



Dr Julien Lemaire,
département de chirurgie
abdominale et digestive,
CHU Ucl Namur,
Université Catholique de Louvain,
B-5530, Yvoir, Belgique

CONFECTION DES STOMIES À TRAVERS LE TEMPS

Introduction

Les premiers rapports de stomies (du Grec Stoma – Bouche), remontent à l'antiquité, stomies alors séquellaires à des plaies abdominales par armes blanches, et non réalisées dans un objectif salvateur pour le patient. Ainsi, la plaie d'un viscère creux, souvent fatale car menant à la péritonite, pouvait malgré tout conduire dans certains cas au développement d'une fistule digestive à la peau, qu'elle soit d'origine gastrique, colique, grêle ou encore urinaire. Il faudra attendre le 17^e siècle pour que la communauté médicale se penche objectivement sur l'intérêt de la réalisation de stomies, notamment digestives. Par ailleurs, c'est grâce au développement de l'anesthésie à la moitié du 19^e siècle que la chirurgie abdominale digestive a pu évoluer, rendant les techniques opératoire réalisables.

Mots-clés :

- Stomie digestive
- Urostomie
- Continence
- Évolution

LES STOMIES DIGESTIVES

La colostomie

La colostomie correspond à l'abouchement du côlon à la peau. Elle peut être terminale (une seule bouche) ou latérale (deux bouches, une d'amont et une d'aval). La colostomie (volontairement réalisée) est certainement la première des stomies digestives décrite dans l'histoire. Le premier rapport remonterait à 1710 lorsque le Docteur A. de Littré réalise une colostomie iliaque (aine gauche) pour imperforation anale chez un nourrisson. Toujours à la même période, un chirurgien britannique, le Docteur William Cheselden (1699-1742) réalise une stomie chez une dame de 73 ans souffrant de nécrose intestinale étendue¹.

Ce serait à Hendrik Callisen, chirurgien Danois (1770-1824) que reviendrait le premier ouvrage codifiant la réalisation d'une colostomie en région lombaire, sans accès direct à la cavité péritonéale, réduisant selon lui le risque de péritonite par la suite¹.

Mais au-delà de la technique de réalisation, c'est également dans les indications des colostomies que les progrès ont été faits. Ainsi, actuellement, les techniques sont codifiées, ceci moyennant l'une ou l'autre variante. Parallèlement, le 19^e siècle assistera au développement de la stomathérapie, discipline

actuellement reconnue indispensable dès l'indication de stomie posée.

Aspects techniques généraux

La localisation d'une colostomie sera prioritairement en paramédian, droit ou gauche, soit au travers des muscles grand droits, soit en bordure de ces derniers. Sa localisation dépendra premièrement du geste réalisé et du site stomisé, ensuite de la morphologie du patient. Ainsi, chez un patient obèse, on optera pour une situation plus crâniale, évitant ainsi toute localisation dans les plis abdominaux bas pouvant compromettre grandement l'appareillage. Cette considération est également d'application pour les iléostomies.

La colostomie latérale

Sa localisation dépendra du segment à stomiser. Les segments coliques mobiles et propices à la réalisation d'une colostomie latérale sont le côlon sigmoïde et le côlon transverse. Une colostomie latérale sigmoïdienne siègera en paramédian gauche, alors qu'une colostomie latérale transverse en paramédian gauche ou droit à la partie épigastrique de l'abdomen. Autrefois, la réalisation de la stomie ne pouvait s'envisager que de deux manières, soit via une laparotomie, soit via un abord électif, à savoir au niveau du futur site de stomie. La voie

élective peut être plus difficile, à cause d'adhérences abdominales, voire d'une distension colique limitant le geste d'extériorisation. Actuellement, l'abord laparoscopique permet une évaluation abdominale du cadre colique et des degrés d'accolement. Cet abord peut se faire par un trocart optique au niveau ombilical, et un trocart d'aide au futur site de colostomie.

L'incision au niveau de la paroi devra laisser passer le viscère, sans torsion ni stricture. On assurera une incision cutanée rectiligne, ou une incision emportant une pastille cutanée. Au niveau de l'aponévrose musculaire, soit une incision rectiligne, soit cruciforme sera réalisée. La plupart des équipes font usage d'une baguette plastique, laissée temporairement sous le côlon, ceci de manière à éviter toute rétraction au terme du geste. La baguette sous le côlon permet d'en assurer une éversion suffisante pour permettre une diversion fécale efficace, ce qu'avaient compris les chirurgiens à la fin du 19^e siècle, réalisant autrefois des colostomies latérales telles des fistules muqueuses, assurant certes une décompression colique, mais rarement une diversion fécale efficace.

L'ouverture de la colostomie latérale peut être immédiate ou différée. Jusqu'à la moitié du 20^e siècle, il était courant de différer cette ouverture, avec incision au lit du patient par la suite et maturation progressive de la stomie. Cette tendance s'inversa dans les années 1950, où grâce à Bryan Brooke et ses travaux sur l'iléostomie (voir infra), la maturation immédiate deviendra le standard, tant pour l'iléostomie que la colostomie².

Plusieurs variantes techniques existent, notamment d'exclusion du segment distal, évitant ainsi le passage des matières en aval de la colostomie, soit par agrafage linéaire, soit par agrafage section, avec éventuelle maturation d'un coin d'aval³, ce qui laisse un accès au côlon d'aval (pour exploration radiologique, endoscopique ou lavage ultérieurs).

La colostomie terminale

Popularisée par Henry Hartmann au début du 20^e siècle, elle s'indique chirurgie d'exérèse colique, qu'il s'agisse d'une sigmoïdectomie pour diverticulaire perforée avec péritonite stercorale empêchant toute anastomose (procédure de Hartmann), ou d'une amputation abdomino-périnéale du rectum avec nécessité de stomie définitive. La localisation de cette dernière se situera en paramédian gauche en première intention. Le côlon peut être extériorisé au travers de la paroi de manière directe, ou de manière sous péritonéale, lui imprimant ainsi un trajet en chicane. Quelle que soit la manière de procéder, il n'apparaît pas de différence significative en termes d'éventration parastomale⁴. Les modalités d'incision

cutanée restent superposables à la confection d'une colostomie latérale, bien que la plupart des opérateurs emportent une pastille cutanée aux dimensions du diamètre colique.

Les stomies pseudo-continentes

Historiquement, des essais de créations de réservoir (variante colique de la poche de Kock – voir infra), l'usage de muscle au pourtour de la bouche stomiale, voire encore d'anneau magnétique en sous cutané au pourtour de la stomie, n'ont pas montré de résultats encourageants et ont dès lors été abandonnées en faveur des irrigations coliques.

Ceci étant, pour certains patients désireux d'éviter une stomie abdominale au terme d'une amputation abdomino-périnéale du rectum, certains auteurs ont proposé des colostomies périnéales pseudo-continentes par autogreffe musculaire, avec muscle prélevé au départ d'un fragment colique débarrassé de sa muqueuse et de sa sous-muqueuse, et suturé de manière circulaire autour de la distalité du futur côlon abaissé. Le côlon sera ensuite descendu au niveau périnéal. Au terme de la réfection périnéale, la stomie se situe en lieu et place de l'ancien anus. Cette procédure ne peut se concevoir qu'avec des irrigations coliques, soit par voie rétrograde, soit par voie antégrade, via l'appendice le plus souvent (stomisé en fosse iliaque droite ou au niveau de l'ombilic – Intervention de Malone)³.

Certaines équipes entraînées proposent la graciloplastie électrostimulée afin d'obtenir une continence satisfaisante. La procédure suit les mêmes modalités, mais utilisera le muscle gracile (muscle de la cuisse), qui sera transposé au niveau périnéal, et enroulé en amont de la distalité colique, elle-même suturée au niveau périnéal, recréant ainsi un néo-anus. Un stimulateur assurera la contraction musculaire et la continence³.

Ces deux techniques ne peuvent être considérées que chez des patients motivés, ayant bien appréhendé les enjeux et les complications potentielles, et au sein d'équipes chirurgicales et de stomathérapie entraînées.

Suite au prochain numéro

Références

- 1 The history of stoma - Stomaatje.com.
<https://www.stomaatje.com/history>
- 2 Doughty DB. History of ostomy surgery.
J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008 ; 35(1)34-38.
- 3 Thibaudreau E, Brachet D, Vénara A, Arnaud J-P. Colostomies. In: Encyclopédies Médico Chirurgicales - chirurgie digestive. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2012. 40-540.
- 4 Hardt J, Meerpohl JJ, Metzendorf MI, Kienle P, Post S, Herrle F. Lateral pararectal versus transrectal stoma placement for prevention of parastomal herniation. Cochrane Database Syst Rev 2019. 24 :4 :CD009487 doi : 10.1002/14651858.CD009487.pub3.