

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COLOSTOMISÉS DE LA PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE À LA SORTIE

BPA-PEC 2311COLOSTOM • Version 2 validée le 28/11/2023

[CONSULTER VERSION INTERACTIVE](#) 

DÉFINITION

Soins infirmiers techniques et éducatifs auprès des patients porteurs d'une colostomie pour favoriser leur autonomie (1).

OBJECTIFS

- Assurer les soins techniques dans les suites opératoires
- Anticiper, organiser et coordonner la sortie du patient
- Conseiller/éduquer le patient et son entourage en vue de la reprise progressive de la vie sociale.
- Uniformiser les pratiques soignantes

INDICATIONS

La **stomie temporaire/définitive** est réalisée dans les cas suivants :

- Occlusion colique
- Mise au repos de l'intestin en cas de fistule digestive ou d'escarre sacrée
- Perforation du colon
- Protection d'une anastomose à risque
- Cancer du rectum non résécable
- Amputation abdomino-périnéale (définitive)

PRÉ REQUIS

RAPPELS ANATOMO-PHYSIO-PATHOLOGIQUES

PRINCIPAUX ROLES DU COLON (2-4)

Les résidus alimentaires parviennent au côlon sous forme liquide. Leur progression est assurée grâce à différents mouvements (segmentation, péristaltisme lent et mouvement « de masse »).

Le côlon absorbe l'eau, les électrolytes, les sucs digestifs et des vitamines.

Sa flore intestinale permet la transformation de résidus non digérables (fermentation et putréfaction), synthétise la vitamine K et l'acide folique (vitamine du groupe B).

Le côlon forme les fèces (ou matières fécales) composées d'eau à 75%, de cellules digestives desquamées, de bactéries, de mucus, de sels biliaires et de quelques résidus alimentaires et graisses (5). Elles s'accumulent dans le sigmoïde et le rectum. Elles sont évacuées par l'anus grâce aux sphincters qui assurent la continence.

Les selles normales sont moulées, ni molles ni dures, de couleur marron (5).

STOMIE DIGESTIVE : abouchement chirurgical d'un segment intestinal à la peau assurant une dérivation externe des effluents digestifs. Elle peut être temporaire ou définitive.

La confection chirurgicale de la stomie est latérale (présence de 2 orifices) ou terminale (1 seul orifice).

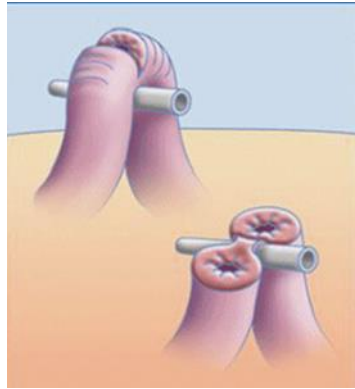


Fig.1 : Stomie latérale sur baguette (COLOPLAST®)



Fig.2 : Stomie terminale (CHU Saint Etienne)

https://www.chirurgie-viscerale-saint-etienne.com/wp-content/uploads/2016/11/ileostomies_colostomies.png

La stomie ne possède pas de sphincters, le patient ne pourra contrôler l'émission des selles et des gaz.
La reprise attendue du transit intestinal se situe entre 4 à 6 jours postopératoires.

SIEGE DES DIFFERENTES COLOSTOMIES

Les selles du patient colostomisé ont un aspect et une texture différents selon la localisation de la dérivation colique :

- Si colostomie droite : selles semi liquides à pâteuses.
- Si colostomie gauche : selles moulées.

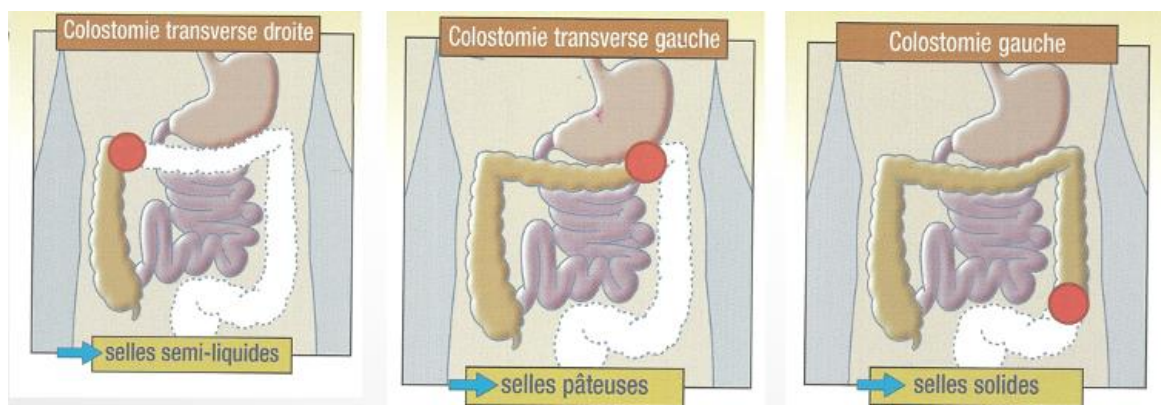


Fig.3 : Siège des colostomies (COLOPLAST®)

FORMES DES COLOSTOMIES

La forme de l'orifice est variable (éversée, plane ou invaginée) ; le système d'appareillage différera en conséquence.



Fig.4 : Formes de stomies (Nelly LAMARTINE-VERNEY 2023)

REPERAGE PREOPERATOIRE

Un repérage du futur emplacement de la stomie est réalisé en préopératoire par le chirurgien, ou par l'infirmier(ère) entérostomathérapeute (IDE ET) en collaboration avec celui-ci (6) à l'aide d'un crayon dermique chirurgical pour assurer un système efficace et confortable.

Il respecte les règles suivantes (7) :

- Située à travers les muscles grands droits afin d'éviter le risque d'éventration
- A distance d'une cicatrice
- A distance de tout relief osseux (crête iliaque, rebord costal)
- Hors d'un pli cutané
- Sur une surface plane (au moins 7 cm de diamètre)
- Visible par le patient
- Compatible avec les habitudes de vie (habillement, travail, sport) et les handicaps éventuels
- Vérification ultime avec patient : debout, assis, couché.

L'emplacement déterminé peut être modifié du fait de contraintes anatomiques.

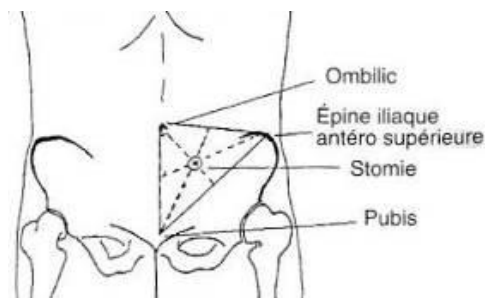


Fig.5 : Repérage de l'emplacement théorique d'une colostomie gauche
DEVAUX S. Le point sur les Stomies et les fistules, Esford, 2011(7)

PARCOURS TYPE PATIENT COLOSTOMISE ETAPES-CLEF

PREOPERATOIRE



CONSULTATION(S) D'ANNONCE MEDICALE CONSULTATION CHIRURGICALE

- Explication intervention + recueil consentement éclairé
- Détermination date d'intervention

CONSULTATION D'ANESTHESIE

- Détermination du type anesthésie (AG) + recueil consentement éclairé
- Consignes relatives à la gestion des traitements en cours (anticoagulants, antidiabétiques, ...)
- Consignes préopératoires
- Prescription du bilan préopératoire (biologie...)

TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT (TAS¹)

- Evaluation-compréhension de la situation, de l'état psychologique, reprise des informations données par le chirurgien
- Explications du postopératoire
- Orientation vers soins de support requis.

CONSULTATION IDE ENTEROSTOMATHERAPEUTE

- Reformulation de la chirurgie (étayage avec schémas)
- Etat des lieux des connaissances du patient : anatomie, représentations, ...
- Remise de documents d'information
- Présentation du matériel postopératoire et de sortie
- Repérage
- Si Programme d'éducation thérapeutique (ETP²) sur l'établissement : diagnostic éducatif +/- intégration dans le programme

APPEL PREOPERATOIRE

éventuel par l'unité d'hospitalisation



- Vérification absence de modification récente de l'état de santé
- Rappel des consignes
- Vérification que les examens préopératoires prescrits ont été réalisés
- Précision de l'heure de convocation

HOSPITALISATION



- Accueil. Installation. Check-list préopératoire
- Intervention chirurgicale
- Surveillance en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI)
- Surveillance générale et locale (stomie) en unité de soins (voir p9)
- 1^{er} changement du système d'appareillage (et suivants)
- Soutien psychologique (image corporelle)
- Interventions de l'IDE ET
- Préparation de la sortie.

A DISTANCE

mise en œuvre des traitements spécifiques

- +/- Radiothérapie
- +/- Chimiothérapie
- +/- Autre(s) chirurgie(s)
- +/- Autres thérapies (hormonothérapie, immunothérapie ...)
- +/- Rétablissement de la continuité digestive
- +/- Soutien par soins de support

¹ TAS : Temps d'Accompagnement Soignant (Plan Cancer 1)

² L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Les professionnels autorisés à construire et proposer un programme d'ETP doivent avoir suivi et validé une formation spécifique de 40 heures (8).

RISQUES ENCOURUS



RISQUES IMMEDIATS ET SECONDAIRES EN POST-OPERATOIRE

- **Nécrose de la stomie** : modification partielle ou totale de la couleur de la stomie (de rouge vif devient cyanosée, puis noire) (se référer au document HOLLISTER 04/2019(9))
- **Désunion voire désinsertion de la stomie** : stomie peu ou pas visible suite à lâchage de sutures partiel ou total
- Abscès péristomial
- Retard de transit voire occlusion intestinale
- Hémorragie
- Eviscération : extériorisation des anses grêles
- Irritation cutanée péristomiale

RISQUES TARDIFS

- Eventration
- Irritation cutanée péristomiale, hyperbourgeonnement
- Sténose
- Prolapsus
- Occlusion

SYSTEMES D'APPAREILLAGE DES STOMIES

Les systèmes d'appareillage comportent un protecteur cutané adhésif et une poche.
Ils peuvent être en une seule pièce, ou rester en deux pièces reliées entre elles par emboîtement, verrouillage ou adhésif.

☞ Pour voir divers systèmes d'appareillages :

Laboratoire	Lien
HOLLISTER	https://www.hollister.fr/fr-fr/ostomycare/ostomylearningcenter/usingostomyproducts/whatyouneedtoknowaboutostomypouchingsystems
COLOPLAST	https://produits.coloplast.fr/produits/appareillages-et-accessoires-de-stomie/
B.BRAUN	https://www.bbraun.fr/fr/produits-et-solutions/therapies/stomatherapie.html
CONVATEC	https://www.convatec.com/fr-fr/stomatherapie/juste-apres-la-chirurgie/utilisation-de-votre-produit/
EAKIN	https://www.eakin.fr/appareillages/
WELLAND	https://www.welland-sante.fr/produits/1

Tableau 1 : Liens vers systèmes d'appareillage de stomie (04/2023)

TECHNIQUE DU PREMIER SOIN DE COLOSTOMIE

Pour le premier changement de système d'appareillage, il n'y a pas de règle établie en termes de délai.
Celui-ci a lieu :

- En cas de fuite
- Suite à l'émission de gaz et/ou de selles liquides
- En cas de gêne lors de la réfection du pansement abdominal (pansement près de la stomie)

Le 1^{er} changement est réalisé sur patient allongé. Les suivants peuvent être effectués sur patient debout, assis ou demi assis, position qui lui sera la plus confortable.

Au bloc opératoire, la stomie du patient a été équipée d'un système d'appareillage :

- Stérile
- Transparent (surveillance de la stomie)
- Sans filtre (vérification de la reprise du transit matérialisée par des gaz)

1^{ER} CHANGEMENT DE SYSTEME D'APPAREILLAGE DE COLOSTOMIE



Matériel

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Système 1 pièce ou 2 pièces non stérile, transparent ou opaque avec fenêtre d'inspection, avec filtre - Une paire de ciseaux désinfectés - Gabarit de découpe - Anneau protecteur ou tube de pâte de protection cutanée (indispensable pour colostomie droite) | <ul style="list-style-type: none"> - Spray pour retrait de l'adhésif - Eau non stérile - Gants non stériles - Produit Hydro Alcoolique (PHA) - Sac poubelle DAOM³ OPTIONNEL : Spray protecteur cutané⁴ (prévention/traitement de l'irritation) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Attention !

- Tant que la reprise du transit n'a pas eu lieu, il conviendra d'obturer le filtre du système afin de pouvoir détecter la production des gaz.
- L'utilisation d'anneau protecteur (ou de pâte) est requise le 1^{er} mois postopératoire et tant que présence de fils de suture, et/ou si selles liquides.

Technique

Expliquer au patient les étapes durant le soin

Procéder à une friction des mains (FHA) avec un produit hydroalcoolique. Enfiler les gants.

1. Vaporiser le spray entre la peau et le support, puis retirer le système d'appareillage en décollant du haut vers le bas tout en maintenant la peau.

Eliminer les déchets dans le sac poubelle DAOM

2. Nettoyer la peau péristomiale et la stomie sans frottement, à l'aide de compresses imbibées d'eau. Proscrire tout autre produit.

3. Sécher parfaitement la peau péristomiale par tamponnement avec des compresses.

4. Vérifier l'intégrité de la peau et l'aspect de la stomie
 ☞ **En cas d'irritation (ou en prévention)** : vaporiser le spray protecteur cutané (2 pulvérisations suffisent).
 Laisser sécher le spray à l'air.

5. Mesurer le diamètre de la stomie (si stomie ovale, mesurer dans les 2 dimensions).
 Découper le support à + 2-3 mm du diamètre de la stomie.

Si système 1 pièce

Si système 2 pièces

6. Modeler l'anneau à la forme et taille de la stomie puis le coller au plus proche de la stomie.
Ou réaliser un joint de pâte autour de la stomie : afin que la pâte ne colle pas au doigt, humidifier l'index et l'appliquer par virgules successives sur la peau péristomiale.

Modeler l'anneau à la forme et taille de la stomie puis le coller au plus proche de la stomie.

7. Coller le système d'appareillage.

Coller le support sur l'anneau de pâte.
Réaliser un joint de pâte (si selles liquides) : afin que la pâte ne colle pas au doigt, humidifier l'index et l'appliquer par virgules successives autour de la stomie.
 Adapter la poche au support.

Veiller à positionner le système :

- De façon horizontale si le patient reste alité, afin de faciliter la vidange
- De façon verticale dès que le patient se mobilise.

Eliminer les déchets. Désinfecter les ciseaux. Oter les gants et les jeter. FHA

TRACABILITE Tracer dans le dossier patient les éléments de surveillance : gaz, selles, aspect de la stomie et de la peau péristomiale, dimensions mesure de la stomie, type de matériel utilisé et réactions du patient.

L'ablation des fils non résorbables (le cas échéant) s'effectue entre J10 et J30 selon prescription chirurgicale.

NB : En cas de colostomie gauche, il est inutile de maintenir l'utilisation de pâte ou d'anneau :

- Après cicatrisation complète de la stomie
- Et/ou quand les selles sont devenues normales (pâteuses).

³ DAOM : déchets assimilés aux ordures ménagères

⁴ Spray protecteur cutané : non remboursé par la Sécurité Sociale

PARTICULARITÉS DES STOMIES SUR BAGUETTES

Objectif : maintenir le colon en dehors de la cavité abdominale.


Des baguettes peuvent être posées par le chirurgien lors de colostomies latérales. Elles sont alors :

- Soit extériorisées, retirées sur prescription médicale généralement vers J10-J12 en milieu hospitalier. Elles nécessitent des soins spécifiques.
- Soit sous cutanées (donc non visibles) facilitant l'appareillage. Elles sont retirées lors du rétablissement de la continuité.

La technique de 1^{er} changement de système d'appareillage est identique à celle décrite précédemment.

- Privilégier un système 2 pièces (commodités de manipulation).
- Utiliser un système d'appareillage de grand diamètre et faire une découpe qui laisse passer la baguette. Le diamètre du support de la poche doit être adapté à la longueur de la baguette.
- Ne pas exercer de traction sur la baguette : risque de section ou ischémie de l'anse colique extériorisée.
- Possibilité de la mobiliser (glisser) délicatement pour éviter adhérences et risque d'escarre.

FREQUENCE DES CHANGEMENTS DU SYSTEME D'APPAREILLAGE

FREQUENCE DE CHANGEMENT DU SYSTEME D'APPAREILLAGE DE COLOSTOMIE 	
Système 1 pièce	Système 2 pièces
Changement du système : 1x/24h au minimum En cas fuite	Changement du support : 1x/3jours maxi Changement de poche : 1x/24h
Vidange de la poche régulière au cours des 24h (selon niveau remplissage et selon confort patient).	

SURVEILLANCE

SURVEILLANCE



Points d'attention :

Dans les premiers jours post opératoires, la stomie est œdématisée, son aspect va évoluer : l'œdème disparaît rapidement entraînant la réduction du calibre de la stomie.

SURVEILLANCE DES RISQUES IMMEDIATS

RISQUES	ACTIONS DE SURVEILLANCE ET D'EVALUATION
Hémorragie	Recherche de saignement par l'orifice de la stomie ; cependant une petite quantité de sang est normale dans les suites opératoires immédiates.
Nécrose	Recherche d'une modification de la coloration de la stomie : elle doit être rouge, non cyanosée.
Désinsertion par lâchage de suture	Recherche d'affaissement partiel ou total de la stomie : stomie visible.
Eviscération	Recherche d'extériorisation des anses grêles au contact de la stomie.
Occlusion	Surveillance de la reprise d'un transit régulier : présence de gaz et/ou de selles.
Abcès	Recherche de signes locaux : œdème, rougeur, douleur, induration, chaleur, écoulement. Recherche de signes généraux : fièvre, douleur.
Irritation cutanée péristomiale	Recherche de signes d'altération de la peau : dermatabrasion, douleur, rougeur.

SURVEILLANCE DES RISQUES TARDIFS

Ces risques seront évoqués avec le patient au moment de sa sortie.

RISQUES	ACTIONS DE SURVEILLANCE ET D'EVALUATION
Occlusion	Surveillance du maintien d'un transit régulier : présence de gaz et de selles.
Irritation cutanée péristomiale	Recherche de signes d'altération péristomiale : dermatabrasion, douleur, rougeur.
Eventration	Recherche d'une déformation de la paroi abdominale.
Prolapsus	Recherche d'extériorisation d'une longueur anormale du colon par la stomie.
Sténose	Recherche d'un rétrécissement du calibre de la stomie, Recherche de selles rubanées.

AU DÉPART DU PATIENT



1.	Pendant le séjour, l'équipe soignante a évalué la capacité du patient à prendre en charge sa stomie. Un proche a pu être associé à cette démarche éducative. En vue de la sortie, l'IDE : <ul style="list-style-type: none">- Organise si besoin la continuité des soins par un(e) IDEL (transmissions écrites)- Informe de la possibilité de faire livrer le matériel prescrit par un prestataire de service de son choix ou une pharmacie de ville- Propose la mise en relation avec un(e) enterostomathérapeute- Remet au patient les coordonnées du service en cas de difficultés rencontrées lors du retour à domicile
2.	Vérifie avec le patient les différentes ordonnances, notamment celles concernant le matériel du système d'appareillage de la stomie (mention « pansement de stomie » pour AMI)
3.	Écoute le patient et ses proches, répond à leurs questions Remet le document INCa : conseils vivre avec une stomie (pages 16 à 19) https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/LA-STOMIE-DIGESTIVE Propose des mini-vidéos informatives à voir à domicile (10–12)
4.	Informe le patient qu'il peut trouver les coordonnées d'une association de patients stomisés sur le site sante.gouv.fr : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_asso_agreees_regionales_22_02_2019.pdf , ainsi que sur ceux de certains laboratoires et prestataires de service.

L'IRRIGATION COLIQUE

DEFINITION

Ce soin peut être réalisé sur prescription médicale (13) par IDE et en autosoin par le patient. Technique de lavement à l'eau tiède (env. 37°C) non stérile par la stomie qui permet une relative maîtrise du transit intestinal visant à l'amélioration de la qualité de vie.

Il s'adresse uniquement aux patients porteurs d'une colostomie gauche terminale⁵.

Il peut être réalisée dès le 8^{ème} jour postopératoire.

Avantages

- Pour contrôler l'émission des selles, pratiquer l'irrigation à un rythme régulier (généralement tous les 2-3 jours) mais le patient peut aussi la pratiquer de façon ponctuelle.
- Une mini poche ou un pansement hydrocellulaire peut être proposé au patient si transit maîtrisé (pas de selles entre les irrigations).

Inconvénient

Contrainte de temps : disponibilité d'une heure pour le soin toutes les 48 à 72 heures.

CONTRE-INDICATIONS

- Diarrhées
- Insuffisance rénale avec restriction hydrique, dialyse
- Pathologies intestinales avec paroi fragile (diverticulose, maladies inflammatoires intestinales)

PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES

- *Douleurs abdominales*

☞ *Conduite à tenir en cas de colique au cours de l'irrigation :*

- Interrompre l'irrigation
- Respirer profondément
- Pratiquer un massage doux sur l'abdomen
- Vérifier que la température de l'eau irriguée est bien à 37°C
- Reprendre une fois la colique terminée

- *Hypotension* liée à un passage trop rapide de l'irrigation.

☞ *Conduite à tenir :*

- Arrêter l'irrigation
- Tenter la poursuite à un débit moins rapide après un temps de repos.

⁵ Une colostomie gauche terminale peut être pratiquée en cas d'ablation du sigmoïde, du rectum.

TECHNIQUE DE L'IRRIGATION COLIQUE



Matériel

Trousse d'irrigation : un réservoir gradué, une tubulure avec régulateur de débit + 1 cône d'irrigation
 1 manchon (cf : fig.6) avec une extrémité proximale pour l'insertion du cône et une extrémité distale pour l'évacuation des selles
 1 pince pour fermeture de l'extrémité proximale du manchon
 Thermomètre de bain
 Compresses non stériles
 1 mini poche ou une poche
 1 crochet fixé au mur ou une potence
 1 paire de gants à usage unique jetables non stériles pour IDE
 Sac poubelle DAOM

Technique (pour IDE et patient)

	<i>Se laver les mains.</i>
1	Remplir la poche avec de l'eau tiède : la quantité est prescrite par le chirurgien et à adapter au patient (500 ml à 1000 ml) Contrôler la température de l'eau (env. 37°C)
2	Mettre en place la poche d'irrigation sur la potence et purger la tubulure
3	Patient : installation dans les toilettes, assis sur une chaise, à côté de la cuvette des toilettes IDE : <i>enfiler des gants à usage unique</i>
4	Oter le système d'appareillage
5	Nettoyer et sécher la peau
6	Mettre en place le manchon, retourner la partie distale sur 20 cm (pour la garder propre) et la placer dans la cuvette des toilettes.
7	Faire un toucher stomial (pour les 1ères irrigations afin de repérer le trajet)
8	Introduire le cône dans la stomie, selon l'inclinaison repérée par le toucher stomial
9	Administrer en 2 à 3 minutes la totalité du volume
10	Maintenir le cône en pression sur la stomie pendant une minute après le passage de l'eau puis le retirer
11	Replier la partie distale du manchon sur sa partie proximale, fixer à l'aide des pinces
12	Patient : se lever, marcher, vaquer à ses occupations pendant environ 20min-30 min en attendant que les selles s'évacuent (possible sensation de spasmes coliques marquant la fin de l'évacuation).
13	Vidanger le contenu du manchon dans les toilettes
14	Oter le manchon et l'éliminer dans la poubelle
15	Nettoyer et sécher la stomie
16	Mettre en place une poche ou une mini poche.
	Patient : <i>se laver les mains</i> IDE : <i>retirer les gants, les éliminer, se laver les mains</i>

Traçabilité en établissement de soins

Dans le dossier patient, noter : quantité d'eau, efficacité de l'irrigation, degré d'autonomie du patient, réactions du patient et effets indésirables

☞ En annexe I : Schéma COLOPLAST l'irrigation colique 01/2016



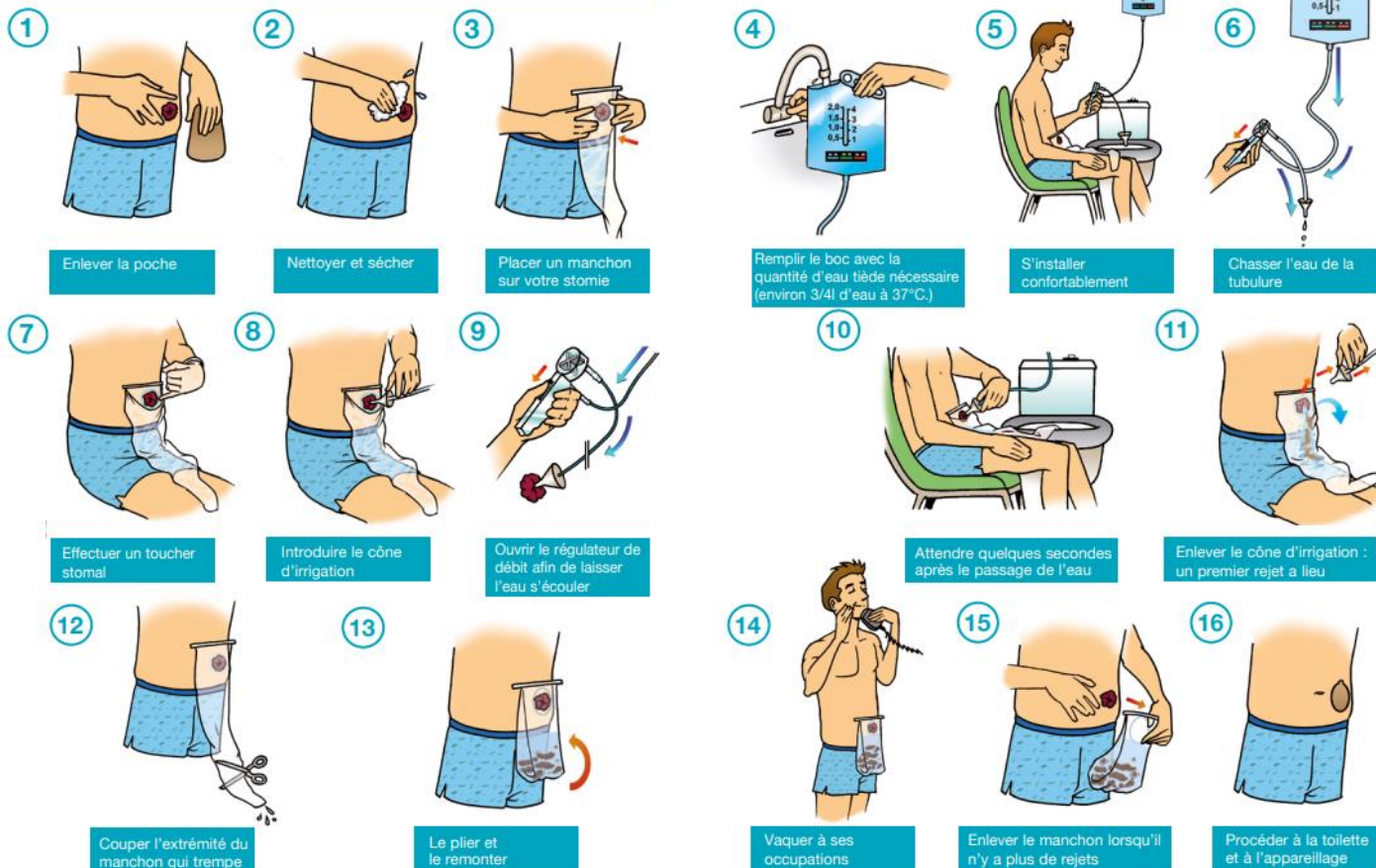
Fig.6 : Manchon pour irrigation Laboratoire CONVATEC <https://marketingworld.convatec.com>

BIBLIOGRAPHIE - Cadre réglementaire

1. LEGIFRANCE [Internet]. 2023 [cité 6 nov 2023]. Code de la santé publique. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière (Articles R4311-1 à R4312-92)Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/
2. DUPONT S. L'anatomie et la physiologie pour les infirmier(e)s. 4ème édition. Elsevier-Masson; 2021. 458 p.
3. GRANT A, WAUGH A. Ross et Wilson - Anatomie et physiologie normales et pathologiques. 11ème. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011. 520 p.
4. ROBERTS AM. Le grand guide visuel du corps humain. 2ème revue et augmentée. Pearson France; 2016. 528 p. (Apprendre toujours).
5. BIGARD MA. Transit et constipation: normalité [Internet]. Société Nationale Française de Colo-Proctologie; 2008 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.snfcp.org/>
6. Conseil National - Infirmier stomathérapeute [Internet]. [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-stomatherapeute.html>
7. DEVAUX S, BOLL G, CHAUMIER D, DEGARAT F, GUYOT-POMATHIOS M, LANGLOIS G, et al. Le point sur les stomies et les fistules et les troubles de la continence. Esford. 2011. 236 p.
8. Haute Autorité de Santé - Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
9. HOLLISTER. Identifier une complication stomiale ou péristomiale Ref. FRO217. 2019.
10. Comment nettoyer une stomie? [Internet]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=MtHM1lonc_4
11. Comment vivre au quotidien avec une stomie ? 1ere partie [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=Kqep1poaUec>
12. Comment vivre avec une stomie Partie 2 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=jxXINs7X2A0>
13. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - Légifrance [Internet]. 2002 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000410355/>

ANNEXE I IRRIGATION COLIQUE

Déroulement de l'irrigation colique



- 1 Enlever la poche
- 2 Nettoyer et sécher
- 3 Placer un manchon sur votre stomie
- 4 Remplir le boc avec la quantité d'eau tiède nécessaire (environ 3/4l d'eau à 37°C.)
- 5 S'installer confortablement
- 6 Chasser l'eau de la tubulure
- 7 Effectuer un toucher stomal
- 8 Introduire le cône d'irrigation
- 9 Ouvrir le régulateur de débit afin de laisser l'eau s'écouler
- 10 Attendre quelques secondes après le passage de l'eau
- 11 Enlever le cône d'irrigation : un premier rejet a lieu
- 12 Couper l'extrémité du manchon qui trempe
- 13 Le plier et le remonter
- 14 Vaquer à ses occupations
- 15 Enlever le manchon lorsqu'il n'y a plus de rejets
- 16 Procéder à la toilette et à l'appareillage

RÉDACTEURS 2023

Coordonnateur du groupe de travail 2023

PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de Santé, cheffe de projet, DSRC AURA, LYON

Membres du groupe de travail 2023

AITZAI Naima, IDE, Médecine Gastroentérologie, CH VALENCE

BESSET Mélanie, IDE entérostomathérapeute, CH VALENCE

GOTTELAND Dominique, IDEL, ST BALDOPH

GUILLEVIN Céline, IDE entérostomathérapeute, CLB, LYON

MIBORD Mélanie, IDE entérostomathérapeute, CLB, LYON

PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de Santé, cheffe de projet, DSRC AURA, LYON

PRADAL Stéphanie, IDE entérostomathérapeute, CHU CLERMONT FERRAND

SEIDEL Laeticia, cadre de santé, Chirurgie digestive, CHU CLERMONT FERRAND

VERNEY-LAMARTINE Nelly, IDE entérostomathérapeute, CH AUBENAS

RELECTEURS 2023

DARNON Delphine, IDE Entérostomathérapeute, Clinique mutualiste Loire, SAINT ETIENNE

GRANGEON Lionel, IDE Entérostomathérapeute, Clinique mutualiste Loire, SAINT ETIENNE

LABROSSE Hélène Dr, Pharmacien, DSRC ONCO AURA, LYON

SCOTTI Coraline, IDE Coordinatrice, Chirurgie digestive, CLB, LYON

ZULIN Vincente, Cadre de santé dispositif d'annonce et hygiène, Clinique St Vincent de Paul, BOURGOIN-JALLIEU

GOUEDO Christine, IDE Entérostomathérapeute, Consultation Chirurgie digestive, CHUGA, GRENOBLE

THOMAS Géraldine, IDE Entérostomathérapeute, Consultation Chirurgie digestive, CHUGA, GRENOBLE

PRESENTS A LA PLENIERE 2023 POUR VALIDATION

ALAIMO Servane, IDE, GH Les Portes Du Sud VENISSIEUX

ARQUILLIERE Nathalie, IDE, Libérale, RUY-MONCEAU

AUBERT Ingrid, IDE, Libérale, FOUR

BONNABRY Karine, Cadre de santé, CHU CLERMONT-FERRAND

BOURGOIN Cynthia, IDE, CH Saint Joseph Saint Luc, LYON

BROSSARD Sylvie, IPA, CHU CLERMONT-FERRAND

CELLUPICA Mary, IADE, Centre Léon Bérard, LYON

CERUTTI Murielle, IDE, Libérale, LETRA

COLIN Carole, IDE, Infirmerie Protestante, LYON

CROISSANT Anthony, IDE, CH Saint Joseph Saint Luc, LYON

CROUZET Béatrice, IDE, Clinique mutualiste, ST ETIENNE

DELHOMME Isabelle, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

ENGEL Audrey, IDEC, Hospitalisation à Domicile - Soins et Santé, DAGNEU

ERKAN Ebru, IDE, Libérale, RUY-MONCEAU

FALCON Robert, IDE, Libéral, BRIVES

GESSANT Marlène, IDE, CHU SAINT ETIENNE

GIRARD MADOUX Corinne, IDE, CH CHAMBERY

GNANDJI Evelyne, IDE, Libérale, VILLEURBANNE

GOURGAUD Manon, IDE, CHU SAINT ETIENNE

GREGOIRE Pauline, IDE

GRIOTIER Christine, IDE, Infirmerie Protestante, LYON

GUILLOT-JEROME Sophie, IDE, Médipôle Hôpital Mutualiste, VILLEURBANNE

HAMON Gaëtane, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

HATTE Véronique, IDE, Centre Hospitalier Pierre Oudot, BOURGOIN-JALLIEU
LABROSSE Hélène, Pharmacien cheffe de projet, ONCO AURA, LYON
LAFON Daisy, IDE, CHU SAINT ETIENNE
LAURENCIN Stéphanie, Cadre de santé, Infirmierie Protestante, LYON
MARTIN Nadine, Cadre de santé, Centre Jean Perrin, CLERMONT-FERRAND
MAYNADIER Laure, Cadre de santé, Centre Jean Perrin, CLERMONT-FERRAND
MEY Gérane, IDEC/IDA, Centre Hospitalier Pierre Oudot, LYON
MIBORD Mélanie, IDE EST, Centre Léon Bérard, LYON
MILLARDET Alice, IDE, Libérale, BOURGOIN-JALLIEU
MORLIERE Lise, IDE, Centre Léon Bérard, LYON
PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de Santé, cheffe de projet, DSRC AURA, LYON
PASTOR Clélia, IDE, Médipôle Hôpital Mutualiste, VILLEURBANNE
PENTATSEKO Illémo, IDE, CHG Mont D'Or, ALBIGNY SUR SAONE
PETIOT ROY Sylvie, Cadre de santé, IFPS ESQUIROL, Hospices Civiles de LYON
PEYRARD Céline, Cadre de santé, CHU SAINT ETIENNE
PONTVIANNE Dorine, Infirmière Hygiéniste, Centre Léon Bérard, LYON
SCHULTEISS Nadine, IDE, CHU SAINT ETIENNE
SIEDLIK Marie Hélène, Cadre de santé, CHU SAINT ETIENNE
THELISSON Linda, IDE, SSR Val Rosay, ST DIDIER AU MONT D'OR
TREFCON Camille, infirmière en pratique avancée, Hôpital Lyon Sud, Hospices Civils de LYON

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL 2011

Coordonnateur d'action du groupe 2011

TALON A., directeur des soins infirmiers, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

Membres du groupe de travail 2011 pour la version 2011

ARANTES N., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
BARBOUTIE K., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
BIRONIEN L., cadre de santé, Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes, Lyon ;
BOBINEAU A., infirmière diplômée d'état, Clinique les Portes du Sud, Vénissieux ;
GIAI CHECA D., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
GRAFF E., cadre de santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Saint Martin ;
GRAND L., infirmière diplômée d'état, Clinique Saint Vincent de Paul, Bourgoin Jailleu ;
GUILLEVIN C., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
HAVETTE M., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
LAURENT C., cadre de santé, référent groupe bonnes pratiques ONCORA, CRLCC Léon Bérard, Lyon.
PAILLARD-BRUNET A.M., cadre infirmier, Institut de Formation Soins Infirmiers, Bourgoin Jailleu ;
POLI F., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
RIVIERE M.F., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
ROUSSEAU K., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
YILDIZ M.C., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard, Lyon.