	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000000991
	Approbateur : ROLET Sylvie	Version n° 1.0
Soins au patient porteur de colostomie / iléostomie		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Service aux patients	Approuvé le 27/09/2023

1. Résumé

Une stomie est l'abouchement chirurgical d'un segment du tube digestif à la peau en dehors de son emplacement naturel. La confection d'une colostomie ou iléostomie devient indispensable lorsque les matières fécales ne peuvent plus être évacuées d'une manière naturelle à la suite d'une maladie du colon ou de l'intestin grêle dont une partie doit être enlevée ou mise au repos. La stomie peut être provisoire ou définitive.

Cette procédure vise à définir les soins d'hygiène pour appareiller la stomie avec une poche ainsi que la surveillance à réaliser lors du soin.

Ce soin d'hygiène de la stomie permet de protéger la peau, préserver la sécurité et le confort du ou de la patiente et de prévenir les complications péristomiales

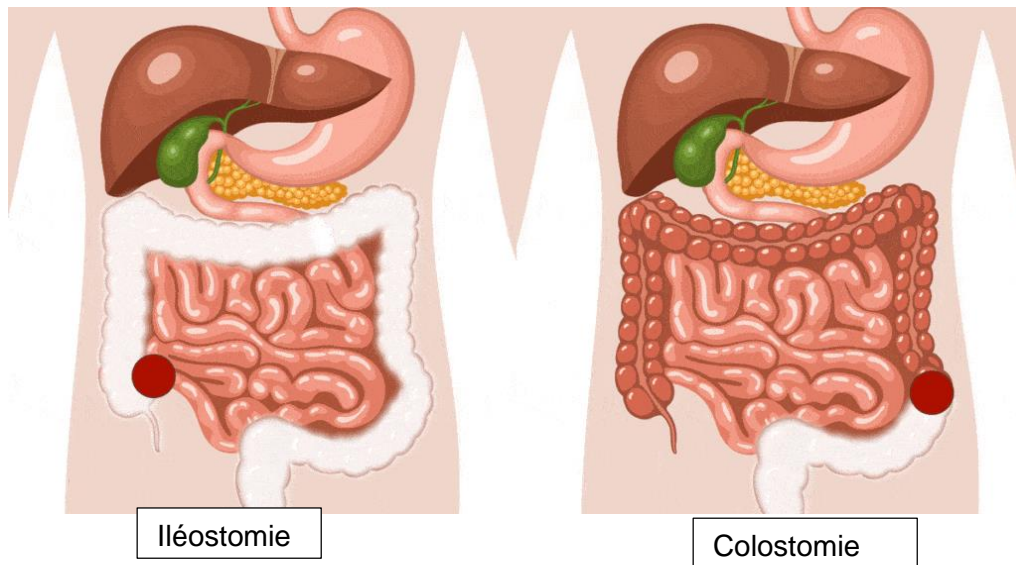
2. Cadre de référence

[Règles d'asepsie et d'hygiène hospitalière en vigueur dans l'institution](#) (SPCI)

3. Définitions

- La colostomie est l'abouchement chirurgical d'une partie mobile du côlon à la peau de l'abdomen permettant d'éliminer les matières fécales. Elle se situe en général, à gauche sur l'abdomen, en fosse iliaque gauche.
- L'iléostomie est l'abouchement chirurgical de l'iléon à la peau de l'abdomen permettant d'éliminer les matières fécales. Elle se situe en général, à droite sur l'abdomen, en fosse iliaque droite.

Chez l'enfant, les stomies sont positionnées selon la taille de l'enfant et les possibilités anatomiques.



Réf : <https://images.app.goo.gl/idux5yWTZbWa3awSA>

4. Indications des iléo-colostomies

Les colostomies et iléostomies provisoires et/ou définitives se retrouvent chez les patientes et patients souffrants de :

- Cancer des intestins, canal anal
- Maladies inflammatoires chroniques des intestins : maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique
- Diverticulite importante ou perforée
- Ischémie mésentérique
- Fistules intestinales
- Volvulus
- Atrésie intestinale
- Perforation traumatique
- Incontinence, problèmes neurogènes
- Problème post-radique
- Incontinence fécale
- Maladies pédiatriques : Hirschsprung, malformations anales, entérocolite nécrosante (NEC), perforations coliques, malformations congénitales
- Plaies périnéales ou para-anales, abcès, escarres, gangrène de Fournier

5. Risques, complications

- Irritations de la peau : fuites de liquide intestinal sous l'appareillage, abcès, allergie
- Perturbation du transit : gaz, consistance des selles (quantité et qualité des selles)
- Prolapsus stomial
- Désinsertion de la stomie partielle ou complète
- Nécrose de la stomie
- Hémorragie
- Sténose
- Hernie

6. Précautions

En pré opératoire :

Veiller à ce que l'emplacement de la future stomie soit repéré et marqué par les stomathérapeutes et/ou le ou la chirurgienne.

Types de problèmes fréquents rencontrés en post-opératoire et moyens d'intervention :

Risques	Objectifs	Moyens d'intervention
Infiltration, fuites de selles, décollement de l'appareillage répété	Assurer l'étanchéité de l'appareillage pour la sécurité de la ou du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas renforcer avec de l'adhésif, changer l'appareillage • Respecter la fréquence et déroulement du soin selon le protocole établi • Contacter les stomathérapeutes
Altération de l'état cutané	Garantir l'intégrité cutanée de la peau péristomiale pour le confort, la sécurité et le bon maintien de l'appareillage	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller l'état cutané péristomial • Appliquer le protocole proposé et contacter les stomathérapeutes si pas d'amélioration
Transit	Surveiller la fréquence, qualité des selles	<ul style="list-style-type: none"> • Transmettre sur DPI fréquence et qualité des selles et signaler si anomalie (constipation, diarrhée)
Déhiscence	Surveiller l'évolution de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter le protocole de soin de la plaie • En l'absence d'amélioration, contacter les stomathérapeutes
Prolapsus stomial	Protéger la stomie contre le traumatisme	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller l'état de la muqueuse stomiale : œdème, couleur, grandeur du prolapsus, fonctionnalité de la stomie, lacérations sur la muqueuse • Contacter les stomathérapeutes et adapter l'appareillage, (accessoires spécifiques)
Hernie parastomiale	Maintenir un appareillage étanche Préserver le confort et la qualité de vie du ou de la patiente	<ul style="list-style-type: none"> • Contacter les stomathérapeutes pour adapter l'appareillage


Sténose	Maintenir un transit intestinal régulier	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller et noter : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'apparition de douleur dans la région de la stomie ○ la fréquence des selles, leur consistance et leur forme (étroites) • Contacter les stomathérapeutes et ou le chirurgien en présence de ces symptômes
---------	--	---


En post-opératoire:

- Faire le soin en respectant l'intimité de la ou du patient
- Soin propre mais non stérile
- Séparer les soins des plaies opératoires, des soins de la stomie
- Utiliser du matériel non stérile
- L'utilisation de savon n'est pas nécessaire, sinon un savon neutre, sans colorant ni parfum, et proscrire l'utilisation de benzine, alcool, éther, teintures, pommades qui fragilisent la peau et nuisent à l'adhérence de l'appareillage
- Lors de chaque soin, mesurer le diamètre de la stomie et observer sa forme afin d'adapter la découpe de la poche: +/- 2 à 3 mm au-delà de la taille
- Une pâte protectrice ou/et un anneau d'étanchéité peuvent être appliqués pour garantir l'étanchéité et protéger la peau, notamment si selles liquides.
- Aérer la chambre après le soin.

7. Le déroulement du soin

Type d'appareillage et fréquence des changements :

Type d'appareillage (Cf. tableau en annexe)	Fréquence des changements
Système 2 pièces : socle + poche vidable ou fermée 	La plaque est changée tous les 3-4 jours La poche fermée 1 à 3x par jour suivant besoin La poche peut être vidée tous les 2 jours

<p>Système d'une pièce vidable ou fermée</p> 	<p>La poche fermée : 1-3x/j par jour suivant besoin La poche peut être vidée tous les 2 jours</p>
--	---

Préparation du matériel

- Protection pour le lit
- Solution hydroalcoolique pour la désinfection des mains
- Gants non stériles
- Cuvette, eau tiède
- Matériel d'appareillage de la stomie suivant protocole de la stomathérapeute (spray, pâte protectrice et/ou anneaux d'étanchéité, poche, plaque, ceinture.)
- Ciseaux, modèle de découpe, stylo
- Lavettes à usage unique, compresses non stériles
- Une tondeuse électrique si pilosité importante
- Sac à déchets pour éliminer l'appareillage souillé

Déroulement du soin

- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
- Installer la ou le patient
- Protéger le lit
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
- Mettre les gants non stériles
- Vider la poche (si vidable)
- Décoller doucement la poche du haut vers le bas avec le spray antiadhésif
- Observer le contenu (qualité, présence de sang, couleur) et quantifier si prescription médicale puis jeter la poche dans le sac à déchets
- Laver la stomie et la peau à l'eau tiède avec les lingettes ou compresses
- Observer la stomie, les points de suture et la peau
- Si nécessaire tondre les poils sur le pourtour de la stomie
- Sécher soigneusement la peau par tamponnements avec des compresses
- Retirer les gants non stériles
- Découper la plaque de base ou la poche selon le modèle de découpe
- Vérifier la grandeur de la découpe en testant sur la stomie
- Remettre les gants
- Bien sécher la peau à l'aide de lingette ou de compresses
- Appliquer de la pâte protectrice et/ou l'anneau sur le pourtour de la découpe de la poche, si selles liquides (cf annexe vidéo)
- Coller la poche ou la plaque de base du bas vers le haut, en tirant la peau pour éviter les plis (qui pourraient favoriser les fuites)
- Adapter la poche sur la plaque de base (appareillage 2 pièces)
- Si poche vidable, fermer le clamp intégré
- Adapter la ceinture de fixation, si nécessaire

- Demander au ou à la patiente de poser la main par-dessus la poche pendant 2-3 min pour une meilleure adhérence de celle-ci.
- Enlever les gants
- Se frictionner les mains avec la solution hydroalcoolique
- Ranger le matériel de la ou du patient, et vérifier le stock de matériel (commander si nécessaire)
- Evacuer le sac à déchet fermé dans un sac jaune pour liquide biologique
- Désinfection du chariot de soin

Vidange de la poche :

- La vidange s'effectue dès que la poche est à moitié pleine
- Si le contenu doit être mesuré, il doit être quantifié dans un pot gradué et documenté sur DPI, sinon il peut être vidé directement dans les toilettes
- Différentes modalités peuvent être enseignées au ou à la patiente : position assise sur les toilettes, à califourchon ou sur le côté de la cuvette des WC.
- Il est possible de vider le contenu de la poche dans un sac à déchets posé sur le lavabo, qui sera éliminé dans la poubelle.
- Bien nettoyer l'extrémité de la poche ainsi que l'intérieur sur 5cm avec papier toilette, pour éviter l'écoulement de selles et les odeurs.

8. Contrôle et surveillance

- Aspect de la stomie : rouge et humide. La stomie peut légèrement saigner au contact ou frottement avec une compresse
- Etat cutané péristomial
- Quantité et qualité des effluents
- Reprise et rythme du transit
- Ablation des fils de stomie : ablation entre J15-J21
- Vérifier fréquemment l'étanchéité de l'appareillage ou si le niveau de remplissage de la poche.
- **Ne jamais colmater s'il y a un début de fuite mais refaire le soin.**

9. Education de la personne soignée**Préopératoire :**

La ou le patient et/ou les proches bénéficient d'une consultation en stomathérapie centrée sur leur questionnements et leurs préoccupations, dans le but de se projeter dans sa vie future de stomisé ou stomisée. Le ou la patiente est informée sur la technique opératoire, la confection de la stomie, les soins, les aspects organisationnels au quotidien et le matériel de stomathérapie.

Selon ses souhaits, la ou le patient peut être mis en contact avec un ou une patiente partenaire ressource.

Le marquage de la stomie (déterminer l'emplacement de la stomie sur l'abdomen) est effectué dans la phase préopératoire.

Post-opératoire:

L'enseignement des autos-soins à la et au patient et ses proches (vidange de la poche, soins de stomie, hygiène corporelle, alimentation/gestion du transit, reprise de l'activité physique) est adapté en fonction de l'état physique, du rythme et des besoins du ou de la patiente.

L'apprentissage de la vidange de la poche est une priorité en vue du retour à domicile (RAD).
La préparation du retour à domicile :

- Un protocole de soins est établi par l'équipe des stomathérapeutes pour le relai des soins à domicile.
- Le matériel est donné à la ou au patient en attendant la commande qui sera effectuée à la première consultation ambulatoire de stomathérapie.

Suivi ambulatoire

- Le rythme et la fréquence des consultations ambulatoires seront déterminés en fonction de l'évaluation individuelle des nouveaux besoins de la personne (accompagnement psychosocial, éducation à l'autogestion).

Conseils pour la sortie:

- **Douches** possibles si la cicatrice médiane est bien fermée. Le bain est possible au minimum 15 jour après l'ablation des fils.
- **Habillement** : Vêtements qui ne frottent pas sur la stomie (ceinture ou élastique) et qui ne bloquent pas l'écoulement des selles dans la poche
- **Activité physique** : Eviter les coups dans l'abdomen (sport de contact) la marche est privilégiée surtout les 4-6 premières semaines, éviter le port de charges importantes supérieure à 5kg ou 10% de son poids.
- **Les voyages** en avion sont possibles 6 semaines après l'intervention. Pas de restrictions pour la conduite en voiture.
- **Sexualité** : Reprise en fonction de l'envie et des douleurs.
- **Alimentation** :
 - Pas de régime pour **les colostomies** mais recommandations pour le confort personnel.
 - Pour les **ileostomies**, une alimentation sans crudité ou pauvres en fibres est mise en place au début et une mesure de la quantité des effluents est réalisée lors de l'hospitalisation.

L'objectif est d'évacuer **moins d'un litre des selles par jour.**

Certaines mesures de base sont enseignées :

- Boire 1,5 litres de boissons par jour, entre les repas, des petites quantités (0.5 à 1dl) à la fois. Eviter tout ce qui peut créer un inconfort digestif ou qui accélère le

transit (boissons gazeuses, café fort, boissons glacées, jus de fruit, intolérances personnelles).

- Fractionner les repas sur la journée (3-4x)
- Prendre le temps de mâcher
- Introduire progressivement les aliments au retour à domicile selon la tolérance, et retrouver une alimentation variée et équilibrée.
- Des ralentisseurs du transit peuvent être prescrits (loperamide), ainsi que des anti-sécrétoires (omeprazole) sur prescription médicale afin d'augmenter l'absorption de l'eau, et des aliments au niveau intestinal.

Une attention particulière et un enseignement seront réalisés pour éviter une déshydratation pouvant conduire à une insuffisance rénale et une réhospitalisation.

10. Elimination des déchets

[Elimination des déchets selon la procédure institutionnelle pour les déchets infectieux et/ou souillés par des liquides biologiques.](#)

Ne pas exposer les plaques ni les poches aux rayons directs du soleil ni à la chaleur.

11. Références

- M. Guyot, S. Montandon, M. F. Valois, Annales de chirurgie 128 (2003), Les guides des bonnes pratiques en stomathérapie. Un outil pour la prise en charge multi-professionnelle de la personne stomisée
- World Council of Enterostomal Therapists, (2014) WCET International Ostomy Guideline
- New Zealand Nurses Organisation Stomal Therapy Section, (2010) Stomal therapy nursing standards of practice
- V & VN Department of Stoma Care Nurses, (2012) Evidence-based Guideline on Stoma Care in the Netherlands
- Registered Nurses ' Association of Ontario, (2009) Clinical Best Practice Guidelines, Ostomy Care and Management
- Lanz S. La colostomie : un guide de la Ligue contre le cancer pour les personnes concernées et leurs proches [Internet]. Ligue suisse contre le cancer; 2017. Disponible sur : <https://boutique.liguecancer.ch/files/kls/webshop/PDFs/francais/l-colostomie-022503012111.pdf>
- Lanz S. L'iléostomie : un guide de la ligue contre le cancer pour les personnes concernées et leurs proches [Internet]. Ligue contre le cancer; 2012 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur : <https://boutique.liguecancer.ch/files/kls/webshop/PDFs/francais/l-iléostomie-022502012111.pdf>
- La Revue médicale suisse : les stomies digestives : <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-10/30126>

12. Personnes rédactrices

GARCIA PAILLARD Manuela, infirmière spécialiste clinique, direction des soins

13. Personnes relectrices et validatrices

FAVRE Charlotte, infirmière spécialisée, service de chirurgie viscérale
Référentiel médico-soignant (RMS)

14. Liens et annexes

Film soin iléostomie : <https://tube.switch.ch/videos/jwWCo1gcPh>

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.