

Jaccr SURGERY**Article original**

**Indications, techniques et complications des stomies intestinales :
expérience de 142 cas colligés au CHU de Treichville**

Indications, techniques, and complications of intestinal stomas:
a experience of 142 cases collected at the Treichville University Hospital

KJ N'dri^{*1,2}, KHN Ahue^{1,2}, AA Adon^{1,2,3}, AG Aboua^{1,2}, KM Goho^{1,4}, M Keita^{1,4}, R Lebeau⁵, OC Blegole^{1,2}

Résumé

Introduction : La stomie est l'abouchement intentionnel par voie chirurgicale d'un organe à la peau. La stomie va porter le nom de l'organe sur lequel elle siège permettant ainsi de distinguer des œsophagostomies (œsophage), des gastrostomies (estomac), des jéjunostomies (jéjunum) et des entérostomies (iléon et côlon).

Méthodologie : c'est une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur cinq ans (janvier 2018 – décembre 2022) au centre hospitalier universitaire de treichville. Les critères d'inclusion comprenaient les dossiers complets de patients ayant bénéficié d'une entérostomie.

Résultats : nous avons colligé 142 cas d'entérostomies, avec une prédominance masculine (98 hommes, sex-ratio de 2,23) et un âge moyen de 36,2 ans. Les antécédents étaient absents chez 102 patients. Les indications principales étaient dominées par les

péritonites aiguës généralisées (86 cas, soit 60,56 %), suivies des occlusions intestinales (48 cas, soit 33,80 %) et des traumatismes (huit cas). Les perforations iléales d'origine typhique constituaient la première étiologie des péritonites (46 cas). Le volvulus du côlon sigmoïde était la cause majeure des occlusions (29 cas). Quatre-vingt-seize iléostomies et 46 colostomies ont été réalisées, principalement en première intention (137 cas). La morbidité globale était de 90,85 % (129 cas), dominée par les suppurations de l'incision médiane (42 cas), la dénutrition avec déshydratation (33 cas) et les dermites péristomiales (23 cas). Le taux de rétablissement de la continuité digestive était de 92,25 % (131 patients). La mortalité globale s'élevait à 7,75 % (11 décès).

Conclusion : la stomie digestive reste une intervention de sauvetage fréquente en afrique subsaharienne, grevée d'une lourde morbidité dominée par les complications infectieuses et nutritionnelles.

L'amélioration du pronostic dépend de la précocité de la prise en charge et de la disponibilité des dispositifs d'appareillage.

Mots-clés : colostomie ; complications ; iléostomie ; indications ; Treichville.

Abstract

Introduction: A stoma is the intentional surgical opening of an organ onto the skin. The stoma is named after the organ involved, allowing for the distinction between esophagostomies (esophagus), gastrostomies (stomach), jejunostomies (jejunum), and enterostomies (ileum and colon).

Methodology: this is a retrospective, descriptive and analytical study conducted over five years (January 2018 – December 2022) at the Treichville University Hospital. The inclusion criteria included complete records of patients who had undergone an enterostomy.

Results: we collected 142 cases of enterostomies, with a male predominance (98 men, sex ratio of 2.23) and a mean age of 36.2 years. The history was absent in 102 patients. The main indications were dominated by acute generalized peritonitis (86 cases, or 60.56%), followed by intestinal obstructions (48 cases, or 33.80%) and trauma (eight cases). Ileal perforations of typhoid origin were the first etiology of peritonitis (46 cases). Sigmoid colon volvulus was the major cause of occlusions (29 cases). Ninety-six ileostomies and 46 colostomies were performed, mainly as a first-line treatment (137 cases). Overall morbidity was 90.85% (129 cases), dominated by mid-incision suppurations (42 cases), malnutrition with dehydration (33 cases), and peristomal dermatitis (23 cases). The rate of restoration of digestive continuity was 92.25% (131 patients). Overall mortality was 7.75% (11 deaths).

Conclusion: the digestive stoma remains a frequent life-saving intervention in sub-Saharan Africa, burdened by heavy morbidity dominated by infectious and nutritional complications. The improvement of the prognosis depends on the precocity of management and the availability of appliance devices.

Keywords: colostomy; complications; ileostomy; indications; Treichville.

Introduction

La stomie est l'abouchement intentionnel par voie chirurgicale d'un organe à la peau. La stomie va porter le nom de l'organe sur lequel elle siège permettant ainsi de distinguer des œsophagostomies (œsophage), des gastrostomies (estomac), des jéjunostomies (jéjunum) et des entérostomies (iléon et côlon) [1].

A l'inverse des trois premiers types qui sont surtout des stomies d'alimentation, les entérostomies sont utilisées le plus souvent pour dériver de façon provisoire ou définitive le contenu intestinal. Elles constitueront l'objet de notre étude.

Bien que la réalisation des stomies soit encore entravée par le contexte psychologique et les difficultés d'appareillage [1], force est de reconnaître que la nécessité d'une entérostomie est parfois incontournable en raison du siège, du stade évolutif ou de la nature des lésions. Elles continuent donc à être une option chirurgicale classique pour le traitement d'entités pathologiques diverses en chirurgie digestive.

Au CHU de Treichville, centre de référence en Côte d'Ivoire, la stomie intestinale représente un acte quotidien dans la pratique chirurgicale, notamment dans les services d'urgences digestives et de chirurgie générale. Les indications y sont variées : affections tumorales, traumatiques, infectieuses, inflammatoires ou encore iatrogènes. Cependant, la fréquence des complications observées interroge sur la maîtrise technique du geste, le suivi postopératoire et les conditions socio-économiques des patients.

Dans un contexte où la qualité de la prise en charge chirurgicale est un enjeu majeur, il apparaît essentiel d'évaluer les indications, les techniques utilisées et les complications rencontrées afin d'améliorer les résultats fonctionnels et la qualité de vie des patients stomisés.

C'est dans cette perspective que nous avons entrepris cette étude portant sur 142 cas de stomies intestinales réalisées au CHU de Treichville, avec pour objectifs :

- d'analyser les différentes indications de stomie intestinale dans notre contexte ;
- de décrire les techniques chirurgicales employées ;
- d'identifier et classer les complications observées ;

Méthodologie

Cadre et type d'étude

Cette étude descriptive, rétrospective et analytique a été réalisée au centre hospitalier universitaire de treichville, précisément au sein du service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne. L'étude s'est déroulée sur une période de temps de cinq ans, s'étendant du premier janvier 2018 au 31 décembre 2022.

Population d'étude

Nous avons inclus tous les patients ayant bénéficié d'une stomie intestinale (iléostomie ou colostomie) durant la période d'étude, et dont le dossier médical était complet et exploitable. Les dossiers incomplets, les dérivations non intestinales ainsi que les stomies confectionnées dans d'autres services ont été exclus. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé à partir des registres opératoires, des dossiers cliniques et des fiches de suivi postopératoire. Les variables étudiées comprenaient les données sociodémographiques, les antécédents, les indications, les techniques opératoires, les complications et le pronostic.

Analyse statistique et éthique

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel spss version 25.0. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages, et les variables quantitatives en moyennes et extrêmes. La comparaison des proportions a été réalisée à l'aide du test du khi-deux, avec un seuil de significativité fixé à une valeur de p inférieure à 0,05. Sur le plan éthique, l'anonymat des patients a été strictement respecté, et l'autorisation préalable du chef de service a été obtenue.

Results

Données épidémiologiques et cliniques (tableau I)

Durant la période d'étude, 142 entérostomies ont été colligées, réparties en 27 cas en 2018, 23 cas en 2019, 25 cas en 2020, 38 cas en 2021 et 29 cas en 2022. La population d'étude comportait 98 patients de sexe masculin et 44 de sexe féminin, soit un sex-ratio de 2,23. L'âge moyen des patients était de 36,2 ans, avec des extrêmes de 15 à 82 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21 à 30 ans (47 cas, soit 33,10 %), suivie de celle de 31 à 40 ans (42 cas, soit 29,58 %).

La majorité des malades (102 cas, soit 71,83 %) ne présentait aucun antécédent pathologique. Les antécédents médicaux (31 cas) étaient marqués par des douleurs abdominales avec constipation chronique (19 cas), une hypertension artérielle (cinq cas) et un diabète (sept cas). Trois patientes présentaient un antécédent de manœuvre intra-utérine (deux accouchements dystociques et un avortement clandestin) et six patients avaient un antécédent de chirurgie abdominale.

Le délai moyen de consultation était de deux jours pour l'ensemble des diagnostics. Ce délai était de trois jours pour les péritonites (extrêmes : deux heures à neuf jours), de quatre jours pour les occlusions (extrêmes : cinq heures à 11 jours) et d'un jour pour les traumatismes.

Indications opératoires

Les péritonites aiguës généralisées constituaient la principale indication opératoire avec 86 cas (60,56 %), suivies des occlusions intestinales avec 48 cas (33,80 %) et des traumatismes avec huit cas (5,64 %). Concernant les 86 cas de péritonites, les perforations digestives étaient prédominantes (77 cas, soit 89,53 %), subdivisées en perforations iléales (13 uniques, 59 multiples), perforations coliques (une unique, quatre multiples) et une tumeur colique perforée. Les autres causes comprenaient cinq péritonites postopératoires par fistule anastomotique et trois cas de nécrose cœcale sur appendicite compliquée. L'étiologie

typhique a été confirmée par sérodiagnostic de widal-felix ou hémoculture chez 46 patients porteurs d'une perforation iléale (63,89 %). Les perforations coliques comptaient trois cas d'amibiase colique maligne et un cas de rectocolite hémorragique.

Pour les 48 cas d'occlusions, le volvulus du côlon sigmoïde était la cause majeure (29 cas, soit 60,42 %), suivi des occlusions du grêle sur brides avec nécrose (huit cas, soit 16,67 %), des tumeurs coliques malignes (quatre cas, soit 8,33 %), des hernies étranglées avec nécrose (quatre inguinales, une de la ligne blanche). Un nœud iléosigmoïdien et un volvulus du cæcum ont également été notés.

Les huit cas de traumatismes commençaient par trois plaies pénétrantes par arme blanche (deux cas) ou arme à feu (un cas), une contusion abdominale par accident de la voie publique, une plaie iatrogène du sigmoïde lors d'une chirurgie pour grossesse extra-utérine, et trois fistules recto-vaginales compliquant un accouchement dystocique (deux cas) ou un avortement clandestin (un cas).

Les différentes indications ont été regroupé dans le tableau II.

Données chirurgicales et thérapeutiques (tableau III)

Les interventions ont toutes été menées sous anesthésie générale. La voie d'abord était une laparotomie médiane dans 138 cas et un abord électif para-rectal gauche dans quatre cas. Au total, 96 iléostomies (85 distales, 11 moyennes) et 46 colostomies (40 gauches, quatre transverses, deux droites) ont été réalisées. Les stomies ont été pratiquées en première intention dans 137 cas (96,48 %) et en deuxième intention dans cinq cas (3,52 %). Les iléostomies étaient terminales dans 79 cas (toutes selon le procédé de bryan brooke) et latérales dans 17 cas (six sur baguette, 11 sans baguette). Les colostomies étaient terminales dans 40 cas (31 types hartmann, neuf types bouilly-volkman) et latérales sur baguette dans huit cas. Les gestes associés comprenaient 126 résections intestinales, trois appendicectomies, cinq cures herniaires et une orchidectomie.

En postopératoire, une antibiothérapie à large spectre et une réanimation hydro-électrolytique ont été systématiques. L'application de poches collectrices a été immédiate chez 87 patients (61,27 %). Quarante-neuf patients (34,51 %) ont été admis en réanimation pour instabilité hémodynamique (32 cas), altération profonde de l'état général (11 cas) ou défaillance multiviscérale (6 cas).

Sur les (142) patients colligés initialement, (11) sont décédés (7,75%) durant la phase aiguë précoce. Tous ces décès sont survenus avant le rétablissement de la continuité digestive. Les (131) patients survivants (92,25%) ont tous bénéficié secondairement d'une fermeture de leur stomie, fixant le taux de rétablissement à (100%) des candidats éligibles. La voie d'abord pour cette seconde intervention était une incision élective locale dans (88) cas (67,18%) et une reprise de la laparotomie médiane dans (43) cas (32,82 %). Le délai moyen de fermeture était de trois mois pour les iléostomies (extrêmes : (35) jours à (1 an) et de ferments plus longs atteignant cinq mois pour les colostomies (extrêmes : 45 jours à 2 ans). La durée moyenne d'hospitalisation post-rétablissement était de 13 jours extrêmes : 6 à 61 jours.

Complications et pronostic

La fenêtre de surveillance post opératoire étendue de l'intervention initiale (confection de la stomie) jusqu'au rétablissement de la continuité digestive était de 3 à 5 mois en moyenne (avec des extrêmes atteignant 1 à 2 ans).Seuls 13 patients (9,15 %) ont présenté des suites postopératoires simples et la proportion de patient ayant présenté au moins une complication médicale ou chirurgicale par rapport à l'ensemble de la population d'étude pendant la période d'étude représentant la morbidité globale était de 90,85% (129 patients avec complications / 142 patients au total)

. Les complications infectieuses étaient dominées par les suppurations de l'incision médiane (42 cas, soit 32,56 %) et les suppurations péristomiales (cinq cas). Les complications métaboliques et cutanées comprenaient 33 cas de dénutrition avec

déshydratation (25,58 %) et 23 cas de dermites péristomiales (17,83 %). Les autres complications étaient représentées par les éventrations médianes (12 cas), les prolapsus stomiales (trois cas), les nécroses stomiales (trois cas), les sténoses (trois cas), les fermetures spontanées (deux cas), les rétractions (deux cas), les éventrations péristomiales (deux cas), une escarre de décubitus et un trouble psychique. Les nécroses, les fermetures spontanées et un cas de lâchage stomial ont nécessité une reprise opératoire. Les complications cutanées et infectieuses étaient plus fréquentes chez les iléostomisés (21 dermites et 38 suppurations médianes) que chez les colostomisés (deux dermites et 14 suppurations médianes). Plusieurs patients ont présenté des complications multiples (cumul de complication chez un même individu). Dans le tableau IV nous avons analysés les facteurs associés aux complications.

Nous avons enregistré 11 décès, soit une mortalité

globale de 7,75 %. L'âge moyen des patients décédés était de 46 ans (extrêmes : 39 à 81 ans), avec neuf hommes et deux femmes. Ces décès sont survenus après une stomie indiquée pour péritonite dans sept cas et pour occlusion dans quatre cas. Ces décès sont tous survenu avant le rétablissement . La mortalité était de 8,33 % pour les iléostomies (8 décès sur 96 ; IC 95 % : [67 % – 15, 76 %]) par rapport à 6,52 % pour les colostomies (3 décès sur 46 ; IC 95 % : [1,37 % – 17,89 %]). Cette différence n'était pas statistiquement significative (test exact de Fisher, (p = 1,0). De plus, le taux de mortalité atteignait 60 % (trois cas sur cinq) chez les patients opérés en deuxième intention, et 63,64 % (sept décédés sur 11) chez ceux ayant consulté après sept jours d'évolution. Tous les décès sont survenus avant le rétablissement de la continuité digestive. Le tableau 6 et 7 montre l'analyse des facteurs associés aux décès.

Tableau I : Caractéristiques démographiques et cliniques de la population (N = 142)

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Commentaires / Détails
Sexe			
Masculin	98	69,01 %	Sex-ratio (M/F) = 2,23 Âge moyen : 36,2 ans Extrêmes : 15 à 82 ans Tranche la plus représentée (21-30 ans)
Féminin	44	30,99 %	
Tranches d'âge (ans)			
15 – 20 ans	53	37,32 %	
21 – 30 ans	47	33,10 %	
31 – 40 ans	42	29,58 %	
Terrain et Antécédents			
Aucun antécédent pathologique	102	71,83 %	Population majoritairement saine Sur 31 patients avec antécédents médicaux
Constipation chronique + Douleurs	19	13,38 %	
Diabète	7	4,93 %	
Hypertension artérielle	5	3,52 %	
Antécédents de chirurgie abdominale	6	4,23 %	
Manœuvre intra-utérine clandestine/ dystocique	3	2,11 %	Rapporté uniquement chez les femmes (3/44)

Tableau II : Indications opératoires et profils lésionnels (N = 142)

Indications principales	Sous-types lésionnels et Étiologies	Effectif (n)	% par rapport à l'indication	% Global (N=142)
Péritonites aiguës (n = 86) ; 60,56 %	Perforations iléales (Typhique*)	72	83,72 %	50,70 %
	Péritonites postopératoires (Fistule)	5	5,81 %	3,52 %
	Perforations coliques amibiennes/RCH	4	4,65 %	2,82 %
	Nécrose cœcale (Appendicite)	3	3,49 %	2,11 %
	Tumeur colique perforée	1	1,16 %	0,70 %
Occlusions intestinales ((n = 48) ; 33,80 %)	Volvulus du côlon sigmoïde	29	60,42 %	20,42 %
	Brides du grêle avec nécrose	8	16,67 %	5,63 %
	Hernies étranglées nécrosées	5	10,42 %	3,52 %
	Tumeurs coliques malignes	4	8,33 %	2,82 %
	Nœud iléosigmoïdien / Volvulus cæcum	2	4,17 %	1,41 %
Traumatismes ((n = 8) ; 5,64 %)	Fistules recto-vaginales obstétricales	3	37,50 %	2,11 %
	Plaies pénétrantes (Arme blanche/feu)	3	37,50 %	2,11 %
	Contusion abdominale (AVP)	1	12,50 %	0,70 %
	Plaie iatrogène du sigmoïde (GEU)	1	12,50 %	0,70 %

*L'étiologie typhique a été confirmée biologiquement chez 46 des 72 patients présentant une perforation iléale (soit 63,89 %).

Tableau III : Données chirurgicales et modalités des stomies (N = 142)

Variables chirurgicales	Sous-catégories	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Chronologie du geste	Première intention	137	96,48 %
	Deuxième intention (Reprise)	5	3,52 %
Type d'entérostomie	Iléostomies	96	67,61 %
	— Configuration iléostomies	79 Terminales / 17 Latérales	82,29 % / 17,71 %
	Colostomies	46	32,39 %
	— Configuration colostomies	40 Terminales / 6 Latérales	86,95 % / 13,04 %
Voie d'abord initiale	Laparotomie médiane	138	97,18 %
	Abord électif para-rectal gauche	4	2,82 %
Gestes associés	Résection intestinale	126	88,73 %
	Cure de hernie	5	3,52 %
	Appendicectomie	3	2,11 %
	Orchidectomie	1	0,70 %
Suites immédiates	Application immédiate de poche	87	61,27 %
	Admission en réanimation	49	34,51 %

Tableau IV : analyse des facteurs associés aux complications (Morbidity)

Les complications infectieuses et cutanées étaient significativement plus fréquentes chez les patients porteurs d'une iléostomie.

Facteurs cliniques	Iléostomies (n=96)	Colostomies (n=46)	Comparaison brute (Valeur de p)
Dermes péristomiales	21 (21,88 %)	2 (4,35 %)	p = 0,009(Significatif)*
Suppurations de la médiane	38 (39,58 %)	14 (30,43 %)	p = 0,35(Non significatif)*

Tableau V : Complications postopératoires globales (N = 142)

Évolution clinique	Types de complications	Effectif (n)	% Global (N=142)
Suites simples	Aucun événement indésirable	13	9,15 %
Morbidité globale	Au moins une complication	129	90,85 %
— Pariétales & Infectieuses	Suppurations de la laparotomie médiane	42	29,58 %
	Suppurations péristomiales	5	3,52 %
— Générales & Cutanées	Dénutrition avec déshydratation aiguë	33	23,24 %
	Dermites péristomiales	23	16,20 %
	Éventrations de la médiane	12	8,45 %
	Prolapsus stomial	3	2,11 %
— Spécifiques à la stomie	Nécrose stomiale (Nécessitant reprise)	3	2,11 %
	Sténose stomiale	3	2,11 %
	Fermeture spontanée (Nécessitant reprise)	2	1,41 %
	Rétraction stomiale	2	1,41 %
	Éventration péristomiale	2	1,41 %
	Lâchage stomial (Nécessitant reprise)	1	0,70 %
— Divers	Trouble psychique / Escarre	2	1,41 %

Tableau VI : Facteurs associés aux décès (Mortalité)

L'analyse univariée brute montre que le type de stomie n'influence pas le décès, contrairement au caractère secondaire de la chirurgie et au retard de consultation.

Facteurs suspectés	Groupes de comparaison	Décès /Total	Taux (%)	Valeur de p (Brute)
Type de stomie	Iléostomie	8 / 96	8,33 %	(p = 1,0) (Test exact de Fisher)
	Colostomie	3 / 46	6,52 %	
Chronologie opératoire	1ère intention	8 / 137	5,84 %	(p = 0,003) (Test exact de Fisher)
	2ème intention	3 / 5	60,00 %	
Délai de consultation	(le) 7 jours	4 / 131	3,05 %	(p < 0,001) (Test exact de Fisher)
	> 7 jours	7 / 11	63,64 %	

Tableau VII : Analyse pronostique et facteurs associés à la mortalité

Cette table intègre les intervalles de confiance exacts et la valeur de p corrigée par test exact de Fisher.

Facteurs analysés	Sous-groupes	Patients (n)	Décès (n)	Taux de mortalité	IC à 95 % (Clopper-Pearson)	Valeur de p
Mortalité Globale	Total de la cohorte	142	11	7,75 %	[3,93 % – 13,43 %]	—
Type de stomie	Iléostomies	96	8	8,33 %	[3,67 % – 15,76 %]	(p = 1,0) (Non significatif)
	Colostomies	46	3	6,52 %	[1,37 % – 17,89 %]	
Chronologie	Première intention	137	8	5,84 %	[2,55 % – 11,18 %]	(p = 0,003) (Très significatif)
	Deuxième intention	5	3	60,00 %	[14,66 % – 94,73 %]	
Délai de consultation	7 jours d'évolution	131	4	3,05 %	[0,84 % – 7,63 %]	(p < 0,001) (Hautement significatif)
	> 7 jours d'évolution	11	7	63,64 %	[30,79 % – 89,16 %]	

Discussion

La portée de nos résultats doit être interprétée à la lumière de plusieurs limites méthodologiques et de biais de sélection inhérents à notre contexte d'exercice.

En premier lieu, notre travail souffre d'un biais de recrutement structurel lié au statut de centre de référence tertiaire de notre institution. En tant que structure hospitalière de dernier recours, notre service accueille une proportion disproportionnée de cas graves expliquant une surestimation de la morbidité globale (90,85 %) et de la mortalité (7,75 %), qui ne reflètent pas l'incidence réelle des complications des entérostomies à l'échelle de la population générale. En deuxième lieu, l'exclusion des dossiers médicaux incomplets constitue un biais d'attrition classique dans les études rétrospectives en zone à ressources limitées.

L'incidence annuelle moyenne de 28,4 cas dans notre série s'avère nettement supérieure aux données rapportées en côte d'ivoire par Koffi et al. [2] (10 cas par an), au Congo par Bikandou et al. [3] (13 cas par an), ou en République Démocratique du Congo par Ahuka et al. [4] (5,2 cas par an). Cette fréquence élevée

s'explique par la vulgarisation des stomies d'urgence, désormais préférées aux anastomoses immédiates en milieu péritonéal fortement septique [2]. L'âge moyen bas de nos patients (36,2 ans), similaire à celui observé par Sissoko et al. (34 ans) [5], contraste avec le profil vieillissant des séries européennes qui se situe au-delà de 55 ans chez Guillemain et al. [6], Baumel et al. [7], ou Berard et al. [8] ce phénomène découle directement de la pyramide des âges jeune en Afrique et de la forte prévalence des perforations typhiques chez les adolescents et les adultes jeunes dans notre environnement [1]. La nette prédominance masculine, classique dans la littérature, demeure liée au mode de recrutement local sans signification statistique intrinsèque [2].

Sur le plan des indications, notre série présente la particularité de ne comporter aucune stomie définitive, contrairement aux pays occidentaux où les cancers rectaux ou les maladies inflammatoires chroniques intestinales comme la maladie de crohn imposent souvent des dérivations définitives [6]. Nos indications ont été dominées à 60,56 % par les péritonites aiguës généralisées, un profil étiologique conforme aux observations de Sissoko et al. [5] et d'El Idrissi et al. [9], mais inversé par rapport aux données

européennes où le cancer colorectal prédomine largement [6]. La première cause de ces péritonites était la perforation iléale d'origine typhique (63,89 %), une spécificité des pays en développement où salmonella typhi sévit à l'état endémique [2]. La perforation survient classiquement au niveau de l'iléon distal sur le bord antimesentérique [2]. De plus, l'amibiase colique maligne a constitué une étiologie notable de nos perforations coliques, absente des séries occidentales alors que SISSOKO [5] en relatait 3,33 % dans sa série.

. Concernant les occlusions, le volvulus du côlon sigmoïde représentait la cause majeure (60,42 %), rejoignant les constatations d'Alaoui et al. [10] et d'el Idrissi et al. [9], tandis que les obstructions tumorales dictent la prise en charge en europe selon Alves Pereira et al. [11]. Le retard considérable à la consultation (54,93 % des patients vus après 48 heures) s'explique par le recours initial à l'automédication et les difficultés d'accès aux soins, expliquant l'admission de patients en état de choc septique ou d'insuffisance rénale terminale.

Sur le plan thérapeutique, l'adhésion au dogme de Loygue et al. [12] (« à faire des anastomoses dans le pus, on s'expose à devoir réintervenir dans des conditions très précaires ») justifie notre recours aux entérostomies de première intention . Bien que Sako et al. [13] aient rapporté des tentatives de sutures immédiates au prix de 28 % de fistules, la stomie de sauvegarde demeure la règle en milieu septique sous-mésocolique [12].

Le taux élevé de rétablissement de la continuité (92,25 %) est supérieur aux moyennes occidentales de 30 % à 50 % rapportées par champault et al. [14], s'expliquant par le caractère bénin et réversible des affections causales chez des sujets jeunes une fois le cap aigu franchi . Le délai moyen de fermeture de quatre mois concorde avec les recommandations de becmeur et al. [15], contrastant avec les délais courts de 45 jours proposés par sissoko et al. [5]. Ces longs délais dans notre contexte sont principalement dictés par la nécessité de corriger au préalable l'état nutritionnel précaire des malades.

La mortalité globale de 7,75 % était fortement influencée par le délai de prise en charge et le caractère secondaire de la stomie (60 % de décès en deuxième intention), des chiffres comparables à ceux de loygue et al. [12] et mechat et al. [16]. Enfin, la morbidité postopératoire alarmante de 90,85 % met en exergue la précarité de la prise en charge périopératoire . Les suppurations et les dermites péristomiales (17,83 %) découlent directement du manque cruel de poches adaptées, cause majeure de morbidité stomiale identifiée par andivot et al. [17] et kouadio et al. [18], contraignant les familles à des soins de fortune. L'altération de l'état général (25,58 % des cas) illustre l'inaccessibilité financière de la nutrition parentérale totale, pourtant indispensable après entérectomie massive . Dans ces grêles courts temporaires, l'alimentation élémentaire dans le segment d'aval décrite par cosnes et al. [19] ou la technique de réinstillation du chyme développée par levy et al. [20] ou desport et al. [21] constitueraient des alternatives thérapeutiques d'excellence, mais requièrent un appareillage spécialisé indisponible dans notre centre .

Pour améliorer le pronostic des patients porteurs d'entérostomies d'urgence dans ce contexte, la stratégie repose sur quatre mesures locales et pragmatiques plutôt que sur des innovations technologiques lourdes : sécuriser la disponibilité immédiate des poches de stomie au bloc opératoire (via l'intégration de kits d'urgence ou un protocole d'appareillage artisanal pour éviter les dermites), former des infirmiers référents à l'éducation stomathérapeutique dès le troisième jour postopératoire, instaurer un support nutritionnel entéral à faible coût à base de produits locaux pour compenser les pertes hydro-électrolytiques des iléostomies, et enfin, créer une filière de suivi post-stomie dédiée (consultation bimensuelle et registre téléphonique) afin de réduire le taux de perdus de vue et optimiser les délais de rétablissement de la continuité digestive.

Conclusion

La stomie intestinale demeure une intervention de sauvetage capitale au CHU de Treichville. Si elle permet de contourner le risque de lâchage anastomotique en milieu septique, elle génère une morbidité cutanéo-infectieuse et métabolique considérable dans notre pratique, touchant plus de neuf patients sur 10. Le pronostic de ces patients dépend d'une prise en charge chirurgicale précoce, d'une technique opératoire rigoureuse évitant les malfaçons, et surtout de la mise en place d'un système d'aide sociale facilitant l'accès aux dispositifs d'appareillage et à la réanimation nutritionnelle.

*Correspondance :

N'DRI Konan Jean

ndrikonanj@yahoo.fr

Disponible en ligne : 03 Septembre 2026

- 1 : Université Felix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire
- 2 : Service de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne, centre hospitalier et universitaire de Treichville, Abidjan (CCH3)
- 3 : Hôpital militaire d'Abidjan
- 4 : Service des urgences chirurgicales du centre hospitalier et universitaire de Treichville, Abidjan
- 5 : Université Alassane Ouattara Bouake

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Grunfeld JP. Dictionnaire de médecine Flammarion. 5e éd. Paris: Flammarion Médecine; 1995.
- [2] Koffi E, Venon K, Kouassi JC. Les entérostomies dans notre pratique hospitalière. Med Afr Noire. 1998;45(1):62-65.
- [3] Bikandou G, Missie H, Tsimba-Tsonda A, Massengo R. Les stomies digestives au CHU de Brazzaville: à propos de 96 cas. Med Chir Dig. 1996;25:23-24.
- [4] Ahuka Ona, Longombe, Philip B. Les indications de la colostomie en milieu rural africain: expérience du service de chirurgie générale du CME de Nyankunde. [Thèse de Médecine;1990].
- [5] Sissoko MM. Les stomies digestives en milieu ivoirien: à propos de 90 cas colligés au CHU d'Abidjan (Treichville) [thèse de médecine]. Abidjan.: 202 p. Thèse n° 937.
- [6] Guillemain G. Colostomie temporaire et sa suppression: à propos de 100 cas. Med Chir Dig. 1980;8(8):719-720.
- [7] Baumel H, Fabre JM, Manderscheid JC, Guillon F, Domergue J, Boutellier P, et al. Caractéristiques cliniques et évolution des stomies digestives définitives: résultats d'une enquête rétrospective nationale. Gastroenterol Clin Biol. 1993;17:547-552.
- [8] Berard P, Guyot M, Conge M, Verges J. La stomathérapie française face à 30 000 nouvelles stomies annuelles. Lyon Chir. 1991;87(6):605-608.
- [9] El Idrissi L, Bennani A, Aghrouh M, et al. Stomies intestinales: aspects épidémiologiques, techniques et complications. Pan Afr Med J. 2021;39:223.
- [10] Alaoui M, Bennani S, Zerouali ON. Le volvulus du sigmoïde: à propos de 38 cas. J Chir (Paris). 1990;127(11):542-546.
- [11] Alves Pereira C. Les obstructions colorectales par cancer: évolution de la chirurgie. Chirurgie. 1992;118:334-338.
- [12] Loygue J, Levy E, Parc R, Bloch P, Cugnenc PH. Entérostomies de sauvetage ou pas d'anastomose dans un milieu septique. Lyon Chir. 1979;75(4):217-220.

- [13] Sako AS, Ayite E, Abdou I. Le traitement des perforations intestinales d'origine typhique: à propos de 21 cas. *Publ Med Afr.* 1987;85:18-29.
- [14] Champault G, Hattab R, Chevrel JP, et al. Indications et devenir de l'intervention de Hartmann. *J Chir (Paris).* 1982;119:255-259.
- [15] Becmeur F, Sava G, Grenier JF. Place de la colostomie de protection en chirurgie colorectale: à propos de 68 observations. *J Chir (Paris).* 1987;124(2):92-98.
- [16] Mechat F, Zerouali ON. Les perforations non traumatiques du grêle. *J Chir (Paris).* 1993;130(6-7):292-296.
- [17] Andivot T, Bail JP, Chio F, Juglard G, Topart P, Lozac'h P, et al. Les complications des colostomies : suivi de 500 patients colostomisés. *Ann Chir.* 1996;50(3):252-257.
- [18] Kouadio K, Tano K, Kone M, et al. Complications des stomies digestives : expérience du service de chirurgie générale du CHU d'Abidjan. *Afr J Surg.* 2020;17(1):33-40.
- [19] Cosnes J, Baux F, Gendre JP, et al. L'alimentation élémentaire dans le segment d'aval des grêles courts temporaires. *Gastroenterol Clin Biol.* 1990;14:146-152.
- [20] Levy E, Parc R, Huguet C, Loygue J. Entérostomies temporaires de l'adulte. *Rev Prat (Paris).* 1981;31(13):879-900.

Pour citer cet article

KJ N'dri, KHN Ahue, AA Adon, AG Aboua, KM Goho, M Keita et al. Indications, techniques et complications des stomies intestinales : expérience de 142 cas colligés au CHU de Treichville. *Jaccr Surgery* 2026; 2(3): 13-24

<https://doi.org/10.70065/2623.jaccrSurg.002L010309>