

Complexité des soins prodigués à un stomisé présentant une déhiscence chirurgicale après une herniorrhaphie : une étude de cas

RÉSUMÉ

La réalisation d'une opération de stomie est souvent complexe pour le chirurgien, surtout lorsque le patient présente des complications préexistantes. En postopératoire, les complications péristomiales affectent l'adhérence de la poche de collecte et nuisent à l'autonomie et au bien-être de la personne stomisée, ce qui accroît le besoin de professionnels formés à la prise en charge des complications cutanées péristomiales. En outre, les professionnels de santé doivent être en mesure d'apprendre à la personne stomisée à prendre soin elle-même de sa stomie ou de l'aider à gérer les complications péristomiales. L'objectif de cette étude de cas est de rapporter la gestion du cas clinique complexe d'un patient en postopératoire après une herniorrhaphie et la construction d'une colostomie qui a entraîné une déhiscence chirurgicale puis des complications péristomiales. L'étude de cas met également en évidence les soins cliniques préconisés par le stomathérapeute pour prendre en charge ces complications.

Mots clés stomie, herniorrhaphie, complications postopératoires, soins infirmiers, stomathérapeute

Pour les références Diniz IV et al. Complexité de la prise en charge d'un stomisé présentant une déhiscence chirurgicale après une herniorrhaphie : une étude de cas. WCET[®] Journal 2021;41(3):22-26

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.41.3.22-26>

Soumis le 13 décembre 2020, Accepté le 18 juillet 2021

INTRODUCTION

Environ 100 000 interventions chirurgicales visant à créer des stomies sont réalisées chaque année aux États-Unis d'Amérique (USA)¹ et on estime qu'environ 1 million de personnes aux USA ont une stomie². Au Brésil, les données relatives à la chirurgie et à la création de stomies sont incertaines; cependant, on estime qu'un nombre élevé de cas est

dû à l'augmentation annuelle du cancer colorectal, principale cause d'intervention chirurgicale³.

Les chirurgiens qui pratiquent la chirurgie stomiale sont confrontés aux défis associés à la modification des structures intestinales pour créer des iléostomies ou des colostomies qui modifient les temps de transit intestinal et, par conséquent, la cohérence de l'évacuation des matières fécales. Il existe souvent des complications associées à la formation de la stomie, comme un abdomen obèse⁴. En postopératoire, les principaux problèmes signalés sont les complications stomiales et péristomiales, qui peuvent survenir immédiatement ou se présenter des complications différées; les deux réduisant la qualité de vie de la personne stomisée⁵.

Une étude qui a analysé l'incidence des complications après une chirurgie de stomie a révélé que 28,4% des participants ont développé une complication, et que les plus courantes étaient la séparation muco-cutanée superficielle (19,5%) et la rétraction de la stomie (3,2%)⁶. Dans une autre étude, le syndrome de complications post-chirurgicales était de 33,3%, dont 13,6% de rétraction, 10,6% de hernie parastomale et 28,8% de complications liées à la stomie - dermatite (21,2%) et œdème muqueux (4,5%)⁷. Les complications péristomiales sont les principales complications qui affectent l'adhérence cutanée de la poche de collecte et nuisent à l'autonomie et au bien-être de la personne stomisée, car elles peuvent entraîner des fuites, des dermatites d'irritation et d'autres complications telles que des infections.

Ainsi, les soins prodigués dans le cadre des processus de réadaptation périopératoire et postopératoire sont essentiels pour que la personne stomisée s'adapte à la vie avec une stomie et parvienne, dans la mesure du possible, à l'autonomie en matière de soins. Dans ce

Iraktânia Vitorino Diniz*

Doctorante, Université fédérale de Paraíba, Soins infirmiers de troisième cycle, PPGEN, João Pessoa, Paraíba, Brésil
Rue Golfo da Califórnia, 90, Cabedelo, Paraíba, Brésil
Courriel : iraktania@hotmail.com

Isabelle Pereira da Silva

Étudiante en maîtrise, Université fédérale de Rio Grande do Norte, Département des soins infirmiers, Natal, Rio Grande do Norte, Brésil
Courriel : isabelle_dasilva@hotmail.com

Lorena Brito do O'

Étudiante en soins infirmiers, Université fédérale du Rio Grande do Norte, Département des soins infirmiers, Natal, Rio Grande do Norte, Brésil
Courriel : lorena_ito@hotmail.com

Isabelle Katherinne Fernandes Costa PhD

Enseignant, Université fédérale du Rio Grande do Norte, Département des soins infirmiers, Natal, Rio Grande do Norte, Brésil
Courriel : isabellekfc@yahoo.com.br

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares PhD

Enseignant, Université fédérale de Paraíba, Soins infirmiers de troisième cycle, PPGEN, João Pessoa, Paraíba, Brésil
Courriel : mmjulieg@gmail.com

* Auteur correspondant

contexte, les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans le traitement des complications et dans le processus d'éducation sanitaire⁵.

L'étude était conforme aux normes éthiques de la recherche, avec l'approbation du projet par le Research Ethics Committee de l'Université fédérale de Paraíba (Brésil), en vertu de l'article 2 562 857. Le participant a signé les termes de son consentement à participer après clarification des objectifs et des procédures de l'étude de cas.

L'objectif de cette étude de cas est de rapporter le cas clinique complexe d'un patient en période postopératoire après une herniorraphie plus colostomie, et les stratégies de prise en charge du stomathérapeute.

COMPTE-RENDU DE CAS

Présentation du problème

Le patient dont il est question ici était une femme âgée de 56 ans, à la fois obèse et souffrant de diabète. En juillet 2018, elle a été admise à l'hôpital en se plaignant de douleurs abdominales sévères avec une possible occlusion intestinale. Lors d'un examen plus approfondi, les tests de laboratoire et la tomographie ont révélé un taux de globules blancs de 17 650, et un diagnostic de hernie inguinale étranglée. Elle a subi en urgence une laparotomie exploratoire, une herniorraphie, une entérotomie et une colostomie.

Le 15 juillet 2018, jour postopératoire 3, la patiente a développé un drainage purulent à partir d'une ouverture au milieu de l'incision chirurgicale adjacente à la stomie de colostomie. L'abdomen était également distendu, ce qui indiquait la nécessité de retirer les sutures alternées en-dessous du niveau de l'ombilic pour alléger la tension sur la ligne de suture adjacente et à droite de la ligne de suture. Le retrait des sutures a ensuite conduit au développement d'une déhiscence chirurgicale (Figure 1A). En outre, un détachement muco-cutané de

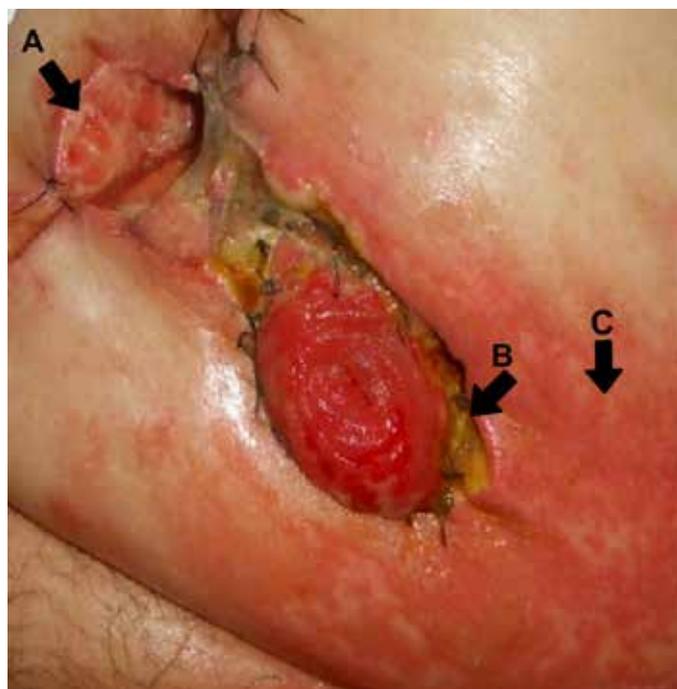


Figure 1. A : déhiscence de la plaie chirurgicale ; B : décollement muco-cutané de la stomie ; C : dermatite périlstomiale

la stomie et de l'abdomen s'est produit à partir du berge médiale de la ligne de suture et des bords supérieurs de la stomie (Figure 1B). En outre, une dermatite périlstomiale étendue est apparue, qui s'est étendue vers l'extérieur dans un rayon de 10 cm à partir du côté droit de la colostomie (Figure 1C). La dermatite périlstomiale a été causée par les selles semi-liquides de la colostomie entrant en contact avec la peau intacte en raison de la mauvaise adhérence de l'appareillage de stomie due à une fuite de selles autour de la stomie résultant des effets combinés de la déhiscence chirurgicale et de la séparation muco-cutanée.

Traitement de la stomie et interventions infirmières

L'hygiène de la plaie, de la peau et de la stomie a été réalisée avec une solution saline à 0,9%. Pour gérer et faciliter la réparation de la déhiscence de la plaie chirurgicale, un alginat de calcium a été inséré dans le lit de la plaie. Un morceau de feuille hydrocolloïde a été placé sur l'alginat de calcium et les zones de dermatite pour fournir une base stable sur laquelle appliquer la plaque support (ou bride) d'un appareillage de colostomie en deux parties. Après 2 jours, le pansement et l'appareillage de colostomie ont dû être retirés en raison d'une déhiscence supplémentaire de la plaie, d'une nécrose de la plaie et d'une fuite subséquente (Figure 2).

Le 17 juillet 2018, jour postopératoire 5, la zone de déhiscence chirurgicale s'était étendue, mesurant 8x7x5cm avec la présence d'une infection et d'un exsudat purulent (Figure 2). Cela a nécessité un changement de stratégie de prise en charge. Dans ce cas, le stomathérapeute a préconisé l'utilisation d'un pansement hydropolymère à l'argent (pansement à l'argent) pour le contrôle antimicrobien et l'absorption de l'exsudat. Le pansement à l'argent a été placé dans la cavité de la plaie. Pour s'assurer que la stomie était isolée de la plaie et pour assurer une bonne étanchéité autour de la stomie afin d'éviter les fuites, une poudre adhésive pour stomie a été appliquée sur les zones de dermatite humide proximales à la stomie. Une pâte adhésive pour stomie et des bandes hydrocolloïdes ont été utilisées pour remplir et couvrir le lit des plaies créées par les séparations muco-cutanées de façon à obtenir un moulage autour de la stomie afin de former une surface sèche sur laquelle placer une plaque support convexe (système de poche de colostomie en deux parties) pour aider davantage à la rétraction de la stomie; ceci favoriserait également la cicatrisation.

En raison de l'obésité et de la distension abdominale de la patiente, il était difficile d'assurer l'adhérence de l'appareillage de stomie, et le 20 juillet 2018, jour postopératoire 7, le degré de déhiscence chirurgicale incisionnelle a nettement augmenté, mesurant 27x18x4cm. La cavité de la plaie, présentait non seulement un drainage évident du liquide fécal, mais aussi un tissu fibrineux opaque, avec des zones de nécrose de liquéfaction représentant en moyenne 30% de la surface de la plaie (Figure 2). Pour faire face aux changements physiques de la plaie abdominale et de la stomie, des modifications ont été apportées au régime de pansement comme suit.

La plaie a été nettoyée avec du sérum physiologique à 0,9% et du polyhexanide à 0,2% car, dans l'hôpital en question, il est courant d'utiliser une solution saline à 0,9% et une solution de polyhexanide pour le nettoyage. La solution saline était utilisée pour nettoyer et enlever l'excès de saleté et la solution de polyhexanide pour nettoyer la zone d'une plaie en raison de ses propriétés antiseptiques. Après

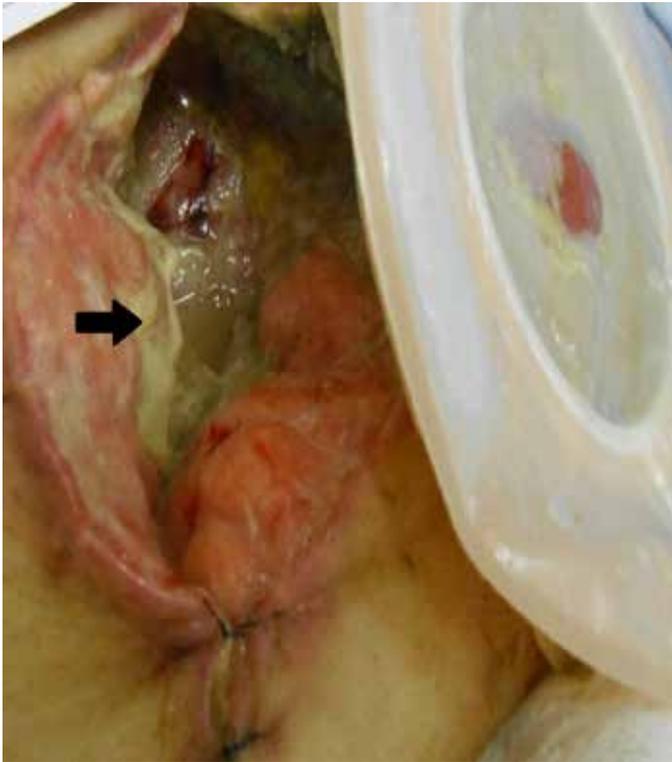


Figure 2. Déhiscence chirurgicale avec présence de nécrose liquéfiactive et de fibrine dans la plaie

le nettoyage, l'excès de liquide a été drainé de la cavité de la plaie à l'aide d'un cathéter Nelaton numéro 8 et d'une seringue de 10cc. Pour absorber l'exsudat de la plaie, l'alginate de calcium a été placé comme

pansement primaire ou comme couche de contact dans toutes les zones du lit de la plaie chirurgicale de déhiscence, y compris toutes les entrées de tous les canaux sinusaux visibles. Le pansement secondaire utilisé pour le contrôle antimicrobien était un hydro polymère à l'argent non adhésif. Enfin, une couverture tertiaire de gaze combinée a été appliquée et fixée à l'extérieur avec un film de polyuréthane (Figure 3 A-F).

Le régime de pansement ci-dessus a été agréé par une équipe multidisciplinaire comprenant le chirurgien responsable, le stomathérapeute conseiller et le personnel infirmier. Le pansement était effectué par le stomathérapeute ou le personnel infirmier et les infirmières et les infirmiers techniciens. En plus des soins de la plaie, il était nécessaire de continuer à isoler la colostomie des complications cutanées péristomiales présentes. En conséquence, la colostomie a été isolée en reconstruisant la zone péristomiale à l'aide de bandes hydrocolloïdes et de pâte de stomie. Pour couvrir et protéger davantage la zone de dermatite péristomiale des fluides fécaux, une feuille adhésive pour stomie de 20x20cm a été utilisée, dans laquelle une ouverture pour la stomie a été découpée et fixée autour de la stomie. Un appareillage de stomie transparent drainable en 2 parties doté d'une base convexe a été appliqué sur la feuille de protection.

Le patient a été suivi pendant 15 jours supplémentaires. Bien que présentant de bons signes de cicatrisation de la plaie et une adhérence continue des pansements et de l'appareillage de stomie, la patiente est malheureusement décédée le 5 août 2018 en raison de ses comorbidités et d'une septicémie.

DISCUSSION

Dans cette étude de cas, après une opération chirurgicale en urgence,

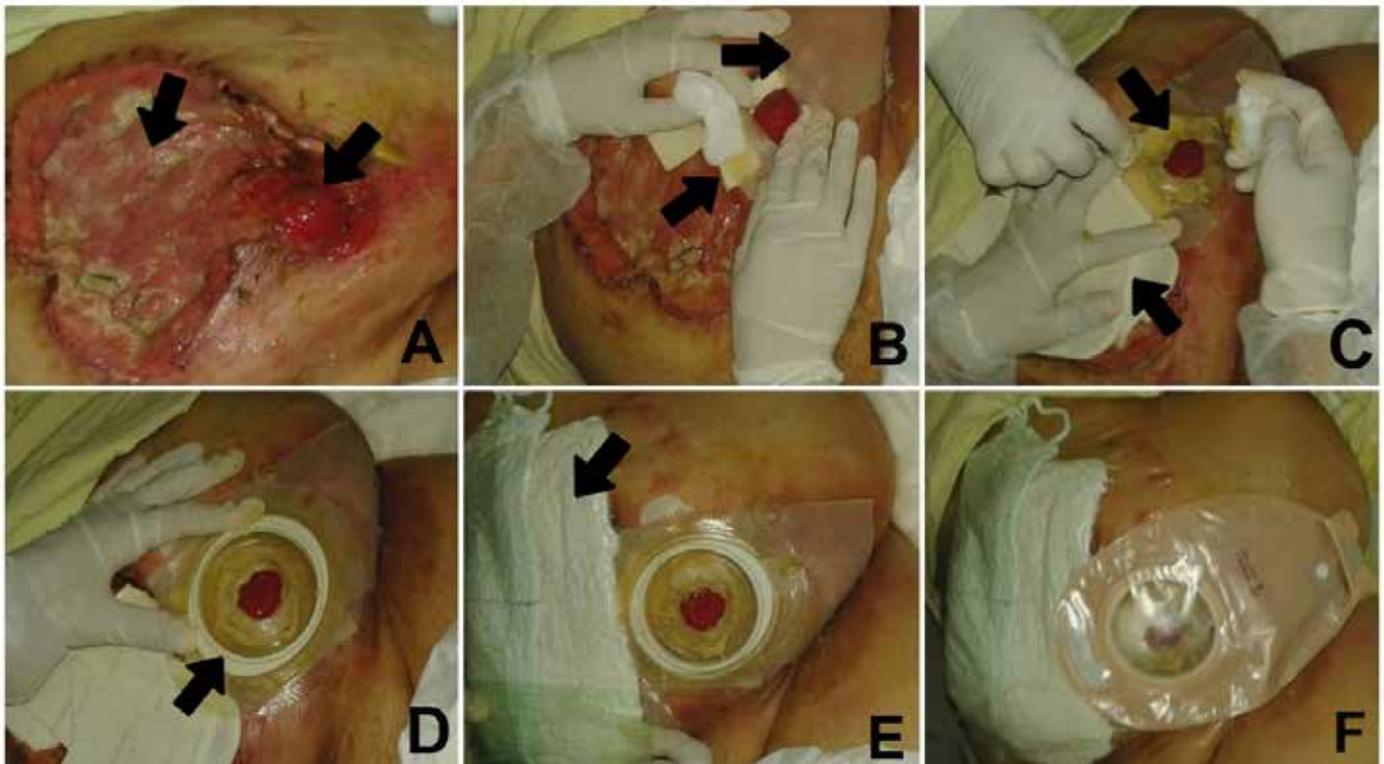


Figure 3. A : stomie à l'intérieur de la cavité de déhiscence chirurgicale ; B : isolement de la stomie à l'aide de feuilles de protection et de bandes hydrocolloïdes ; C : utilisation de pâte adhésive autour de la stomie et d'alginat de calcium dans la cavité de la plaie ; D : application de la plaque support ; E : pansement secondaire avec une compresse à l'argent et pansement tertiaire avec de la gaze combinée et un film de polyuréthane ; F : pansement achevé

la patiente a présenté une suppuration de la ligne de suture au jour postopératoire 3. Après le retrait de plusieurs sutures abdominales, la plaie abdominale est devenue déhiscente avec une séparation muco-cutanée de la stomie simultanée. Ces complications sont considérées comme des complications chirurgicales précoces, qui peuvent toutes survenir en raison de la tension tissulaire et des comorbidités qui entravent la cicatrisation, ainsi qu'en raison de processus infectieux¹.

En ce qui concerne la chirurgie abdominale d'urgence, une prévalence plus élevée de complications dans la période postopératoire précoce (36-66%), en particulier la chirurgie impliquant la construction d'une stomie, sont décrites. L'expertise du chirurgien dans la création d'une stomie est également un facteur⁸. L'infection du site chirurgical, la dermatite péristomiale et la hernie péristomiale sont les principales complications⁹⁻¹³.

Il convient également de souligner que le diabète et l'obésité sont des facteurs importants liés au décollement muco-cutané et à la déhiscence chirurgicale⁶. L'obésité est un facteur associé à une construction difficile de la stomie et à une récupération postopératoire retardée en raison des difficultés à réséquer suffisamment d'intestin pour l'extérioriser à travers la paroi abdominale afin de créer une stomie. Les personnes obèses sont plus susceptibles de subir une déhiscence de la plaie, une infection du site chirurgical et un retard de cicatrisation en raison d'une pression intra-abdominale élevée, d'une vascularisation réduite des tissus et d'une inflammation chronique du tissu adipeux blanc qui affaiblit la résistance à la traction de la peau^{8,14,15}. L'association entre le diabète et le retard de cicatrisation est également bien documentée. Toutes les phases de la cicatrisation des plaies sont affectées par le diabète : on pense qu'une inflammation prolongée entrave la maturation du tissu de granulation et que le développement de la résistance à la traction dans une plaie résulte de l'altération des vaisseaux sanguins et de l'ischémie qui en résulte^{1,16}.

Après une intervention chirurgicale, les affections cutanées péristomiales constituent le problème le plus courant, variant de 10 à 70% des cas^{17,18}. La dermatite péristomiale peut survenir tôt ou tard sur la peau des personnes ayant une stomie. Cette complication génère de la souffrance, de la douleur et des difficultés dans l'autonomie des soins en particulier lorsque l'accès aux appareillages pour stomie et aux produits de soins cutanés adjuvants est insuffisant¹⁹. L'appareillage de stomie et le pansement sont restés intacts sans aucune fuite pendant 3 jours (72 heures). Il s'agit d'un résultat positif qui a permis de réduire les blessures secondaires liées au retrait et au remplacement continu du pansement et de l'appareillage de stomie.

Une évaluation infirmière complète des patients dans les phases péri et postopératoires permet d'identifier les patients à risque de rétablissement chirurgical compromis. Cela implique d'évaluer la forme de l'abdomen du patient, l'intégrité ou la stabilité de la plaie chirurgicale, l'emplacement et la construction de la stomie, ainsi que la présence de cicatrices susceptibles de minimiser les complications.

L'affectation d'un diagnostic infirmier facilite la mise en œuvre d'interventions infirmières spécifiques à chaque patient et à ses besoins en matière de soins²⁰. Dans les cas où des complications surviennent, comme celle décrite dans notre étude de cas, des interventions infirmières de stomathérapie rapides sont nécessaires pour prendre en charge les déficits cutanés qui se sont produits, en utilisant la variété de produits et d'accessoires de stomie et cutanés à

la disposition du stomathérapeute, tels que pâtes et poudres adhésives pour stomies, barrières cutanées et joints de stomie, ainsi qu'en choisissant un type approprié de plaque support et de poche de stomie¹. En outre, les infirmières et infirmiers doivent comprendre les principes de la prise en charge des personnes souffrant de plaies et de stomies complexes et l'importance de l'implication d'une équipe soignante multidisciplinaire; davantage d'infirmières et infirmiers doivent être qualifiés dans ce domaine d'expertise²¹⁻²³. Il existe également des directives qui traitent de l'importance des soins cutanés péristomiaux, des soins de la stomie et du choix de l'appareillage, ainsi que de la manière de prévenir et de prendre en charge les complications de stomie post-chirurgicales précoces et tardives. Le respect des recommandations fournies dans les directives de pratique clinique sur les facteurs susmentionnés améliore l'évaluation des patients, facilite les interventions collaboratives précoces et la prise en charge des complications et, globalement, améliore la qualité de vie des patients et les résultats des services de santé^{13,17,24}.

CONCLUSION

La patiente dont il est question ici présentait des complications postopératoires de déhiscence chirurgicale, de décollement muco-cutané de la stomie et de dermatite péristomiale suite à une herniorraphie et à la formation d'une colostomie. Ces complications ont nécessité des stratégies créatives de la part du soignant stomathérapeute pour fournir des soins complexes de la plaie et de la stomie, impliquant le choix et l'utilisation correctes de l'équipement de stomie et des accessoires de soins cutanés, afin de minimiser le risque de contamination de la plaie par les fluides fécaux, d'optimiser les processus de cicatrisation et de préserver le confort du patient.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

FINANCEMENT

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

RÉFÉRENCES

1. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-related complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2019;32(3):176-182.
2. United Ostomy Associations of America (UOAA). New ostomy patient guide. United States: The Phoenix/UOAA; 2020. Available from: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2020/10/UOAA-New-Ostomy-Patient-Guide-2020-10.pdf>
3. National Cancer Institute (INCA). Types of cancer: bowel cancer. Ministry of Health; 2020. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cancer-in-brazil-vol4-2013.pdf>
4. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussions in the living process of people with stomas. *Text Contexto Enferm* 2016;25(1):e1260014.
5. Maydick-Youngberg D. A descriptive study to explore the effect of peristomal skin complications on quality of life of adults with a permanent ostomy. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(5):10-23.
6. Koc U, Karaman K, Gomceli I, Dalgic T, Ozer I, Ulas M, et al. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(1):28-32.
7. Gálvez ACM, Sánchez FJ, Moreno CA, Fernández AJP, García RB, López MC, et al. Value-based healthcare in ostomies. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(16):5879.

8. Moody D, Wallace A. Stories from the bedside: the challenges of nursing the obese patient with a stoma. *WCET J* 2013;33(4):26–30.
9. Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Aida T, Abreham B. Types and indications of colostomy and determinants of outcomes of patients after surgery. *Ethiop J Health Sci* 2016;26(2):117–20.
10. Spiers J, Smith JA, Simpson P, Nicholls AR. The treatment experiences of people living with ileostomies: an interpretative phenomenological analysis. *J Adv Nurs* 2016 Nov;72(11):2662–2671.
11. Ribeiro MSM, Ferreira MCM, Coelho SA, Mendonça GS. Clinical and demographic characteristics of intestinal stoma patients assisted by orthotics and prosthesis grant program of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia, Brazil. *J Biosci* 2016;32(4):1103–9.
12. Aahlin EK, Tranø G, Johns N, Horn A, Søreide JA, Fearon KC, et al. Risk factors, complications and survival after upper abdominal surgery: a prospective cohort study. *BMC Surg* 2015;15(1):83.
13. Chabal LO, Prentice JL, Ayello EA. *WCET® International Ostomy Guideline*. Perth, Australia: WCET®; 2020.
14. Williamson K. Nursing people with bariatric care needs: more questions than answers. *Wounds UK* 2020;16(1):64–71.
15. Colwell JC, Fichera A. Care of the obese patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32(6):378–383.
16. Patel S, Srivastava S, Singh MR, Singh D. Mechanistic insight into diabetic wounds: pathogenesis, molecular targets and treatment strategies to pace wound healing. *Biomed Pharmacother* 2019;112:108615.
17. Domansky RC, Borges EL. *Manual for the prevention of skin injuries: evidence-based recommendations*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
18. Stelton S. CE: Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *Am J Nurs* 2019 Jun;119(6):38–45.
19. Costa JM, Ramos RS, Santos MM, Silva DF, Gomes TF, Batista RQ. Intestinal stoma complications in patients in the postoperative period of rectal tumor resection. *Current Nurs Mag* 2017; special ed: 35–42.
20. Santana RF, Passarellles DMA, Rembold SM, Souza PA, Lopes MVO, Melo UG. Nursing diagnosis risk of delayed surgical recovery: content validation. *Rev Eletr Nurse* 2018;20:v20a34.
21. Beard PD, Bittencourt VLL, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Care demands of ostomized cancer patients assisted in primary health care. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(8):3122–9.
22. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, & Guideline Development Task Force. *WOCN Society clinical guideline: management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy: an executive summary*. *J WOCN* 2018;45(1):50–58.
23. Pinto IES, Queirós SMM, Queirós CDR, Silva CRR, Santos CSVB, Brito MAC. Risk factors associated with the development of complications of the elimination stoma and the peristomal skin. *Rev Enf* 2017;4(15):155–166.
24. Marques GS, Nascimento DC, Rodrigues FR, Lima CMF, Jesus DF. The experience of people with intestinal ostomy in the support group at a university hospital. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* 2016;15(2):113–21.