

# Déhiscence chirurgicale sévère avec infection secondaire et iléostomie temporaire suite à une lésion iatrogène de l'intestin après une myomectomie : défis et prise en charge dans un environnement à faibles ressources

### RÉSUMÉ

Cette étude de cas vise à mettre en évidence une approche improvisée et économe en ressources pour la gestion de la déhiscence chirurgicale sévère, compliquée par une infection secondaire et la formation d'une iléostomie temporaire suite à une lésion iatrogène de l'intestin survenue lors d'une myomectomie. Elle cherche également à démontrer comment des stratégies innovantes de gestion des plaies ont été utilisées pour contrôler et contenir les effluents fécaux. Ces stratégies comprenaient l'utilisation de médicaments anti-motilité (loperamide), des aliments épaississants pour les selles et une poche de fistule Eakin. Ensemble, ces mesures ont facilité le débridement de la plaie et ont favorisé une cicatrisation spontanée, malgré des défis tels que un mauvais emplacement de la stomie et une séparation muco-cutanée dans un environnement à faibles ressources.

**Méthodes** Les principes de gestion des fistules, de contrôle de la septicémie, de soutien nutritionnel, de définition anatomique et de planification de la procédure (SNAP) ont été appliqués dans la gestion de cette plaie complexe. Une approche multidisciplinaire a été mise en œuvre, impliquant des chirurgien(ne)s, des spécialistes des soins de stomie, un psychologue clinique, le personnel infirmier de l'unité et des nutritionnistes. Les membres de la famille ont été activement impliqués dans la prise de décisions et ont fourni un soutien financier et émotionnel essentiel. Des stratégies supplémentaires ont été mises en place pour contenir les effluents fécaux, promouvoir le débridement de la plaie, prévenir l'infection et soutenir la cicatrisation spontanée.

**Résultats** Le patient a répondu positivement au plan de soins multidisciplinaire dans un environnement clinique à faibles ressources. Les effluents fécaux ont été efficacement contrôlés et contenus à l'aide d'une technique improvisée de gestion des fistules, minimisant la contamination de la plaie et facilitant un débridement progressif. Le développement graduel d'un tissu de granulation sain a été observé, menant à une contraction spontanée de la plaie et à sa fermeture finale, sans avoir besoin d'une intervention chirurgicale supplémentaire. L'état nutritionnel et le bien-être général du patient se sont considérablement améliorés tout au long de la période de récupération.

**Mots-clés** Lésion iatrogène de l'intestin, iléostomie, séparation muco-cutanée, emplacement de la stomie, déhiscence de la plaie

**Références** Doku JT, Gyamfi HO. Severe surgical wound dehiscence with secondary infection and temporary ileostomy following iatrogenic bowel injury after myomectomy: challenges and management in a low-resource setting. WCET® Journal 2025;45(4):40-48.

**DOI** <https://doi.org/10.33235/wcet.45.4.40-48>

### INTRODUCTION ET PREUVES ACTUELLES

La déhiscence chirurgicale de plaie compliquée par une infection secondaire reste une complication postopératoire grave, en

**Jeffrey Tetteh Doku** Infirmier diplômé (RN BSc),  
Spécialiste en stomie  
Komfo Anokye Teaching Hospital, Département de Chirurgie  
Kumasi, Ghana  
Courriel [Jeffdok81@gmail.com](mailto:Jeffdok81@gmail.com)

**Harriet Oppong Gyamfi** Infirmier diplômé (RN BSc),  
Spécialiste en stomie  
Komfo Anokye Teaching Hospital, Département de Chirurgie  
Kumasi, Ghana

\* *Autrice correspondante*

particulier chez les patients ayant subi une chirurgie abdominale d'urgence avec création d'une stomie.<sup>1,2</sup> La myomectomie est une procédure chirurgicale réalisée pour retirer les fibromes utérins tout en préservant l'utérus. Bien que généralement sûre, elle peut être techniquement complexe en raison de la proximité de l'utérus avec les intestins et d'autres structures pelviennes.<sup>3</sup> Lors de chirurgies complexes ou d'urgence, telles que la myomectomie, des blessures accidentelles de l'intestin, appelées lésions iatrogènes de l'intestin, peuvent survenir. Une lésion iatrogène de l'intestin est une perforation non intentionnelle ou un dommage à l'intestin pendant la chirurgie, ce qui augmente le risque de contamination, d'infection et de déhiscence de la plaie ultérieure.<sup>4,6</sup>

Lorsqu'une telle blessure se produit, la création d'une stomie<sup>6</sup> temporaire (telle qu'une iléostomie) est souvent nécessaire pour

détourner les effluents fécaux, protéger l'intestin distal et permettre la cicatrisation du segment blessé ou de l'anastomose associée. Cependant, en situation d'urgence, l'emplacement de la stomie peut être sous-optimal en raison de contraintes temporelles ou d'une planification préopératoire limitée, entraînant des fuites de dispositif, des irritations cutanées et une contamination supplémentaire de la plaie.<sup>5-6</sup> La séparation muco-cutanée, définie comme le détachement partiel ou complet de la stomie de la peau environnante, peut également survenir tôt dans la période postopératoire.<sup>7</sup> Cette condition expose le tissu sous-jacent, augmente le risque d'infection, retarde la cicatrisation et augmente l'inconfort du patient.

Le déséquilibre électrolytique est une autre complication potentielle, en particulier chez les patients ayant une iléostomie à haut débit, car les pertes excessives de fluides et d'électrolytes peuvent entraîner une déshydratation et des perturbations métaboliques.<sup>8</sup>

Dans des environnements à faibles ressources, comme le Ghana, la gestion des plaies abdominales complexes associée aux soins de stomie est particulièrement difficile en raison de la disponibilité limitée des matériaux avancés de soins des plaies, du personnel formé à la stomathérapie et aux soins des plaies, ainsi que de l'équipement spécialisé.<sup>9,10,11</sup> Une gestion efficace nécessite donc une approche multidisciplinaire impliquant des compétences chirurgicales, infirmières, nutritionnelles et psychosociales, ainsi qu'une participation active de la famille dans les soins.<sup>9-12</sup> Le respect des principes de préparation du lit de la plaie, y compris le débridement, le contrôle de l'infection, l'équilibre de l'humidité et l'optimisation des tissus, est essentiel pour obtenir des résultats réussis.<sup>13,14</sup>

Le traitement des plaies par pression négative (NPWT), une technique qui applique une pression subatmosphérique contrôlée sur une plaie pour favoriser la formation de tissu de granulation et éliminer l'exsudat, a démontré son efficacité dans la gestion de la déhiscence des plaies chirurgicales, avec ou sans stomie associée.<sup>15,16,17</sup> Les preuves montrent que la NPWT réduit les taux d'infection, accélère la fermeture des plaies et améliore le confort du patient.<sup>18,19</sup> Cependant, dans les environnements à ressources limitées, l'absence de systèmes NPWT, le coût élevé des dispositifs de stomie et l'accès insuffisant aux services spécialisés en soins des plaies continuent de freiner une gestion optimale.<sup>20</sup> Ces défis poussent les cliniciens soucieux des ressources à improviser et à adapter contextuellement les stratégies de gestion des plaies et les produits en fonction des principes établis de soins des fistules (SNAP)<sup>21</sup> et des techniques reconstructives.<sup>20-22</sup>

Cette étude de cas décrit donc une approche innovante et économe en ressources pour la gestion de déhiscence chirurgicale sévère, compliquée par une infection secondaire et une iléostomie temporaire suite à une lésion iatrogène de l'intestin survenue lors d'une myomectomie. Elle met en évidence l'impact d'un emplacement inadéquat de la stomie et de la séparation muco-cutanée sur la cicatrisation des plaies et la récupération dans un environnement clinique à faibles ressources.

## HISTORIQUE PERSONNEL ET CLINIQUE

La patiente est une femme de 56 ans, ayant des antécédents médicaux de fibromes utérins et d'hypertension, qui a subi une

myomectomie élective à l'hôpital gouvernemental d'Ejisu, dans la région Ashanti du Ghana, le 31 juillet 2019. La procédure a été réalisée sous anesthésie générale, et la plaie abdominale a été fermée de manière primaire en couches, en utilisant des points de suture absorbables pour le fascia et les tissus sous-cutanés, et des points de suture non absorbables interrompus pour la peau.

Le post-opératoire immédiat a été initialement sans incident. Cependant, le 1er août 2019, le pansement de la plaie est devenu vert, ce qui a conduit à un retour en salle d'opération pour une réexploration et une révision de la plaie. Par la suite, la patiente a développé une distension abdominale, un écoulement purulent de la plaie et une déhiscence partielle de la plaie. En deux jours, la dégradation de la plaie a progressé, exposant l'intestin sous-jacent. Une lésion iatrogène de l'intestin avec contamination fécale a été identifiée en peropératoire, nécessitant la création d'une iléostomie de dérivation.

Le 3 août 2019, la patiente a été référée et transférée au Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH), un centre de référence tertiaire à Kumasi, pour une prise en charge spécialisée de la chirurgie, des plaies et de la stomie.

### Conditions comorbides

Les antécédents médicaux de la patiente révélaient de l'hypertension, traitée par labetalol, ainsi qu'un diagnostic antérieur de fibrome utérin. Il n'y avait pas d'autres comorbidités, telles que le diabète ou une insuffisance rénale.

### Médicaments

Son profil pharmacologique comprenait labetalol pour le contrôle de la pression artérielle. Elle s'auto-médicamentait occasionnellement avec des analgésiques et des antipyrétiques en vente libre pour soulager des symptômes bénins tels que des maux de tête et de la fièvre.

### Allergies

La patiente n'a signalé aucune allergie connue aux aliments ou aux médicaments.

### Aspects sociaux

La patiente était mariée et avait trois enfants (deux garçons et une fille), vivant avec sa famille dans sa maison privée. Elle avait un emploi stable et un mode de vie actif, débutant sa journée tôt pour effectuer les tâches ménagères avant de partir travailler. Elle entretenait des relations solides avec sa famille et sa communauté et recevait un soutien émotionnel et financier constant tout au long de sa maladie. Malgré sa situation socioéconomique stable, la patiente a exprimé un stress psychosocial, attribuant ses complications postopératoires prolongées à des causes spirituelles ou à la sorcellerie (une croyance qui reflète des interprétations culturelles de la maladie dans certaines régions du Ghana). Ces perceptions ont influencé son bien-être émotionnel et ses réponses initiales au stress pendant la récupération.

### Évaluation des plaies, stomie et continence

#### Étiologie

La complication de la plaie a résulté d'une lésion iatrogène de l'intestin grêle survenue lors de la myomectomie. Le segment intestinal affecté a été réparé de manière primaire sans résection. Cependant, la dégradation postopératoire du site de réparation a

conduit à une fuite fécale et une péritonite secondaire, nécessitant la création d'une iléostomie de dérivation pour contrôler la septicémie et prévenir toute contamination supplémentaire de la plaie chirurgicale.

### Le type de la stomie

Une iléostomie terminale a été réalisée ; cependant, une séparation muco-cutanée complète s'est développée autour du site de la stomie, entraînant des difficultés pour obtenir une adhésion adéquate de l'appareil de stomie. Cela a conduit à des fuites fécales persistantes et à une contamination du lit de la plaie, compliquant davantage la gestion de la plaie.

### Débit stomial

La stomie produisait un haut débit, avec une moyenne d'environ 2,5 litres sur 24 heures, entraînant un déséquilibre hydrique et électrolytique ainsi qu'une macération de la peau péristomiale en raison des fuites de chyme semi-liquide riche en enzymes digestives.

### Soins de la stomie

La stomie a été placée dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen, mais son emplacement était inadéquat, car elle se trouvait sous la ligne ombilicale, en dehors du muscle droit de l'abdomen et partiellement dans un pli abdominal. Ce positionnement sous-optimal a rendu difficile l'obtention d'une étanchéité sécurisée avec l'appareil de stomie. En conséquence, les premières tentatives de mise en place de la poche ont échoué en raison des fuites fréquentes de selles et de la macération de la peau péristomiale, ce qui a encore contaminé la plaie adjacente et retardé la cicatrisation. La gestion ultérieure a nécessité une adaptation créative des techniques de soins de plaie, y compris l'improvisation de la gestion des effluents fécaux et une protection minutieuse de la peau autour de la plaie.

### Continence urinaire

La patiente est restée continent de l'urine tout au long de la période de gestion.

### Environnement clinique et facteurs socioéconomiques

Le cas a été pris en charge au KATH, un hôpital de référence tertiaire et d'enseignement à Kumasi, au Ghana, desservant une grande population provenant de plusieurs régions. L'établissement offre des soins chirurgicaux avancés, mais fait face à des limites de ressources, notamment l'absence de spécialiste en stomathérapie, des pénuries de produits spécialisés pour les soins des plaies, de dispositifs de stomie et de NPWT (traitement des plaies par pression négative).

La patiente ne dépendait pas de l'assurance maladie publique, car elle était financièrement stable. Le soutien familial était fort, apportant une aide essentielle pour la coordination des soins, les coûts financiers, ainsi que pour offrir un réconfort émotionnel tout au long de son hospitalisation et de sa récupération.

Ces facteurs environnementaux et socioéconomiques ont considérablement influencé les stratégies de gestion des plaies, et encouragé l'adoption de techniques locales improvisées mais efficaces, conformes aux principes de gestion des fistules adaptés aux contextes à faibles ressources.

## ÉVALUATION

### Évaluation de la stomie

La patiente présentait une iléostomie terminale rétractée, située dans la fosse iliaque droite (voir Figure 1). La stomie était active, produisant un écoulement continu de chyme semi-liquide. Elle était totalement détachée de la peau péristomiale, avec une séparation muco-cutanée visible qui s'étendait de manière circonférentielle. La peau péristomiale présentait des signes d'infection, notamment érythème, macération et sensibilité localisée. Les fuites fécales fréquentes ont contribué à l'aggravation des lésions cutanées et ont entravé l'adhérence de la poche, compliquant ainsi la gestion de la stomie. Le haut débit de la stomie a augmenté le risque de déshydratation et de déséquilibre électrolytique, nécessitant une surveillance étroite à l'aide d'un tableau de bilan hydrique pour enregistrer les apports et les sorties de liquides.

### Évaluation de la plaie

La plaie abdominale de la patiente était étendue, impliquant la région abdominale inférieure et pelvienne, s'étendant vers la zone épigastrique (voir Figure 1).

Les caractéristiques cliniques étaient les suivantes :

- Localisation: Abdomen inférieur s'étendant vers l'épigastre.
- Taille et profondeur : La plaie mesurait environ 22 cm de long, 15 cm de large et 4 cm de profondeur, avec des bords irréguliers et une exposition du tissu sous-cutané et des couches musculaires sous-jacentes.
- Lit de la plaie : Composé de tissus mixtes, avec des zones de granulation rouge vif, de nécrose jaunâtre-verdâtre, et des zones de tissu nécrotique noir, indiquant une infection en cours et une cicatrisation retardée.
- Bords de la plaie: Roulés et irréguliers, avec des zones de détournement, en particulier le long des bords latéraux.
- Exsudat: Débit épais, jaunâtre et fétide, suggérant une colonisation bactérienne et la dégradation du tissu nécrotique.
- Peau péri-plaie : La peau environnante apparaissait hyperpigmentée mais majoritairement intacte, avec une macération localisée près des bords de la plaie, causée par une exposition persistante à l'humidité et aux liquides fécaux.



Figure 1. Iléostomie rétractée

- Microbiologie : Un écouvillon de la plaie a été prélevé, et la culture a révélé une croissance mixte d'organismes coliformes, confirmant une infection bactérienne secondaire.

Ces résultats indiquaient une plaie abdominale infectée et non cicatrisée, compliquée par une contamination continue provenant de l'effluent de la stomie et de mauvaises conditions locales de la plaie, rendant particulièrement difficile la contenance des fluides fécaux et la préparation du lit de la plaie.

### Impression clinique

La combinaison d'une iléostomie à haut débit active et d'une séparation muco-cutanée au site de la stomie a conduit à une mauvaise adhésion de l'appareil de stomie, entraînant des fuites récurrentes et une infection secondaire de la plaie. La plaie abdominale était profonde et étendue, avec une exposition du tissu sous-cutané, de la gaine des muscles droits et de portions du muscle droit de l'abdomen, indiquant une perte importante de tissus mous et un potentiel de cicatrisation compromis.

La présentation globale représentait une plaie abdominale postopératoire complexe, compliquée par contamination fécale, macération péristomiale et infection persistante. La gestion efficace nécessitait une approche multidisciplinaire, des stratégies innovantes pour contrôler et contenir l'effluent de l'iléostomie, et une réévaluation continue de la plaie pour faciliter le dépôt de tissu de granulation et la cicatrisation spontanée dans un environnement clinique à faibles ressources.

## GESTION CLINIQUE ET RÉSULTATS

### Gestion initiale et évaluation

Lors de la présentation, la plaie abdominale de la patiente était fortement contaminée par des fluides fécaux. La patiente a été prise en charge par une approche multidisciplinaire. L'équipe multidisciplinaire comprenait des chirurgien(ne)s, un spécialiste de la stomie et un nutritionniste qui se sont réunis pour discuter et évaluer les interventions cliniques possibles.

Les priorités et objectifs initiaux des soins étaient de :

1. Réduire la motilité intestinale et le haut débit fécal par thérapie anti-motilité.
2. Supprimer l'infection de la plaie avec des antibiotiques systémiques à large spectre.
3. Restaurer l'équilibre électrolytique par réhydratation orale et fournir un soutien nutritionnel avec un régime riche en protéines et en calories et des aliments épaississants pour les selles (malgré leur valeur nutritionnelle douteuse).
4. Contenir l'effluent fécal pour minimiser la contamination de la plaie.

Bien que la patiente n'ait pas présenté une fistule entérocutanée classique, mais plutôt une plaie complexe avec une iléostomie à haut débit compliquée par une séparation muco-cutanée, les principes directeurs de la gestion des fistules (SNAP), tels que conseillés par une infirmière spécialisée en coloproctologie et stomathérapie (Dee Waugh), ont été adoptés. Les objectifs principaux à atteindre étaient :

- a. Contrôle et contenu efficaces des effluents fécaux
- b. Protection du lit de la plaie
- c. Promotion de la cicatrisation spontanée dans un contexte de ressources limitées

L'équipe multidisciplinaire, comprenant des chirurgien(ne)s, des spécialistes des stomies et des plaies ainsi qu'un nutritionniste, s'est réunie pour évaluer les interventions possibles.

### Prise de décision concernant le débridement

Le débridement chirurgical par coupe a été envisagé par l'équipe chirurgicale dans le cadre de la préparation du lit de la plaie. Cependant, après délibération de l'équipe, le débridement chirurgical n'a pas été réalisé pour plusieurs raisons cliniques et contextuelles :

1. Le lit de la plaie montrait des zones de tissu de granulation précoce entrecoupées de nécrose, indiquant un auto-débridement partiel.
2. Il existait un risque élevé d'exposition ou de lésion supplémentaire de l'intestin, étant donné la proximité de la plaie avec l'iléostomie.
3. L'état hémodynamique et nutritionnel du patient n'était pas optimal à ce moment-là, augmentant le risque de la procédure et le temps de récupération postopératoire.
4. La disponibilité de la salle d'opération était limitée et l'absence d'accès à la NPWT (traitement des plaies par pression négative) a également restreint les options chirurgicales.

À la place, l'équipe chirurgicale a adopté une approche conservatrice de débridement mécanique de la plaie, réalisée par le spécialiste des stomies, impliquant un nettoyage mécanique doux avec une solution saline stérile à l'aide d'une seringue et d'une aiguille. Un débridement autolytique a été réalisé par l'application de pansements rétenteurs d'humidité (gazes humidifiées de solution saline) pour favoriser la dégradation naturelle des tissus ou autolyse et l'élimination de la nécrose. Cette stratégie conservatrice visait à protéger le tissu de granulation fragile tout en réduisant le risque d'infection.

### Consultation avec le spécialiste en soins colorectaux et le stomathérapeute

Un tournant (ou un changement décisif) est survenu lors de la consultation avec le spécialiste en soins colorectaux et le stomathérapeute. Des photographies et des notes de progression de la plaie ont été partagées via des canaux de communication professionnelle sécurisés.

Les conseils suivants ont fourni une orientation critique de trois manières principales :

1. Réorienter l'approche de gestion des plaies : il a été conseillé à l'équipe soignante de traiter le cas comme une fistule fonctionnelle, en se concentrant d'abord sur la diversion et le confinement des selles plutôt que d'essayer une fermeture prématurée de la plaie.
2. Encourager l'improvisation : étant donné les ressources limitées, il a été recommandé de créer un système d'isolation localisé autour de la stomie en utilisant les matériaux disponibles pour contenir les effluents fécaux, imitant ainsi la fonction d'une poche de fistule.

3. Améliorer la coordination multidisciplinaire : L'importance de synchroniser les rôles entre les équipes chirurgicales, infirmières et nutritionnelles, ainsi que de maintenir l'engagement du patient et de la famille dans le soutien aux soins et la prise de décision, a été soulignée auprès de l'équipe soignante.

Ces conseils d'experts ont fondamentalement modifié la stratégie de gestion, passant des soins classiques des plaies vers un modèle de confinement basé sur la fistule, ce qui a permis une amélioration significative de la plaie.

## RÉSULTAT

Après la mise en œuvre de ces stratégies révisées :

- Les fuites fécales ont été efficacement minimisées grâce à des techniques improvisées de confinement.
- La plaie a été progressivement débridée par autolyse, avec la formation d'un lit de granulation propre dans les 10 jours.
- Une épithélialisation progressive et une fermeture spontanée de la plaie ont eu lieu au cours des semaines suivantes, sans besoin de révision chirurgicale.
- La patiente a retrouvé sa mobilité, a repris une nutrition orale et a retrouvé un équilibre stable des fluides et des électrolytes.

L'effet combiné de la consultation d'experts, des contributions multidisciplinaires et de la participation familiale a conduit à un résultat clinique positif, malgré les contraintes d'un environnement à faibles ressources.

### Débridement de la plaie par autolyse et mécanique

La plaie complexe de la patiente a été prise en charge en utilisant une combinaison de techniques de débridement autolytique et mécanique pour promouvoir la préparation du lit de la plaie et la granulation. Le lit de la plaie a été irrigué avec une solution saline normale, tandis que la peau autour de la plaie a été nettoyée délicatement avec une solution Savlon (contenant du cetrimide et de la chlorhexidine), qui a offert une activité antimicrobienne à large spectre pour réduire la charge bactérienne à la surface. Bien que la solution Savlon soit moins couramment utilisée dans certains environnements en raison de la disponibilité de nettoyants antimicrobiens plus avancés, elle est restée une option pratique dans cet environnement à faibles ressources pour contrôler la bioburden et prévenir l'infection secondaire.

Un pansement hydrocolloïde a été appliqué en configuration cadre autour des bords de la plaie pour protéger la peau péri-plaie de la macération et améliorer l'adhésion du pansement secondaire. Le lit de la plaie lui-même a été recouvert de gaze humidifiée de solution saline, maintenant un environnement humide propice au débridement autolytique. Le pansement a ensuite été sécurisé avec un film Tegaderm, qui a été ancré sur le cadre hydrocolloïde plutôt que directement sur la peau pour éviter toute irritation supplémentaire et tout traumatisme des tissus fragiles autour de la plaie. Les changements de pansement ont été effectués une fois par jour, ou plus fréquemment si des fuites ou une saturation se produisaient, afin de maintenir la propreté, de contrôler l'exsudat et de suivre l'évolution de la cicatrisation.

### Gestion de la stomie et de la peau péristomiale

L'iléostomie terminale détachée a été prise en charge à l'aide de pâte de stomie, appliquée de manière circonférentielle autour de la base de la stomie pour créer une surface lisse et uniforme et améliorer l'étanchéité de l'appareil. Cette modification a permis l'attachement partiel d'une poche iléostomique Hollister à une pièce (70 mm), qui a été reliée à un sac de drainage pour gérer l'effluent fécal abondant. Étant donné la peau péristomiale intacte limitée et les fuites persistantes, la poche a été changée quotidiennement pour prévenir la macération et la contamination du lit de la plaie adjacente. Cette méthode a permis une contenance temporaire des effluents fécaux, a réduit l'irritation locale et a facilité la granulation progressive et la contraction de la plaie (voir Figure 2).

### Suivi : Quatre jours après le débridement

Quatre jours après le début du débridement autolytique et mécanique, la plaie a montré une amélioration clinique significative. Le lit de la plaie était nettement plus propre, avec une quantité importante de nécrose et de tissu nécrotique efficacement éliminées. Les bords de la plaie apparaissaient plus réguliers, bien perfusés et viables, ce qui indique une progression vers la granulation. Les premiers signes de formation de tissu sain étaient visibles sur toute la surface de la plaie, ce qui reflète une réponse positive à la stratégie combinée de débridement et de pansements (voir Figure 3).

### Suivi : Dix jours après la gestion initiale

Dix jours après le début du protocole de gestion de la plaie, le lit de la plaie présentait principalement des tissus de granulation rouge et rose, avec de petites zones de matériel fibrineux restant. Cela indiquait une cicatrisation en cours et une réduction significative du tissu nécrotique par rapport à la présentation initiale (voir Figure 4).



Figure 2. Systèmes de poches pour stomie, pansement mécanique et autolytique



Figure 3. État de la plaie quatre jours après le débridement

Une discussion multidisciplinaire avec les équipes de chirurgie générale et plastique a exploré l'option de la fermeture de la plaie par lambeau (une technique chirurgicale consistant à transférer un tissu d'un site adjacent pour couvrir le défaut, dans le but d'accélérer la cicatrisation). Cependant, l'équipe de stomathérapie a rejeté cette approche. Cette décision a été basée sur plusieurs considérations :

1. La patiente avait déjà subi trois chirurgies abdominales dans un court laps de temps, augmentant le risque de complications supplémentaires.
2. Le risque de déhiscence de plaie restait élevé, notamment si la patiente développait des infections secondaires (par exemple, une infection respiratoire), ce qui pourrait entraîner une augmentation de la pression intra-abdominale due à la toux ou à l'effort.
3. Une gestion conservatrice centrée sur la plaie restait réalisable et plus sûre dans les conditions cliniques et de ressources existantes.

#### Gestion de l'iléostomie et du drainage de plaie ou de l'exsudat de plaie : phase difficile

Pendant cette phase, l'équipe a été confrontée à un défi majeur pour contrôler le fluide fécal provenant de l'iléostomie à haut débit afin de prévenir la contamination du lit de la plaie saine. L'emplacement de la stomie détachée rendait les techniques de poche conventionnelles difficiles, augmentant le risque de macération induite par les selles et de retard de cicatrisation.

1. Pour résoudre cela, les principes de gestion des fistules ont été appliqués. Une grande poche de fistule Eakin a été placée sur la zone péri-plaie pour protéger la peau environnante, sans tenter d'isoler la stomie elle-même. Une aspiration intermittente a été appliquée à l'aide d'une machine à aspiration mobile reliée via un cathéter d'aspiration de 18 Fr. L'aspiration continue a été évitée en raison de la limitation de pression positive de l'appareil, et le parent du patient a été formé pour utiliser la machine intermittemment (toutes les 30 minutes) et manipuler le cathéter avec précaution, minimisant ainsi les traumatismes des tissus en granulation (voir Figure 5).
2. Le haut débit de la stomie (environ 2,5 L par jour) a posé des défis nutritionnels. Au début de cette phase, il y avait des



Figure 4. L'état de la plaie 10 jours après la gestion initiale

divergences d'opinion entre les équipes de stomathérapie et de nutrition. L'équipe de stomathérapie a recommandé des aliments volumineux à faible motilité pour réduire le volume fécal, tandis que l'équipe de nutrition a priorisé des régimes nutritionnellement denses sans prendre en compte leur impact sur l'effluent stomial. Afin de concilier ces approches, l'équipe a collaboré avec le service de pharmacie pour initier une nutrition parentérale intraveineuse, prescrire des médicaments anti-motilité (capsules de loperamide) et des aliments volumineux oraux, tels que le banku, le riz, l'igname et des aliments similaires, équilibrant ainsi les besoins nutritionnels et l'effluent fécal.

Tout au long de cette phase, une gestion attentive des plaies et de la stomie a permis de prévenir l'infection manifeste, de protéger le tissu de granulation et de maintenir la stabilité du patient. L'intégration des principes de gestion des fistules, la collaboration multidisciplinaire et la participation de la famille ont été essentielles pour surmonter ce défi complexe de soins.

#### Cicatrisation progressive des plaies et planification de la sortie

Après deux mois et six jours de soins intensifs, la patiente a montré une amélioration clinique substantielle. La plaie se fermait spontanément, la stomie adhérait solidement à la peau, l'effluent fécal était devenu des selles solides, et la peau autour de la plaie apparaissait saine.

L'équipe avait initialement prévu de passer aux soins standard des plaies sans la poche de fistule. Cependant, en raison de la disponibilité limitée des matériaux de pansement avancés, tels que



Figure 5. Gestion de l'iléostomie et drainage de la plaie



Figure 6. L'état de la plaie après un mois

les pansements en mousse ou calcium alginate, l'équipe a mis en œuvre le protocole de soins des plaies suivant : nettoyage de la plaie avec de la compresse stérile imbibée de solution saline et couverture avec compresse saturée de povidone-iodé. Les changements de pansement étaient effectués initialement selon les besoins, en fonction de la saturation, mais ont ensuite été espacés à un jour sur deux à mesure que la patiente a acquis la capacité de vider la poche de manière indépendante.

Le type d'appareil de stomie utilisé dépendait de la disponibilité, avec certaines poches généreusement données par Dee Waugh, ce qui a grandement facilité les soins à la patiente. L'ensemble de l'équipe soignante a soigneusement évalué la préparation de la patiente pour la sortie, en tenant compte de son hospitalisation prolongée. Avant la sortie, un plan de soins à domicile a été établi pour soutenir la gestion continue de la plaie et de la stomie, garantissant la continuité des soins et minimisant le risque de complications après la sortie. Avant la sortie, la patiente et sa famille ont reçu une éducation complète et une formation en soins de stomie et de plaies, démontrant leur compétence dans toutes les compétences nécessaires. Ils ont également reçu des conseils sur la modification du régime alimentaire, l'équilibre des fluides et des électrolytes, et les premiers signes d'infection.

Après la sortie, des visites régulières à domicile ont été réalisées par l'équipe infirmière de stomathérapie pour surveiller le site de la stomie, évaluer l'évolution de la cicatrisation des plaies, et renforcer la compétence du patient et de l'aidant dans les soins autogérés. Ces visites ont également apporté un soutien émotionnel et des conseils pratiques sur la gestion de la poche de stomie et la prévention des complications cutanées. De plus, la patiente a assisté aux consultations chirurgicales hebdomadaires programmées au Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH) pendant le premier mois, puis à des suivis bi-hebdomadaires à mesure que la cicatrisation progressait. L'approche combinée de suivi à l'hôpital et à domicile a facilité la détection précoce des complications et a assuré une transition fluide des soins de l'hôpital vers les soins à domicile (voir Figure 7).

#### Résultat final : Quatre mois après la gestion

Après quatre mois de soins, la plaie de la patiente était complètement cicatrisée. La stomie était bien adhérente à la peau péristomiale et fonctionnait normalement. Un appareil de stomie drainable était désormais utilisé pour gérer l'iléostomie. La patiente et sa famille ont démontré leur compétence indépendante dans les soins de stomie et de plaies, sans signes d'infection ni de complications cutanées. Le résultat réussi a reflété l'effet combiné de la gestion multidisciplinaire, de l'application des principes de fistule et de l'engagement familial, entraînant le rétablissement de la santé de la patiente et de sa qualité de vie (voir Figures 8 et 9).



Figure 7. L'état de la plaie à la sortie

## DISCUSSION

La gestion des plaies abdominales complexes et des stomies à haut débit dans les systèmes de santé à faibles ressources représente des défis importants en raison de l'accès limité aux matériaux avancés pour les soins des plaies, aux systèmes de pression négative et aux appareils de stomie spécialisés.<sup>10,17</sup> Dans de tels contextes, les clinicien(ne)s comptent souvent sur leur ingéniosité clinique, les ressources locales disponibles, et la collaboration multidisciplinaire pour obtenir des résultats favorables.<sup>8,10,17</sup> Cette étude de cas met en évidence la manière dont les principes fondés sur des preuves de gestion des plaies et des fistules ont été adaptés avec succès dans un environnement à faibles ressources pour promouvoir la cicatrisation et restaurer la fonction anatomique. En se concentrant sur les éléments du SNAP<sup>21</sup> (contrôle de la septicémie, soutien nutritionnel, définition anatomique, et planification de la procédure), l'équipe multidisciplinaire a pu examiner la patiente de manière holistique et déterminer collectivement les priorités cliniques initiales, les objectifs des soins et les stratégies de gestion pour réduire la septicémie, fournir un soutien nutritionnel adapté à la récupération chirurgicale, adapter le régime alimentaire en raison de l'iléostomie, et gérer les phases de cicatrisation des plaies et les changements structurels au sein de l'abdomen.

Une décision critique dans ce cas a été le choix du débridement autolytique et mécanique plutôt que du débridement chirurgical par coupe. Bien que le débridement chirurgical permette l'élimination rapide des tissus dévitalisés, il a été jugé inapproprié compte tenu des chirurgies abdominales récentes de la patiente,



Figure 8. État de la plaie cicatrisée et stomie rétractée restaurée



Figure 9. Iléostomie avec poche

du risque anesthésique élevé, et de l'état fragile des tissus. Les preuves soutiennent l'utilisation du débridement autolytique et mécanique dans de tels contextes à haut risque ou à faibles ressources, en particulier lorsque le contrôle de l'infection et l'équilibre de l'humidité peuvent être maintenus en utilisant des pansements hydrocolloïdes ou hydrogels.<sup>13</sup> Ces méthodes favorisent un débridement doux des tissus et préservent les structures viables, s'alignant sur les normes mondiales des soins des plaies qui privilégient les environnements de cicatrisation humide pour faciliter la granulation et l'épithélialisation.<sup>23</sup>

La gestion de l'iléostomie à haut débit et la protection de la peau péristomiale étaient des défis majeurs. La stomie produisait environ 2,5 litres de fluide fécal semi-liquide par jour, entraînant des fuites fréquentes et de la macération de la peau. Les études identifient les fuites fécales comme un contributeur majeur à la dermatite de contact péristomiale, l'infection et le retard de cicatrisation des plaies.<sup>4,5,6</sup> Dans ce cas, les principes de gestion des fistules ont été appliqués, notamment le confinement des effluents fécaux, l'isolement de la plaie et la protection de la peau environnante, comme mentionné ci-dessus. L'utilisation d'une technique improvisée de confinement de fistule, similaire en concept à la gestion des plaies par pression négative ou aspiration, a minimisé la contamination de la plaie et a permis une cicatrisation progressive. Cela s'aligne avec les preuves soutenant les approches de confinement et basées sur la NPWT dans la gestion des fistules entérocutanées et des plaies abdominales complexes.<sup>15,19</sup>

Le succès de ce cas a également été soutenu par une collaboration multidisciplinaire efficace entre des chirurgien(ne)s, des infirmier(ère)s spécialisé(e)s en stomies et en plaies, des psychologues et des nutritionnistes. Une telle équipe intégrée a démontré qu'elle améliore les résultats de cicatrisation des plaies, réduit les taux d'infection, et favorise l'adaptation à la stomie.<sup>8,9,21,24</sup> Malgré les limitations des ressources, la coordination entre les équipes cliniques et l'implication de l'unité de pharmacie pour la nutrition parentérale et la thérapie anti-motilité ont permis d'assurer une hydratation optimale, un équilibre électrolytique et de réduire l'effluent stomial.

Il est important de souligner que l'engagement familial a été central dans le plan de soins. La participation des aidants, en particulier dans les environnements à faibles ressources, est connue pour améliorer l'adhérence au traitement, offrir un soutien émotionnel, et promouvoir la continuité des soins des plaies.<sup>10</sup> Former les membres de la famille à assister dans les soins de la stomie et le contrôle des effluents a favorisé un modèle durable de soins communautaires post-sortie.

Bien que la fermeture par lambeau ait été envisagée pour accélérer la fermeture de la plaie, la décision de différer la reconstruction chirurgicale jusqu'à ce que toute la granulation se produise a reflété un jugement clinique éclairé. Les preuves avertissent que la couverture prématurée de plaies instables ou infectées par un lambeau augmente le risque de récurrence et d'échec du lambeau.<sup>15,16,22</sup> La gestion conservatrice, centrée sur le contrôle de l'infection, l'optimisation nutritionnelle, et la granulation progressive, est conforme aux recommandations des meilleures pratiques pour la reconstruction des plaies abdominales.<sup>17,22</sup> En fin de compte, la plaie a atteint une cicatrisation complète sans nécessité de chirurgie supplémentaire, un résultat démontrant l'efficacité de la gestion des plaies multidisciplinaire et appropriée aux ressources dans un environnement à faible revenu.

## RECOMMANDATIONS

- 1. Promouvoir des soins des plaies fondés sur des preuves et adaptés aux ressources :**  
Dans les environnements à faibles ressources, le débridement autolytique et mécanique utilisant des pansements hydrocolloïdes ou hydrogels doit être priorisé comme alternative sûre et rentable au débridement chirurgical, lorsque le contrôle de l'infection et l'équilibre de l'humidité peuvent être maintenus.
- 2. Renforcer la collaboration multidisciplinaire :**  
La coordination des soins entre les équipes chirurgicales, de stomathérapie, de plaies, nutritionnelles et pharmaceutiques sont essentiels pour améliorer les résultats de cicatrisation, optimiser le statut nutritionnel et prévenir l'infection.
- 3. Responsabiliser les aidants grâce à la formation :**  
L'implication active et l'éducation des membres de la famille dans les soins de stomie et de plaies doivent être intégrées dans le plan de sortie pour garantir la continuité des soins et réduire le risque de réadmission.
- 4. Améliorer l'accès aux technologies avancées de gestion des plaies :**  
Les systèmes de santé à faibles ressources devraient explorer des partenariats de financement partagé, l'innovation locale, ou des partenariats avec des donateurs pour élargir l'accès au traitement des plaies par pression négative (NPWT) et à d'autres outils de gestion des plaies fondés sur des preuves.

## CONCLUSION

Ce cas souligne l'importance de l'innovation, de l'adaptabilité et du travail d'équipe dans la gestion des plaies chirurgicales complexes dans des environnements à faibles ressources. Le résultat réussi, obtenu sans l'accès aux technologies avancées de soins des plaies, démontre que les principes fondés sur des preuves, tels que le maintien d'un environnement humide pour les plaies, le contrôle de l'infection et la collaboration multidisciplinaire, peuvent conduire à des résultats de cicatrisation optimaux. L'intégration des principes SNAP de gestion des fistules, tels que conseillés par le spécialiste en soins colorectaux et le stomathérapeute, ainsi que l'engagement du patient et de la famille, se sont révélés transformateurs pour assurer à la fois le contenu de la stomie et des plaies et la stabilité psychosociale.

En fin de compte, cette expérience met en évidence que des soins de plaies et de stomie durables nécessitent non seulement une expertise clinique, mais aussi de la créativité contextuelle, une communication interprofessionnelle efficace et l'autonomisation des patients et des aidants. Le renforcement de tels modèles holistiques et collaboratifs peut combler le fossé entre la pratique idéale et réalisable, améliorant ainsi les résultats pour les patients ayant des plaies postopératoires complexes dans des environnements à faibles ressources.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs reconnaissent le soutien et les contributions inestimables des individus et des organisations suivantes :

**Équipe chirurgicale générale C**, dirigée par le Consultant Dr CK Dally, Komfo Anokye Teaching Hospital, Ghana.

**Dee Waugh**, spécialiste en soins colorectaux et stomathérapeute, responsable de Forte Ability Institution, Stomie, Plaies et Incontinence, Le Cap, Afrique du Sud, pour ses conseils d'expert en gestion des plaies et de la stomie.

**South Africa Stoma Association** pour son soutien professionnel et ses ressources.

**L'équipe de soins de la stomie**, dirigée par Harriet Oppong Gyamfi (spécialiste de la stomie), Responsable de l'Unité de Soins de la Stomie, Komfo Anokye Teaching Hospital, Ghana.

**Le personnel infirmier** de l'unité chirurgicale, dirigé par Banfowaah, chef de l'unité chirurgicale C3.

**Les donateurs et soutiens**, y compris Friends of Ostomy Worldwide (USA), IVES Team (UK), et des individus généreux, tant locaux qu'internationaux, qui ont fourni des fournitures et matériaux essentiels pour la stomie.

**L'équipe de chirurgie générale**, Komfo Anokye Teaching Hospital, pour leur soutien chirurgical et clinique continu.

### Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### DÉCLARATION D'ÉTHIQUE

Les auteurs affirment que cette étude de cas a suivi les normes éthiques institutionnelles pour la documentation clinique et l'éducation au Komfo Anokye Teaching Hospital, Ghana. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de la patiente pour l'utilisation des informations cliniques anonymisées et des images. Tous les détails identifiants ont été omis pour maintenir la confidentialité et la vie privée.

### FINANCEMENT

Les auteurs n'ont reçu aucun financement pour cette étude.

### RÉFÉRENCES

1. Sørensen LT, Hemmingsen U, Kallehave F, Wille-Jørgensen P, Kjaergaard J, Møller LN, Jørgensen T. Risk factors for tissue and wound complications in gastrointestinal surgery. *Ann Surg.* 2005;241(4):654–658. doi:10.1097/01.sla.0000157131.84130.12
2. van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WC, Arends P, Boom J, Jeekel J, Lange JF. Surgical wound dehiscence in abdominal surgery: risk factors and outcomes. *Ann Surg.* 2010;251(4):735–743.
3. Paredes JS, Lee CL, Chua PT. Myomectomy: Choosing the surgical approach—A systematic review. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2024;13:146–153.
4. Tantardini C, Godiris-Petit G, Noullet S, et al. Management of the injured bowel: preserving bowel continuity as a gold standard. *BMC Surg.* 2021;21:339. doi:10.1186/s12893-021-01332-x
5. Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal stomas—postoperative stoma care and peristomal skin complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(3):184–192. doi:10.1055/s-0037-1598159
6. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-related complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019;32(3):176–182. doi:10.1055/s-0038-1676995
7. Liu Y, Li H, Wu JJ, Ye JH. Risk factors and risk prediction model for mucocutaneous separation in enterostomy patients: a single center experience. *World J Clin Cases.* 2024;12(33):6620–6628. doi:10.12998/wjcc.v12.i33.6620
8. Manoochehy S, Sadegh Fazeli M, Keshvari A, Reza Keramati M and Kazemeini A. Early postoperative dehydration and electrolyte imbalances following ileostomy creation. *Trauma Monthly.* 2023;28(2): 774–780.
9. Chu KM, Bust L, Forgan T. Colorectal surgery practice, training, and research in low-resource settings. *Clin Colon Rectal Surg.* 2022;35(5):410–416.
10. Lapitan MCM, Saccalan MDP, Lopez MPJ, et al. Mixed-methods exploration of challenges to stoma care for ostomates in four low- and middle-income countries: STomacARE For Improvement reSearch (STARFISH) study. *J Global Health Reports.* 2024;8:e2024017. doi:10.29392/001c.117626
11. Ademuyiwa A, Adisa A, Bhangu AA, Glasbey JC, Lapitan MC, et al. Stoma care research in low- and middle-income countries: update from the NIHR global health research unit on global surgery. *BJS Open.* 2021;25;5(3):zrab046. doi: 10.1093/bjsopen/zrab046
12. Stephens M, Wynn M, Pradeep S, Ackers L. Frugal innovation in wound management within a low resource inpatient setting: a case series. *Wounds UK.* 2023;19(3):36–45.
13. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey MC, Teot L, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen.* 2003;11(Sup1):S1–28. doi: 10.1046/j.1524-475x.11.s2.1.x
14. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. MEP Ltd; 2004.
15. Carrano FM, Maroli A, Carvello M, et al. Negative-pressure wound therapy after stoma reversal in colorectal surgery: a randomized controlled trial. *BJS Open.* 2021;5(6):zrab116. doi:10.1093/bjsopen/zrab116
16. Anestiadou E, Stamiris S, Ioannidis O, et al. Comparison of negative pressure wound therapy systems and conventional non-pressure dressings on surgical site infection rate after stoma reversal: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med.* 2025;14(5):1654. doi:10.3390/jcm14051654
17. Swoboda L. Mechanical negative pressure wound therapy: real-world effectiveness in challenging patient presentations. *Wounds.* 2021;33(12):E85–89.
18. Akpaloo J, Yorke J, Agbenorku P, Yenli E. Managing acute wounds with negative pressure system in a developing country. *ISRN Plastic Surgery.* 2013:796254. doi: 10.5402/2013/796254
19. Pepe G, Chiarello MM, Bianchi V, Fico V, Altieri G, et al. Enterocutaneous and entero-atmospheric fistulas: insights into management using negative pressure wound therapy. *J Clin Med.* 2024;13:1279. <https://doi.org/10.3390/jcm13051279>
20. Liao C, Chen M, Zhou C, et al. Complications of ostomy and management strategies: a systematic review. *J WOCN.* 2022;49(2):125–135.
21. Allan P, Epstein J, Lal S. Mistakes in enterocutaneous fistulae management and how to avoid them. *UEG Education* 2019;19:19–21.
22. Roubaud MS, Baumann DP. Flap reconstruction of the abdominal wall. *Semin Plast Surg.* 2018;32(3):133–140. doi:10.1055/s-0038-1661381
23. Brumberg V, Astrelina T, Malivanova T, Samoilov A. Modern wound dressings: hydrogel dressings. *Biomedicines.* 2021;9:1235. doi: 10.3390/biomedicines9091235
24. Seaton PCJ, Cant RP, Trip HT. Quality indicators for a community-based wound care centre: An integrative review. *Int Wound J.* 2020;17(3):587–600. doi: 10.1111/iwj.13308