

Application d'un appareillage convexe pour rétablir l'intégrité de la peau péristomiale : une étude de cas

RÉSUMÉ

Cette étude de cas décrit la prise en charge infirmière d'un cas de dermatite de contact irritante provoquée par le liquide fécal entourant la peau péristomiale d'une patiente iléostomisée qui s'est présentée au service de consultation externe 1 mois après son opération. Cette complication postopératoire était due au fait que la stomie était située dans les rides de l'abdomen, provoquant une fuite de l'appareillage et une ulcération de la peau, ce qui a empêché une bonne adhésion de la plaque de base de l'appareillage à la peau péristomiale. Qui plus est, ces complications avaient rendu la patiente très anxieuse. Dans le cas de cette patiente, les objectifs initiaux étaient d'évaluer et de traiter les complications cutanées péristomiales, de fournir un appareillage convexe pouvant être fixé avec une ceinture pour stabiliser l'appareillage le plus tôt possible, et, pour finir, commencer à renforcer le soutien psychologique et les conseils diététiques pour la patiente et pour sa famille. On a constaté que ces interventions infirmières réduisaient l'incidence des complications de dermatite fécale autour de la stomie, amélioraient la qualité de vie de la patiente, et méritaient donc d'être appliquées.

Mots-clés iléostomie, dermatite fécale, appareillage convexe

Référence Yan F and Jiang M. Application of a convex appliance to restore peristomal skin integrity: a case study. WCET® Journal 2020;40(1):10-17

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.1.10-17>

INTRODUCTION

La stomie de l'iléon est une stomie de l'intestin grêle et est parfois une intervention chirurgicale indispensable pour certaines maladies colorectales telles que le cancer du rectum et d'autres pathologies telles que les maladies intestinales inflammatoires, la maladie diverticulaire, l'entérite radique, le traumatisme abdominal et l'obstruction intestinale¹⁻³. La stomie de l'iléon ou iléostomie est généralement située dans le quadrant inférieur droit ou sur le côté de l'abdomen.

Des complications cutanées péristomiales surviennent fréquemment après une chirurgie de stomie, la prévalence signalée se situant entre 10 et 70 %^{4,5}. En postopératoire, dans la première année suivant la chirurgie de stomie, l'incidence de toutes les formes de lésions cutanées péristomiales se situerait entre 15 et 43 %^{6,7}.

Il est suggéré que les affections cutanées péristomiales représentent plus de 40 % des consultations avec les infirmières de thérapie entérostomale (infirmières TE). La dermatite fécale est l'une des complications précoces les plus fréquentes après une iléostomie, une étude portant sur 220 nouveaux patients stomisés identifiant un taux de 69 %⁸.

Définition, cause et stratégie de prise en charge de la dermatite fécale

La dermatite fécale est causée par le contact fréquent d'un liquide fécal contenant des enzymes digestives qui érodent la peau autour de la stomie⁹. Plus récemment, le terme dermatite péristomiale associée à l'humidité (DCAH) a également été défini comme étant une inflammation et une dénudation de la peau adjacente à une stomie et associée à une exposition à des effluents, tels que l'urine ou les selles^{10,11}. Au départ, une dermatite irritante de contact peut se présenter sous la forme d'une peau rougie qui, après un contact continu avec un effluent, peut former des cloques ou devenir dénudée. Le profil de perte de peau reflète les zones où une fuite de matières fécales s'est produite^{12,13}.

Il est postulé que les enzymes protéolytiques et lipolytiques que contiennent les matières fécales endommagent les éléments protéiques et lipidiques de la barrière épithéliale (et hydratante) de la peau. L'effluent d'une iléostomie est généralement de nature plus fluide que l'effluent d'une colostomie et contient d'abondantes enzymes digestives. La consistance des sécrétions fécales d'une iléostomie dépend de l'emplacement de la stomie dans l'iléon.

Fengzhi Yan*

Hôpital Shenzhen de l'Université médicale du sud, 518000, Chine
Email yfz655034@163.com

Mengxiao Jiang

Hôpital des tumeurs de l'Université médicale Zhongshan, Service d'urologie, Centre de cancérologie de l'Université Sun Yat-sen ; Principal laboratoire d'oncologie d'état de Chine méridionale ; Centre d'innovation collaborative pour la Médecine du cancer, Guangzhou 510060, Chine

*Auteur-ressource

L'effluent de l'iléostomie peut être de consistance fluide ou visqueuse (molle). L'écoulement fécal est plus liquide lorsque la stomie est située plus près de l'estomac et contient donc davantage d'enzymes digestives.

Des tissus qui sont constamment endommagés par le frottement, le cisaillement et les substances corrosives durant le processus de guérison causent des dommages aux muqueuses, des changements inflammatoires, la prolifération des cellules tissulaires et le développement de granulomes. Les granulomes des muqueuses de l'ostomie sont des lésions bénignes surélevées qui apparaissent généralement là où la membrane muqueuse rejoint la peau ou qui apparaissent sur les muqueuses de la stomie elle-même. Un ou plusieurs granulomes peuvent se développer autour du bord de la stomie. Les granulomes des muqueuses de la stomie ne causent pas seulement des douleurs et des démangeaisons, ils sont aussi très fragiles et ont tendance à saigner, ce qui nuit à l'adhérence de la poche de stomie et peut causer une fuite et provoquer une dermatite autour de la stomie.

De plus, la douleur souvent insupportable de la dermatite fécale et la fuite continue de la poche de stomie nuisent considérablement à la qualité de vie du patient et à sa réadaptation précoce, ce qui peut avoir de graves effets physiologiques et psychologiques à long terme sur le patient¹⁴.

La convexité dans les soins de la stomie

Dans un sondage quantitatif descriptif transversal entrepris aux États-Unis auprès d'infirmières en soins des plaies, des stomies et de la continence, 281 répondants ont classé la gestion des complications de la stomie et de la peau qui l'entoure. Parmi les stratégies de prise en charge de la dermatite de contact irritante péristomiale, qui était définie comme « Des dommages résultant de l'exposition de la peau à un drainage fécal ou urinaire ou à des préparations chimiques »¹⁵, l'utilisation d'appareils convexes, de pâtes, d'anneaux protecteurs, de poudres et de ceintures a été décrite. L'importance de déterminer l'étiologie de la dermatite de contact a également été discutée.

La pratique actuelle fondée sur des données probantes approuvée par des experts internationaux préconise l'application de la convexité par le biais d'appareils et d'accessoires convexes dans la prise en charge de certaines complications péristomiales. Ils recommandent de combler les dépressions créées par les contours abdominaux, les plis cutanés et les rides avec des joints d'étanchéité ou des appareils convexes, ce qui facilite la protrusion des stomies et aplatit les plis abdominaux ou les plis cutanés, améliore l'adhérence de l'appareillage et réduit les fuites^{16,17}.

L'outil Ostomy Skin Tool (OST) aide les infirmières TE à quantifier objectivement les lésions cutanées péristomiales en termes de décoloration (D), d'érosion (E) et de tissu (T) et à signaler ces changements à d'autres professionnels de la santé pour assurer la cohérence en matière de compréhension et de prise en charge des lésions cutanées péristomiales. Un score est attribué à chaque paramètre DET pour la taille de la zone affectée (entre 0 et 3) et la gravité de la lésion cutanée (entre 0 et 2), chacune des trois catégories pouvant atteindre un score compris entre 0 et 5. La gamme de scores globale se situe entre 0 et 15, où 0 représente une peau normale et 15 signifie le regroupement le plus élevé de gravité et d'étendue¹⁸.



Figure 1A

Une échelle d'évaluation numérique (EEN) représente le degré de douleur, avec 11 scores de 0 à 10 ; 0 signifie aucune douleur et 10 signifie la douleur la plus forte. Un des nombres était attribué aux sujets en fonction de leur expérience personnelle de la douleur¹⁹.

Cet article décrit les soins cliniques prodigués dans un cas de dermatite péristomiale fécale de la peau et discute la justification de l'application de la technologie de convexité pour minimiser l'effet indésirable des rides de la peau près de la stomie.

ÉTUDE DE CAS

Au sujet de la patiente

Une patiente de 42 ans a subi une résection radicale élective de son côlon pour un cancer du rectum et une iléostomie a été pratiquée le 30 novembre 2017. Sa stomie n'a pas été positionnée en préopératoire. Après l'opération, elle a reçu une éducation postopératoire sur la prise en charge de sa stomie et de sa plaie. Bien que la patiente ait eu le droit de choisir elle-même son appareillage de stomie, le produit de stomie a été sélectionné par l'assistant de stomie de l'hôpital. Une plaque de base plate à deux pièces a été choisie et la patiente devait recevoir une chimiothérapie ciblée, commençant environ 3 mois plus tard. Les médicaments de thérapie ciblée sont théoriquement des médicaments guidés avec précision qui frappent précisément les cellules tumorales sans endommager les cellules normales guéries de manière significative.

Évaluation de la patiente, de la stomie et de la peau péristomiale

Lors de sa première visite en clinique externe le 26 décembre, 1 mois après l'opération, la patiente portait un produit de stomie à deux pièces avec une plaque de base plate. La patiente a signalé des fuites importantes. Lors de l'évaluation, la cause des fuites autour de la stomie est devenue apparente.

La stomie de l'iléostomie était située dans un grand pli abdominal. La stomie dépassait le niveau de la peau péristomiale de 0,6 cm. Le principal problème était les rides sur l'abdomen, qui avaient relâché l'adhérence de la plaque de base, entraînant une fuite de l'appareil. La peau péristomiale était sévèrement ulcérée des deux côtés latéraux de la stomie avec des signes d'hyper-granulation. Plusieurs points de saignement (>50 % de la zone) étaient évidents

Tableau 1. Score OST et mesures de soins infirmiers

Date	Score OST	Score de douleur numérique ²⁰	Mesures de soins infirmiers
12/26/2017	10	8	Poudre de stomie + film protecteur de la peau + pansement d'alginate + pansement hydrocolloïde super mince + bride ou plaque de base à surface convexe + ceinture
12/28/2017	8	4	Poudre de stomie + film protecteur pour la peau + pâte Stomahésive + bride de surface convexe + ceinture
01/03/2017	4	4	Poudre de stomie + film protecteur pour la peau + bride de surface convexe + ceinture
01/17/2017	4	4	Poudre de stomie + film protecteur pour la peau + bride de surface convexe + ceinture
01/24/2017	2	0	Poudre de stomie + film protecteur pour la peau + bride de surface convexe + ceinture
01/30/2018	2	0	Poudre de stomie + film protecteur pour la peau + bride de surface convexe + ceinture

Tableau 2. Score DET OST

Domaine	Zone affectée	Score	Gravité	Score
D : changement de couleur	Aucun changement de couleur	0	Aucun changement de couleur	0
	< 25 %	1	Changements de couleur	1
	25-50 %	2	Changements de couleur et complications	2
	> 50 %	3	Douleur, brillance, sclérose cutanée, fièvre, démangeaisons, sensation de brûlure	
E : imprégnation, ulcère	Aucune imprégnation, aucun ulcère	0	Aucune imprégnation, aucun ulcère	0
	< 25 %	1	Seul l'épiderme est endommagé	1
	25-50 %	2	Perte d'épiderme et de derme avec complications : exsudation, saignement ou ulcère	2
	> 50 %	3		
T : hyperplasie tissulaire	Aucune hyperplasie tissulaire	0	Aucune hyperplasie tissulaire	0
	25-50 %	2	L'hyperplasie est supérieure au niveau de la peau, accompagnée de complications. exsudation, saignement ou ulcère	2

autour de la stomie (voir figure 1A). La patiente se plaignait d'une douleur brûlante dans la peau péristomiale. Des selles minces de couleur verte exsudaient de la stomie et se déposaient sur la peau péristomiale. L'évaluation de l'intégrité de la peau à l'aide de l'OST était de 10 et son score de douleur numérique était de 8 points (voir les tableaux 1 & 2). L'abdomen de la patiente était mou à la palpation.

La patiente était très anxieuse, parfois agitée, et ressentait particulièrement de la douleur autour de la stomie. La fuite fécale était à l'origine de mauvaises odeurs. Elle était léthargique et manquait d'appétit et se plaignait d'une perte de poids de 6 kg. Son indice de masse corporelle (IMC) était de 27.4. Son taux d'hémoglobine était faible et ses paupières étaient diaphanes.

Comme la patiente portait une plaque de base à la sortie de l'hôpital, le même appareillage de stomie a été placé après nettoyage de la stomie et de la peau avec une solution saline normale, l'application de poudre stomahésive, de scellant pour

la peau, de pâte stomahésive et d'une ceinture (cf. Figure 1B). Malheureusement, environ 3 heures après le retour de la patiente à la maison, l'appareillage a fui (cf. Figures 1C & 1D). Il a été demandé à la patiente de changer l'appareillage et d'utiliser la plaque de base convexe alternative qui lui avait été fournie durant la consultation externe.

Interventions et plans de prise en charge des stomies

Soins de stomie et procédures infirmières

Selon les évaluations réalisées, les principaux problèmes infirmiers qui existaient étaient : les complications de la pérostomie, la dermatite fécale, la douleur et l'anxiété. Les objectifs identifiés en termes de soins étaient les suivants :

- Éviter une fuite autour de la stomie en utilisant des produits de soins de stomie appropriés.
- Favoriser la cicatrisation de la peau autour de la stomie et réduire l'hypergranulation (hyperplasie) en utilisant des produits de soins de la peau et des pansement appropriés.



Figure 1B

- Réduire la douleur cutanée péristomiale de la patiente.
- Atténuer le niveau d'anxiété de la patiente.
- Prévenir le développement d'une malnutrition clinique.
- Réduire le débit d'iléostomie à une consistance et à des niveaux normaux.

Protocole de soin avec le pansement et sélection de l'appareillage de stomie

La peau péristomiale était ulcérée suite à l'érosion de la peau par des matières fécales aqueuses à haute teneur en enzymes. Afin de prévenir une infection secondaire potentielle, contrôler les saignements et favoriser la croissance du tissu épithélial, les protocoles de soins de la peau et de pansement suivants ont été mis en œuvre :

- La stomie et la peau péristomiale ont été rincées à fond avec une solution saline normale.
- De la gaze imbibée de solution saline a été utilisée pour essuyer à plusieurs reprises mais délicatement les tissus nécrotiques lâches résiduels et les matières fécales résiduelles.
- La zone a été séchée avec de la gaze stérile. Les points de saignement ont été légèrement compressés avec un tampon salin, en prenant soin de ne pas endommager les tissus normaux de la stomie et de la peau péristomiale pendant l'hémostase.
- De la poudre de stomie a été saupoudrée sur la peau autour de la stomie. L'excès de poudre a été retiré au bout de 5 à 10 minutes.
- Un film de protection cutanée a ensuite été pulvérisé (enduite) sur la peau péristomiale. Environ 10 minutes plus tard, un film brillant s'est formé sur la peau.
- Les étapes précédentes utilisant de la poudre Stomahésive ont été répétées 3 à 5 fois.
- Là où la peau était érodée, les zones ulcérées ont été recouvertes d'un pansement alginate et d'un pansement hydrocolloïde ultra-mince.
- Une pâte Stomahésive a été appliquée autour de la stomie avant d'appliquer la plaque de base convexe et la ceinture pour éviter les fuites.

Observation de la stomie, remplacement de l'appareillage et des pansements

Le débit d'iléostomie de la patiente était si liquide qu'il lui a été conseillé de se reposer au lit. Pour éviter toute tension sur



Figure 1C



Figure 1D

l'appareillage en position couchée et pour éviter les fuites, on a indiqué à la patiente que l'ouverture de la poche de stomie devait être vers le côté droit du corps et que les selles de la poche de stomie devaient être vidées régulièrement. On a également demandé à la patiente d'observer quotidiennement la couleur de la stomie, de vérifier l'absence de saignement et de fuite autour de la stomie, et de remplacer le pansement et la poche de stomie en cas de fuite. L'appareillage et les pansements ont été généralement remplacés deux fois par jour, le composant du pansement étant ajusté en fonction de la profondeur et de l'étendue de la dermatite clinique. L'affection cutanée péristomiale a commencé à s'améliorer, le niveau d'ulcération cutanée étant réduit à <10 % et le score de douleur réduit à 4 (cf. Figures 2A, 2B et 2C). Plus d'un mois plus tard, la dermatite fécale avait presque disparu ; il n'y avait aucun point de saignement et la peau péristomiale était presque guérie. Le score OST était de 2 et le score de douleur numérique était de 0 car il n'y avait pas de douleur brûlante résiduelle (cf. Figures 3A et 3B).

Mesures infirmières TE supplémentaires

Estime de soi et auto-participation aux soins de stomie

La présence d'une stomie altère la fonction physique, l'apparence et l'image de soi initiales d'un patient, ce qui peut entraîner une diminution de l'estime de soi du patient²¹. L'estime de soi est un indice d'évaluation important de la qualité de vie et de la santé mentale d'une personne. Par conséquent, les infirmières TE doivent mettre en œuvre ou faciliter des mesures infirmières ou médicales collaboratives et complémentaires qui améliorent la qualité des soins infirmiers et médicaux prodigués. Le soulagement de la douleur a été utilisé en fonction du score de douleur pour réduire la douleur et les effets émotionnels négatifs associés de la douleur et améliorer la satisfaction des soins.

En expliquant, en démontrant et en encourageant la patiente et sa famille à participer à l'autogestion de la stomie, notre objectif était d'aider la patiente à maîtriser les compétences requises pour remplacer l'appareillage de stomie. Nous voulions également apprendre à la patiente à évaluer la stomie et la peau péristomiale afin de pouvoir gérer les complications cutanées péristomiales potentielles et éviter de nouvelles fuites. Ces mesures auraient l'effet souhaité d'atténuer les émotions négatives potentielles concernant la stomie, de renforcer la confiance en soi et l'estime de



Figure 2A



Figure 2B



Figure 2C

soi, d'assurer la guérison continue de la peau péristomiale et d'éviter que la dermatite fécale ne réapparaisse.

Certaines instructions générales sur la façon de prendre soin de la stomie étaient de conseiller à la patiente et à sa famille de remplacer la poche de stomie lorsque la patiente avait l'estomac vide, ce qui réduirait la possibilité que la stomie ne fonctionne pendant le changement de la poche. La stomie et la peau péristomiale devaient être nettoyées avec de l'eau bouillie froide et du savon au pH neutre. Les méthodes correctes d'utilisation de la poudre de soins de la peau pour stomie, de la crème anti-fuites et de la pâte transparente Karaya pour améliorer les techniques d'adhésion de l'appareillage de stomie ont été démontrées à la patiente et à sa famille. On a montré à la patiente comment fixer une plaque de base convexe et une poche en déchirant le papier support, en collant, en appuyant sur la plaque de base et en la lissant du bas vers le bord supérieur de la plaque de base et de l'intérieur vers l'extérieur. Par ailleurs, pour garantir que le bord de la poche de stomie soit solidement fixée à la plaque de base, le bas de la poche a été fermé et la ceinture correctement appliquée pour s'assurer qu'elle n'était pas trop serrée pour causer des dommages cutanés.

La durabilité et le temps de port de l'appareillage de stomie ont également été discutés. Il a été conseillé à la patiente de ne pas porter l'appareillage pendant plus d'1 semaine. La durabilité de la plaque de base a été examinée. Si une partie blanchâtre de la plaque de base se trouvait à moins de 1 cm du bord de la plaque de base, indiquant un ramollissement de la plaque de base, ou en cas de fuite, la plaque de base devait être remplacée immédiatement. L'appareillage de stomie devait être vidé lorsqu'il était rempli du tiers à la moitié. La poche de stomie devait être rincée en veillant à ce que l'eau n'entre pas en contact avec la plaque inférieure

Renforcer la communication interprofessionnelle en soins de santé afin d'améliorer les résultats pour les patients

Il est important que l'infirmière TE communique efficacement avec les autres membres de l'équipe de professionnels de la santé qui peuvent interagir avec le patient stomatisé afin d'améliorer les résultats pour le patient.

Comme la patiente avait subi deux interventions chirurgicales majeures en 4 mois et sept cycles de chimiothérapie, les processus habituels de digestion et d'absorption des nutriments après la chirurgie d'iléostomie étaient gravement affectés. Ceci, associé au faible apport nutritionnel en protéines et au manque de vitamines et d'oligo-éléments de la patiente, a entraîné une malnutrition qui a nui au processus de guérison.

Une communication a eu lieu entre l'infirmière TE et les médecins concernant les complications d'iléostomie de la patiente, à savoir un écoulement liquide de l'iléostomie et une fuite de l'appareillage d'ostomie entraînant une dermatite fécale et une peau péristomiale corrodée. Les protocoles de soins de stomie et de la peau ont été discutés pour prévenir les fuites et favoriser la guérison de la peau. Comme on pensait que la chimiothérapie que la patiente recevait affectait l'écoulement de l'iléostomie, la chimiothérapie a été suspendue.

Par le biais du service de nutrition, il a été demandé à la patiente d'augmenter le nombre de ses repas quotidiens et la quantité de nourriture consommée chaque jour. La patiente a été encouragée à : manger plus d'aliments riches en protéines ; manger des aliments moins facilement digestibles comme les champignons, le maïs, le poireau et d'autres légumes similaires ou des aliments riches en fibres ; mâcher soigneusement ses aliments pour améliorer la digestion et l'absorption ; et augmenter à 2000–2500 ml son apport quotidien en liquides, y compris l'eau, le jus de fruit et la soupe, afin d'améliorer son état nutritionnel. Ces mesures avaient pour but d'améliorer l'état nutritionnel de la patiente et fournir les conditions nécessaires à la réparation des tissus et à la guérison de la peau autour de la stomie.

Éducation sanitaire

Les conseils fournis par le service de nutrition concernant les besoins nutritionnels ont été renforcés avec la patiente pour s'assurer qu'elle atteignait et maintenait un poids stable. Si l'écoulement de la stomie du patient devenait mince et aqueux et nuisait à l'adhérence de l'appareillage de stomie, la patiente était avisée de consulter un médecin pour se faire prescrire des médicaments par voie orale qui



Figure 3A



Figure 3B

Le score OST de 10 points a été obtenu en raison du mauvais positionnement de la stomie ; la stomie était positionnée dans un grand pli cutané de la paroi abdominale. La paroi abdominale n'était pas plate après l'application de la plaque de base non convexe lorsque le patient était assis, debout ou en mouvement. La plaque de base fuyait fréquemment, provoquant une érosion de la peau due au liquide fécal, et l'état physique et mental du patient était affecté, créant des obstacles aux soins personnels. Le manque d'attention immédiate dans la prise en charge des fuites de liquide fécal en utilisant un appareillage de stomie avec une plaque de base convexe a entraîné une grave dermatite de stomie.

inhiberaient le péristaltisme afin de rendre les écoulements fécaux plus pâteux et réduire les fuites.

Évaluation des mesures infirmières complémentaires

Après deux épisodes de dermatite fécale autour de la stomie, l'étendue des lésions cutanées, le saignement, le volume d'exsudat de la plaie, la douleur et les scores OST ont été considérablement réduits en réponse aux mesures infirmières complémentaires introduites, ainsi que les changements apportés aux soins de la peau et à l'appareillage de stomie tels que décrits précédemment.

Le 18 avril 2018, la dermatite péristomiale cutanée était guérie (cf. Figures 3A et 3B). La patiente était d'humeur stable et a reçu six autres visites de soutien des infirmières TE par la suite. Ce cas montre que les infirmières TE peuvent intervenir efficacement dans le traitement des complications autour de la stomie.

DISCUSSION

En postopératoire, la gestion d'une stomie peut être problématique. Dans cette étude de cas, après avoir évalué la stomie et la peau péristomiale de la patiente, il a été conclu que la patiente présentait une dermatite fécale secondaire à un contact prolongé du liquide fécal de l'iléostomie avec la peau. De nombreuses raisons peuvent expliquer cela. Les principales causes de dermatite fécale autour de la stomie se manifestent sous trois aspects : le positionnement de la stomie n'est pas adapté (généralement parce qu'aucun positionnement préopératoire de la stomie n'a été effectué) ; l'appareillage de stomie n'est pas adapté (il est mal dimensionné ou mal porté) ; et la stomie est mal construite (aplatie ou rétractée). Les autres raisons pouvant expliquer la mauvaise adhérence de la poche de stomie, les fuites subséquentes et l'intégrité altérée de la peau due à une exposition au liquide fécal sont une distension abdominale, un mauvais tonus musculaire, l'obésité ou un IMC supérieure à 25 ou des contours abdominaux ondulés de la graisse sous-cutanée, des maladies récurrentes et des soins inappropriés de la peau²².

Le positionnement de la stomie peut être effectué par une infirmière TE ou par une infirmière qualifiée expérimentée seule ou conjointement avec l'avis d'un chirurgien. Les principes directeurs du positionnement de la stomie sont les suivants : le patient peut voir clairement l'emplacement de la stomie dans différentes postures (position semi-allongée, position assise et position debout) ; la peau autour de la stomie est plate et saine (sans dépressions, cicatrices, rides, lignes de ceinture et à distance des protubérances osseuses) ; et la stomie est située dans le rectus abdominis. Le placement optimal de la stomie devrait éviter les complications postopératoires et ne devrait pas affecter la vie quotidienne du patient.

Cependant, en postopératoire, l'état de la paroi abdominale interne et de la peau de l'abdomen autour de la stomie changera pour diverses raisons telles que les procédures chirurgicales ultérieures, les processus de guérison, l'âge, la perte de poids ou une maladie récurrente²³. Par conséquent, les infirmières TE doivent évaluer régulièrement l'abdomen des patients et choisir les fournitures de stomie les mieux adaptées à leur abdomen et à leur stomie²⁴.

Lors de l'évaluation des contours de la paroi abdominale et de la peau autour de la stomie, le degré de souplesse ou de rigidité de la paroi abdominale doit être examiné. Une paroi abdominale molle risque de mal soutenir la stomie en raison car sa force musculaire est insuffisante. Dans de tels cas, il serait donc avantageux que la stomie soit soutenue par une plaque de base convexe plus dure²⁵.

Les produits de stomie présentant une convexité sont souvent cités comme des produits idéaux pour gérer des stomies plates, rétractées ou inclinées latéralement et pour compenser les plans péristomiques irréguliers tels que les sillons ou les plis. La convexité a été définie²⁶ comme « une courbure du côté peau de la barrière ou de l'accessoire ». La convexité facilite l'adhésion du produit à la peau péristomiale, ce qui prolonge le temps de port des appareillages de stomie. Différentes caractéristiques associées aux appareillages et accessoires convexes indiquent leur profil en termes de profondeur (peu profond, moyen et profond), de souplesse et de dureté²⁷.

Le consensus général concernant l'utilisation de la convexité est que la convexité est avantageuse pour éviter les fuites en cas de malformations abdominales ou stomales. L'utilisation de la convexité immédiatement après la chirurgie soulève cependant des discussions et des inquiétudes en raison du potentiel de séparation muco-cutanée. L'utilisation d'une convexité molle en postopératoire du point de vue ambulatoire est reconnue comme étant une stratégie raisonnable qui réduit significativement les fuites de l'appareillage, prolonge le temps de port de l'appareillage et réduit la dermatite fécale, améliorant ainsi la satisfaction et la qualité de vie du patient²⁸. Une étude a montré que, pour les patients atteints d'iléostomie, l'utilisation postopératoire précoce de la convexité réduisait les complications postopératoires de 85 % par rapport à l'utilisation d'un appareillage sans convexité.

Dans ce cas, et pour faciliter la prise en charge des complications cutanées péristomiales, une plaque de base convexe a été utilisée pour soutenir la paroi abdominale et aplatir les plis cutanés. Les autres mesures utilisées avec efficacité conjointement avec la convexité pour prévenir d'autres fuites, faciliter la guérison de la peau et prolonger le temps de port de la plaque de base étaient une poudre protectrice de la peau pour stomie, un film protecteur pour la peau, une pâte pour stomie et un pansement hydrocolloïde.

La carboxyméthylcellulose sodique, la pectine ou le Karaya sont les principaux composants des poudres de soins de la peau pour stomie utilisés pour traiter la peau suintante excoriée autour des stomies. Ils forment un film mince et humide à la surface de la peau endommagée en absorbant l'exsudat de la plaie pour former une croûte à laquelle la plaque de base peut adhérer fermement^{29,30}. Des scellants protecteurs de la peau peuvent être utilisés pour appliquer un film mince sur les poudres de stomie afin de créer une surface sèche facilitant l'adhérence des barrières cutanées. Les principaux composants des scellants protecteurs pour la peau sont les copolymères d'acétate de vinyle, le propanediol et l'éthanol. Les pâtes pour stomie peuvent également être à base de carboxyméthylcellulose sodique, de pectine ou de Karaya. Les pâtes forment des couches protectrices autour de la stomie pour maintenir la peau entourant la stomie lisse et plate et créer une barrière supplémentaire pour les matières fécales qui érodent la peau et l'appareillage.

Les pansements hydrocolloïdes sont largement utilisés pour créer un environnement de guérison humide. Les hydrocolloïdes régulent la tension en oxygène à la surface de la plaie, promeuvent l'angiogenèse et la formation de capillaires, favorisent le débridement autolytique du tissu nécrotique et de la fibrine, et stimulent la libération de divers facteurs de croissance, des propriétés qui jouent toutes un rôle majeur dans le processus de guérison. Ils peuvent également maintenir la température de la surface de la plaie, absorber l'humidité, éviter les lésions mécaniques du nouveau tissu de granulation, et protéger les terminaisons nerveuses pour réduire la douleur liée à la plaie. Les versions minces d'hydrocolloïdes sont flexibles et adaptables aux plans tissulaires, ont une bonne adhérence, sont faciles à appliquer, imperméables, confortables pour les patients, et peuvent être utilisées pour éviter de traumatiser la peau péristomiale conjointement avec un appareillage de stomie. De légers changements de couleur de l'hydrocolloïde indiquent que le pansement doit être remplacé.

L'utilisation d'un appareillage de stomie à deux pièces avec convexité dans la plaque de base transparente avec en plus des poudres pour stomie, des pâtes pour stomie, des pansements hydrocolloïdes et une ceinture pour une bonne fixation de l'appareillage a changé significativement le temps de port de l'appareillage et le processus de guérison de la peau. Dans l'ensemble, cette stratégie de prise en charge a diminué l'anxiété du patient et amélioré son sentiment de bien-être.

En plus de fournir des services infirmiers de thérapie stomale essentiels aux patients, les infirmières TE fournissent également des services culturels, psychologiques, éducatifs et de réadaptation aux patients et à leurs familles pour répondre à leurs besoins de santé. Les infirmières TE collaborent avec d'autres professionnels de la santé et utilisent les dernières connaissances professionnelles pertinentes pour fournir des pratiques TE fondées sur des données probantes. Grâce à ces stratégies de soins, les infirmières TE peuvent aider les patients stomisés à faire face activement aux processus pathologiques sous-jacents, à coopérer avec le traitement prescrit, et à participer activement aux processus de réadaptation afin de pouvoir reprendre une vie normale au plus tôt³¹.

Il est nécessaire d'identifier, de reconnaître et de renforcer la valeur professionnelle des infirmières TE et le rôle qu'elles jouent en aidant les personnes nécessitant une chirurgie de stomie en Chine. Il s'agit d'un problème urgent à résoudre dans la gestion des ressources humaines de tous les hôpitaux qui pratiquent la chirurgie de stomie. Wang Xi et d'autres estiment que les thérapeutes jouent un rôle important dans le travail clinique³².

RÉSUMÉ

Cette étude de cas a décrit les défis rencontrés dans la gestion d'un cas grave de dermatite de contact irritante péristomiale ou de dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH). L'objectif de l'intervention et des soins de stomie de l'infirmière TE était de traiter activement la peau dénudée et les plaies autour de la stomie en utilisant une plaque de base convexe et des accessoires pour stomie tels que de la poudre de stomie, un scellant pour la peau, de la pâte de stomie, un pansement hydrocolloïde mince et une ceinture pour faciliter l'adhérence de l'appareillage et éviter les fuites. En présence de dermatite de contact irritante ou de DCAH, ces types de mesures doivent être mises en œuvre le plus tôt possible dès que la cause de la fuite est déterminée. Elles réduisent la gêne du patient, améliorent sa qualité de vie, et contribuent à la guérison des plaies.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

FINANCEMENT

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

RÉFÉRENCES

1. ai-Ling H, Chun ZM & Juan LW. Clinical nursing and practice of modern wound and enterostomy. Beijing: China Union Medical University Press, 2010:371-376.
2. Shengben Z, Dong TW. Clinical application of enterostomy. J Chinese Gastroenterol 2003;3:146.

3. Beitz J. Other conditions that lead to a fecal diversion. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT (Eds). *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; pp 65–76.
4. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, et al. A study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32(1):33–37.
5. Gray M, Colwell JC, Doughty D, Goldberg Met al. Peristomal moisture-associated skin damage in adults with fecal ostomies: a comprehensive review and consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013;00(00):1–11.
6. Berndtsson I E, Lindholm E, Oresland T, et al. Health-related quality of life and pouch function in continent ileostomy patients: a 30-year perspective. *Dis Colon Rectum* 2004;47(12):2131–2137.
7. Nybaek H, Jemec GBE. Skin problems in stoma patients. *J Euro Academy Dermatol & Venereol (JEADV)* 2010;24:249–257.
8. Meisner S, Lehur P-A, Moran B, Martins L, Jemec GBE. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modeling study. *PLoS ONE* 2012;7(5): e37813. doi:10.1371/journal.pone.0037813
9. Woo KY, Sibbald RG, Ayello EA, Coutts PM, et al. Peristomal skin complications and management. *Adv Skin Wound Care* 2009;22(11):522–32.
10. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(3):233–241.
11. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, Baharestani MM, et al. MASD Part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(5):541–553.
12. Salvadana G. Peristomal skin conditions. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT (Eds). *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, pp 176–190.
13. Stelton S, Zulkowski K, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Adv Skin & Wound Care* 2015;28(6):275–284.
14. Carlsson E, Fingren J, Hallén AM, et al. The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Management* 2016;62(10):34–48.
15. Beitz JM, Colwell JC. Stomal and peristomal complications prioritizing management approaches in adults. *Wound Ostomy Continence Nurs* 2014;41(5):445–454.
16. Colwell JC, McNichol L, Boarini J. Enterostomal therapy nurses current ostomy care practice related to peristomal skin issues. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017;44(3):257–261.
17. Hoeflok J, Salvadalena G, Pridham S, Droste W, et al. Use of convexity in ostomy care results of an international consensus meeting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017;44(1):55–62.
18. Martins L, Ayello EA, Claessens I, et al. The Ostomy Skin Tool: tracking peristomal skin changes. *Br J Nurs* 2010;19(15):960–964.
19. Walker H, Hopkins G, Waller M, et al. Raising the bar: new flexible convex ostomy appliance – a randomised controlled trial. *WCET J Supp* 2016;36(1):51–57.
20. Yan Guangbin. Numerical rating scale of NRS pain [J]. *Chinese J Joint Surg (electronic edition)* 2014;(3):410–410.
21. Van Den Bulck R. Peristomal skin disorders: identification of risk factors; retrospective study (pending study). *J Wound Technology* 2012;18:6–7.
22. University of Toronto. Miller D, Fresca M, Johnston D, McKenzie M, et al. Perioperative care of patients with an ostomy: a Clinical Practice Guideline. University of Toronto's Best Practice in Surgery 2016.
23. Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy/Wound Management* 2004;50(9):68–77.
24. Guo Rui. Perioperative clinical nursing of ileostomy [a]. Henan Nursing Association. Proceedings of Henan tumor nursing training class in 2013 [C]. Henan Nursing Society; 2013:2
25. Colwell J. Selection of a pouching system. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT, (Eds). *Wound Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2016: pp.120–130.
26. Hoeflok J, Kittscha J, Purnell P. Use of convexity in pouching: a comprehensive review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013;40(5):506–512.
27. Young MJ. Convexity in the management of problem stomas. *Ostomy/Wound Manage* 1992;38(4):53–60.
28. Perrin A. Convex stoma appliances: an audit of stoma care nurses. *Br J Nurs* 2016;25(22):S10–S15.
29. Lieder J, et al. Are you perplexed? Go to convex! *J WOCN* 2017;Supp 3s:44:S37–S37.
30. Salvadana G. Appendix E: colostomy and ileostomy products and tips. Best Practice for Clinicians. In: Carmel JE, Colwell JC & Goldberg MT (Eds). *Wound Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2016: pp 241–249.
31. Huddleston Cross H. Management of high output stomas. *J Wound Technology* 2012;18:20–23.
32. Ling W, Rui M, Xiaowei Z, et al. Thoughts on the cultivation and use of oral therapists in China. *J Nursing Manage* 2013;13(11):770–772.