

Un consensus sur les complications stomiales, parastomiales et péristomiales

RÉSUMÉ

Objectif Établir un consensus sur la terminologie utilisée pour définir les complications stomiales, parastomiales et péristomiales en Australie.

Méthodes Une liste de complications stomiales, parastomiales et péristomiales a été générée par le biais d'un dialogue de groupe éclairé par les connaissances cliniques et universitaires des chercheurs. Un examen extensif de la littérature a été entrepris afin d'identifier tout terme supplémentaire et de créer une base de données de définitions/descriptions. Une bibliothèque d'images associées aux conditions identifiées a été générée. Un processus Delphi en ligne a été mené auprès d'un échantillon représentatif et ciblé d'infirmières et infirmiers spécialisés dans les plaies, les stomies et la continence (WOCN) ou entérostoma-thérapeutes (IET) et de chirurgiens colorectaux australiens. Dix termes ont été présentés au panel avec des photographies descriptives de chaque complication. Jusqu'à trois tours Delphi, et si nécessaire un tour de s prioritaire, ont été menés.

Résultats Sept des dix termes ont fait l'objet d'un accord dès le premier tour. Un terme (dermatite allergique) a été affiné (dermatite de contact allergique) et a fait l'objet d'un accord lors du deuxième tour. Deux termes (granulome mucocutané et granulome muqueux) ont été considérés par le panel comme étant la même affection dans des localisations anatomiques différentes et ont été combinés en un seul terme (granulome). Deux termes (décapage cutané et cloques de tension) ont été combinés en un seul terme - MARS (lésion cutanée associée à l'adhésif médical) - et ont fait l'objet d'un accord lors du deuxième tour.

Conclusion Un consensus sur la terminologie utilisée pour décrire les complications stomiales, para et péristomiales améliorera la communication entre les patients et les professionnels de santé, et fera progresser les possibilités de formation et d'évaluation comparative des complications stomiales, para et péristomiales au niveau national.

Mots clés stomial, parastomial, péristomial

Pour les références Carville K. et al. A consensus on stomal, parastomal and peristomal complications. WCET® Journal 2022;42(3):12-22

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.42.3.12-22>

Soumis le 1er mai 2022, Accepté le 10 juillet 2022

Keryln Carville* RN PhD STN(Cred)^{1,2}

Emily Haesler PhD^{2,3}

Tania Norman RN STN BCN^{4,5}

Pat Walls RN STN Cert Wound Mt⁶

Leanne Monterosso RN PhD^{5,7,8,9}

¹Silver Chain Group, Perth, Australie

²Université Curtin, Perth, Australie

³Université La Trobe, Melbourne, Australie

⁴West Australian Ostomy Association, Australie

⁵Hôpital St John of God, Murdoch, Australie

⁶Hôpital privé St-Vincent du Northside, Brisbane QLD

⁷Université Notre Dame Australia, Fremantle, Australie

⁸Université Edith Cowan, WA

⁹Université de Murdoch, WA

* Auteur correspondant

INTRODUCTION

La chirurgie créatrice d'entérostomies ou d'urostomies est généralement pratiquée à la suite d'un diagnostic de malignité, de maladie inflammatoire de l'intestin, de troubles neurogènes, d'anomalie congénitale, de traumatisme ou pour soulager une anastomose distale chirurgicale¹. Il y a environ 47 000 personnes vivant avec une stomie en Australie² et ce chiffre atteint 100 000 au Royaume-Uni³ et 1 million aux États-Unis d'Amérique (USA) où 130 000 procédures chirurgicales sont effectuées chaque année⁴.

Indépendamment du type de stomie et de sa méthode de prise en charge, la récupération et la réadaptation postopératoires d'une personne ayant subi une chirurgie de diversion fécale ou urinaire dépendent beaucoup de sa capacité à éviter les complications cutanées stomiales, parastomiales ou péristomiales⁵. Le terme péristomial désigne la peau qui entoure la stomie et le terme parastomial désigne la peau

située sur les côtés de la stomie, mais dans les deux cas, il s'agit de la peau couverte par la barrière cutanée de l'appareil de stomie^{1,3}.

La prévalence des complications cutanées stomiales, parastomiales et péristomiales à la suite d'une opération de stomie varie considérablement en raison de la conception des études, de l'hétérogénéité des populations, de la taille des échantillons, des types de stomies étudiées (c'est-à-dire entériques ou urinaires), des types de complications examinées et des différences dans les définitions et les terminologies utilisées pour les décrire⁴⁻⁸. Ainsi, l'ampleur de cette disparité est évidente dans la littérature qui rapporte que les complications stomiales et péristomiales varient entre 6 %⁹ et 80 %⁴. De plus, ces complications diffèrent d'un point de vue clinique et dépendent du type de stomie créée et du caractère électif ou urgent de l'intervention chirurgicale, ce dernier étant responsable d'un plus grand nombre de complications¹⁰⁻¹².

Il semble qu'il y ait des taux de complication plus élevés chez les patients pour les entérostomies telles que les iléostomies, en particulier les iléostomies à anse, identifiées par Park et al.⁹ comme pouvant atteindre 75 % contre 6 % chez les patients avec des colostomies terminales. Cependant, Wood et al.¹³ ont constaté que 34,4 % des patients ayant bénéficié de la création d'un conduit iléal ont connu des complications stomiales et 25 % de cette cohorte ont dû subir une intervention chirurgicale pour traiter une hernie ou une rétractation stomiale. Park et al.⁹ ont effectué un audit rétrospectif des dossiers médicaux de 1 616 patients sur une période de 19 ans et ont déterminé que les raisons des complications stomiales dans leur cohorte étaient les suivantes : l'âge du patient, la discipline chirurgicale pratiquant l'intervention, c'est-à-dire un chirurgien colorectal versus un chirurgien général, l'intervention chirurgicale pratiquée et l'absence de positionnement préopératoire de la stomie par une infirmière ou un infirmier spécialisé(e) dans les plaies, les stomies et la continence (IET)⁹. Dans son étude, Kann¹⁴ a signalé que l'obésité des patients et les maladies inflammatoires de l'intestin étaient des facteurs prédictifs indépendants de complications associées à la stomie.

L'absence de consensus sur les définitions et la terminologie a longtemps été un obstacle à la communication entre les professionnels de santé, les patients et les soignants formels et informels. En outre, les disparités dans les définitions et la terminologie peuvent conduire à des soins non optimaux et à la perte d'occasions de comparer les résultats des soins. Pour tenter d'étudier cette anomalie, Colwell et Beitz⁷ ont mené une enquête auprès de 686 IET aux États-Unis afin d'établir la validité du contenu des définitions des complications stomiales et péristomiales publiées et des interventions associées. Bien qu'ils aient trouvé un fort niveau de validité de contenu pour les définitions des complications stomiales et péristomiales, ils ont échoué à faire de même pour les interventions de prise en charge associées. En outre, les répondants ont identifié un nombre considérable de complications stomiales et péristomiales omises, en particulier parmi les populations néonatales et pédiatriques, ce qui indique une plus grande diversité dans les définitions et la terminologie utilisées dans les différents contextes cliniques⁷.

Walls a mené une enquête en 2017 en Australie pour déterminer l'utilisation et l'accord sur les définitions et la terminologie des affections cutanées péristomiales et des présentations cliniques auprès de 191 infirmières et infirmiers stomathérapeutes (IET) qui sont l'équivalent des WOCN. Elle a également constaté une grande disparité dans les définitions

et la terminologie utilisées¹⁵. L'étude de Wall, comme celle de Colwell et Beitz, a alerté les IET sur la nécessité d'un consensus national sur les complications stomiales et para/péristomiales; cependant, jusqu'à présent, peu d'efforts ont été faits pour encourager cette initiative^{7,14}. Ceci est particulièrement pertinent si l'on considère la charge importante associée aux affections cutanées stomiales et péristomiales. Taneja et al.¹⁶ ont constaté que les patients souffrant de complications cutanées péristomiales présentaient des taux de réadmission plus élevés et une augmentation moyenne du coût des soins de santé de 7 400 dollars US, soit 11 654 dollars australiens, par rapport aux patients sans complications.

L'objectif de cette étude était donc d'établir un consensus australien sur la terminologie utilisée pour définir les complications stomiales, parastomiales et péristomiales.

MÉTHODES

L'étude a porté sur l'évaluation et la hiérarchisation de la terminologie utilisée par des IET australiens pour décrire les complications stomiales, parastomiales et péristomiales. Une revue de la littérature a été entreprise pour définir ces termes, et un processus Delphi en ligne a été mené parmi des IET et des chirurgiens colorectaux australiens experts afin d'obtenir un consensus sur les définitions et la terminologie utilisées. L'approbation éthique a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université Curtin (HRE2020-0441) et le Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université Notre Dame en Australie et toutes les directives institutionnelles ont été suivies.

Tout d'abord, l'équipe de recherche a dressé une liste des complications stomiales, parastomiales et péristomiales potentiellement d'intérêt par le biais d'un dialogue de groupe éclairé par les connaissances cliniques et universitaires des chercheurs (Annexe 1). Après avoir dressé la liste des complications, une revue extensive de la littérature a été entreprise pour identifier tous les termes supplémentaires associés aux complications stomiales, para/péristomiales et pour créer une base de données de définitions/descriptions pour chacun de ceux identifiés. Ensuite, des photographies cliniques indicatives ont été recueillies auprès des chercheurs et des services de santé participants, avec le consentement des personnes concernées. Enfin, le groupe de recherche a passé en revue la liste des complications afin de sélectionner celles pour lesquelles il existe une variation suffisante dans la terminologie et/ou la compréhension, que ce soit sur le plan clinique ou dans la littérature.

Pour parvenir à un accord national sur le terme et la définition/description les plus acceptables pour chaque complication, un processus Delphi impliquant des IET experts et des chirurgiens colorectaux a été entrepris à l'aide d'une plateforme en ligne spécifique au projet. Le recrutement s'est fait par le biais d'une invitation ouverte et a été diffusé par l'Association des infirmières et infirmiers stomathérapeutes (AASN) Inc. et sur les réseaux des chercheurs. Les personnes ayant répondu à l'invitation ont été évaluées en tant qu'experts dans ce domaine en utilisant l'explication de la Théorie de l'expertise de Benner, De novice à expert¹⁷, incluant la durée de l'expérience clinique, le poste occupé dans le domaine, les publications/présentations et la reconnaissance par les pairs pour définir l'expertise. Parmi l'ensemble des répondants, 20 participants des États et Territoires australiens ont été sélectionnés et ont reçu par courriel une fiche d'information sur la nature anonyme des réponses des participants au processus de consensus. Tous

les répondants invités ont accepté de participer et ont confirmé leur consentement lors de l'accès à la plateforme en ligne du processus Delphi.

Le processus visant à obtenir des définitions consensuelles a consisté en quatre tours - trois tours Delphi et un tour de vote prioritaire. Les tours de consensus Delphi ont été menées à l'aide de la méthode d'adéquation RAND, une méthodologie conçue pour aider un panel à parvenir à un accord¹⁸. La validité, la fiabilité et l'application de la méthode ont été rapportées précédemment¹⁸⁻²¹. La plateforme en ligne a été conçue pour appliquer la méthode RAND/UCLA pour calculer les résultats du vote. Au premier tour, chaque complication a été présentée avec :

- Des photographies de la complication.
- Une gamme de termes couramment utilisés pour décrire cette complication, avec un terme identifié comme étant le plus souvent utilisé dans le contexte australien présenté comme le terme nominal de la complication.
- Une définition/description tirée de la littérature.

Les participants ont été invités à indiquer leur niveau d'accord avec l'utilisation du terme proposé et leur niveau d'accord avec la définition à l'aide d'une échelle de Likert à 9 points. Les participants ont également fourni une justification écrite indiquant le raisonnement qui sous-tendait leur niveau d'accord, ainsi que des suggestions d'amélioration de la définition.

La méthode d'adéquation RAND/UCLA¹⁸ utilise une échelle de Likert à 9 points avec des tertiles représentant l'accord, l'incertitude ou le désaccord. L'échelle comprenait des descripteurs (tertile 1 : tout à fait d'accord, d'accord, peu d'accord ; tertile 2 : incertain penchant vers l'accord, incertain, incertain penchant vers le désaccord ; tertile 3 : peu en désaccord, en désaccord et tout à fait en désaccord) pour indiquer la direction et la force de l'opinion du participant. Le résultat du vote a été calculé en transférant les points de l'échelle de Likert à une valeur numérique correspondante, le score médian de l'accord sur l'échelle de Likert étant considéré comme le résultat. La méthode d'adéquation RAND a été utilisée pour déterminer si un consensus avait été atteint¹⁸. L'intervalle interpercentile (IIP) de 30 % à 70 % a été calculé, ainsi que l'ajustement IIP pour la symétrie (AIIPS). L'AIIPS est une fonction linéaire de la distance entre le point central de l'IIP (PCIIP) et le point central de l'échelle de Likert (5,0). Si l'AIIPS était supérieur ou égal à la magnitude de l'IIP, il y avait accord. En revanche, une valeur AIIPS inférieure à la magnitude de l'IIP indiquait l'absence d'accord du panel¹⁸. Lorsque le panel est parvenu à un accord, et que les commentaires ont indiqué qu'aucune amélioration ne pouvait être apportée à la définition/description, celle-ci a été acceptée comme description consensuelle.

Si le consensus n'était pas atteint, ou si les commentaires suggéraient que des améliorations pouvaient être apportées à la définition, une synthèse des raisonnements du panel était compilée en regroupant les commentaires en désaccord/accord ou neutres par rapport à la définition. L'équipe de recherche a ensuite ajusté la définition pour intégrer les améliorations suggérées par le panel. Pour le tour de consensus suivant, les participants ont reçu la définition affinée, ainsi que le résultat et la synthèse des commentaires du tour précédent. Un maximum de trois tours de consensus a été considéré comme un nombre de votes suffisant afin de maintenir l'engagement des participants^{20,21}.

Pour certains termes, plusieurs définitions ont fait l'objet d'un consensus. Lorsque les résultats du vote indiquaient une préférence de groupe, cette définition a été retenue. Lorsqu'aucune préférence de groupe claire n'était évidente, un classement final des priorités a été effectué. Lors de ce tour, les participants se sont vus présenter toutes les définitions ayant fait l'objet d'un accord, ainsi qu'une définition/description finale issue du dernier tour de commentaires. Les participants ont classé les définitions/descriptions de la plus à la moins appréciée. La définition préférée a été calculée à l'aide d'une méthode de vote multiple par groupe nominal utilisant des scores de classement pondérés. La méthode, qui s'est appuyée sur un examen des méthodes de vote nominal, a été rapportée précédemment²¹.

RÉSULTATS

Après une invitation à participer diffusée au niveau national, 20 candidats ont été invités et acceptés. Les participants avaient un passé en soins infirmiers pour les plaies, les stomies et la continence ou en chirurgie colorectale, 18 d'entre eux ayant plus de 10 ans d'expérience dans leurs disciplines respectives. La participation aux tours individuels a varié de 13 à 20 membres du panel.



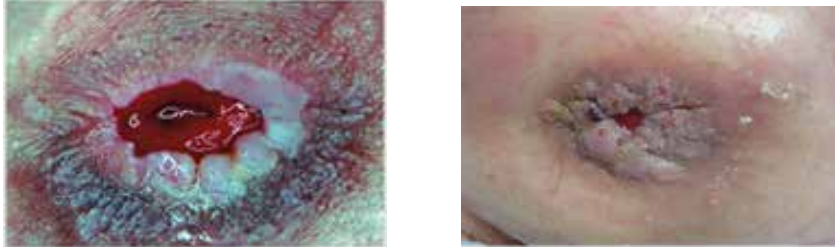


Dix termes ont été présentés au panel, dont sept ont fait l'objet d'un accord lors du premier tour. Un terme (dermatite allergique) a été affiné (dermatite de contact allergique) et a fait l'objet d'un accord lors du deuxième tour. Deux termes (granulome mucocutané et granulome muqueux) ont été considérés par le panel comme étant la même affection dans des localisations anatomiques différentes et ont été combinés en un seul terme (granulome). Deux termes (décapage cutané et cloques de tension) ont été combinés en un seul terme - MARSII (lésion cutanée associée à l'adhésif médical) - qui a fait l'objet d'un accord lors du deuxième tour. Le glossaire final (figure 1) comprend huit termes pour lesquels les définitions ont fait l'objet d'un accord.

La plupart des résultats des votes ont abouti à un consensus en accord avec la définition présentée. L'accord a varié de 55,56 % à 98,95 % lors du premier tour de consensus (dix termes), de 56,25 % à 81,25 % lors du deuxième tour (sept termes) et de 55,0 % à 80,0 % lors du troisième tour (quatre termes). Pour tous les termes, un consensus en accord avec les définitions/descriptions présentées a été atteint à chaque tour, bien que les commentaires des répondants aient fréquemment indiqué que des améliorations pouvaient être apportées à la définition. Aucune préférence claire pour les définitions/descriptions n'a été mise en évidence pour trois termes (dermatite irritative, granulome, excoriation), ce qui a conduit à leur inclusion dans le tour de classement des préférences.

DISCUSSION

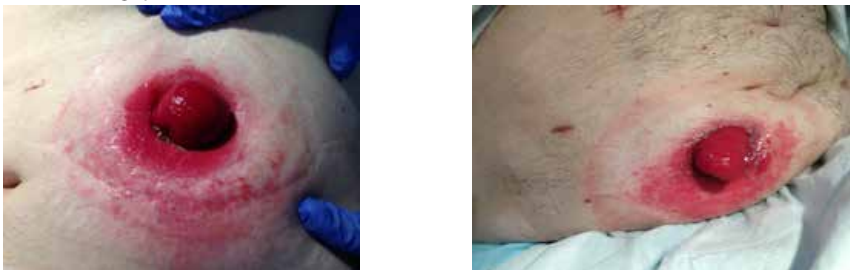



La peau, qui se compose de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme, est un organe dynamique et réactif aux stimuli externes ou aux blessures. La peau maintient l'homéostasie, l'intégrité structurelle et l'esthétique, tandis que le stratum corneum ou couche externe de l'épiderme optimise la fonction de barrière de la peau pour la protéger contre les facteurs de stress environnementaux externes tels que l'exposition à la macération ou à la dessiccation ainsi qu'aux traumatismes chimiques et mécaniques²². En outre, la peau joue un rôle central en tant que barrière immunologique grâce à ses réponses immunitaires innées et adaptatives aux agents pathogènes. Cette réponse est considérablement

Figure 1. Glossaire consensuel australien des termes relatifs aux complications stomiales.
Toutes les photos sont utilisées avec autorisation, ©les auteurs

<p>Dermatite allergique de contact para/péristomiale</p>	<p>La dermatite allergique de contact para/péristomiale est une réaction cutanée inflammatoire et typiquement délimitée due à une hypersensibilité ou une allergie résultant du contact avec un produit.</p> 
<p>Dermatite irritative para/péristomiale</p>	<p>La dermatite irritative para/péristomiale est une inflammation, une érosion ou une ulcération due à un contact prolongé avec un effluent stomial.</p> 
<p>Lésions pseudo-verruqueuses</p>	<p>Les lésions pseudo-verruqueuses sont des hyperkératoses humides ou sèches dues à une exposition prolongée à l'urine (généralement alcaline).</p> 
<p>Granulome • Granulome mucocutané • Granulome muqueux</p>	<p>Un granulome est une hypergranulation papuleuse et friable due à une réponse inflammatoire à une irritation localisée et souvent prolongée.</p> <p>Un granulome peut être situé sur la stomie (granulome muqueux) ou à la jonction entre la muqueuse et la peau (granulome mucocutané).</p> <p>Mucocutané</p>  <p>Muqueux</p> 

favorisée par le pH de la peau, qui se situe entre 4,1 et 5,8 et est appelé manteau acide²³. Le pH acide de la peau non seulement décourage la colonisation bactérienne et réduit le risque d'infection opportuniste, mais joue un rôle dans la régulation de la fonction de barrière de la peau, la synthèse

et l'agrégation des lipides, la différenciation épidermique et la desquamation²⁴. Le dysfonctionnement de la fonction de barrière de la peau altère la protection de la peau contre les traumatismes mécaniques tels que le retrait des agents adhésifs, les traumatismes chimiques dus aux irritants présents

<p>Érosion para/péristomiale</p>	<p>L'érosion para/péristomiale est une perte partielle ou totale de l'épiderme due à l'humidité, à un traumatisme ou à une réaction allergique.</p> 
<p>Excoriation para/péristomiale</p>	<p>L'excoriation para/péristomiale est une perte épidermique ou dermique partielle d'aspect linéaire ou ponctué qui se produit à la suite d'un grattage ou d'une blessure.</p> 
<p>Implants de cellules muqueuses péristomiales</p>	<p>Les implants de cellules muqueuses péristomiales sont la transplantation de cellules muqueuses sur la peau péristomiale pendant la suture lors de la construction de la stomie.</p> 
<p>Lésion cutanée associée à l'adhésif médical para/péristomial (MARS)</p>	<p>Une lésion cutanée associée à l'adhésif médical para/péristomial (MARS) est un érythème persistant, une vésicule, une bulle, une érosion, une ulcération ou une déchirure qui survient à la suite de l'application ou du retrait de produits adhésifs. Ce terme désigne les affections liées à l'application et/ou au retrait de produits adhésifs médicaux, telles que les cloques de tension et le décapage cutané.</p> 
<p>Décapage cutané / cloque de tension</p>	<p>Ces termes ont été supprimés de la terminologie. Les experts ont estimé que le terme générique MARS était plus approprié et qu'il devait remplacer cloque de tension et décapage cutané. L'une des raisons était qu'il n'était pas clair si la blessure causée à la peau était due au processus d'application ou de retrait du produit adhésif médical.</p>

dans les effluents corporels et l'invasion des micro-organismes. La perte d'intégrité de la peau qui en résulte est source de douleur, d'altération de la qualité de vie et de remise en cause de la perception de l'esthétique corporelle.

Pour beaucoup, les perceptions esthétiques et les altérations de l'image corporelle sont plus encore remises en question par la création d'une stomie. Une morbidité accrue sous forme de

complications stomiales, para/péristomiales est fréquemment associée à la création d'une stomie urinaire ou fécale^{1,2,5,26}. Le taux de complications para/péristomiales et stomiales varie considérablement et serait de 20 à 80 %^{4-6,26}.

Il est intéressant de noter que le type de complications stomiales diffère selon qu'elles surviennent dans les 30 premiers jours postopératoires (appelées complications

précoces) ou après 30 jours (appelées complications tardives)^{10-12,27-29}. Les complications stomiales précoces décrites dans la littérature comprennent l'ischémie/nécrose stomiale, la rétractation, la déhiscence mucocutanée et l'abcès parastomial, qui sont principalement liés à une mauvaise perfusion, à la technique chirurgicale ou à une infection^{10-12,14}. Les complications stomiales tardives sont plus souvent une hernie parastomiale, un prolapsus stomial, une rétraction et une sténose^{12,28-30}.

Cependant, la complication cutanée péristomiale la plus importante, tant dans la période postopératoire précoce que dans la période tardive, est la dermatite de contact irritative due à l'exposition de la peau péristomiale aux effluents corporels^{3,9,12,31}. La dermatite de contact irritative a été identifiée par 91 % (n=919) des infirmières et infirmiers interrogés au niveau international comme la complication cutanée péristomiale la plus fréquente dans leur pratique³². Des termes synonymes tels que irritation cutanée^{9,32}, dermatite chimique irritative¹¹, dermatite irritative^{10,11}, dermatite péristomiale³, lésion cutanée associée à l'humidité (MASD)⁴ et lésion cutanée associée à l'humidité péristomiale (PSMASD)^{33,34} sont utilisés par certains auteurs pour définir cette affection. Quelle que soit la terminologie utilisée, l'érosion et l'ulcération cutanées qui résultent du contact répété avec les effluents corporels en raison de l'inefficacité des appareils entraînent des douleurs, une image corporelle négative, une diminution de la qualité de vie liée à la santé et de l'utilité des soins, ainsi qu'une augmentation de leur coût^{35,36}. Les complications cutanées péristomiales représenteraient 40 % des rendez-vous des patients avec un ou une IET³⁵.

Parmi les autres affections cutanées péristomiales jugées problématiques dans la littérature, citons la dermatite allergique de contact, les états pathologiques atypiques tels que les varices et le pyoderma gangrenosum et les traumatismes cutanés mécaniques^{7,12,30,32,33}. Là encore, la littérature révèle une incohérence dans la terminologie, car plusieurs termes synonymes sont utilisés par les professionnels de santé pour décrire les traumatismes cutanés mécaniques, notamment le décapage cutané⁴, la déchirure cutanée⁴, les MARS (lésions cutanées associées à l'adhésif médical)³⁷, les MARS péristomiales (pMARS)^{4,33} et les lésions de tension ou cloques^{4,33}.

C'est l'absence de consensus dans la terminologie/définition des complications stomiales et para/péristomiales que l'on retrouve dans la pratique clinique et dans la littérature qui a conduit les chercheurs à entreprendre cette étude, qui s'est appuyée sur l'étude menée par Walls¹⁵ et qui visait à obtenir un consensus dans la terminologie stomiale et para/péristomiale parmi les professionnels de santé australiens. La nécessité d'un tel consensus était encore plus évidente après la recherche documentaire des chercheurs, qui a permis d'identifier huit définitions différentes pour la "dermatite de contact irritative"^{3,4,26,38-42}, trois autres pour "l'irritation chimique"^{3,41,43} et six autres pour "les lésions cutanées associées à l'humidité/ les lésions cutanées associées à l'humidité péristomiale"⁴⁴⁻⁴⁹. En effet, il y avait 17 définitions/descripteurs pour ce qui pourrait être considéré comme des termes synonymes de perte para/péristomiale de l'intégrité de la peau due à l'exposition à l'humidité/effluent.

Une confusion terminologique similaire a été constatée pour les présentations cliniques para/péristomiales liées à des traumatismes mécaniques tels que les lésions cutanées associées à l'adhésif médical (pMARS) (huit

définitions)^{1,4,15,25,38,39,43,50}, les cloques de tension (trois définitions)^{4,37,38} et les affections cutanées infectieuses telles que la folliculite (sept définitions)^{3,4,26,37,40,42,51}. Les lésions pseudo-verruqueuses, également appelées hyperplasie pseudo-épithéliomateuse et dermatite papillomateuse chronique, faisaient l'objet de huit définitions^{1,3,11,40-42,52,53}. En fait, la recherche documentaire a révélé en moyenne trois à cinq définitions/descripteurs pour chaque terme de complication cutanée para/péristomiale recherché.

A l'inverse, la littérature a révélé un accord plus succinct en ce qui concerne les termes utilisés pour décrire la majorité des complications stomiales potentielles telles que la rétraction, la sténose, le prolapsus ou les états métaplasiques. Une concordance similaire a été trouvée pour les altérations pathologiques para/péristomiales de l'intégrité de la peau telles que pyoderma gangrenosum, implants muqueux, caput medusae/varices, eczéma, psoriasis. Par conséquent, les dix termes finalement inclus dans le processus Delphi sont ceux qui ont été jugés comme ayant un nombre plus élevé de définitions/descripteurs utilisés pour décrire les complications stomiales, para/péristomiales telles qu'utilisées par les IET. Parmi ceux-ci, trois termes - dermatite irritative para/péristomiale, granulome et excoriation - ont nécessité trois tours de vote et un tour de vote par ordre de préférence pour parvenir à un consensus sur les définitions.

La dermatite irritative para/péristomiale a été finalement définie comme "une inflammation, une érosion ou une ulcération due à un contact prolongé avec un effluent stomial". Cependant, les réponses des participants qui ont finalement abouti à ce consensus étaient initialement variées et ont donné lieu à d'importantes discussions lors des tours de scrutin.

Un cheminement similaire vers le consensus a été constaté lors des premiers tours de scrutin pour les granulomes, qui ont été définis comme "une hypergranulation papuleuse et friable sur la jonction mucocutanée/sur la stomie, due à une réponse inflammatoire à une irritation localisée et souvent prolongée".

L'excoriation para/péristomiale était peut-être le terme le plus controversé et le cheminement vers ce consensus a été émaillé de nombreux commentaires, dont les suivants :

Je suis d'accord avec la définition de l'excoriation qui est une perte linéaire et superficielle d'épiderme au niveau du péristomial (peau) suite à un grattage. Cependant, je pensais que l'humidité était aussi impliquée dans la présentation de l'excoriation.

Je pense que la partie la plus importante de cette définition est l'utilisation du mot "linéaire", qui représente une ligne de démarcation.

Je ne vois aucune différence entre l'"érosion" et l'"excoriation" - elles ont les mêmes facteurs de causalité et il n'y a rien dans l'"excoriation" qui implique une morphologie linéaire ou une cause artificielle.

[La définition finale est] facile à comprendre pour l'infirmière (ou l'infirmier) générale qui confond souvent ce terme avec les lésions cutanées liées à l'humidité ou la dermatite associée à l'incontinence (DAI).

J'apprécie l'ajout des termes linéaire/ponctué et grattage/ blessure. Les personnes peuvent s'associer à ces descripteurs.

L'excoriation a finalement été définie comme "une perte épidermique ou dermique partielle avec un aspect linéaire ou ponctué qui se produit en raison d'un grattage ou d'une blessure".

Bien que deux termes (décapage cutané et cloques de tension) aient finalement été reconnus comme étant des MARSIs et qu'un accord ait été trouvé sur la définition lors du deuxième tour, il y a eu un débat initial sur la confusion ou le manque de connaissance de ce terme, comme en témoignent les réponses suivantes :

Le terme "décapage cutané" en est la cause, et non une évaluation de la peau péristomiale elle-même. La cause de la perte de peau est due au fait que la peau a été déchirée ou décollée. Si cette section a pour but de décrire les MARSIs, cela devrait probablement se refléter dans le nom.

Lorsque le terme MARSIs a été introduit, je ne savais pas ce qu'il signifiait - je trouve le terme "décapage cutané" beaucoup plus clair, sans avoir besoin d'informations supplémentaires. Le terme "décapage cutané" se distingue également des déchirures cutanées.

Les cloques de tension est la même chose que le décapage cutané parce que ce sont des cloques liées aux forces de tension causées par les surfaces adhésives médicales... Comme il y a une cloque, je pense qu'elle devrait être classée comme une cloque seulement; elle peut être due à la tension, mais elle peut ne pas l'être, par exemple, après le retrait de l'appareil et l'évaluation, il peut y avoir une autre raison identifiée comme cause de la cloque.

Le terme décrit le mécanisme en question et suggère la stratégie de traitement. Techniquement, elle pourrait aussi être classée comme MARSIs. Je n'ai jamais entendu cette expression, mais elle reflète bien la façon dont la cloque s'est produite, permettant ainsi une prise en charge/prévention efficace et précoce.

Finalement, le décapage cutané et les cloques de tension ont été considérés comme synonymes de MARSIs et cette dernière définition a fait l'objet d'un consensus.

CONCLUSION

Une revue de la littérature et une discussion avec des IET experts ont identifié un manque de consensus dans les définitions/descripteurs utilisés pour définir les complications cutanées stomiales, para et péristomiales communes en Australie. Un processus Delphi a été entrepris et dix termes ont été présentés aux 20 membres du panel qui ont participé à des tours de scrutin. Le consensus résultant pour les définitions a été atteint pour huit termes. Le granulome mucocutané et le granulome muqueux ont été considérés comme des synonymes, tout comme le décapage cutané, les cloques de tension et les MARSIs. Les résultats de cette étude sont actuellement diffusés au niveau national et les chercheurs espèrent que les IET d'autres pays relèveront le défi et reproduiront la méthodologie de l'étude afin de permettre un consensus international plus large sur la terminologie. Un tel consensus offrira des possibilités de communication entre les professionnels de santé et les patients, de formation et d'évaluation comparative des complications stomiales, para et péristomiales au niveau international.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier : la subvention de recherche accordée par l'Association des infirmières et infirmiers stomathérapeutes (AASTN) de l'Australie qui a permis la réalisation de cette étude; les infirmières et infirmiers stomathérapeutes et les chirurgiens colorectaux qui ont participé au processus Delphi et ont volontairement donné de leur temps et de leur expertise; Paul Haesler, qui a conçu et géré la plateforme de vote par consensus en ligne spécifique au projet.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

FINANCEMENT

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

RÉFÉRENCES

1. Carmel J, Colwell J, Goldberg M, editors. Ostomy management. Wound, Ostomy Continence Nurses Society core curriculum. 2nd ed. Wolters Kluwer; 2021.
2. Australian Council of Stomal Associations. [cited 2020 April 12]. Available from: <https://australianstoma.com.au/>
3. Lyons CC, Smith AJ. Abdominal stomas and their skin disorders. London: Martin Dunitz 2001.
4. LeBlanc K, Whiteley I, McNicol L, Salvadelena G, Gray M. Peristomal medical adhesive-related skin injury. *JWOCN* 2019;46(2):125–136.
5. Pitman J, Rawl SM, Schmidt CM et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *JWOCN* 2008;35(5):493–503.
6. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Eaves D, Oster G. Risk and economic burden of peristomal skin complications following ostomy surgery *JWCON* 2019;46(2):143–149.
7. Colwell J, Beitz J, Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. *JWOCN* 2007;34(1):57–69.
8. Beitz J, Colwell J. Management approaches to stomal and peristomal complications: a narrative descriptive study. *JWOCN* 2016;43(3):263–268.
9. Park JJ, Pino AD, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, Abcarian H. Stoma complications. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1575–1580.
10. Butler D. Early postoperative complications following ostomy surgery. *JWOCN* 2009;36(5):513–519.
11. Ratcliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *JWOCN* 2010;37(5):505–510.
12. Krishnamurthy DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2017;30(3):193–200.
13. Wood DN, Allen SE, Hussain M, Greenwell TJ, Shah PJ. Stomal complications of ileal conduits are significantly higher when formed in women with intractable urinary incontinence. *J Urol* 2004;72(6 Pt. 1):2300–2303.
14. Kann B. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2008;21(1):23–30.
15. Walls P. Seeking a consensus for a glossary of terms for peristomal skin complications. *Stomal Therapy Aust* 2018;38(4):8–12.
16. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Eaves D, Oster G. Risk and economic burden of peristomal skin complications following ostomy surgery. *JWOCN* 2019;46(2):143–149.
17. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs* 1982;82(3):402–7.
18. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method users' manual. Santa Monica, CA: RAND; 2001.
19. Coleman S, Nelson EA, Keen J, et al. Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. *J Adv Nurs* 2014;70(10):2339–52.
20. Haesler E, Carville K, Haesler P. Priority issues for pressure injury research: an Australian consensus study. *Res Nurs Health* 2018;41(4):355–68.
21. Haesler E, Swanson T, Ousey K, Carville K. Clinical indicators of wound infection and biofilm: reaching international consensus. *J Wound Care* 2019;28(3):54–512.

22. Abdo J, Sopko N, Milner S. The applied anatomy of human skin: a model for regeneration. *Wound Med* 2020;28(100179).
23. Proksch E. pH in nature, humans and skin. *J Derm* 2018;45(9):1044–1052.
24. Ali SM, Yosipovitch G. Skin pH: from basic science to basic skin care. *Acta Derm Venereol* 2013;93:261–267.
25. Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. *Int J Derm* 2018;57(3):257–264.
26. Shabbir J, Britton D. Stoma complications: a literature review. *Colorectal Dis* 2010;12(10):958–964.
27. Harputlu D, Ozsoy S. A prospective, experimental study to assess the effectiveness of home care nursing on the healing of peristomal skin complications and quality of life. *J Ostomy Wound Manag* 2018;64(10):18–30.
28. Husain SG, Cataldo TE. Late stomal complications. *Clin in Colon and Rectal Surg* 2008;21(1):31–40.
29. Bosio G, Pisani F, Lucibello L, et al. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Manage* 2007;53(9):38–43.
30. Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, et al. Current management of intestinal stomas and their complications. *J Anus Rectum Colon* 2020;4(1):25–33.
31. Doctor K. Peristomal skin complications: causes, effects, and treatments. *Chronic Wound Care Manag Res* 2017;4:1–6. Available from: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=34122>
32. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *JWOCN* 2007;34(1):70–79.
33. Taggart E, Spencer K. Maintaining peristomal skin health with ceramide-infused hydrocolloid skin barrier. *J WCET* 2018;38(1):S8–10.
34. Rae W, Pridham S. Peristomal moisture-associated skin damage and the significant role of pH. *J WCET* 2018;38(1):S4–7.
35. Meisner S, Lehur PA, Moran, Martins L, Jemec GBE. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modelling study. *PLoS One* 2012;7(5):e37813 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037813>
36. Nichols T, Inglese G. The burden of peristomal skin complications on an ostomy population as assessed by health utility and the physical component summary of SF-36v2®. *Value in Health* 2018;21:89–94.
37. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical adhesives and patient safety: state of the science, consensus statements for the assessment, prevention and treatment of adhesive-related skin injuries. *JWOCN* 2013;40(4):365–380.
38. Zulkowski, K. Understanding moisture-associated skin damage, medical adhesive-related skin injuries, and skin tears. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(8):372–381.
39. Bryant R, Nix D. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. 3rd ed. Missouri, US: Mosby Elsevier; 2007.
40. Oakley A. Contact dermatitis; 2012. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/contact-dermatitis/>
41. Blackley P. *Practical stoma wound and continence management*. 2nd ed. Vermont, VIC: Research Publications Pty Ltd; 1998.
42. Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy Wound Manage* 2004;50(9):68–77.
43. Loehner D, Casey K, Schoetz DJ. Peristomal dermatology. *Clin Colon Rectal Surg* 2002;15(3):209–214.
44. Voegeli D. Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. *Br J Community Nurs* 2013;18(1):6,8,10–12.
45. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, et al. MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *JWOCN* 2011;38(5):541–553;quiz 554–545.
46. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *JWOCN* 2011;38(3):233–241.
47. Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D. Management of moisture-associated skin damage: a scoping review. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(11):494–501.
48. Young T. Back to basics: understanding moisture-associated skin damage. *Wounds UK* 2017;13(4):56–65.
49. Carmel J, Colwell J, Goldberg M, editors. *Core curriculum: ostomy management*. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Wolters Kluwer; 2021.
50. Stelton S, Zulkowski K, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists international ostomy guideline. *Adv Skin Wound Care* 2015;28(6):275–284;quiz 285–276.
51. Beitz J, Colwell J. Stomal and peristomal complications: prioritizing management approaches in adults. *JWOCN* 2014;41(5):445–454.
52. Szymanski KM, St-Cyr D, Alam T, Kassouf W. External stoma and peristomal complications following radical cystectomy and ileal conduit diversion: a systematic review. *Ostomy Wound Manage* 56(1):28–35.
53. Stelton S. Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *Am J Nsg* 2019;119(6):38–45.

Terme	Type		Localisation			Étiologie			
	Affection/ complication	Aspect clinique	Peristomial	Parastomial	Stomial	Humidité	Traumatisme	Infection	Pathogénie
Lésion cutanée associée à l'adhésif médical	✓		✓	✓			✓		
Lésion d tension									
Cloques d'étirement									
Cloques de sparadrap									
Décapage cutané									
Déchirure cutanée péristomiale									
Bactérien	✓		✓	✓				✓	
Dermatite associée à l'humidité	✓		✓	✓		✓			
Domages cutanés associés à l'humidité									
Dermatite associée à l'incontinence									
Dermatite intertriginale									
Dermatite irritative									
Dermatite chimique									
Prolapsus	✓	✓			✓		✓		✓
Prolapsus avec traumatisme									
Intussusception stomiale									
Psoriasis	✓		✓	✓				✓	✓
Érosion		✓	✓	✓			✓		✓
Dénudé									
Excoriation		✓	✓	✓			✓		
Fongique	✓		✓	✓				✓	
Candidose									
Polypes	✓				✓		✓		✓
Polypes inflammatoires "en chapeau"									
Granulome									
Polypes inflammatoires									
Sténose	✓				✓				✓
Eczéma/dermatite	✓		✓	✓					✓
Psoriasis									
Caput medusae	✓		✓	✓					✓
Prolifération vasculaire									
Ulcération		✓	✓	✓			✓		✓
Ulcération stomiale									
Dermatite de contact allergique/ sensibilité	✓		✓	✓					✓
Dermatite de contact									
Irritation thermique associée à la poche									
Lésion de pression	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓

Terme	Type		Localisation				Étiologie			
	Affection/ complication	Aspect clinique	Peristomial	Parastomial	Stomial	Humidité	Traumatisme	Infection	Pathogénie	
Érythème		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Rétraction	✓				✓				✓	
Hypergranulation		✓	✓	✓		✓	✓			
Surgranulation										
Lésions pseudo-verruqueuses	✓		✓	✓		✓				
Hyperplasie										
Incrustations alcalines										
Dépôt de cristaux d'acide urique										
Hyperplasie pseudo-épithéliomateuse										
Hyperkératose/épithélium corné										
Dermatite papillomateuse chronique										
Réactions papulaires irritatives										
Herpès	✓		✓	✓	✓			✓		
Verrues										
Infection virale										
Implants muqueux	✓		✓				✓		✓	
Métaplasie intestinale	✓		✓		✓				✓	
Nécrose	✓				✓		✓		✓	
Ischémie										
Abcès		✓	✓	✓	✓		✓	✓		
Folliculite	✓		✓	✓			✓	✓		
Déhiscence muqueuse	✓		✓						✓	
Ulcère de Crohn	✓		✓	✓	✓				✓	
Saignement	✓		✓	✓	✓		✓		✓	
Pyoderma gangrenosum	✓		✓	✓	✓				✓	
Malignité	✓		✓	✓	✓				✓	
Pemphigus vulgaire	✓		✓	✓					✓	
Lésions dues aux radiations	✓		✓	✓	✓		✓		✓	
Hernie	✓		✓	✓	✓				✓	
Hernie péri/parastomiale										
Macération		✓	✓	✓		✓				
Bulle		✓	✓	✓		✓		✓	✓	
Vésicule										
Papule										
Plaque										
Melanosis coli	✓				✓				✓	

Terme	Type		Localisation			Étiologie			
	Affection/ complication	Aspect clinique	Peristomial	Parastomial	Stomial	Humidité	Traumatisme	Infection	Pathogénie
Fistule entéro-cutanée	✓		✓	✓	✓				✓
Foncé		✓			✓		✓		✓
Lichénification		✓	✓						✓
Lichen simplex chronique									
Prurigo nodulaire									
Lichen scléreux									
Coagulum (caillot)		✓					✓		
Vertigo		✓							✓
Hyperpigmentation		✓	✓						✓
Agrégats lymphoïdes	✓				✓				✓
Hyperplasie lymphoïde									
Hidrose	✓		✓	✓		✓			✓
Triple réponse de Lewis	✓		✓	✓					✓
Effet papulaire									
Xérose		✓	✓						✓
Eviscération	✓				✓		✓		✓
Hyperkératose muqueuse	✓				✓		✓		✓