Université Montpellier I – Faculté de Médecine
2 rue Ecole de Médecine – 34060 Montpellier Cedex 2

« Les Plaies Péristomiales d'Origine Mixte – PPOM »

D.U. - Plaies et Cicatrisations

Catherine SPEZIANI - Année Universitaire 2003-2004

I. Introduction

Le sujet de ce mémoire traite de

La « Plaie Péristomiale d'Origine Mixte » ou « PPOM »

Cette plaie constitue la complication, la plus fréquente, chez les patients stomisés. Cette étude regroupe les sujets à risque. La démarche adoptée consiste à répertorier les conduites à tenir en tant que soignant.

Pour ce faire, après avoir rappelé le cadre théorique de référence et revu la physiopathologie en stomathérapie, une hypothèse de travail sera avancée. Elle consiste à s'interroger sur une double problématique, responsable de l'apparition des lésions péristomiales.

Par une étude de cas concrets - et à partir de Questionnaires adressés aux E.T., a été mis en évidence le type de plaies, leur fréquence d'apparition et la population ciblée – la description des traitements et du travail de prévention contre l'apparition de ces lésions. Ce travail vise donc à mettre en place un code de conduite à tenir pour les praticiens.

A. EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

- Infirmière Diplômée d'Etat (promotion 1994).
- 7 années en milieu hospitalier,
- 4 années en tant qu'infirmière libérale, spécialisée en stomatothérapie (Certificat d'Aptitude en 2000)
- Travaille au sein d'un cabinet regroupant :

1	Stomathérapeute, responsable du Cabinet.
14	IDE, spécialisés en stomathérapie,
1	Psychologue,
1	Kinésithérapeute-sexologue,
1	Diététicienne.

B. NOS ENGAGEMENTS

. Aider les patients affectés physiquement et psychologiquement, à la reprise d'une « vie normale » , malgré leur maladie.

. Développer un travail en réseau intégrant les structures hospitalières, les médecins et autres acteurs intervenant dans l'amélioration des conditions de vie de la personne soignée (travailleurs sociaux, associations, Structures d'hospitalisation à domicile).

. Se former : chaque IDE du Centre, s'engage à *se former* personnellement pour apporter au groupe les compétences acquises les plus complémentaires (ex. de formations en cours ou acquises : DU d'hygiène, DU de cicatrisation ….)

. Former les autres : la formation s'inscrit dans le cadre de notre école

« REFORME » (Recherche – Etude – Formation, Organisation - Ressources humaines - Management)

créée par M. René Boretti, stomathérapeute, responsable et fondateur du cabinet. Cette école propose aux I.D.E. intéressés par la stomathérapie une formation validée par un Certificat d'Aptitude. Le cabinet accueille, de façon novatrice, les élèves en soins infirmiers et leur offre d'accompagner, dans un cadre libéral, l'infirmier responsable, pour acquérir, par le soin à domicile, une expérience de terrain.

C. LES PATIENTS

75 % de patients stomisés (entérostomisés ou urostomisés)
25% de patients en cicatrisation dirigée.

Ces patients rencontrent dans la reprise de leur vie quotidienne de nombreuses difficultés. La confection d'une stomie digestive ou urinaire, entraîne chez les patients un bouleversement au niveau physique et psychologique car elle a pour conséquence la perte du contrôle volontaire de l'exonération des selles ou des urines. La continence étant la base de la vie communautaire et sociale.

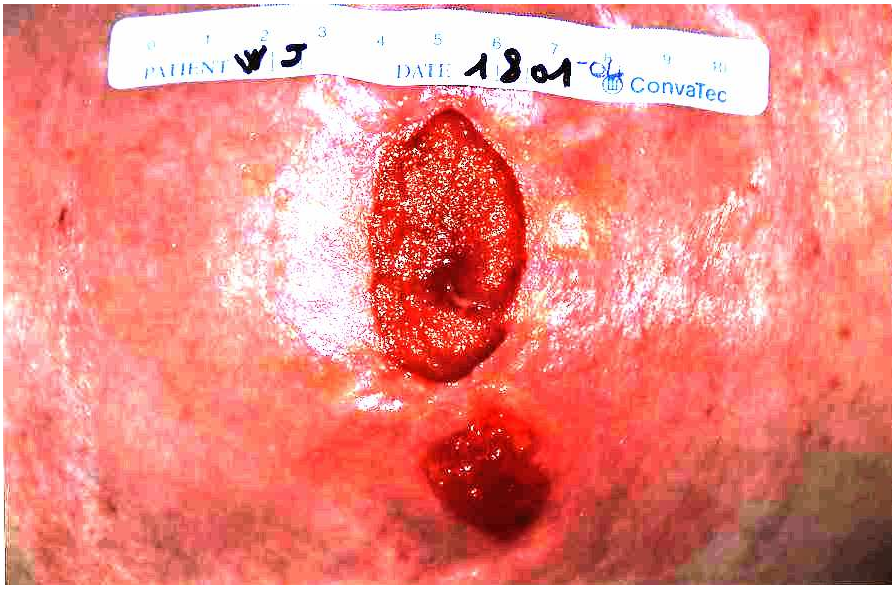
Il est donc facile de comprendre le désarroi dans lequel se trouvent ces patients. D'où l'importance de les aider :

- en dynamisant un retour à l'autonomie,
- en anticipant, grâce à la prévention, d'éventuelles complications,
- en les accompagnant dans cette nouvelle vie, pour qu'ils puissent s'accepter, et reprendre au mieux leurs activités quotidiennes.

D. EXEMPLE D'UNE PLAIE PERISTOMIALE

Les photos de la page suivante montrent l'évolution d'une plaie péristomiale.

Evolution de la plaie péristomiale du patient « WJ »



PPOM : le 18 Janvier 2004

PPOM : le 25 Janvier 2004

PPOM : le 20 Mars 2004

II. Cadre théorique de recherche

A. LEGISLATION

Ce travail s'inscrit dans un cadre juridique et historique bien précis : *l'exercice de la profession d'infirmier(e) défini dans le décret du 11 Février 2002.*

Les soins de surveillance, d'entretien et d'hygiène d'une stomie relèvent du rôle propre de l'Infirmier(e) *(art. 3 et 5).*

Lorsque l'Infirmier(e) doit gérer une plaie péristomiale, nécessitant l'administration de produits médicamenteux, le soin sera accompli sur prescription médicale *(art. 6).* La prise en charge de la Plaie Péristomiale Mixte sera pluridisciplinaire ce qui ne devra, en aucun cas, ralentir sa guérison, ceci grâce à des collaborateurs disponibles et motivés.

B. HISTORIQUE :

Cf. page suivante

B. HISTORIQUE

1945	Premières réunions organisées par des Femmes iléostomisées, au Mount Sinaï Hospital de New-York 2 chirurgiens y participent : Albert Lyons et George Schreiber.
1952	Ouverture du "1er Centre de Soins pour Stomisés", au Mount Sinaï Hospital de New-York * Promotion des groupes de support pour Stomisés faite par les chirurgiens Albert Lyons et et George Schreiber. * Pubication au "Congrès d'American Medical Association". * Ouverture d'un nouveau groupe de support à Boston par Edith Lenneberg, iléostomisée, qui publie également des articles dans le but d'informer des patients.
1956 à 1962	2 meeting sont organisés, à New York : création de 2 bulletins d'information.
1958	Norma N.Gill (iléostomisée définitive) est embauchée, par son chirurgien, le Professeur Turnbull dans sa clinique "Cheveland Clinic" comme "Ostomy Technician". Ils créront plus tard le terme "Enterostomal Therapist" (E.T.) de stoma (bouche) entéro (intestin).
1961	Le Pr Turnbull, devant le succès que suscite le travail de Norma N.Gill, créait la première école "Ecole de Formation des E.T.".
1962	Création de "The United Ostomy Association"
1966	Le Phénix, devient l'emblème d'United Ostomy Association. Une ancienne légende raconte que ce magnifique oiseau renait toujours de ses cendres. * Officilisation du mot "Ostomate" (stomisé) par Egen Orawan, ingénieur stomisé, et qui cherche à créer une poche de recueil.
1974 à 1976	Norma N. Gill effectue des voyages en France à la demande du Professeur Georges Guillemin Chirurgien chef de service à l'Hôtel Dieu de Lyon
1974	1ère structure de "Soins aux Stomisés" à l'Hôtel-Dieu deLyon, animée par une jeune iléostomisée qui deviendra, en 1978, la seule E.T. française non infirmière.
1976	Mme Suzanne Montandon, Surveillante dans le service du Pr Guillemin, suit la formation de 6 semaines à Cheveland, et devient ainsi la 1ère E.T. française diplômée.
1976	Naissance de 2 associations de Stomisés : * "I.A.S. - Information pour aider les Stomisés." * "I.L.C.O. France" (Iléostomie, Colostomie) qui deviendront en 1994 : La Fédération Française des Stomiés de France, dont le siège est à Paris.
1978	1ère "Ecole de Stomathérapie" à Lyon, ouverte par S. Montandon aidée du Pr. Guillemin des Hospices Civils de Lyon et de Catherine Mordacq, Directrice-adjointe de l'Ecole Internationale de Lyon. * Puis naissance de l'"Association Française d'Entéro-stomathérapeutes" (A.f.e.t.) * Ouverture à Nîmes, par Huguette Dujardin,dipômée de Cheveland, d'une Ecole de Stomathérapie. Elle créera également l'Association des Infirmières Françaises Entéro-stomathérapeutes (A.i.f.e.t.)
1985	Ouverture d'une Ecole d'E.T. à Paris, par S. Montandon, et une à Bordeaux. * 4 écoles existent en France Lyon 1978 Nîmes 1978 Paris 1985 Bordeaux 1985 * 2 associations y travaillent en collaboration avec l'A.f.e.t. et l'A.i.f.e.t.
2004	* Le nombre d'ET répertoriés en France, par l'A.F.E.T. est de 500 environ. * La Fédération des Stomisés de France est composée de 58 sections locales et compte environ 6000 adhérents.

III. La Stomathérapie

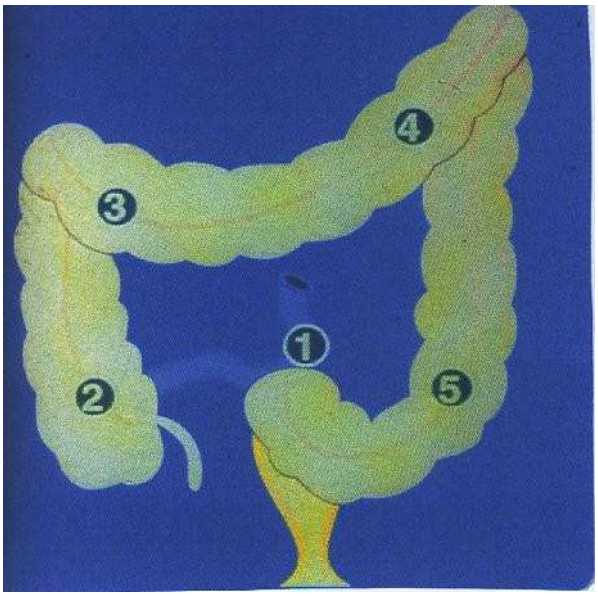
A. LES STOMIES : Définition

Une stomie (du grec : bouche) est l'abouchement chirurgical d'un organe creux, à la peau ; elle est réalisée lorsque les selles ou les urines ne peuvent plus être éliminées par les voix naturelles. Dès lors, on rencontrera des stomies digestives ou entérostomies, et des stomies urinaires ou urostomies. Elles peuvent être temporaires ou définitives.

1. Les enterostomies

ça v

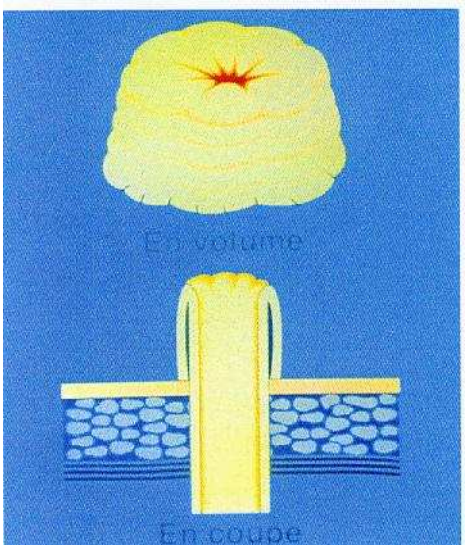
Les différentes types de dérivations



Siège des enterostomies les plus fréquentes :

1. Iléostomies
2. Coecostomies
3. et 4. Colostomie transverse droite et gauche
5. Colostomie recto-sigmodienne

a. Les Iléostomies



Stomie en trompe

Description :

Selles liquides, abondantes (0,8 l à 1,5 l). Corrosives pour la peau, car elles contiennent des enzymes protéolytiques et très alcalines.
La technique chirurgicale consiste à la confection d'une trompe pour que les selles puissent aller directement dans la poche de recueil vidable. La stomie se situe le plus souvent à droite de l'abdomen.

Appareillage :

. protecteur cutané,
. poche vidable,
. pâte péristomiale,
. 1 à 2 pièces (socle pouvant rester en place 2 à 3 jours).
. Ceinture

Iléostomie saine

b. Les Coecostomies

Description :

Rares aujourd'hui, selles irritantes, liquides (méthodes chirurgicales palliatives, soit de façon directe, ou indirecte par l'intermédiaire d'une sonde de Pezzer.

Appareillage **:**

. Protecteur cutané.
. Poche vidable.
. 1 à 2 pièces

Coecostomie sur patiente de 35 ans
Présence d'un carcinome péritonéal dans l'abdomen,
Dérivation de décharge par une sonde de Pezzer palliative.

Décès de la patiente lors de la seconde intervention chirurgicale.

c. et d. Colostomies transverses : droites et gauches.

Description :

Selles liquides ou pâteuses et irritantes.

Appareillage :

. protecteur cutané (hydrocolloïde).
. poche vidable.
. une ou deux pièces.
. pâte péristomiale.

e. Colostomies recto-sigmodiennes.

Description

Selles moulées non irritantes + gaz.

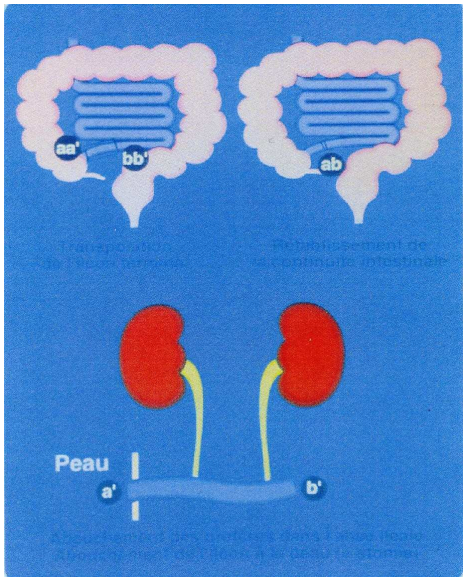
Appareillage

. avec une poche fermée et filtre.
. une ou deux pièces.
. fréquence de changement selon les besoins (1 à 2 fois par jour).
. si deux pièces, le socle peut rester en 3 à 4 jours, sans problème.

2. Les Urostomies

Il existe plusieurs urostomies, méthodes de dérivation de l'appareil urinaire : Cystostomie, Uréthrostomie, Néphrostomie, Pyélostomie, Urétérostomie et le **bricker.**

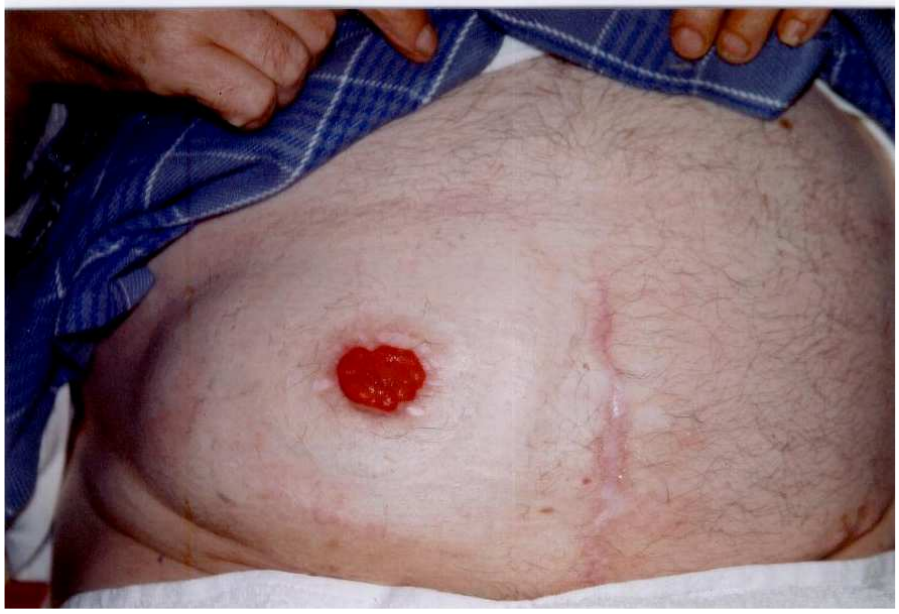
LE BRICKER



Urétérostomie transintestinale de Bricker

C'est la méthode le plus souvent utilisée.

C'est à cette méthode de dérivation que nous nous intéresserons plus précisément. Cette technique chirurgicale consiste à interposer un segment intestinal, isolé de la continuité digestive, entre les extrémités urétérales et un orifice cutané. Le plus souvent la stomie siège à droite, sauf s'il y a déjà une iléostomie. Alors elle siègera à gauche.



Bricker avec une éventration, sur patient de 83 ans
Disparition de l'éventration en position allongée.

Grâce à l'évolution des techniques chirurgicales, d'anesthésie et de réanimation, l'intervention du Bricker peut être proposée à des patients âgés.

Les « stomies urinaires » peuvent être appareillées toutes de la même façon, en 2 pièces, si l'appareillage est bien adapté, il peut rester en place 3 ou 4 jours, mais les mauvaises odeurs, dues aux urines, peuvent nécessiter un changement de poche quotidien, d'où l'intérêt d'utiliser un système à 2 pièces (avantage : pratique et économique).

N.B. *Tous les systèmes d'appareillage peuvent être utilisés avec une ceinture de maintien. En cas de « stomie invaginée » le support peut alors être convexe* *(cf. tableau p.12)*

B. L'APPAREILLAGE : cf. tableau p. 12 : « Quel type d'appareillage choisir ? »

C. LES COMPLICATIONS

Malgré les progrès notables réalisés par les laboratoires, pour nous offrir un choix d'appareillage varié, toujours en continuelle évolution, nous serons amenés à rencontrer, chaque jour, des complications.

I. Complication fréquemment rencontrées

- des problèmes cutanés, liés aux soins ou au matériel utilisé.
- une irritation due à un produit de lavage inadapté ou mal rincé.
- une folliculite , en cas de rasage des poils (il vaut mieux les couper aux ciseaux).
- une irritation due au plastique de la poche.
- une irritation à un adhésif ou à un protecteur cutané..

Dans chaque cas, il convient de déterminer s'il s'agit d'une irritation passagère,- liée à la chaleur par exemple, ou à une rechute d'une maladie antérieure - eczéma, psoriasis - ou d'une allergie véritable.

2. Autres complications

. Les lésions de pression péristomiale

Appareillage trop rigide ou système convexe, avec ceinture trop serrée qui créée une compression cutanée.

. Problèmes cutanés dus aux effluents.

Les brûlures apparaissent en quelques heures et deviennent rapidement catastrophiques. Il s'agit d'une véritable « urgence en stomathérapie ».

. Autres problèmes cutanés.

En cas de lésions cutanées persistantes, malgré l'application de protecteurs, un diagnostic différentiel est à poser parmi les hypothèses suivantes :

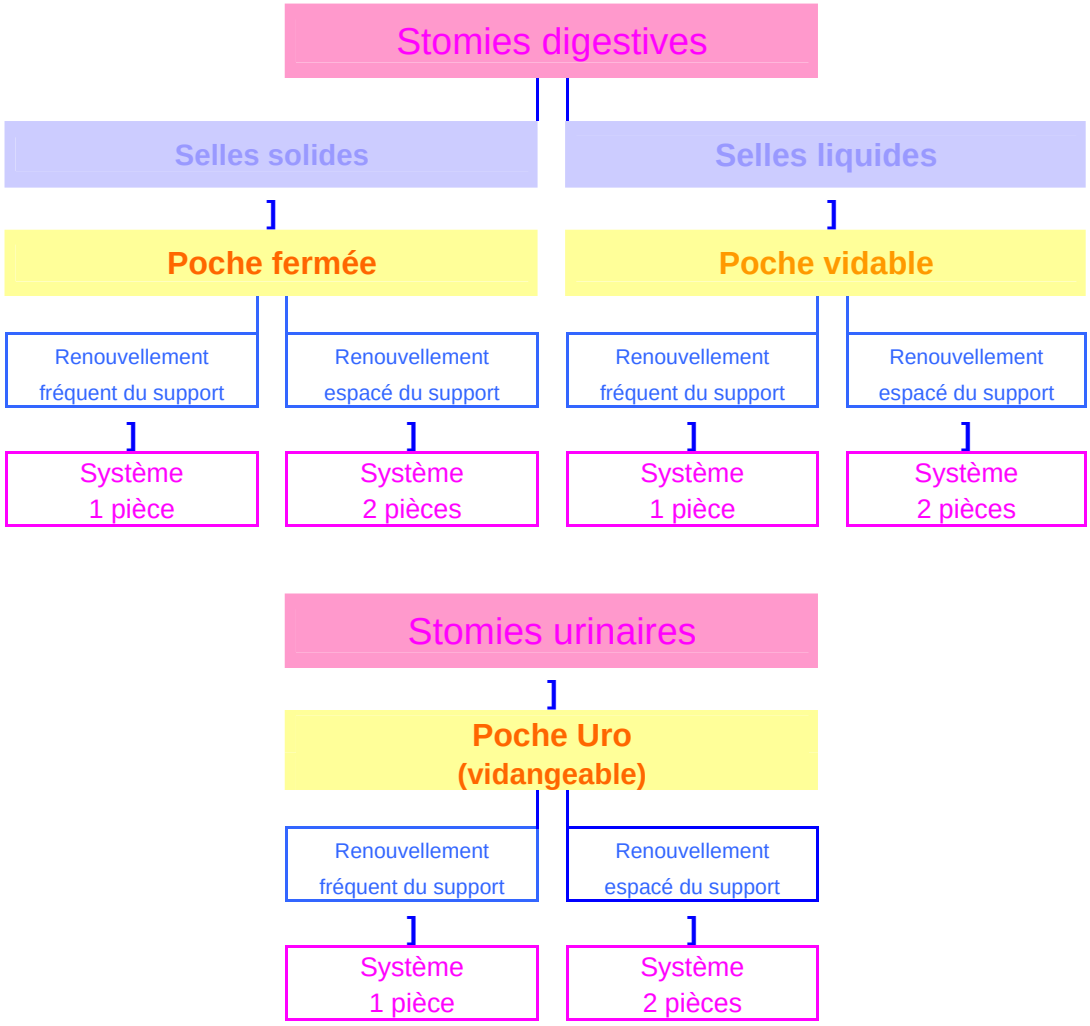
- récidive de la maladie causale (maladie de Crohn, Cancer).
- épidermolyse bulleuse (affection due à un staphylocoque).
- pyoderma gangrenosum (affection dermatologique qui peut accompagner une maladie de Crohn ou une rectocolite, ulcéro-hémorragique et dont le diagnostic sera fait par le dermatologue après biopsie.

. Problèmes spécifiques liés aux « stomies urinaires »

- les infections responsables de problèmes cutanés (infection urinaire à traiter).
- les précipitations des cristaux de phosphate..

B. LES APPAREILLAGES

Quel type d'appareillage choisir selon la stomie



IV. Les différentes causes de l'apparition de lésions péristomiales

A. PROBLEMATIQUE

La pression induite par une éventration péristomiale accentue la dilatation de la peau qui devient extêmement fine ; et elle entraîne et créée une micro-circulation collatérale, témoin d'une souffrance vasculaire due à l'hyperpression interne.

De plus, la pression induite par l'utilisation d'un appareillage trop rigide, d'un système convexe, d'une ceinture trop serré ou de la présence d'un plan dur (literie, cuisses …) sont responsables de l'apparition de lésions difficiles, douloureuses, récidivantes et longues à traiter, surtout sans une bonne connaissance de leur étiologie.

B. FACTEURS RESPONSABLES DE L'APPARITION DE CES PLAIES

Deux facteurs s'associent, favorisant ainsi l'apparition de ces plaies :

- un facteur intrinsèque : l'éventration
- un facteur extrinsèque : l'appareillage et/ou l'environnement du patient,

accentuant ainsi le mécanisme de compression, d'appui, de frottement, de cisaillement et de friction.

Pour ce cas, le terme de

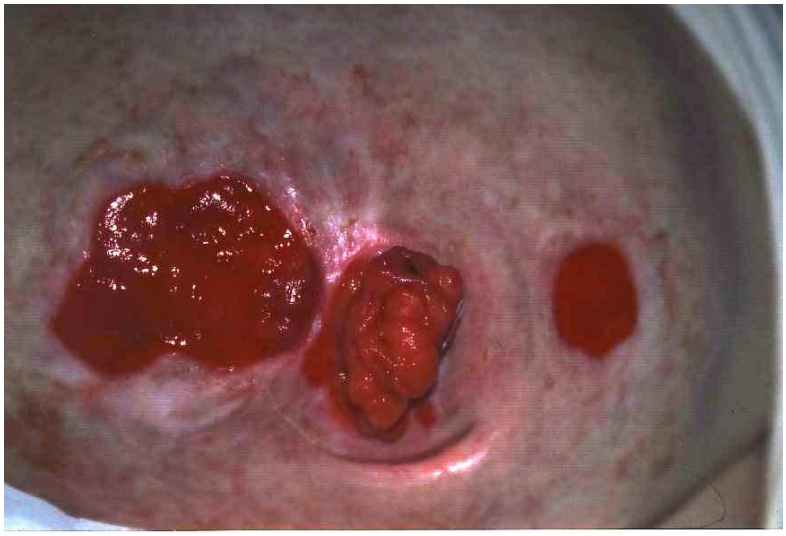
« Plaie Péristomiale d'Origine Mixte (PPOM) »

peut être utilisé.

Comme l'escarre ces plaies se définissent comme étant une nécrose ischémique des tissus mous, comprimés entre un relief osseux et un plan dur, consécutive à un appui prolongé.

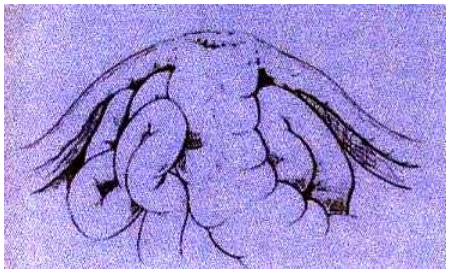
La Plaie Péristomiale d'Origine Mixte se présente selon les mêmes mécanismes. Sa prise en charge débutera par une bonne connaissance des facteurs de risque et de la prévention. Elle devra également être précoce, car son traitement est d'autant plus long et difficile que la prise en charge aura été tardive.

1. Les éventrations

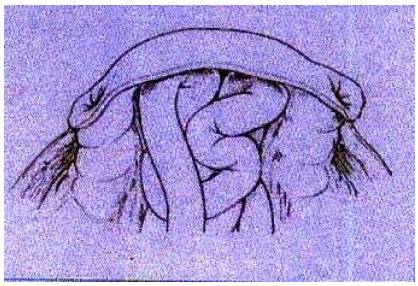


Conséquence d'un mauvais appareillage :
Colostomie gauche en support convexe(son empreinte est visible)
PPOM car Eventration + appareillage convexe + ceinture trop serrée.

Les éventrations sont des complications chirurgicales tardives. Les plus fréquentes sont celles qui surviennent sur les colostomies iliaques gauches et droites, régulières, réductibles.



Eventration « au sommet de la colline »



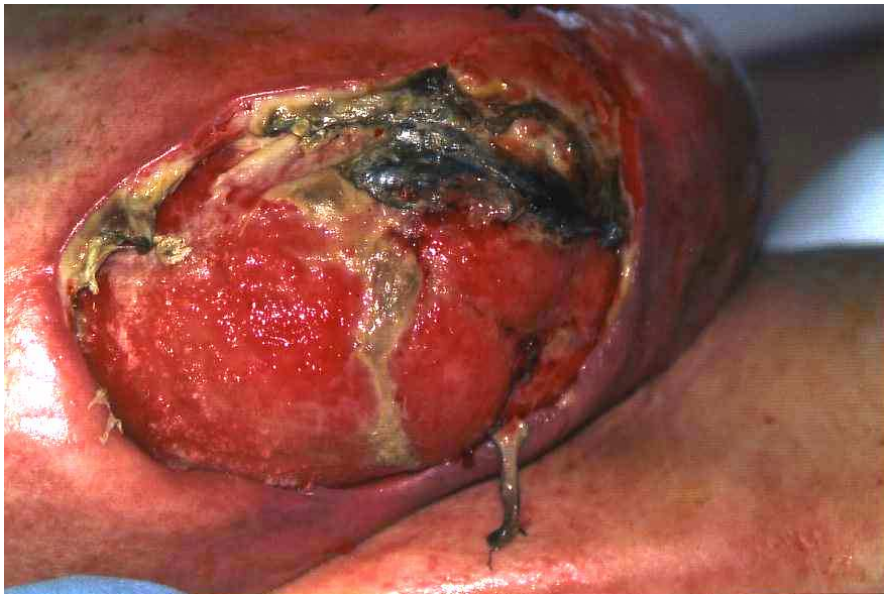
Eventration sur colostomie latérale distendant l'éperon

Elles se présentent comme une voussure due à un orifice musculo-aponévrotique plus ou moins large, presque toujours situé en dehors et en dessous de la stomie (avec son sac pariétal à collet plus ou moins serré).

Elle peut entraîner des crises d'engouement ou d'étranglement, le sigmoïde se lovant dans la zone de décollement sous-cutanée : le relâchement de la musculature peut aussi être responsable d'éventration, la paroi étant refoulée en avant par des pressions intra-abdominale.

Si l'éventration rend l'appareillage difficile et si des phénomènes exclusifs se répètent, il faut envisager la transposition de la stomie à un endroit bien choisi et la cure de cette éventration, ce qui représente sur le plan chirurgical une chirurgie lourde pour le patient

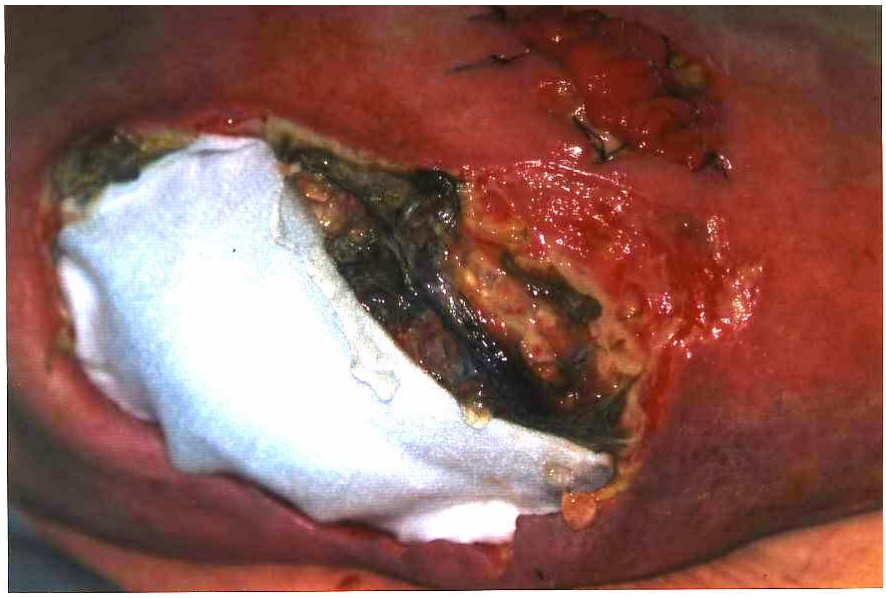
a) Eventration péristomiale : un cas extrême.



Patiente « OJ » de 78 ans, alitée, avec une grosse escarre

car présence de deux facteurs principaux dans le mode d'apparition des PPOM
(Eventration + environnement du patient (cuisses et literie)

b. Photographie d'un soin :



Lit Cuisse droite

Remarque :
Appareillage difficile pour l'obtention de l'étanchéité
Observation d'un décollement des tissus avec atteinte du fascia
Plaie exsudative d'où nécessité de la mise en place d'un pansement hydrofibre et d'enduire les parties nécrosées d'un hydrogel. Le tout recouvert d'un pansement secondaire hydrocolloïde

Mais décès de la patiente à « J15 » après la mise en place de ce protocole de soins
d'où l'importance de la prise en charge précoce de ces plaies.

2. LES PRESSIONS EXTERNES

En fonction de l'endroit, la pression capillaire oscille entre 25 et 35 mmHg (mercure). On admet en règle générale que la pression qui s'exerce sur l'extrémité des artères lorsque le sang entre dans les capillaires, est de 32 mmHg.

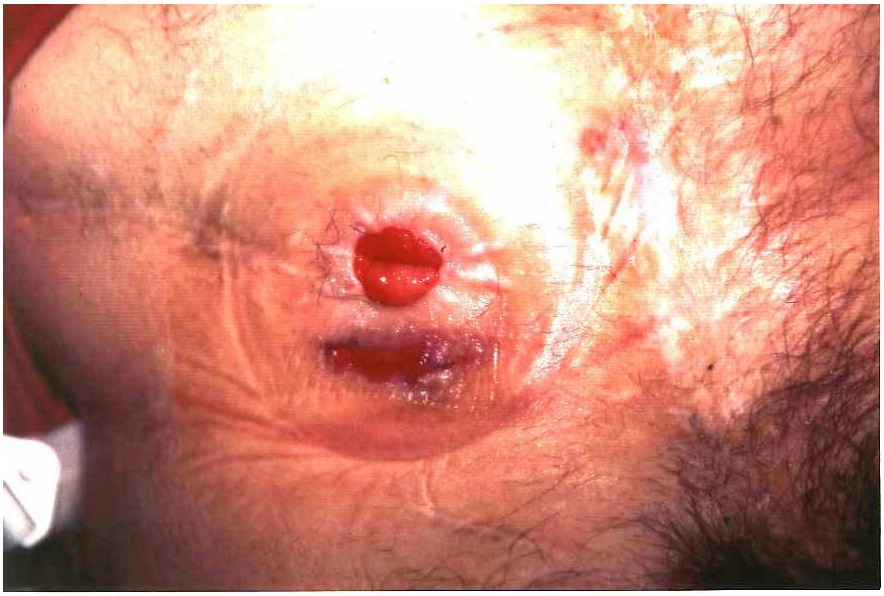
Une pression externe, supérieure à 32 mmHg, pendant plus de deux heures peut provoquer :

- l'ischémie des tissus environnants, avec réduction de l'apparition en oxygène. Cette diminution de l'apport en oxygène provoque une perméabilité accrue des tissus, une extravasation, une thrombose vasculaire,
- ces divers phénomènes conduisent finalement à la lésion des tissus, voire leur nécrose.

PATIENT « AE » AGE DE 40 ANS – SOUFFRANT DE LA MALADIE DE CHRON

Colostomie droite

Plaie sans éventration due à une appareillage convexe



Même plaie en cours de cicatrisation

« à J 15 »

EVOLUTION DE LA PLAIE DU PATIENT « RF »

Iléostomie = support convexe + ceinture trop serrée

Après la mise en place du protocole de soin avec corticotule
« à J42 »

Plaie péristomiale avec Bricker après un mauvais appareillage
Patient « NH » agé de 70 ans

V. LE QUESTIONNAIRE

A. METHODOLOGIE

Ce questionnaire a été élaboré à partir d'observations sur des patients stomisés et souffrant d'une éventration. Ce fut la base du travail de recherche entrepris.

La méthodologie de recherche s'est basée sur l'étude d'un questionnaire envoyé, aux Entéro-Stomathérapeutes de la Région du Grand-Sud. (cf. annexe III, tabl. n°1, p. 30)

198 ont été envoyés
9 n'ont pas été distribués
135 n'ont pas répondu
54 ont été exploités *(en entier ou partiellement)*

B. DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire interroge les Entéro-Stomathérapeutes sur :

1. Leurs patients porteurs d'une plaie péristomia vle :

Le nombre de patients concernés, pendant les 12 derniers mois, :

a) par type de stomie (cf. Annexe IV, Tabl. n°2, p. 31)
b) par type d'appareillage (cf. Annexe V, Tabl. n°3, p. 32)

2. La plaie péristomiale.

Questionnement portant sur l'aspect de la plaie péristomiale.

a) sa couleur (cf. Annexe VI, tabl. n°4, p. 33)
b) le niveau d'exsudat (cf. Annexe VII, tabl. n°5, p. 34
c) la douleur (cf. Annexe VII, tabl. n°5, p. 34)
d) la dimension approximative de la plaie (cf. Annexe VIII, Tabl. n°6, p. 35)

3. Les soins.

Questions portant sur la méthode de soin utilisée, dans la gestion de ces plaies :

a) utilisation d'un antiseptique ? si oui, lequel ? (cf. Annexe IX, tabl. n°7, p. 36)
b) Quels sont les pansements utilisés ? (cf. Annexe IX, tabl. n°9, p. 36)
c) Nombre de récidives ? (cf. Annexe IX, tabl. n°8, p. 36)

4. Informations complémentaires.

Espace libre, réservé aux observations des praticiens.

VI. Prévention et traitement

A. SAVOIR EVALUER LA « PLAIE PERISTOMIALE D'ORIGINE MIXTE »

Il est important d'éliminer tout autre problème qui relèverait lui d'une autre conduite à tenir, et d'un autre traitement bien spécifique (cf. chapitre sur les complications).

Il faut savoir évaluer les « Plaies Péristomiales d'Origine Mixte »
Nous pouvons répertorier les « Plaies Péristomiales d'origine mixte » en fonction de l'altération cutanée, de leur profondeur et de leur couleur, sur la base la classification WCS : Noir – Jaune – Rouge. (Wound Care Consultant Society – 1983).

Le classement des « Plaies Péristomiales d'origine mixte » peut reprendre celui utilisé dans les « plaies de pression », chaque degré correspondant à une graduation de la gravité.

Degré 0a	Sans signe clinique.
Degré 0b	Erythème qui disparaît sous la pression, mais qui réapparaît immédiatement.
Degré 1	Erythème qui ne disparaît pas sous la pression, mais reste visible 5 mn après la suppression de la pression : cyanose.
Degré 2	Phlyctère. et desquamation.
Degré 3	Escarre superficielle **rouge,** Escarre superficielle **jaune,** Escarre superficielle **noire.**
Degré 4	Escarre profonde **rouge,** Escarre profonde **jaune,** Escarre profonde **noire.**

Dans certains cas, une pâleur locale peut être le premier signe de lésion de pression, ainsi qu'une douleur vive. Une peau pâle et froide résulte d'une diminution de température quji indique une altération totale de l'irrigation sanguine *(difficile à dépister sur les « lésions péristomiales » tant leur taille est petite : 2 à 5 cm2.)*

B. DETECTER, PREVENIR ET TRAITER.

1. Détection des patients à risque

Tout patient souffrant d'une *éventration* péristomiale avec :

- une ceinture de maintien.
- un système rigide, convexe.
- et/ou le plus souvent colostomisé iliaque gauche.
- et/ou alité.

est un patient à risque.

2. Prévenir

C'est le maître-mot dans la lutte contre l'apparition des « Plaies Péristomiales d'Origine Mixte ».

Sa pratique engagera :

- Le patient.
- L'I.D.E.
- Le stomathérapeute.
- Le médecin.

L' application des mesures de prévention commencera :

- *par les soins de peau*

Soins de stomie selon les règles : compresses non tissées + eau + savon de Marseille.
Séchage (bien sécher avec le séchoir à cheveux si besoin.)

- *Par un appareillage adapté :*

En cas d'éventration il faut supprimer le support rigide, si possible la ceinture, le support convexe, même temporairement. Il faut privilégier la mise en place d'un système souple, en deux parties, avec système d'adhésifs.

- *Par une surveillance des points de pression :*

Lors d'une éventration en contact avec les cuisses du patient ou de la literie.

- *Par un suivi diététique* :

Régime sans résidus et surveiller l'apparition de dénutrition.

3. Traiter

- Appliquer les mesures de prévention pour éviter les récidives.
- Surveiller le suivi du régime alimentaire.
- Procurer les informations et instructions nécessaires au patient, et à son entourage, afin d'obtenir une collaboration optimale.
- Savoir adapter le traitement en fonction du degré de la plaie.

C. LA PLAIE

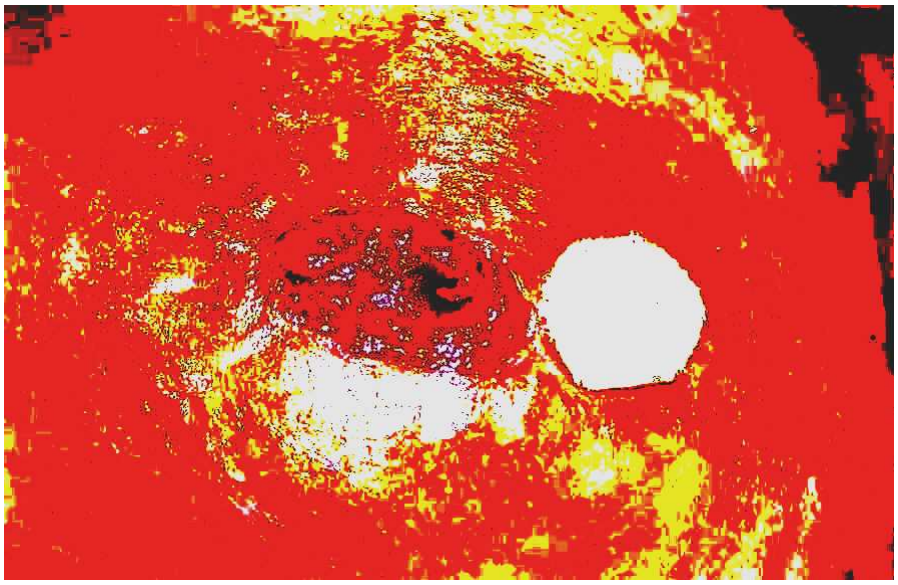
Le plus souvent ces plaies sont rouges et bourgeonnantes, car elle se trouvent sous un hydrocolloïde. Elles sont difficiles à guérir à cause du bourgeonnement. Il faut donc une méthodologie de soin que j'ai pu mettre à l'épreuve, en traitant deux cas récents et avec un résultat concluant. (voir série de photos et fiche technique du soin, ci-après.)

D. FICHE TECHNIQUE

Le soin sera réalisé en 4 temps	
1er Temps : Préparation du matériel :	
Compresses non tissées non stériles (10cm x10cm). Eau non stérile dans un récipient à proximité. Savon de Marseille Appareillage découpé à la taille des contours de la stomie + 3mm. L'utilisation d'antiseptique n'a rien apporté de plus, si ce n'est des problèmes cutanés. allergiques.	
2ème Temps : Enlever délicatement le support en place.	
De haut en bas. Une main sur la peau, l'autre enlevant l'appareillage.	
3ème temps : Le soin d'hygiène	
Avant les repas. Une compresse restera sur la stomie (après nettoyage) pour éviter qu'au moment de l'apparition des selles la plaie soit souillée.	
4ème temps : Traiter la plaie.	
Après avoir enlevé les facteurs extrinsèques qui auront causé son apparition. Après avoir évalué l'état de la plaie, le traitement approprié pourra être mis en place :	
5ème temps : Traiter la plaie.	
Evaluer la plaie Sont énumérées ici les "Plaies PPOM" par ordre de fréquence d'apparition.	**Choix du pansement** qui sera appliqué sur la plaie après son nettoyage nettoyage au sérum physiologique et séchage.
En voie d'épidermisation	* Hydrocolloïde (le support) * Film auto-adhésif (si la plaie est en dehors du support). * Hydrocellulaire recouvert d'un film auto-adhésif (si plaie en dehors du support) Réfection : Tous les 3 à 4 jours pour les supports Jusqu'à 5 jours pour les autres.
Bourgeonnantes	* Pansement imprégné qui sera découpé à la taille de la plaie, recouvert par la mise en place du support hydrocolloïde. Réfection : tous les 2 à 3 jours. Quelques noms de pansement : Corticotulle : Solvay Pharma Urgotulle : Urgo. Jelonet : Smith and Nephew
Fibrineuses :	* Hydrocolloïde (le support) plus ou moins un Hydrogel : Askina gel : B.Braum Biotrol Duoderm gel : Convatec. Intrasite gel : Smith and Neplew Nugel : Johnson et Johnson. Réfection : tous les 2 à 3 jours.
Nécrotiques	* Un Hydrogel, en couche de 0.5 cm sur la plaie, sans déborder + support hydrocolloïde. Prévoir une détersion mécanique si nécessaire. Réfection : au début : tous les jours, puis en fonction de l'évolution de la plaie tous les 2 jours. si suspicion d'infection : tous les jours

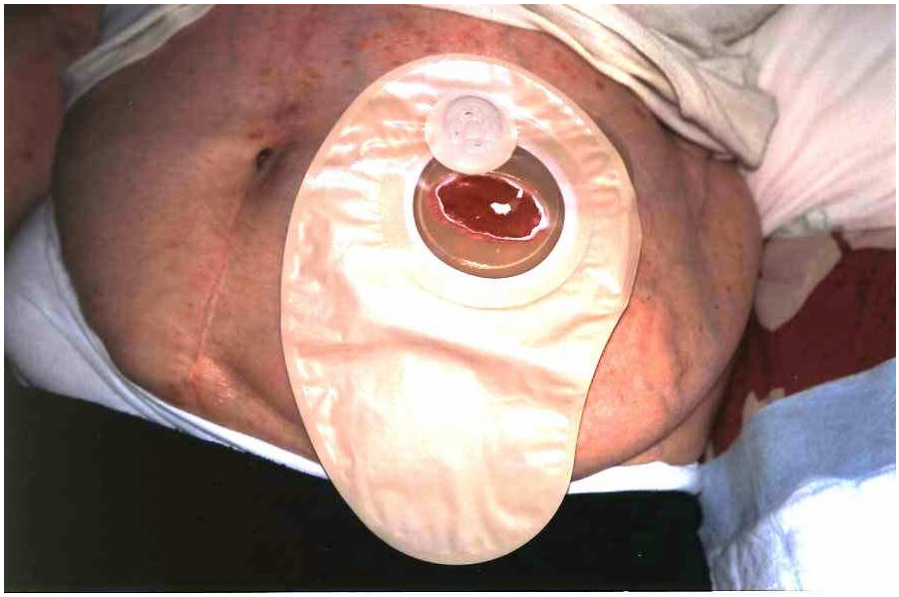
E. SERIE DE PHOTOGRAPHIES D'UN SOIN

Colostomie gauche avec PPOM
due à une éventration + appareillage trop rigide + ceinture trop serrée.



Pansement imprégné corticotulle,
découpé à la taille de la plaie.

Pose du support hydrocoloïde



Collage de la poche sur le socle.

Appareillage sans ceinture adaptable.

VII. Conclusion

Ce travail nous a permis de compléter nos connaissances à partir des précédentes études traitant des lésions de pressions péristomiales. Ces études concernaient les patients stomisés et leur appareillage. Nous avons élargi nos recherches à une nouvelle population à risque :

« Les patients stomisés avec éventration péristomiale. »

Nous avons ajouté au facteur extrinsèque l'environnement du patient. Cela permet d'intégrer les mesures de prévention en les adaptant à cette population et à son environnement.

En tenant compte du travail acquis, le code de conduite à tenir pourra s'enrichir de cette expérience. Il nous a paru important de le formaliser pour aider les futurs soignants qui seront confrontés à ces pathologies.

Il est essentiel de prendre en compte que ce domaine de soin est extrêmement sensible et requière une adaptabilité particulière. En effet, certaines « Plaies Péristomiales d'Origine mixe » ne se fermeront pas avant plusieurs mois. Elles sont douloureuses et surtout récidivantes, car très souvent les patients porteurs de grosses éventrations sont des patients inopérable et malheureusement, même si l'on supprime les facteurs extrinsèques le risque de pression intrinsèque subsiste..

Il faudra donc que le soignant soit informé de cette possibilité de récidive, pour qu'il puisse au mieux soutenir son patient et le préparer à gérer correctement d'éventuelles nouvelles plaies. La richesse de ce domaine qui conduit toujours le soignant vers l'évolution de nouvelles pratiques et la remise en question pour le bien-être du patient est l'aspect enrichissant de notre travail.

Le domaine de recherche de pointe dans lequel s'inscrit de telles pathologies est extrêmement formateur et novateur. Il engage à espérer davantage de confort et d'amélioration dans la prise en charge à l'avenir de nos patients.

ANNEXES

I	Lettre d'accompagnement du questionnaire	p. 27
II	Questionnaire	p. 28
III	*Tableau n°1* Nombre de questionnaires envoyés	p. 30
IV	*Tableau n°2* Les patients porteurs d'une plaie péristomiale	p. 31
V	*Tableau n°3* Patients souffrant d'une plaie péristomiale ayant une Eventration (par type d'appareillage).	p. 32
VI	*Tableau n°4* Couleur de la plaie péristomiale	p. 33
VII	*Tableau n°5* Le niveau d'exsudat et de la douleur	p. 34
VIII	*Tableau n°6* Dimension de la plaie péristomiale	p. 35
IX	*Tableau n°7* Utilisation des antiseptiques	p. 36
IX	*Tableau n°8* La plaie péristomiale est-elle récidivante ?	p. 36
IX	*Tableau n°9* Pansement utilisé sur ces plaies	p. 36

ANNEXE I

Lettre d'accompagnement du questionnaire

AUX ENTERO-STOMATHERAPEUTES
Du Grand Sud : Sud-Ouest, PACA, Rhône, Alpes

Chers Collègues,

Dans le cadre du **Diplôme Universitaire en Cicatrisation** que je suis en train d'effectuer à l'Université de Montpellier, je m'intéresse pour le mémoire de fin d'études

« aux Plaies Péristomiales. »

La création des protecteurs cutanés de synthèse (hydrocolloïdes) a révolutionné les soins en stomathérapie, car ils ont permis de traiter les problèmes cutanés autour des iléostomies et fistules et de les prévenir. Malgré tout, depuis quelques années, certains patients souffrent de plaies péristomiales dont les causes sont mal connues.

Je souhaiterai bénéficier de votre expérience, et de votre compétence en la matière, et vous demande, dans la mesure de vos possibilités, de me renvoyer le questionnaire ci-joint, **avant le 15 Avril.**

Je vous remercie vivement pour votre éventuelle collaboration, qui me semble indispensable à la réalisation de cette étude,

Et je vous prie de croire, Chers Collègues, à mes sentiments les meilleurs.

Catherine SPEZIANI
Infirmière libérale

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE

I. PATIENTS PORTEURS D'UNE PLAIE PERISTOMIALE

1. NOMBRE DE PATIENTS β souffrant ou ayant souffert d'une « P.P. »
Durant les 12 derniers mois.

2. NOMBRE DE PATIENTS PAR TYPE DE STOMIE

COLOSTOMIE β UROSTOMIE β ILEOSTOMIE β

3. NOMBRE DE PATIENT SELON LE TYPE D'APPAREILLAGE

TYPE D'APPAREILLAGE	AVEC ENVENTRATION	SURPOIDS OU OBESITE
SUPPORT CONVEXE		
Avec ceinture abdominale		
Avec ceinture de maintien du système		
Total		
SUPPORT SOUPLE		
Avec ceinture abdominale		
Avec ceinture de maintien du système		
Total		
SUPPORT RIGIDE		
Avec ceinture abdominale		
Avec ceinture de maintien du système		
Total		

Je distingue ici, les appareillages que j'appellerais :
SOUPLE *(1 pièce ou les systèmes de 2 pièces avec mode d'assemblage adhésif)*
RIGIDE *(2 pièces, dont l'assemblage s'effectue par un système d'anneau,ou verrou, ou emboîtement, type« Tupperware ».*

II. LA PLAIE PERISTOMIALE – « P.P. »

1. SA COULEUR

ROUGE β dans …….. % des cas

JAUNE β dans …….. % des cas

NOIRE β dans …….. % des cas

2. NIVEAU D'EXSUDAT

AUCUN βdans …….. % des cas MODERE βdans …….. % des cas

LEGER βdans …….. % des cas IMPORTANT βdans …….. % des cas

3. DOULEUR LIEE A LA « P.P. »

AUCUNE βdans …….. % des cas MODEREE βdans …….. % des cas

LEGERE βdans …….. % des cas IMPORTANTE βdans …….. % des cas

4. DIMENSIONS APPROXIMATIVES DES PLAIES (en cm) :

De …….. cm à …….. cm

III. SOINS

1. UTILISEZ VOUS UN ANTISEPTIQUE

NON β OUI β Lequel ? ……

PARFOIS β Lequel ? ……

2. PANSEMENT UTILISE SUR CES PLAIES : β AUCUN

β GAZE β ALGINATE

β TULLE ex. …… β POMMADE OU CREME ex. ……..

β HYDROCOLLOIDE ex. …….. β AUTRES précisez : ……..

3. LA « P.P. » EST-ELLE RECIDIVANTE OUI β dans …….. % des cas

NON β dans …….. % des cas

Vos observations et conseils pour la prise en charge de ces « P.P. »

ANNEXE III

Tableau n°1

QUESTIONNAIRES ENVOYES

Par Département	Nombre	Non distribués "NPAI"	Pas de réponses	Réponses	Total
Alpes de Haute-Provence	4	0	4	0	4
Alpes-Maritime	4	1	3	0	4
Ardèche	2	0	2	0	2
Aude	1	0	0	1	1
Aveyron	4	0	0	4	4
Bouches-du-Rhône	18	0	15	3	18
Corrèze	3	0	1	2	3
Dordogne	5	0	5	0	5
Drôme	4	0	4	0	4
Gard	13	0	10	3	13
Garonne	1	0	1	0	1
Gers	1	0	1	0	1
Gironde	48	4	33	11	48
Hérault	13	0	7	6	13
Isère	6	0	3	3	6
Loire	12	0	8	4	12
Rhône	40	2	29	9	40
Tarn	5	0	2	3	5
Var	6	1	4	1	6
Vaucluse	8	1	3	4	8
	198	**9**	**135**	**54**	**198**

ANNEXE IV – Tableau 2

PATIENTS PORTEURS DE PLAIES PERISTOMIALES (par type de stomies)

Questionnaire n°	Nbre patients	Colostomie	Urostomie	Iléostomie	Total plaies
1	5	5	0	0	5
2	8	6	1	4	11
3	1	1	0	0	1
4	1	0	0	1	1
5	6	1	0	5	6
6	8	0	0	8	8
7	4	3	0	1	4
8	5	3	0	2	5
9	4	3	0	1	4
10	4	1	1	2	4
11	7	4	0	3	7
12	2	0	1	1	2
13	10	3	3	4	10
14	5	4	1	0	5
15	1	0	0	1	1
16	7	2	2	3	7
17	14	9	1	4	14
18	20	15	0	5	20
19	4	2	0	2	4
20	10	0	0	10	10
21	1	0	0	1	1
22	1	0	0	1	1
23	5	1	3	1	5
24	3	1	1	1	3
25	1	1	0	0	1
26	3	0	3	0	3
27	2	2	0	0	2
28	10	0	10	0	10
29	7	0	3	4	7
30	1	0	1	1	2
31	sans réponse	0	0	0	0
32	0	0	0	0	0
33	sans réponse	0	0	0	0
34	sans réponse	0	0	0	0
35	sans réponse	0	0	0	0
36	sans réponse	0	0	0	0
37	sans réponse	0	0	0	0
	160	**67**	**31**	**66**	**164 ***
* 4 patients doivent être porteurs d'une double stomie.					
Ce questionnaire, n°38, bien qu'intéressant, n'a pu être retenu, ca r il porte uniquement sur 1 mois					*(CHU Bordeaux)*
38	36	10	-	26	36
Commentaires					
Sur 37 réponses	160 patients souffraient d'une (ou 2) plaies péristomiales dont :				
	67	colostomisés			
	31	urostomisés			
	66	iliostomisés			

Annexe V

Tableau n°3

PATIENTS SOUFFRANT DE PLAIES PERISTOMIALE - AYANT UNE EVENTRATION

Par type d'appareillage

Ne sont comptabilisés que les questionnaires qui ont donné une réponse à cette question

N° question.	Total Patients	SUPPORT CONVEXE			SUPPORT SOUPLE			SUPPORT RIGIDE		
		Nombre	Ceint. Abd.	Ceint. Maintien	Nombre	Ceint. Abd.	Ceint. Maintien	Nombre	Ceint. Abd.	Ceint. Maintien
1	5	sans réponse								
2	8	2	1	1	0			0		
3	1	0			0			0		
4	1	0			0			0		
5	6	0			0			0		
6	8	sans réponse								
7	4	2	2		1			1		
8	5	0			1			0		
9	4	1	1		1		2	2		
10	4	0			1	1	3	2		
11	7	0			2	1		5	1	1
12	2	sans réponse								
13	10	2			2			2		
14	5	sans réponse								
15	1	sans réponse								
16	7	0			1			6		
17	14	0			2	2		3	3	
18	20	0			20			0		
19	4	0			0			0		
20	10	sans réponse								
21	1	0			0			0		
22	1	0			0			1		
23	5	1			0			1		
24	3	0			0			0		
25	1	0			0			0		
26	3	0			0			0		
27	2	0			0			0		
28	10	1	1		2	2		1	1	
29	7	0			0			0		
30	1	sans réponse								
Total 160		**8**	5	1	**33**	6	5	**25**	5	1

RESULTAT

	Nbre	Type de support	dont	Ceint. Abd.	Ceint. Maintien	
	8	SUPPORT CONVEXE		5	1	
	33	SUPPORT SOUPLE		6	5	
	25	SUPPORT RIGIDE		5	1	Total
sur 160 patients	66	ont une éventration dont		16	7	23 avec ceinture

Annexe VI - Tableau n°4

Pourcentage par couleur des Plaies Péristomiales

ECHELLE A 90 PATIENTS
Nombre le plus élevé dans les pourcentages

90 65 50 45 30 15 1

Nbre de patients recensés souffrant d'une P.P.	156	90	1	1	14	0	0	6	2	0	3	0	0	7	0	5	3	0	0	1	3	0	0	2	0	0	3	0	0	2	0	0	1	0	9	2	1
		100%			90%			85%			80%			70%			60%			50%			40%			30%			20%			15%			10%		

Commentaire

sur 156 patients

Surface des Plaies en pourcentages

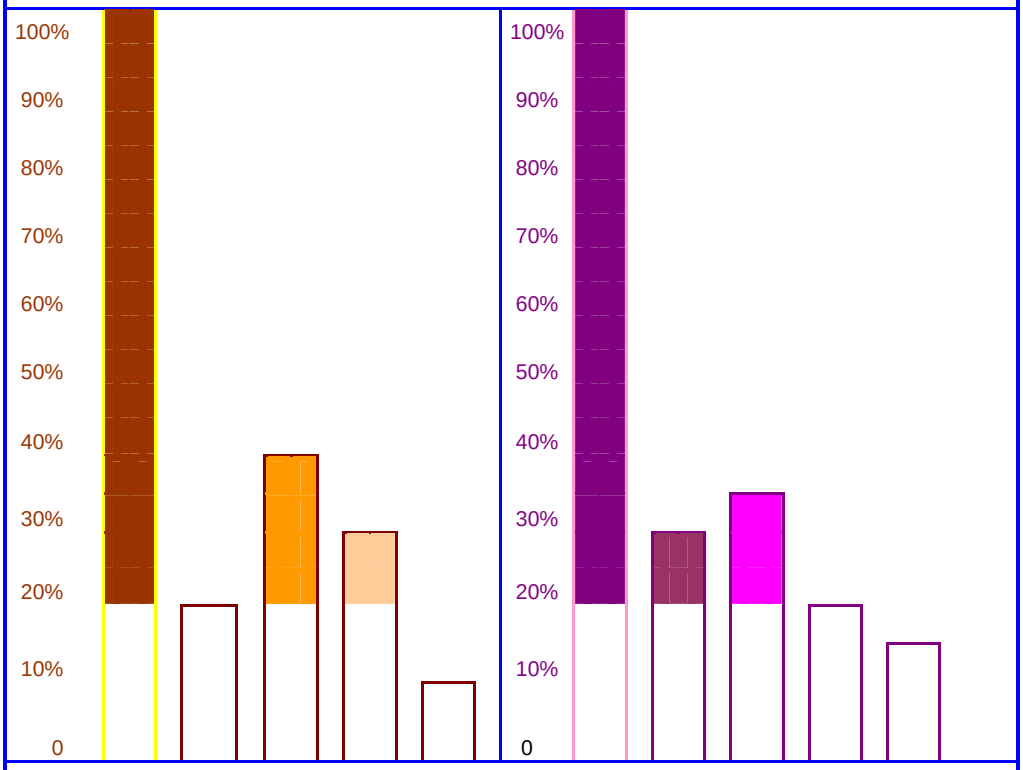
133	**ont une plaie**	**ROUGE**	**dont 90 à 100 %**
16	**ont une plaie**	**JAUNE**	
7	**ont une plaie**	**NOIRE**	

ANNEXE VII

Tableau n°5

NIVEAU D'EXSUDAT ET DE LA DOULEUR

Pour 141 patients recensés



LEGENDE

NIVEAU D'EXSUDAT

sur 141 patients	
Important	20%
Modéré	40%
Léger	30%
Aucun	10%

NIVEAU DE LA DOULEUR

Sur 141 patients	
Importante	30%
Modérée	35%
Légère	20%
Aucune	15%

ANNEXE VIII

Tableau n° 6

DIMENSIONS APPROXIMATIVES DES PLAIES en cm

Questionnaires répondus	Nombre de Patients	de	à
2	8	de 1.5 à 5 cm	
3	1	de 3.5 à 5 cm	
4	1	5cm/5cm	
5	6	de 1 à 4 cm	
6	8	de 1.5 à 8 cm	
7	4	de 1 à 8 cm	
8	5	de 1 à 15 cm	
9	4	de 2 à 5 cm	
10	4	de 1 à 25 cm	
11	7	de 1 à 5 cm	
12	2	6 cm	
13	10	de 1 à 6 cm	
15	1	2 cm	
16	7	de 0.5 à 3	
17	14	de 1 à 11 cm	
18	20	1/2 cm à 1 cm	
19	4	de 2 à 10 cm	
21	1	de 1 à 3 cm	
22	1		à 80 cm
23	5	de 1.5 à 5 cm	
24	3	de 1 à 2 cm	
25	1	1/2 cm	
26	3	de 2 à 3 cm	
27	2	réponse incomplète	
28	10	1/2 cm	
29	7		10à30 cm
31	1		
36	s. réponse	2 à 3 mm à 4cm et profondeur de 5 à 7 cm à 2 mm (CHU Bordeaux)	
27		réponses pour cette partie du questionnaire.	

Remarque *La mauvaise formulation de ma question, sur les dimensions approximatives des plaies, rend difficile l'interprétation des résultats, mais ils sont tout de même parlants.*

ANNEXE IX
SOINS

Tableau n°7

UTILISEZ-VOUS UN ANTISEPTIQUE ?

Nombre de réponses	NON	OUI	PARFOIS
31	27	1	3

Les antiseptiques cités sont : Dakin et Béta/sérum

Tableau n°8

LA PLAIE PERISTOMIALE EST-ELLE RECIDIVANTE ?

Nombre de réponses	OUI	NON
29	14	15

Tableau n°9

PANSEMENTS UTILISES SUR CES PLAIES

Nombre de réponses 32 (plusieurs réponses par sujet)

AUCUN 3 réponses

si OUI qu'utilisez-vous ?

Réponses

Gaze	Tulle	Hydrocolloïde	Alginate	Pommade ou crème	Autres
1	2	22	13	8	9
Les produits les plus cités sont					
	Physiotulle	Algoplaque Coloplast Duoderm		Stomadhésive Coloplast	Pâte hydrocollo. pâte protectrice Poudre Dakin Algoplaque Purillon hydrogel Caviton spray Hydrofibre

BIBLIOGRAPHIE

"Le point sur les stomies, les fistules et les troubles de la continence".

Geneviève Bôll
Michelle Conge
Michelle Guyot
Jean-Michel Marquet
Suzanne Montandon

Edit. Atlas - B. Braun

"Soins de plaies"

Ann Aerts
Dorine Nevelsteen
Françoise Renard

De Boeck Universite

Ecrire son travail de fin d'études
"Conseils pratiques et exercices d'écriture"

Dominique Rispail
Ets Masson

"Guide des plaies du pansement à la chirurgie"

G. Magalon
R.Vanwijck

Ed. John Libbey