

## Case series

### **La fermeture précoce des stomies digestives: à propos de 66 cas colligés dans la clinique chirurgicale de l'Hôpital Aristide Le Dantec**

#### *Early closure of intestinal stomas: about 66 cases collected in the surgical clinic of Aristide Le Dantec Hospital*

**Touré Fodé Baba<sup>1,8</sup>, Thomas Marcel Wade Mbar<sup>2</sup>, Diao Mahamed Lamine<sup>3</sup>, Tendeng Jacques Noel<sup>3</sup>, Horace Haingonirina Joelle<sup>1</sup>, Cissé Mamadou<sup>1</sup>, Touré Cheikh Tidiane<sup>1</sup>, Konaté Ibrahima<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>UFR Santé Université de Thiès, Sénégal, <sup>3</sup>Département de Chirurgie et Spécialité Université Gaston de Saint-Louis, Sénégal

<sup>8</sup>Corresponding author: Touré Fodé Baba, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Mots clés: Stomie, fermeture précoce, Dakar

Received: 12/01/2016 - Accepted: 18/03/2016 - Published: 14/04/2016

#### **Abstract**

La stomie constitue un véritable handicap dans nos régions. Nous reportons une série de patients bénéficiant d'un rétablissement précoce. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de six ans. Elle concernait tous les patients qui avaient bénéficié dans le service de chirurgie générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar d'une fermeture de stomie dans un délai maximum de 30 jours. Il s'agissait de 66 patients: 43 colostomies et 23 ileostomies. Le délai moyen de rétablissement de la continuité digestive était de 21 jours. La morbidité était de 9% et la mortalité de 1,5%. Le rétablissement précoce de la stomie digestive est réalisable avec des résultats comparables au rétablissement conventionnel.

**Pan African Medical Journal. 2016; 23:188 doi:10.11604/pamj.2016.23.188.8850**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/188/full/>

© Touré Fodé Baba et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Abstract

*Stoma is a real handicap in our regions. We report a series of patients achieving an early recovery. This is a descriptive retrospective study over a 6-year period. The study involved all patients who underwent closure of intestinal stoma at the General Surgery Service of the University Hospital Aristide Le Dantec in Dakar within a maximum of 30 days. The study involved 66 patients: 43 colostomies and 23 ileostomies. The average time of restoration of digestive continuity was 21 days. Morbidity was 9% and mortality 1.5%. Early recovery from intestinal stoma is feasible with results comparable to those obtained by conventional recovery.*

**Key words:** *Stoma, early closure, Dakar*

## Introduction

---

Les stomies digestives posent beaucoup de difficultés dans leur gestion dans nos pays sous équipés. Elles sont un handicap psychologique et physique avec un risque non négligeable de désordre hydro-électrolytique et de dénutrition [1]. Habituellement le rétablissement de la continuité digestive est réalisé entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> semaine [2-4]. Une fermeture précoce (FP) pourrait avoir de nombreux avantages socio-économiques mais aussi sanitaires en réduisant le risque de complications nutritionnelles et hydro-électrolytiques tout en minimisant les fuites anastomotiques. Nous avons mené au service de chirurgie générale du CHU Aristide Le Dantec une étude rétrospective sur le rétablissement précoce de stomie dont nous rapportons ici les résultats.

## Méthodes

---

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif allant du 1er janvier 2003 au 30 septembre 2009. Elle concernait tous les patients qui avaient bénéficié dans le service de chirurgie générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar d'une fermeture de stomie dans un délai maximum de 30 jours. La fermeture précoce de la stomie était réalisée chez des patients non anémiés sans dénutrition majeure ni sepsis. L'intervention s'effectuait sous anesthésie générale avec une antibiothérapie péri-opératoire. Par abord médian ou par voie sélective, le rétablissement de la continuité débutait par une résection des berges des deux portions intestinales proximale et distale. Toutes les anastomoses étaient réalisées manuellement par deux sujets extramuqueux avec un fil résorbable tressé ou en monofilament. La réalimentation des patients était indiquée à la reprise du transit intestinal. Les paramètres étudiés étaient le type de stomie, le délai de rétablissement de la continuité digestive, le

délai de réalimentation, les complications, la mortalité et la durée d'hospitalisation après le rétablissement.

## Résultats

---

Il s'agissait de 66 patients: 59 hommes (89.4%) et 7 femmes (10.6%). L'âge moyen était de 35 ans avec des extrêmes de 16 et 91 ans. Il s'agissait de 43 colostomies et de 23 iléostomies. Toutes les iléostomies étaient en canon de fusil. La colostomie était selon Bouilly Volkmann dans 27 cas, selon Hartmann dans 13 cas, une colostomie latéralisée dans 2 cas et une caecostomie dans un cas. Les indications de stomie étaient une occlusion intestinale par volvulus du côlon pelvien dans 42 cas et une péritonite aiguë généralisée par perforation digestive dans 24 cas. Le délai moyen global de rétablissement était de 21 jours avec des extrêmes de 10 et 30 jours. Ce délai moyen était de 21 jours pour les colostomies et de 23 jours pour les iléostomies. La voie d'abord était péri stomiale chez 48 patients (72,7% des cas) et médiane chez 18 patients (27,3% des cas). Le rétablissement de la continuité digestive de toutes les iléostomies était fait par abord péri stomiale. Le délai moyen de reprise de l'alimentation des patients étaient de 2 jours avec des extrêmes de 1 et 5 jours. Six patients avaient présenté une complication opératoire soit une morbidité de 9%. Cette morbidité était de 17,4% (n=4) dans le rétablissement d'iléostomie et de 4,6% (n=2) dans le rétablissement de colostomie. La complication était une fistule digestive dans 4 cas (2 cas pour rétablissement d'une iléostomie et 2 cas pour les colostomies). Deux patients avaient présenté une éventration péri-stomiale au 2<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois post-opératoire. La mortalité était de 1,5% (n=1). Il s'agissait d'un patient qui avait présenté une fistule digestive suite au rétablissement pour iléostomie avec dénutrition sévère. La durée moyenne de séjour après rétablissement était de 8 jours avec des extrêmes de 5 et 20 jours.

## Discussion

---

Les indications des stomies sont actuellement dominées dans les pays développés par les entérostomies de protection [1]. Dans nos conditions d'exercice les indications sont des pathologies occlusives et infectieuses [5]. En effet, dans notre étude, les seules indications de stomie étaient l'occlusion intestinale par volvulus du côlon pelvien et la péritonite généralisée par perforation digestive. Le déficit en personnel qualifié pour les soins de stomie, le retentissement psychologique et les complications hydro-électrolytiques, nutritionnelles et cutanées font que les stomies constituent un véritable handicap dans nos conditions d'exercice. Il est rapporté dans la littérature des séries de rétablissement précoces de stomies [6,7]. Le but est de diminuer le retentissement physico-psychique tout en ayant le moins de complications après rétablissement. Notre étude est limitée par la sélection des patients. En effet n'étaient concernés que les patients non anémies, qui ne présentaient pas de dénutrition ni un état infectieux. Ce choix s'explique par le fait qu'il est connu que l'hypoalbuminémie et l'anémie sont des facteurs de lâchage anastomotiques [6]. Aussi des auteurs ont rapporté des séries de rétablissement précoce à partir du 10<sup>ème</sup> jour avec des résultats satisfaisants [1, 8]. D'autres auteurs recommandent un rétablissement précoce si l'indication de la stomie est un traumatisme digestif [9]. La crainte essentielle en cas de rétablissement de continuité est un lâchage anastomotique et un état septique. Or le risque maximum de fistulisation après rétablissement de stomie se situe entre le 5<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> jour et les phénomènes inflammatoires commencent à se former à partir du 15<sup>ème</sup> jour après stomie [1,10]. Dans notre série les complications étaient de 9%. Il s'agissait essentiellement de fistule digestive avec 4 cas. Nous n'avons pas retrouvé d'infection pariétale dans notre série. Certains auteurs ont retrouvé plus d'infection pariétale [1]. Ces complications ne compromettent pas les résultats du rétablissement précoce des stomies. Khan dans sa série a retrouvé des résultats sans différences significatives sur la morbidité et la mortalité en cas de rétablissement précoce ou conventionnel [7]. Beaucoup de publications récentes sont favorables à une fermeture précoce de stomie [1, 4, 6, 7]. Le caractère rétrospectif et sélectif de notre étude en fait la faiblesse. Cependant elle a l'avantage de démontrer que le rétablissement précoce de stomie est possibles dans nos conditions de sous équipement chez des patients sélectionnés avec des résultats similaires au rétablissement conventionnel et donc de diminuer l'handicap physique et psychologique et le coût financier de la prise en charge.

## Conclusion

---

Le rétablissement précoce de stomie est réalisable. Il permet de réduire la durée d'hospitalisation, le coût du traitement mais aussi l'handicap physique et psychologique. Ce souci est primordial dans nos régions où la stomie reste encore mal tolérée par nos populations.

### Etat des connaissances sur le sujet

- Habituellement le rétablissement de la continuité digestive est réalisé entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> semaine;
- Les stomies sont un handicap psychologique et physique avec un risque non négligeable de désordre hydro-électrolytique et de dénutrition.

### Contribution de notre étude à la connaissance

- La fermeture précoce des stomies digestives nous a permis de réduire le rejet social, le coût du traitement et le séjour hospitalier.

## Conflits d'intérêts

---

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

## Contributions des auteurs

---

Fode Baba Touré, Thomas Marcel Mbar Wade, Mohamed Lamine Diao, Jacques Noel Tendeng, Haingonirina Joelle Horace ont écrit le manuscrit. Mamadou Cisse, Cheikh Tidiane Touré et Ibrahima Konaté ont corrigé le manuscrit sur le plan scientifique. Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Références

---

1. Jordi-Galais P, Turrin N, Tresallet C, Nguyen-Thanh O, Chigot JP, Menegaux F. Fermeture précoce des stomies du grêle. *Gastroenterol Clin Biol.* 2003 Aug-Sep; 27(8-9): 697-9. **PubMed | Google Scholar**
2. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Temporary decompression after colorectal surgery: randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy. *Br J Surg.* 1998 Jan; 85(1): 76-9. **PubMed | Google Scholar**
3. Gallot D, Lasser P et Lechaux JP. Colostomies. EMC techniques chirurgicales-appareil digestif. 2002; 40-540: 11p. **Google Scholar**
4. Nitin Garg, Kailash Charokar. Early ileostomy closure following emergency bowel surgery: a feasible approach. *Journal of Evaluation of Medicine and Dental Sciences.* 2014; 3(20): 5408-5416. **Google Scholar**
5. Mallick S, Klein JF. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique: à propos d'une série observée dans l'ouest guyanais. *Med Trop (Mars).* 2001; 61(6): 491-4. **PubMed | Google Scholar**
6. Iancu C, Mocan LC, Todea-Iancu D, Mocan T, Acalovschi I, Ionescu D, Zaharie FV, Osian G, Puia CI, Muntean V. Host-related predictive factors for anastomotic leakage following large bowel resections for colorectal cancer. *J Gastrointest Liver Dis.* 2008 Sep; 17(3): 299-303. **PubMed | Google Scholar**
7. Nadim Khan, Adil Bangash, Ainul Hadi, Munir Ahmad, Muzaffaruddin Sadiq. Is early Closure of stoma warranted in the management of temporary loop ileostomy? *JPMI.* 2010; 24(4): 295-300. **PubMed | Google Scholar**
8. Sanogo ZZ, Yena S, Simaga AK, Doumbia D, Ouattara Z, Diallo AK, Sangare D, Soumare S. stomies digestives: expérience du service de chirurgie « A » du CHU du point G. *Mali Med.* 2007; 22(2): 47-51. **PubMed | Google Scholar**
9. Velmahos GC, Degiannis E, Wells M, Souter I, Saadia R. Early closure of colostomies in trauma patients: a prospective randomized trial. *Surgery.* 1995; 118: 815-20. **PubMed | Google Scholar**
10. Rolandelli R, Roslyn JJ. Surgical management and treatment of sepsis associated with gastrointestinal fistulas. *Surg Clin North Am.* 1996 Oct; 76(5): 1111-22. **PubMed | Google Scholar**