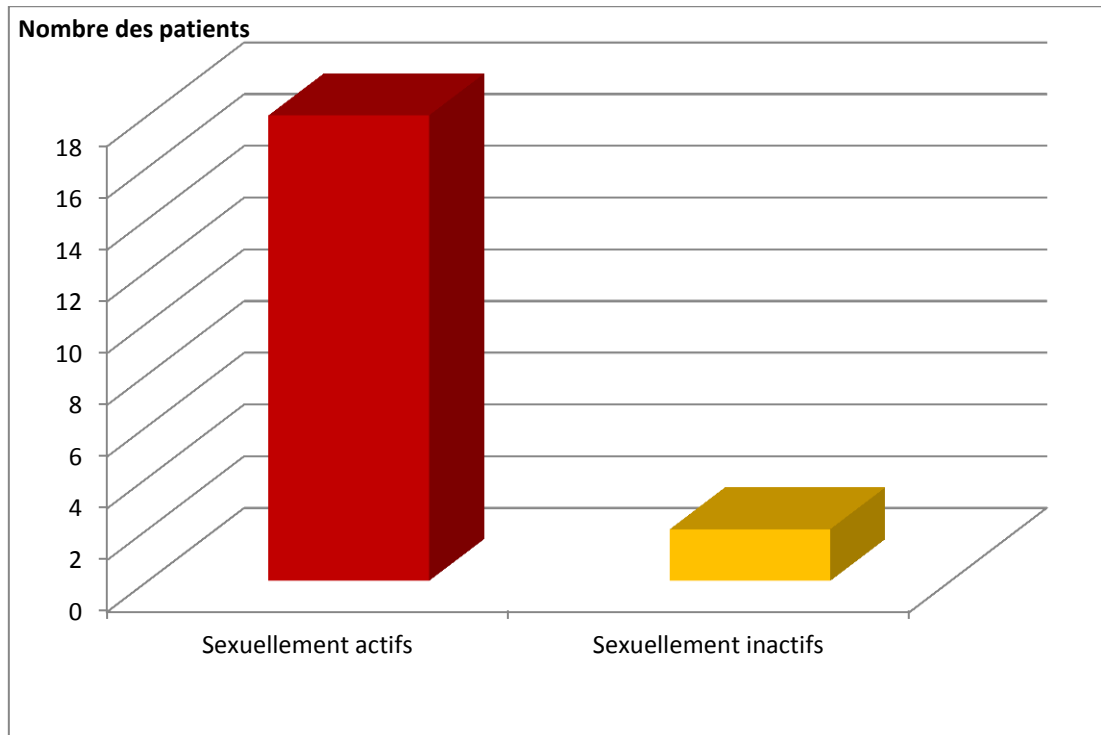


Figure11 : Répartition des patients selon l'activité sexuelle

5. Plan familial et social :

Parmi nos patients de la série aucun d'entre eux n'appartenaient à un groupe de soutien des stomisés ou autre groupe de soutien (0 malades), par contre les deux tiers (14malades) étaient soutenu par leurs conjoints, le tiers restant par un autre membre de la famille.

On a aussi trouvé que les iléostomisés de moins de 40 ans avaient tendance à l'éviction des gens et à l'isolement d'où l'arrêt des loisirs tels que le sport et les voyages.

Alors que les patients de plus de 40 ans n'avaient pas de problèmes de sociabilité et pratiquaient les mêmes loisirs qu'auparavant.

6. Régime :

Pour éviter les troubles du transit ou le blocage de l'orifice de la stomie 18 iléostomisés de notre série de cas suivaient un régime adapté à la stomie alors que 2 patients ont continué les mêmes habitudes alimentaire qu'auparavant.

7. Plan professionnel :

Tous les patients ont eu une période de convalescence de plus de 20 jours, personne n'a été obligé d'arrêter définitivement son travail ou de changer son poste après l'intervention.

8. Prise en charge de la stomie :

En moyenne, dans notre série de cas les patient changeaient les poches 3 à 4 fois par jours, l'achat d'une nouvelle poche se fait chaque 3 jours (45DH le prix en moyenne), l'accès est facile pour les patients en milieu urbain, difficile en milieu rural.

Le temps nécessaire pour changer la poche en moyenne est de 15 minutes.

Les suites opératoires étaient simples pour 15 cas, compliqués dans 5 cas à types de : rougeur(2), suppuration(1), déshydratation(1), et prolapsus (1cas).

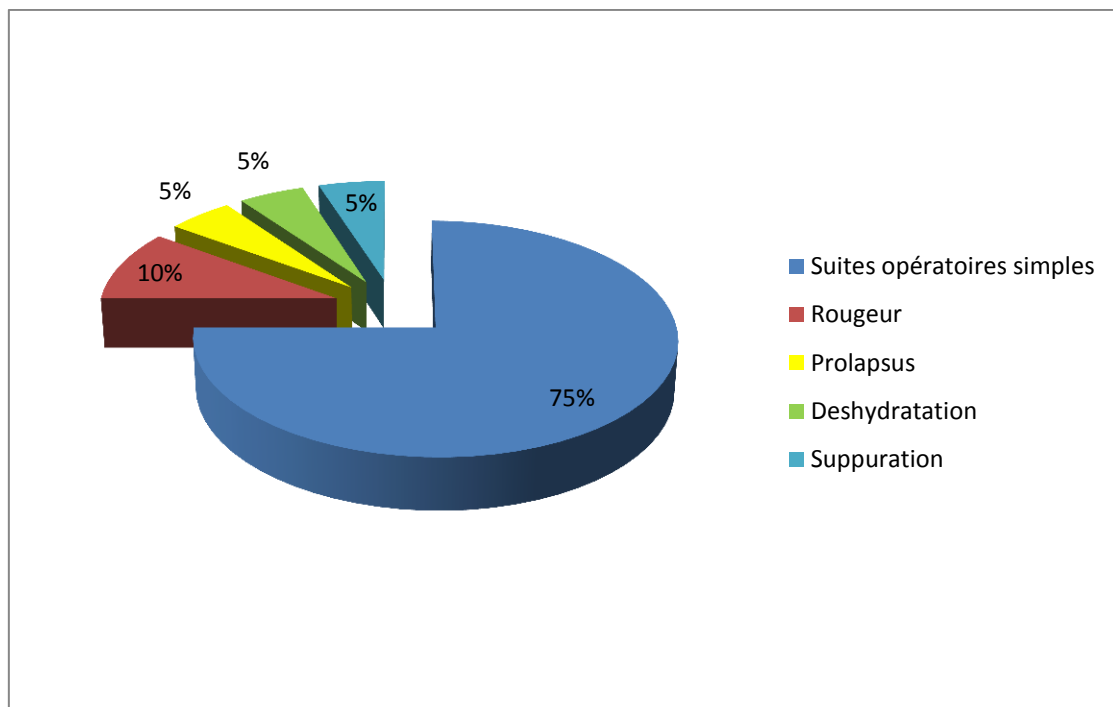


Figure12 : répartition des différents types de complications



Discussion et analyse
des résultats

Sur le plan : caractères démographiques, type de pathologie :

Dans notre série de cas et en remplissant le questionnaire on a remarqué que les patients, de sexe féminin, d'âge avancé, du milieu urbain ou ayant opéré pour des pathologies malignes acceptaient mieux la stomie.

Ce qui conforme à l'étude de Christian Théodore[6] qui dit que l'âge a une certaine importance : un jeune peut ressentir la pose d'une stomie de façon plus dramatique mais possède de meilleurs moyens psychologiques pour s'y adapter , que le groupe des patients entre 60 et 70 ans soit celui où la tolérance est la meilleure, et que la femme s'adapte mieux à une stomie que l'homme .

Il rapporte aussi que le contact avec la nature, la campagne, un niveau d'instruction élevé, une aisance économique et sociale seraient en faveur d'une meilleure acceptabilité.

Contrairement à l'étude de SCARPA M [24], porté sur 74 iléostomisés qui a révélé que la qualité de vie n'est pas influencée par l'âge, ou type d'iléostomie et que les mâles rapportent moins d'impact sur la qualité de vie que des femmes.

Alors que l'étude de Holzer B. [25], a pu démontrer un impact négatif en ce qui concerne l'origine géographique. La qualité de vie du patient porteur d'une stomie est significativement moins bonne pour les patients du sud de l'Europe et pour les patients d'origine arabe ou asiatique. Dans cette étude, l'âge, le sexe et le niveau d'enseignement n'ont pas été démontrés statistiquement significatifs.

Pour le type de pathologie Holzer B a montré que l'iléostomie est d'autant mieux acceptée que la maladie était auparavant sévère, que les tentatives thérapeutiques étaient restées infructueuses, leurs effets secondaires difficiles à supporter et que les problèmes relatifs à la tolérance de la poche externe sont

résolus. L'iléostomie, chez un malade débarrassé de ses symptômes, ne représente plus qu'une gêne minime par rapport au handicap d'une maladie évolutive. C'est la comparaison entre l'état général préopératoire et la véritable résurrection postopératoire qui permet de vivre en bonne harmonie avec sa stomie.

Plan physique :

Dans notre étude on a trouvé que la stomie avait un retentissement physique important sur la majorité de nos patients types (fatigue, difficulté à dormir....) mais peu de problèmes tels que diarrhée, douleur, odeur ...

Ce qui conforme dans certain points avec l'étude de MARCIA GRANT[26] qui a porté sur plus de 500 cas et qui a trouvé :

34% présentaient de la fatigue après le port de la stomie.

31% perturbation du sommeil.

39% problème de gaz.

35% odeur.

30% diarrhée.

12% constipation.

Ce qui se rapproche à l'étude de Carol M. Baldwin [27], qui révèle dans sa série un taux de 44% des patients qui présentent une perturbation du sommeil 38% de la fatigue depuis la mise en place de la stomie .

Plan psychologique :

Dans notre série de cas la majorité de nos patients avaient des problèmes psychologiques liés à la stomie (dépression, insatisfaction à l'égard de l'apparence, embarrât).

Contrairement à l'étude de R .W .AWAD[28], qui a analysé la qualité de vie et de la morbidité psychologique chez 113 patients avec une iléostomie à l'aide d'un questionnaire postal qui comprenait des questions sur leur adaptation psychologique. Un total de 93 pour cent des répondants étaient satisfaits de l'iléostomie et se sont adaptés à une vie normale.

Plan sexuel

Dans notre série on a remarqué que 18/20 de nos patients ont gardé une sexualité active mais dans les deux tiers des cas moins satisfaisante qu'auparavant, alors que 2/20 (les 2 ont eu une excision rectale) n'étaient plus active sur le plan sexuel.

Dans l'étude de ROLSTRAD BS[29] , a pu montrer dans sa série de cas qu'en fait, une iléostomie 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 conseils et éducation.

Dans une autre étude de Hendren S K[30], 81 femmes et 99 hommes stomisés indiquent que 32% des femmes et 50% des hommes sont toujours sexuellement actifs en post-chirurgie. Par contre, 29% des femmes et 45% des hommes indiquent que la chirurgie a rendu leur vie sexuelle pire.

Alors que dans l'étude de B. N. BROOKE [31], qui a porté sur le suivi de presque 400 iléostomisés a rapporté que 16% se sont mariés, et 23% ont eu des enfants après l'opération, la majorité se sont bien portés avec l'iléostomie. Cependant 12% ont eu des problèmes arrivant même au divorce du fait de la présence de la stomie.

Dans cette étude les patients qui n'ont pas eu de proctectomie n'ont pas rapporté de dysfonctionnement sexuel. Mais dans les cas où il y a eu une excision rectale un tiers des hommes présentaient un dysfonctionnement sexuel dont le degré dépendait de l'âge du patient, pour ceux qui ont moins de 45 ans, 1/88 ont développé une impuissance érectile complète, 17/88 un dysfonctionnement partiel. Et pour les hommes de plus de 45 ans, 5/30 ont rapporté une impuissance complète. En ce qui concerne les femmes iléostomisés, le tiers a rapporté une dyspareunie après l'excision rectale.

Régime :

La presque totalité des patients de notre série de cas suivait après le port de l'iléostomie 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 iléostomie n'a aucune difficulté à choisir un régime alimentaire. Les effets de divers articles de régime sur des fonctions

de l'iléostomie sont analysés en se référant tout particulièrement au taux de l'écoulement aqueux, au renversement de la synchronisation du remplissage du sac, à la flatulence, à la douleur, et à l'odeur. Cette étude a conclu qu'un patient individuel présentant une iléostomie ne devrait omettre aucun article de son régime à moins qu'il ait constaté qu'il cause à plusieurs reprises des troubles.

Plan professionnel :

On a vu dans notre étude que pour les patients ayant des professions avant l'opération n'ont pas été obligés après, d'arrêter leurs travaux ou de changer leurs postes.

Ce qui conforme à l'étude de WATHES PD[33], qui rassemble Les expériences de 1033 membres des 51 divisions anglaises de l'Association Iléostomie de Grande-Bretagne et l'Irlande, analysés à l'égard de leur retour au travail après la construction d'une iléostomie. Bien qu'il y ait une baisse du nombre de patients qui retournent au travail après l'opération c'était souvent pour des raisons non liées à la chirurgie. La majorité de ceux qui retournent au travail l'a repris chez le même employeur et le plus souvent dans les mêmes postes. 5 patients (5,7%) a commencé à travailler pour la première fois après l'opération.

L'analyse de la catégorie professionnelle montre que, même si un certain nombre de patients initialement repris le travail dans une classe inférieure, une fois établi dans l'emploi le succès a été possible. Problèmes dans l'obtention ou la reprise d'emploi ont été signalés par 56 cas (5,4%) des patients. Une iléostomie n'est pas un obstacle à la réussite du retour au travail dans presque toutes les professions, et est accompli par la majorité des patients sans difficulté majeure.

Alors que l'étude d'ELLE SYVANTESSON [34], sous forme d'enquête entreprise en Suède comptait 53 personnes entre les âges de 17 et 65 ans qui avaient eu leur iléostomie pour une période entre 6 mois et 25 ans, la plupart d'entre eux ne considéraient pas leurs activités quotidiennes d'être affectées par l'iléostomie. Il y avait, cependant, des variations individuelles en fonction de la maladie, la façon dont l'iléostomie 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, tandis que 10 d'entre eux avaient une certaine forme de d'invalidité ou ne se sentait pas à la hauteur de leur collègues.

Prise en charge et complications de la stomie :

En remplissant notre questionnaire on a constaté que la prise en charge de l'iléostomie était difficile pour nos patients du fait de l'accessibilité difficile (surtout en milieu rural), du coût élevé, du temps nécessaire pour changer la poche et de la fréquence de cette opération dans la journée, en plus des complications qu'elle cause dans certains cas.

Alors que dans l'étude de JOHN H [35], 93% des patients iléostomisés n'ont signalé aucun problème dans la gestion quotidienne de leur stoma, mais 11% ont signalé que le soin la nuit a été exigé. La fréquence de vider la poche chaque jour était six. Des problèmes de peau péri-stomiale ont été signalés chez 39% des patients iléostomisés.

Tandis que l'article de RICHER KK [36], réalisé sur 137 patients parle d'un taux de complications de 55,5%, certains avaient des complications précoces et tardives à la fois. Les complications précoces eurent lieu moins de deux mois après

l'opération et notamment la nécrose (16,1%), abcès (13,9%), et la déhiscence (10,9%). Les complications tardives incluent hernie péristomiale (11,7%), altération chronique de la peau péristomiale (8,8%), une sténose (6,6%), prolapsus (3,6%). La disponibilité d'une infirmière stomie fortement influence les résultats et la qualité de vie.

Dans la recherche de GF Giannakopoulos [37], réalisé sur 119 iléostomisés : 16 complications majeures ont été observées chez 14 (12%) patients et 43 complications mineures ont été observées dans 25 (21%) patients. 63 patients (53%) n'ont pas présenté aucune complication ou morbidité péri-stomiale.



Conseils pour améliorer
la qualité de vie
des iléostomisés

1) Alimentation :

Après une iléostomie, les selles sont plutôt semi liquides, mais elles redeviennent en général plus fermes après quelques mois. Les effets de l'alimentation seront plus visibles (flatulences, diarrhées) qu'avant l'opération.

L'alimentation joue un rôle important.

Il n'existe cependant pas de régime spécialement adapté à l'iléostomie. En revanche, il faut respecter au début les points suivants :

- Manger plus souvent – cinq à six fois par jour mais en prenant des portions plus petites.
- Au début, privilégier les aliments riches en féculents comme le riz, le pain, les biscottes, les pâtes, les pommes de terre, etc.
- Ajouter progressivement au menus de la viande, du poisson, des œufs, du fromage, en fonction du goût personnel.
- Augmenter graduellement les produits riches en fibres tels que les fruits, légumes et aliments complets.
- Boire suffisamment (2 à 3 litres par jour) : la couleur des urines doit être claire.
- Limiter la consommation de café, de jus de fruits, de boissons ayant une teneur élevée en alcool ou en gaz carbonique.
- Il est normal que des gaz se forment pendant le processus de digestion. Ces flatulences se manifestent de manière différente et pour des raisons variées chez chacun. Il faut essayer d'en cerner les causes :

- En cas d'intolérance au lactose, le lait et les produits laitiers provoquent des ballonnements ou de la diarrhée.
- Les boissons contenant du gaz carbonique peuvent favoriser les flatulences.
- Fumer, mâcher du chewing-gum, manger vite et parler en mangeant fait avaler de l'air, ce qui favorise ensuite les ballonnements.

2) Vie professionnel :

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).

3) En déplacement et en voyage :

- Emporter toujours du matériel de réserve, même si le patient ne va s'absenter que quelques heures de chez lui.
- Lorsque le patient part en voyage, prévoir deux fois du matériel de réserve, une dans la valise et une pour le bagage à main.

4) Loisirs et activités sportive :

Une iléostomie ne doit pas renoncer le patient à ses loisirs – ou en tous cas le moins possible. Au début, il sera peut-être un peu découragé par d'éventuels accidents ou odeurs intempestives.

Mais il vaut la peine de persévérer, car le bien-être et la confiance en seront augmentés.

En ce qui concerne les activités sportives, le patient va devoir trouver lui-même les disciplines qui lui conviennent le mieux. Il va se sentir certainement plus à l'aise dans un sport qu'il pratiquait déjà auparavant. Il est clair que le patient devra sentir ses propres limites, en fonction du type et de l'emplacement de la stomie, de la maladie qui l'a rendue nécessaire et des risques de blessure que présente une activité sportive.

Il est recommandé de choisir une activité sportive qui lui permettra à la fois d'augmenter la force musculaire et de stimuler le système cardiovasculaire. La marche, la course à pied, le vélo, le ski, le tennis, la natation sont particulièrement conseillés.

5) L'habillement :

Pour les habits le patient doit donc pouvoir 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

6) Sexualité :

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 l'iléostomisé 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.

➤ C'est le silence et la peur de la réaction de l'autre. Briser le silence permet de distinguer entre les craintes infondées et les difficultés réelles, et de rechercher des solutions pour celles-ci.

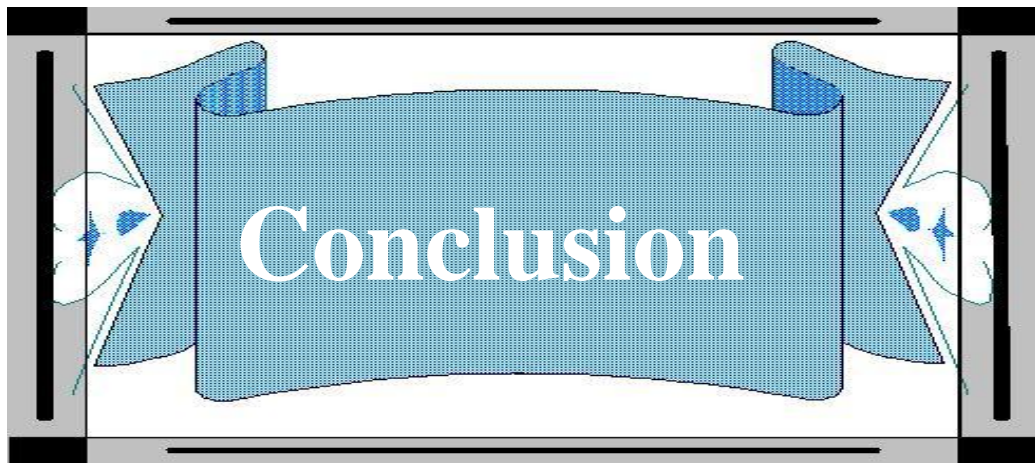
7) Quand effectuer les soins :

Choisir un moment « calme » pour changer l'appareillage : le matin à jeun ou à distance des repas car la stomie a un débit minimal à ces moments là.

8) Comment nettoyer la stomie :

- Réunir tout le matériel nécessaire : poche, mouchoirs en papier ou compresses non stériles, gant, sac en plastique ou poubelle...L'utilisation d'un 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.
- 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[4] .



Etre porteur d'une stomie, surtout si elle est définitive, entraîne pour le patient et son entourage de multiples modifications physiques et psychologiques inévitables et souvent difficiles à vivre.

Notre étude a montré que la majorité des patients trouvait de difficulté à gérer leur iléostomie ou d'accepter son existence.

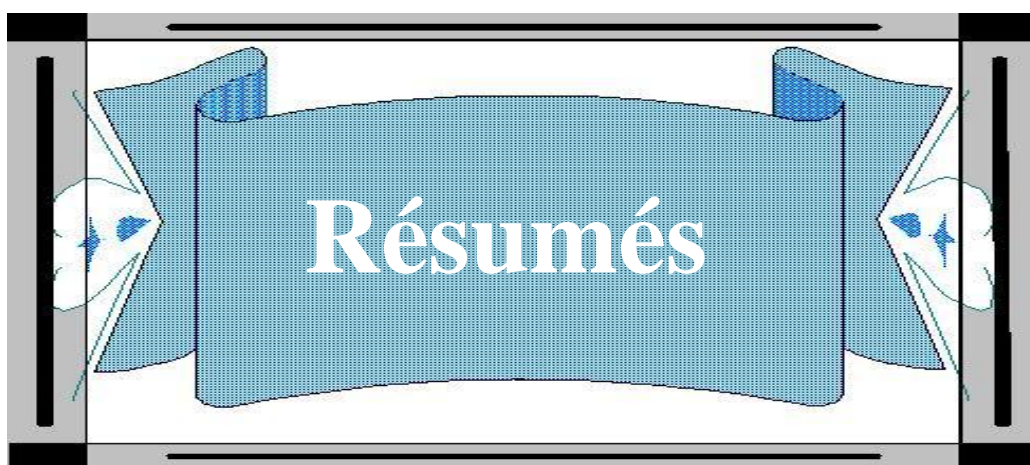
- 11 /20 malades se plaignaient de troubles physiques à type de fatigue, trouble du sommeil, problème de gaz, diarrhée, constipation, et mauvaise odeur.
- 16/20 malades ont présenté surtout les premiers deux mois, des troubles psychologiques à l'ordre de dépression, difficulté d'adaptation, sensation d'embarrât, insatisfaction à l'égard de l'apparence.
- Tous nos patients avaient besoin d'une tierce personne pour gérer leur stomie.
- On remarqué aussi que les malades de moins de 40 ans avaient tendance à l'éviction des gens et à l'isolement d'où l'arrêt des loisirs tels que le sport et les voyages. Alors que les patients de plus de 40 ans n'avaient pas de problèmes de sociabilité et pratiquaient presque les mêmes activités qu'auparavant.
- 18/20 malades de notre série de cas suivaient un régime pour ralentir le transit.
- L'accès à la poche était facile pour les patients vivants en milieu urbain, difficile en milieu rural.

- Les suites opératoires étaient simples pour 15 cas, compliqués dans à types de : rougeur (2), suppuration (1), déshydratation (1), et prolapsus (1cas).

En analysant ces résultats, on insiste sur un suivi précoce dès la phase préopératoire, un soutien à long terme, technique et psychologique favorisant une adaptation de qualité.

Aider le patient à bien vivre son handicap est une tâche complexe qui mobilise les compétences d'une équipe de soignants pluridisciplinaire.

La maîtrise des techniques chirurgicales pour la confection des stomies ainsi qu'une collaboration étroite entre le chirurgien 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.



RESUME

Titre : Qualité de vie après ileostomie

Auteur : Saadia OUTEMSAA

MOTS CLES: Qualité de vie – Iléostomie - Grêle.

La création d'une dérivation intestinale constitue une intervention difficile à assumer par le patient.

Pour mettre au point les problèmes et les difficultés que les iléostomisés rencontrent dès la confection de leurs stomies, nous avons étudié de manière prospective une série de 20 patients ayant bénéficié d'une iléostomie, au sein du service Chirurgie I (U .C.V) de l'Hôpital Avicenne de Rabat.

La médiane d'âge était de 40 ans, avec un sexe ratio de 1,8 ; les pathologies malignes présentaient les principales indications (deux tiers), la majorité des patients présentait des problèmes physiques, psychiques et sexuels du fait de la présence de l'iléostomie.

Les malades jeunes avaient tendance à l'isolement avec difficultés d'adaptation plus que les malades âgés. En ce qui concerne le régime, la presque totalité des iléostomisés ont changé leur habitudes alimentaires pour mieux éviter les problèmes du transit. Sur le plan professionnel aucun de nos patients n'a trouvé de difficulté de réintégration et personne n'a été obligé de changer son poste.

La prise en charge de la stomie était relativement difficile pour la majorité des patient du fait du coût, l'accessibilité, le nombre de fois nécessaire pour changer la poche, et le manque des associations des malades stomisés.

Enfin nous insistons sur l'importance de l'existence des associations des patients stomisés lieux de rencontre et de documentation, permettant une meilleure réinsertion, et représentant pour certains des occasions d'échange irremplaçables. Nous insistons aussi sur le rôle importants des stomathérapeutes pour aider à mieux s'adapter à la vie familiale, sociale et professionnelle et aussi à mieux gérer les poches de l'iléostomie.

SUMMARY

Title: Quality of life after ileostomy

Author: Saadia OUTEMSAA

Key-words: Quality of life – Ileostomy – Small intestine

The creation of an intestinal derivation constitutes an intervention difficult to assume by the patient.

To finalize the problems and the difficulties when an ileostomy's patient making their stoma, we prospectively studied a series of 20 patients having profited from an ileostomy, within the service of the surgery I (U. C.V) of the Hospital Avicenne in Rabat.

The median of age was 40 years, with a sex ratio of 1,8; malignant pathologies presented the principal indications (two thirds). We found that the majority of the patients presented physical, psychic and sexual problems because of the presence of the ileostomy.

The young patients had tendency to isolation with difficulties of adaptation more than the old patients. En regarding diet, almost of ileostomy's patients has changed their eating habits to avoid the problems in transit. On the professional level, none of our patients found difficulty of rehabilitation and nobody was obliged to change his post.

Taking charge of the ileostomy was relatively difficult for the majority of the patient because of the cost, accessibility, the number of times necessary to change the pouch, and misses it associations of the stomized patients.

Finally we insist on the importance of the existence of associations of the stomized patients meeting places and documentation, allowing a better reintegration, and representing for some of the occasions d' exchange irreplaceable.

Finally, we insist on the important role of the stomatherapeutes to help to a better adapting to the family, social and professional life and with better managing the pouch of the ileostomy.

ملخص

العنوان: نوعية الحياة بعد فغر اللفائفي

من طرف: السعدية أتمسع

الكلمات الأساسية: نوعية الحياة - فغر اللفائفي - الأمعاء الدقيقة.

إنشاء مجرى للأمعاء هو إجراء من الصعب أن يتحملة المريض •

للإطلاع على المشاكل والصعوبات التي يواجهها مرضى فغر اللفائفي قمنا بدراسة سلسلة (U.C.V)I متكونة من ٢٠ مريضاً ممن استفادوا من عملية فغر اللفائفي داخل مصلحة الجراحة بمستشفى ابن سينا بالرباط •

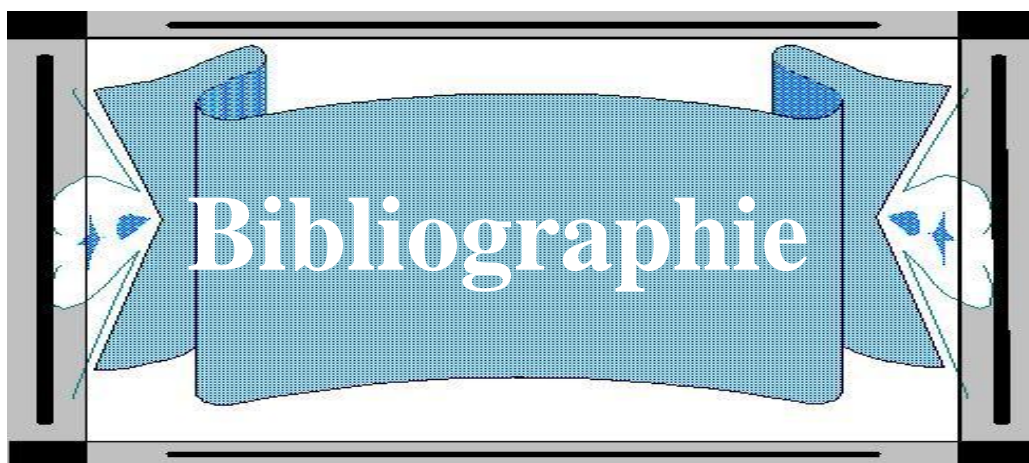
متوسط العمر كان ٤٠ عاماً مع نسبة الجنس ١،٨؛ الأمراض الخبيثة مثلت أهم المؤشرات (الثلاثين)، أغلبية المرضى عانوا من مشاكل جسدية، نفسية و جنسية جراء وجود جيب فغر اللفائفي •

المرضى الأصغر سناً كانوا يميلون إلى الوحدة مع مشاكل في التكيف أكثر من المرضى الأكبر سناً، فيما يخص الحمية أغلبية مرضى فغر اللفائفي بدلوا عاداتهم الغذائية لتجنب مشاكل مرور الطعام • على المستوى المهني لم يجد أي من مرضانا صعوبة في الإدماج ولم يضطر أحدهم إلى تبديل موقعه •

الاهتمام بكيس فغر اللفائفي كان صعباً نسبياً بالنسبة لأغلبية المرضى نظراً للثمن، صعوبة الوصول، النقص في الجمعيات لمرضى فغر اللفائفي •

أخيراً نصر على أهمية وجود الجمعيات لمرضى فغر اللفائفي كمكان للتعارف والتوثيق مما يسمح باندماج أفضل، ويمثل بالنسبة لبعضهم فرصاً للتبادل لا يمكن الاستغناء عنها •

نصر أيضاً على الدور المهم لمرضى الستوما الذين يساعدون التكيف مع الحياة العائلية، الإجتماعية و المهنية وكذلك لتحسين إدارة جيوب فغر اللفائفي •



Bibliographie

- [1] **BALFAREJ ET AL**
Les stomies digestives distales en urgence.
Thèse de médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de rabat : 1991.
- [2] **Extrait du livre biologie de campbel.**
- [3] **J.L. CAILLOT E. ARNAL , E.J. VOIGLIO**
Ischémie mésentérique aiguë.
Diagnostic et stratégie thérapeutique, Médecine d'urgence 2005, p. 105-118.
- [4] **KÄTHI CHIARA, YVONNE FENT, FRANZISKA MÜLLE**
L'iléostomie, 2007.
- [5] **ERIC J. DOZOIS, M.D**
Proctocolectomy and Brooke Ileostomy for Chronic Ulcerative Colitis, 2004.
- [6] **CHRISTIAN THEODORE, AGNES VIDAL, REGINE MOREL, ANNE ROCHE**
Ileostomie et colostomie 1994.
- [7] **BROOKE BN**
The management of an ileostomy. 1952 , 102-104.
- [8] **MASSON.PATRICE VALLEUR**
Extrait du livre technique chirurgical digestif.
- [9] **TURNBULL RB, WEAKLEY FL.**
Atlas of intestinals stomas. 1967 , 207.

- [10] **KOCK NG**
Continent ileostomy. *Prog Surg* 1973 ; 12 : 180-201.
- [11] **LEVY E, PARC R, HUGUET C, LOYGUE J**
Entérostomies temporaires de l'adulte. *Rev Prat (Paris)*
1981, 879-899 .
- [12] [site de l'association Stomie Belgique Bruxelles Wallonie.
www.stomie.be/association/stomises-belgique.html.
- [13] **BAUMEL H. Fagniez PL**
Complications des stomies, Pathologie chirurgicale. Tome II : Chirurgie
digestive et thoracique. 1991; 343-347.
- [14] **CUBERTAFOND P, GAINANT A, BARBIER J, COSTE**
Colostomies : indications et complications. A propos d'une analyse de 1 142
cas. *Chirurgie* 1985; 111: 331-341.
- [15] **SUTTERS M, CARMICHAEL DJS, UNWIN RJ , et al.**
« Low sodium » diuresis and ileal loss in patients with ileostomies : effect of
desmopressin. *Gut* 1991 ; 32 : 649-653.
- [16] **HILL GL..Brooke BN, Jeter KF, Todd IP .**
Metabolic complications of ileostomy Philadelphia. 1982; 260-267.
- [17] **ÖJERSKOG B, KOCK NG, NILSSON LO, PHILIPSON BM,**

- Long-term follow-up of patients with continent ileostomies, *Colon Rectum* 1990; 33: 184-189.
- [18] **ZUCCARO G, FAZIO VW, CHURCH JM, et al.**
Pouch ileitis. *Dig Dis Sci* ,1989; 34: 1505-1510.
- [19] **MADDEN MV, FARTHING MJG, NICHOLLS RJ**
Inflammation in ileal reservoirs : « pouchitis ». *Gut* 1990 ; 31 : 247-249.
- [20] **PELLISSIER PE, DAVID A, COPPERE H**
Adénocarcinome primitif sur iléostomie après proctocolectomie totale pour rectocolite ulcéro-hémorragique. 1990 ; 14 : 672-674.
- [21] **MICHEL P, LAAENGH N, LEREBOURS E, LAURET P, GUEDON C, DUCROTTE P**
Pyoderma gangrenosum récidivant et corticorésistant avec localisation péristomiale au cours d'une maladie de Crohn.
1989 ; 13 : 520-521.
- [22] **ROBERTS PL, MARTIN FM, SCHOETZ DJ, MURRAY JJ, COLLER JA, VEIDENHEIMER MC**
Bleeding stomal varices. The role of local treatment. 1990;33 : 547-549.
- [23] **LEVECQ H, HAUTEFEUILLE M, HOANG C, GALIAN A, HAUTEFEUILLE P, RAMBAUD JC**
Primary stomal lymphoma. An unusual complication of ileostomy in a patient with transfusion- related acquired immune deficiency syndrome.
Cancer 1990; 65 : 1028-1032.

- [24] **SCARPA M, BAROLLO M, POLESE L, KEIGHLEY MR:**
Quality of life in patients with an ileostomy. 2004, 59:23-29.
- [25] **HOLZER B, MATZEL K, SCHIEDECK T, CHRISTIANSEN J, CHRISTENSEN P, RIUS J ET AL**
Geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy,2005:2209-2216.
- [26] **GRANT M.**
Quality of life issues in colorectal cancer. Develop Support Care 1999.
- [27] **MARCIA GRANT, CAROL M. BALDWIN, CHRISTOPHER WENDEL,**
Gender Differences in Sleep Disruption and Fatigue on Quality of Life Among Persons with Ostomies,2009.
- [28] **RW Awad 1, MC El-Gohary , Skilton JS, JB Elder ,**
Qualité de vie et la morbidité psychologique avec une iléostomie
1992.
- [29] **ROLSTAD BS, WILSON G, ROTHENBERGER DA**
Sexual concerns in the patient with an ileostomy.1983; 26: 170-171.
- [30] **HENDREN S K, O'CONNOR B I, LIU M, COHEN Z, SWALLOW C J, GRYFE H M ET AL**
Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Ann Surg.* 2005 ; 242(2):212-223.

- [31] **Z R BURNHAM, J E LENNARD-JONES, ET B N BROOK.**
Sexuel problems among married ileostomist Gut,1977,673-677.
- [32] **T. J. THOMSON, J. RUNCIE, AND A. KHAN**
From the Gastrointestinal Unit, Stobhill and Ruchill Hospitals, Glasgow, and the University Department 1970.
- [33] **WHATES PD, LE PROFESSEUR M. IRVING**
Retour au travail après iléostomie,1984.
- [34] **ELLA SVANTESSON MARTINSSON , MARIANNE JOSEFSSON RN**
La capacité du travail et la qualité de vie après iléostomie
1990.
- [35] Extrait du site chi-poissy-st-germain.fr
- [36] **KK RICHER, M. PKTAPIS ; U.SETTAMACHER, M.PFEIFER ET M. THOMPSON**
Facteur de risque et de la qualite de vie de 137 patients souffrant des complications des stomies .
- [37] **G. F. GIANNAKOPOULOS, A. A. F. A. VEENHOF, D. L. VAN DER**
Morbidity and complications of protective loop ileostomy
Department of Surgery, VU medical center, HV Amsterdam, The Netherlands
2008.
- [38] **CLEDES A**
Réactions psychologiques et affectives de l'adulte à la mise en place d'une stomie digestive. *Ouest Med* 1989 ; 7 : 283-288.

- [39] **COHEN A**
Body image in the person with a stoma. *J Enterostomal Ther*
1991 ; 18 : 68-71.
- [40] **DE BERTOLINI C, SANDEI F, MANNA T, HOFFER**
A Colostomie. Adaptation psychologique, familiale et sociale. *Med Chir
Dig* 1983 ; 12 : 527-528.
- [41] **AWAD RW, EL-GOHARY TM, SKILTON JS, ELDER JB**
Life quality and psychological morbidity with an ileostomy. *Br J Surg* 1993
; 80 : 252-253.
- [42] **GOPAL KA, AMSHEL AL, SHONBERG IL, LEVINSON BA, VAN
WERT M, VAN WERT J**
Ostomy and pregnancy. *Dis Colon Rectum* 1985 ; 28 : 912-916.
- [43] **ÖJERSKOG B, KOCK NG, PHILIPSON BM, PHILIPSON M**
Pregnancy and delivery in patients with a continent ileostomy. *Surg Gynecol
Obstet* 1988 ; 167 : 61-64.
- [44] **GUTMAN H, REISS R**
Postoperative course and rehabilitation achievements of colostomates. *Dis
Colon Rectum* 1985 ; 28 : 777-781.
- [45] **MOREAUX J**
Appareillage, soins locaux et réhabilitation après colostomie et iléostomie. *Rev
Prat (Paris)* 1981 ; 31 : 927-934.

- [46] **STRYKER SJ, PEMBERTON JH, ZINSMEISTER AR**
Longterm results of ileostomy in older patients. *Dis Colon Rectum*
1985 ; 28 : 844-846.
- [47] **öJERSKOG B, KOCK NG,**
NILSSON LO, PHILIPSON BM, AHREN C
Long-term follow-up of patients with continent iléostomies. *Dis Colon Rectum* 1990 ; 33 : 184-189.
- [48] **McLEOD RS, CHURCHILL DN, LOCK AM, VANDENBURGH S,**
Quality of life of patients with ulcerative colitis preoperatively and postoperatively. *Gastroenterology* 1991 ; 101 : 1307-1313.
- [49] **T. RATEL**
IDE stomathérapeute, Centre Hospitalier Général, Lons le Saunier
La stomathérapie et l'infirmier(e) stomathérapeute.
- [50] **LUIS PRIETO¹, HANNE THORSEN² AND KRISTIAN JUUL**
Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy
12 October 2005.
- [51] **ROBERT KROUSE, M.D.,* MARCIA GRANT, R.N., D.N.8C.,**
F.A.A.N.,T,L
BETTY FERRELL, R.N., PH.D., GRACE DEAN, R.N.PH.D.,* REBECCA NELSON, PH.D.J AND DAVID CHU, M.D
Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies Fevrier ,2003.

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 فغر اللفائفي

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة : السعدية أتمسح

المزودة في 18 مارس 1985 بالقنيطرة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: نوعية الحياة – فغر اللفائفي – الأمعاء الدقيقة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد رشيد شقوف

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد: محمد العبسي

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: محمد العمراوي

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: المحجوب الشراب

أستاذ في الجراحة العامة

أعضاء

السيد: محمد الوناني

أستاذ في الجراحة العامة