



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2015

FACULTE DE PHARMACIE

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 08 juillet 2015 sur un sujet dédié à :

ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PATIENTS COLOSTOMISES EN LORRAINE, SUITE A UN CANCER COLORECTAL

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par

Hélène PARAVANO

née

26 février 1989 à HAYANGE (57)

Membres du Jury

Président :

Pr. Jean-Louis MERLIN : Professeur de Biologie Cellulaire Oncologique, Faculté de Pharmacie,
Université de Lorraine - NANCY

Juges :

Dr Marie SOCHA : Maître de conférences, Faculté de Pharmacie, Université de Lorraine - NANCY

Dr Fadila CHERGUI : Pharmacien Hospitalier, Institut de Cancérologie de Lorraine - NANCY

Dr Dominique BIRE : Pharmacien Titulaire, AUDUN LE ROMAN

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2014-2015

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Béatrice FAIVRE

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Président, Brigitte LEININGER-MULLER

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Président, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsable de la filière Officine

Responsables de la filière Industrie

Responsable de la filière Hôpital

Responsable Pharma Plus ENSIC

Responsable Pharma Plus ENSAIA

Responsable de la Communication

**Responsable de la Cellule de Formation Continue
et individuelle**

**Responsable de la Commission d'agrément
des maîtres de stage**

Responsables des échanges internationaux

Responsable ERASMUS

Béatrice FAIVRE

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Raphaël DUVAL

Marie-Paule SAUDER

Béatrice FAIVRE

Béatrice FAIVRE

Bertrand RIHN

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Michel JACQUE
Pierre LABRUDE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ENSEIGNANTS

Section
CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Chantal FINANCE	82	Virologie, Immunologie
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Alain NICOLAS	80	Chimie analytique et Bromatologie
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	87	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Biologie cellulaire, Hématologie
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	32	Chimie organique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique
Nathalie THILLY	81	Santé publique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	<i>Parasitologie</i>
Xavier BELLANGER	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François BONNEAUX	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Cédric BOURA	86	<i>Physiologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël COULON	87	<i>Biochimie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Natacha DREUMONT	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>

ENSEIGNANTS (suite)

	<i>Section CNU*</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
Florence DUMARCAY	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER	85/86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>
Francine KEDZIEREWICZ	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86	<i>Droit en Santé</i>
Faten MERHI-SOUSSI	87	<i>Hématologie</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Gabriel TROCKLE	86	<i>Pharmacologie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIUO	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>
Colette ZINUTTI	85	<i>Pharmacie galénique</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER

86 *Sémiologie*

PROFESSEUR AGREGÉ

Christophe COCHAUD

11 *Anglais*

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

Remerciements

A Monsieur Le Professeur Jean-Louis MERLIN, professeur à la faculté de Pharmacie de NANCY,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression d'un grand respect.

A Madame Fadila CHERGUI, pharmacien à l'Institut de Cancérologie de Lorraine,

Je vous remercie d'avoir dirigé ma thèse et de la confiance que vous m'avez accordée tout au long de mon travail.

A Madame Marie SOCHA, pharmacien hospitalier et maître de conférences à la faculté de pharmacie de NANCY,

Votre expérience, vos conseils et votre disponibilité ont été une aide précieuse dans la réalisation de ce nouvel exercice. Je vous témoigne ma sincère reconnaissance.

A Madame Dominique BIRE, pharmacien titulaire à AUDUN LE ROMAN,

Grâce à vous, j'ai découvert et aimé le métier de pharmacien d'officine. Votre foi en notre profession m'a profondément marquée et me servira dans les années à venir. Merci de me faire l'honneur de juger ma thèse.

A Monsieur Claude SIGNORELLI, président de l'association URILCO Lorraine,

Merci d'avoir été disponible tout au long de mon enquête. Votre témoignage et la confiance en mon travail m'ont profondément touché. Ce travail témoigne de mon profond respect pour vous et votre travail au sein de l'association.

Aux adhérents de l'URILCO,

Sans vous ce travail n'existerait pas. Vous êtes l'essence de cette thèse. Vous m'avez permis de partager avec vous votre vécu. Ma rencontre avec vous, vos lettres m'ont profondément marquée. Ce travail vous est dédié.

A l'Institut de Cancérologie de Lorraine

Je remercie toute l'équipe de la pharmacie pour son accueil. Ce stage fut très formateur et m'a sensibilisée à la cancérologie et surtout aux patients.

A toute l'équipe de la Pharmacie BIRE,

Merci de votre accueil et votre bonne humeur. Merci à chacune pour votre disponibilité et pour avoir pris le temps de me former.

A mes parents, Mireille et Bruno

Il est difficile en quelques mots de vous dire combien je vous suis reconnaissante de m'avoir permis d'aller au bout de mes études. Votre soutien, votre amour et la confiance que vous me donnez sont la plus belle preuve d'amour pour moi. J'espère qu'aujourd'hui après toutes ces années, je vous rends fiers autant que je suis fière d'être votre fille.

A ma grand-mère, Claire

Je te remercie de ton écoute et ton soutien tout au long de ces années.

A Florian

Nous nous sommes soutenus tout au long de nos études. Ta gentillesse, ton humour et ton amour ont bercé ces années. Aujourd'hui un nouveau monde s'offre à nous avec, je l'espère, toujours autant d'amour et de complicité.

A mes sœurs, Véronique et Marie Pierre,

Deux grandes sœurs irremplaçables et inséparables. Je vous remercie du plus profond de mon cœur pour toute l'aide que vous m'avez apportée. Après ces épreuves que nous avons vécues ensemble, je vous souhaite maintenant du bonheur et que du bonheur.

A mes neveux et nièces, Lucie, Martin, Louis et Mathilde

Vous avez rempli mes weekends de rires et de joie. Je vous souhaite d'aller au bout de vos rêves.

A Nicolas, Cyril et toute ma famille,

A Julia,

Je te passe le flambeau des études. Je te souhaite de réussir et de t'épanouir dans tes études.

A Alexis, Gautier, Jérôme et Maxime

Vous êtes sans aucun doute « ma préférence à moi ». Nos vies sont liées à jamais car peu importe le lieu, l'heure on peut compter les uns sur les autres.

A Delphine,

Une belle amitié est née au fil des années. Ma doudou je te souhaite plein de bonheur et de réussite.

A Solène,

Ton brin folie, ton humour font de toi une personne unique. Quoiqu'il se passe lors de ces prochaines années, je sais qu'on se retrouvera.

A toutes ces belles rencontres lors de mes études, Susan, Pauline, Laurent, Romain, Geoffrey, Pierre, Flavie...

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Classification TNM (ONCOLOR 2013)	19
Tableau 2 : Classification OMS (ONCOLOR, 2013).....	20
Tableau 3 : Les différents types de stomies.....	23
Tableau 4 : Les différents types d'interventions chirurgicales réalisées pour la mise en place d'une colostomie.....	24
Tableau 5 : Principaux protocoles de chimiothérapie pour le cancer colorectal en 2014	26
Tableau 6 : Les différentes colostomies et les appareillages possibles	38
Tableau 7 : Avantages et inconvénients d'un modèle une pièce.....	39
Tableau 8 : Les différentes gammes de poches une pièce par laboratoire.....	40
Tableau 9 : Avantages et inconvénients d'un modèle deux pièces	40
Tableau 10 : Les différentes gammes de poches deux pièces par laboratoire	41
Tableau 11 : Les différents kits d'irrigation par laboratoire.....	43
Tableau 12 : Avantages et inconvénients de l'irrigation colique	44
Tableau 13 : Les gammes de mini poches et de tampons obturateurs par laboratoire	44
Tableau 14 : Les accessoires de protection cutanés, leur rôle et les références par laboratoires	45
Tableau 15 : Les autres accessoires, leur rôle et les références par laboratoires.....	45
Tableau 16 : Répartition homme / femme et moyenne d'âge	69

Liste des Figures

Figure 1 : Schéma du côlon et du rectum (MARIEB E., 1999)	7
Figure 2 : Le déroulement du dépistage organisé en France (INCa, 2015).....	17
Figure 3 : Nouveau test immunologique OC Sensor® (INCa 2015)	17
Figure 4 : Les stades du cancer colorectal (DE GRAMONT et al, 2012).....	19
Figure 5 : Le parcours patient depuis la pose de sa colostomie jusqu'à son retour à domicile.....	32
Figure 6 : Modèle de poche fermée une pièce.....	39
Figure 7 : Modèle de poche videangeable une pièce.....	39
Figure 8 : Modèle deux pièces à couplage adhésif.....	40
Figure 9 : Tampon obturateur Figure 10 : Mini poche	44
Figure 11 : Dermite de contact	47
Figure 12 : Mycoses	48
Figure 13 : Folliculite	48
Figure 14 : Prolapsus.....	49
Figure 15 : Pyramide de Maslow.....	58
Figure 16 : Localisation de la stomie chez les patients interrogés	69
Figure 17 : Ancienneté de la pose de stomie chez les patients interrogés.....	70
Figure 18 : Réalisation de la première prescription.....	71
Figure 19 : Réalisation du renouvellement de la prescription du matériel	71
Figure 20 : Délivrance du matériel au patient colostomisé à son retour à domicile.....	72
Figure 21 : Appareillages utilisés.....	73
Figure 22 : Délivrance du matériel par l'officine.....	74
Figure 23 : Satisfaction des patients quant aux explications données sur les modalités de gestion de la stomie lors de la pose.....	74
Figure 24 : Difficultés rencontrées lors de l'utilisation des dispositifs de stomie.....	76
Figure 25 : Difficultés rencontrées avec un système deux pièces	76
Figure 26 : Personne contactée par les patients en cas de difficultés liées à l'utilisation du matériel...	77
Figure 27 : Personne contactée pour informations sur les nouveautés du matériel de stomie	78
Figure 28 : L'événement le plus redouté par les patients avec l'utilisation du matériel	78
Figure 29 : Fréquences des fuites	79
Figure 30 : Problèmes cliniques liés à l'utilisation quotidienne de leur colostomie	79
Figure 31 : Problèmes de transit liés à la colostomie	81
Figure 32 : Qualité de vie ressentie par les personnes interrogées	83

Liste des Annexes

Annexe 1 : Courrier envoyé avec le questionnaire aux adhérents.....	93
Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux adhérents.....	94
Annexe 3 : Coordonnées de l'Association URILCO.....	101

Abréviation

ACE	Antigène carcino-embryonnaire
ALD	Affection de longue durée
APC	Antigen-presenting cell
C.D.A.P.H	Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
Cm	centimètres
Gy	Gray
HAS	Haute Autorité de Santé
HNPCC	Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
ICL	Institut de Cancérologie de Lorraine
INCa	Institut National du Cancer
IOA	International Ostomy Association
IRM	Imagerie par résonnance magnétique
KRAS	Kirsten rat sarcoma 2 viral oncogene homologue
LPPR	Liste des produits et des prestations remboursables
mL	millilitre
mm	millimètre
PAF	Polypose Adénomateuse Familiale
PPS	Plan Personnel de Soins
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RCP	Réunion de Concertations Pluridisciplinaire
TGF	Transforming Growth Factor
TNM	Tumeur, Ganglion, Métastase
URILCO	Urostomisé, Iléostomisé et Colostomisé
VEFG	Vascular Endothelial Growth Factor

SOMMAIRE

Introduction	5
PARTIE I : Le cancer colorectal	6
1. RAPPEL SUR L'APPAREIL COLORECTAL	7
1.1. Le côlon	7
1.1.1. Structure	7
1.1.1.1. Anatomie et histologie	7
1.1.1.2. La flore bactérienne	8
1.1.2. Fonctions	9
1.2. Le rectum : structure et fonction	9
2. LE CANCER COLORECTAL	9
2.1. Epidémiologie	9
2.2. Genèse du cancer	10
2.2.1. Au niveau macroscopique	10
2.2.1.1. Polype ou adénome	11
2.2.1.2. Du polype adénomateux à la cancérisation	11
2.2.1.3. Evolution métastatique	12
2.2.2. Au niveau microscopique	12
2.2.3. Cas particuliers : Syndrome de Lynch et Polypose Adénomateuse Familiale	13
2.2.3.1. Syndrome de Lynch	13
2.2.3.2. Polypose adénomateuse familiale (PAF)	14
2.2.4. Symptomatologie	15
2.2.4.1. Signes fonctionnels	15
2.2.4.2. Signes cliniques	15
2.3. Facteurs de risques et dépistage	15
2.3.1. Les facteurs de risques	15
2.3.2. Le dépistage	16
2.3.3. Le diagnostic et le bilan initial	18
2.4. Sa prise en charge médicale	18
2.4.1. Classification	18
2.4.2. Le traitement du cancer colorectal	20
2.4.2.1. La chirurgie	20

2.4.2.2. Lorsque la prise en charge nécessite une stomie -----	22
2.4.2.3. La chimiothérapie et thérapies ciblées-----	24
a) Définition -----	24
b) Molécules utilisées-----	25
2.4.2.4. La radiothérapie-----	26
2.4.3. Le suivi après traitement -----	27

PARTIE II : Le patient et sa colostomie : de la pose au retour à domicile-----29

1. L'ANNONCE AU PATIENT : LE DEBUT DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ----- 30

2. LA POSE DE LA STOMIE : L'HOSPITALISATION ----- 32

3. LA SORTIE D'HOSPITALISATION : VIVRE AVEC SA STOMIE AU QUOTIDIEN ----- 34

3.1. Le retour à domicile : de nouveaux interlocuteurs-----34

3.2. Les appareils pour colostomies -----35

3.2.1. Définition, droit de prescription-----	35
3.2.2. Prise en charge par la sécurité sociale -----	36
3.2.3. Description des poches -----	36
3.2.4. Les modèles-----	38
3.2.4.1. Modèle une pièce-----	38
3.2.4.2. Modèle deux pièces-----	40
3.2.5. Soins quotidiens des colostomies-----	41
3.2.6. L'irrigation colique -----	43
3.2.7. Les accessoires -----	45

3.3. Les complications liées à la colostomie et leur prise en charge 46

3.3.1. Les complications cutanées-----	46
3.3.1.1. Dermite de contact irritative ou allergique -----	46
3.3.1.2. Traumatisme mécanique -----	47
3.3.1.3. Risque Infectieux-----	48
3.3.1.4. Autres problèmes rencontrés par le patient -----	49
a) Prolapsus : -----	49
b) Eventrations : -----	49
c) Sténose : -----	50
d) Nécrose de la stomie -----	50
e) Rétraction de la stomie -----	50
3.3.2. L'alimentation et la gestion des troubles du transit intestinal -----	51
3.3.2.1. Constipation-----	53
3.3.2.2. Diarrhées-----	54
3.3.2.3. Ballonnements-----	55
3.3.2.4. Colostomies et médicaments-----	55

4. VIVRE AVEC UNE COLOSTOMIE	56
4.1. Accepter sa nouvelle vie	56
4.2. Le retour à une vie sociale	59
4.2.1. Habillement	59
4.2.2. Sexualité	60
4.2.3. Loisirs	60
4.2.3.1. Faire du sport	60
4.2.3.2. Partir en vacances	61
4.2.3.3. Retour à la vie professionnelle	61
PARTIE III : Enquête sur les patients colostomisés après un cancer colorectal en Lorraine	63
1. CONTEXTE	64
2. EXPLORATIONS	64
2.1. Littérature	64
2.2. Entretiens exploratoires	65
2.3. Problématique retenue	65
3. METHODOLOGIE	66
3.1. Enquêteur et population cible	66
3.2. Cadre spatio-temporel	66
3.2.1. Durée	66
3.2.2. Mode d'envoi du questionnaire et lieu	67
3.3. Méthodologie et matériel	67
3.3.1. Echantillon	67
3.3.2. Outils	67
3.3.2.1. Elaboration du questionnaire	67
3.3.2.2. Relance	68
4. RESULTATS	68
4.1. Réponses obtenues	68

4.2. Exploitation des résultats	68
4.2.1. Caractéristiques des personnes	68
4.2.2. Relais hôpital-ville : la stomathérapeute	70
4.2.3. Appareil de stomie	70
4.2.4. Autonomie	75
4.2.5. Difficultés rencontrés liées à l'utilisation de leur stomie	75
4.2.6. Qualité de vie	81
5. DISCUSSION	84
5.1. L'échantillon	84
5.2. La stomie : sa gestion, son matériel	84
5.3. Le quotidien	89
CONCLUSION	91
Annexes	92
RESUME :	108

Introduction

La prise en charge du cancer colorectal nécessite dans certains cas une pose de colostomie, qu'elle soit définitive ou transitoire. Les patients bénéficiant de ce traitement vont perdre leur continence et apprennent à vivre avec leur stomie.

Les données chiffrées relatives aux personnes porteuses de colostomie sont rares. En France, on estime le nombre de personnes stomisées à 80 000 dont près de 90% suite à un cancer. Environ 50 000 seraient **colostomisés** selon la Fédération des Stomisés de France.

Le matériel nécessaire pour s'appareiller convenablement leur est généralement délivré par leur pharmacien d'officine, interlocuteur privilégié du patient. Le pharmacien et le patient seront en contact au moins une fois par mois pour la délivrance du matériel. Ils ont donc une relation privilégiée. Toutefois s'interroger quant à la justesse et à la polyvalence de nos compétences concernant ce type de patient, s'avère capital. Notre formation et nos connaissances en ce domaine sont-elles suffisantes pour délivrer des conseils de qualité ? Quel est notre rôle lors du retour à domicile du patient après la prise en charge hospitalière de son cancer colorectal ?

Ainsi pour répondre à ces enjeux, nous étudierons dans une première partie les généralités concernant le cancer colorectal, notamment, la physiopathologie et les différents traitements actuels proposés.

Puis nous consacrerons une deuxième partie au patient porteur d'une colostomie. Nous nous intéresserons au passage hôpital-ville après la pose de la stomie. Nous ciblerons le matériel disponible en officine et les conseils associés. Subséquemment nous chercherons à comprendre le patient afin d'être en mesure de répondre à ses interrogations.

La dernière partie fera finalement l'objet d'une enquête sur le retour à domicile des patients colostomisés après un cancer colorectal en Lorraine. Elle nous permettra d'avoir une vision plus claire et réelle de la situation de leur prise en charge actuelle en Lorraine.

PARTIE I : Le cancer colorectal

1. Rappel sur l'appareil colorectal

1.1. Le côlon

1.1.1. Structure

1.1.1.1. Anatomie et histologie

Le côlon, ou gros intestin, constitue la fin du tube digestif avec le rectum et l'anus. Il entoure l'intestin grêle sur trois côtés en formant un U (figure1). Il est composé du caecum et des côlons ascendants, transverses, descendants et sigmoïdes (FMPMC, 2014).

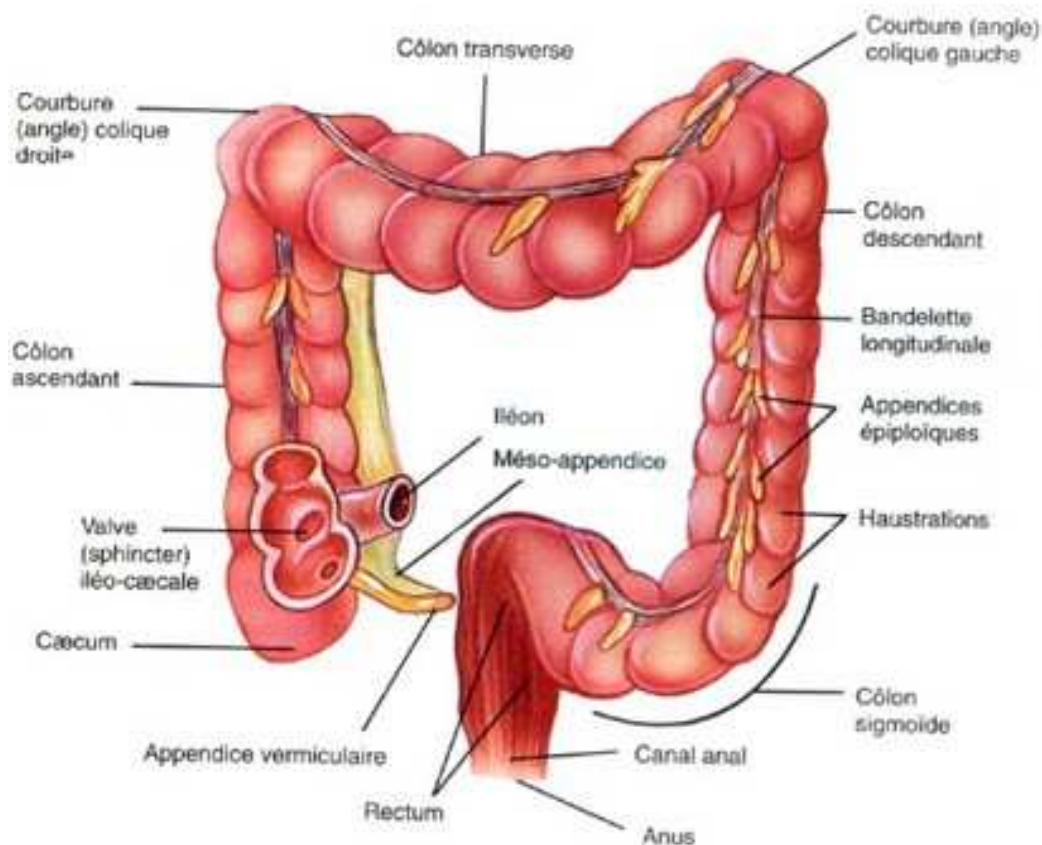


Figure 1 : Schéma du côlon et du rectum (MARIEB E., 1999)

Son diamètre est supérieur à celui de l'intestin grêle d'où son nom de « gros intestin » et sa longueur est environ de 1,5 mètres (FMPMC, 2014).

La vascularisation de la moitié droite du côlon (caecum, côlon ascendant et moitié droite du transverse) est assurée par l'artère mésentérique supérieure. La moitié gauche, quant à elle, est vascularisée par l'artère mésentérique inférieure. Les veines coliques droites sont drainées directement par la veine mésentérique supérieure soit par le biais du tronc gastro-colique. Les

veines sigmoïdiennes et la veine rectale supérieure sont à l'origine de la veine mésentérique inférieure (MARIEB E., 1999) (BOLL G *et al*, 1998).

Le côlon est composé de tuniques différentes en partant de la lumière intestinale vers le péritoine viscéral: (2)

- La muqueuse
- La sous muqueuse
- La musculaire muqueuse
- La musculaire
- La séreuse

Sa plus grande partie est caractérisée par la présence des bandelettes antérieures et postérieures (*taenia coli*) reliées par de fins faisceaux musculaires longitudinaux au niveau de la musculature (MARIEB E., 1999) (FMPMC, 2014).

1.1.1.2. *La flore bactérienne*

La flore bactérienne est d'origine exogène due essentiellement à l'alimentation. On estime à environ 1000 milliards le nombre de bactéries dans le côlon. Elles sont pour la plupart anaérobies (BOLL G *et al*, 1998).

Dans la première moitié du côlon, cette flore permet la récupération de produit ainsi que la fermentation, aboutissant à la production de métabolites utiles. La seconde partie est constituée par une flore de putréfaction.

Cette flore est stable malgré des variations alimentaires.

Les bactéries ont une activité sur les aliments glucidiques non absorbés dans le grêle, c'est-à-dire les aliments cellulosiques. Les bactéries digèrent les fibres en libérant des acides gras à chaînes courtes peu absorbés. La digestion des glucides par les bactéries libère du CO₂ et de l'hydrogène qui participent aux gaz intestinaux.

Ces bactéries ont aussi une action sur :

- les aliments protidiques non totalement digérés précédemment, sur l'urée plasmatique (diffusant à travers la muqueuse colique),
- les gaz coliques (étant avant tout de l'azote avalé au moment du repas),
- l'hydrogène, le CO₂ (provenant des glucides et du méthane synthétisé par une bactérie spécifique) (BOLL G *et al*, 1998) (FMPMC, 2014).

1.1.2. Fonctions

Le côlon est indispensable pour notre bien être mais n'est pas pour autant nécessaire à la vie.

Les fonctions principales du côlon sont (MARIEB E., 1999):

- la déshydratation du bol alimentaire (absorption de l'eau et des électrolytes comme les ions sodium et chlorure),
- la digestion terminale par la flore intestinale des résidus (comme les aliments de nature fibreuse),
- l'évacuation des déchets alimentaires vers l'ampoule rectale.

Dans le côlon ascendant et le côlon transverse, s'effectue l'absorption de l'eau, du sodium et également la concentration des selles. Les côlons descendants et sigmoïdes ont pour rôle d'assurer l'activité de stockage des matières entre les défécations (BOLL G *et al*, 1998).

1.2. Le rectum : structure et fonction

Le rectum constitue la dernière partie du tube digestif. Il fait suite au côlon sigmoïde au regard de la 5^{ème} vertèbre sacrée. Il relie le côlon et le canal anal. Il mesure entre 15 et 18 centimètres de long et présente un diamètre variable, étroit à la jonction avec le côlon puis plus large (MARIEB E., 1999).

Il est composé de deux parties. Le rectum pelvien ou ampoule rectale, qui a une fonction de réservoir. Le rectum périnéal a une fonction de continence associée à deux sphincters : un volontaire et un involontaire. Par ailleurs, le rectum présente trois inflexions latérales.

Tout comme le côlon, il est constitué des couches suivantes (FMPMC, 2014) :

- La muqueuse
- La sous-muqueuse
- La musculuse
- La séreuse

2. Le cancer colorectal

2.1. Epidémiologie

En France, le cancer colorectal représente 15% de l'ensemble des cancers, avec plus de 37 000 nouveaux cas par an selon la HAS. C'est un des cancers les plus fréquents avec le cancer de la prostate chez l'homme et celui du sein chez la femme (HAS, 2010).

Dans moins d'un cas sur dix, il s'agit de formes familiales liées à une prédisposition génétique nécessitant une surveillance particulière (HAS, 2010).

Environ 40 % de ces cancers touchent le rectum, 60% le côlon où la localisation principale est le sigmoïde. L'incidence est en augmentation régulière de 4% d'une année à l'autre selon une estimation faite dans le département de la Côte-d'Or (SNFGE, 2014).

Sur la période 2003-2007, le cancer colorectal a fait en moyenne chaque année 8 690 victimes chez les hommes et 7 740 chez les femmes. Le taux de mortalité du cancer colorectal a diminué de 21% en 20 ans. Cette tendance favorable de la mortalité résulte des progrès réalisés dans la détection de la maladie grâce à un diagnostic plus précoce, à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et à une diminution de la mortalité opératoire (INSERM, 2009).

Chez l'homme, le cancer du côlon-rectum représente 10,3% de l'ensemble des cancers incidents, et se situe, par sa fréquence, au troisième rang (environ 21 000 nouveaux cas estimés en 2010) derrière les cancers de la prostate (71 500 cas) et du poumon (27 000 cas). Chez la femme, il se situe au deuxième rang (19 000 cas) derrière le cancer du sein (52 500) (INCA, 2010).

Les personnes âgées de 50 ans et plus réunissent à elles seules près de 95 % des nouveaux cas estimés en 2010 (49 % pour les personnes âgées entre 50 et 74 ans) (INCA, 2010).

L'âge moyen au diagnostic était estimé en 2005, à 70 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme. Quatre hommes sur 100 et trois femmes sur 100 risquent de développer un cancer du côlon-rectum au cours de leur vie jusque 74 ans (INCA, 2010).

2.2. Genèse du cancer

2.2.1. Au niveau macroscopique

La muqueuse intestinale est un point commun entre le côlon et le rectum. Les cellules de cette muqueuse, sous l'influence de mutations, peuvent se transformer progressivement en tissus cancéreux.

La filiation polype/cancer est une réalité néanmoins force est de constater que tous les polypes ne génèrent pas un cancer et que tous les cancers colorectaux n'ont pas pour origine un polype (FAIVRE J., 2001).

Dans la grande majorité des cas (60-80% des cas), le cancer colorectal se développe au niveau des cellules épithéliales de la muqueuse intestinale à partir d'un polype adénomateux ou adénome (des cancers de novo peuvent parfois se développer sans être précédés de polypes adénomateux détectables). Dans 95 % des cas ce cancer est un adénocarcinome.

Trois étapes évolutives de l'adénome mènent au cancer invasif : genèse, croissance puis transformation maligne.

On estime que sur 1 000 adénomes, 100 atteindront la taille de 10 mm de diamètre et 25 évolueront en cancer dans un délai de 10 à 20 ans (HAS, 2013).

2.2.1.1. Polype ou adénome

Un polype se décrit uniquement par sa morphologie et ne préjuge pas de sa nature anatomopathologique.

Le polype est une formation en relief sur la muqueuse intestinale et se présente sous des formes différentes (HAS, 2010) :

- Pédonculée : base étroite avec un lobe terminal plus large,
- Sessile : base large sous forme de simple élévation, en continuité avec la muqueuse,
- Plate : moins visible à l'endoscopie.

Plusieurs types de polypes bénins sont décrits (comme les adénomateux, hyperplasiques, inflammatoires ou lymphoïdes). Cependant ils doivent être systématiquement reséqués pour être analysés. On ne peut pas définir les polypes uniquement par endoscopie.

Quant à l'adénome, il est défini de façon anatomopathologique. Il s'agit d'une tumeur épithéliale bénigne ayant le potentiel de progresser en tumeur maligne.

Il se caractérise par différents degrés de dysplasie, comme une perte de différenciation des cellules épithéliales ou atypie par exemple. Le polype adénomateux, ou adénome, résulte de la prolifération des cellules des glandes de Lieberkuhn (HAS, 2010).

On distingue trois types histologiques de polypes adénomateux en fonction de leur composante : tubuleuse pure, tubulovilleux et villeux.

L'adénome est donc le seul polype pouvant se transformer en cancer (HAS, 2010).

2.2.1.2. Du polype adénomateux à la cancérisation

Le taux de cancérisation des polypes adénomateux est inférieur à 1% (HAS, 2010).

Les facteurs influençant la transformation d'un adénome sont la taille, la composante villeuse (minorité des polypes enlevés) et le degré de dysplasie. Le nombre de polypes et leur localisation sont aussi à prendre en compte.

La probabilité de cancérisation d'un adénome de diamètre supérieur ou égal à 1 cm est de 2.5% après 5ans, de 8% après 10 ans et de 24% après 20 ans (HAS, 2010).

Cet élément est primordial dans la politique de prévention où l'on recherche principalement les polypes de plus de 1cm. En effet 10% des polypes atteignent cette taille.

Le temps fait le lit du cancer : en moyenne, on estime à environ 10 ans le passage du polype adénomateux en cancer. Ceci démontre la nécessaire résection des polypes dans le cadre de la prophylaxie des pathologies cancéreuses du côlon (FAIVRE J., 2001).

Le type cellulaire à l'origine de la tumeur permet de différencier histologiquement les cancers colorectaux.

Pour 80% des cas, les adénocarcinomes lieberkühniens se développent au sein de l'épithélium glandulaire (glandes de Lieberkühn). L'adénocarcinome mucineux (cellules à mucus) représente 10% des cas. Les formes plus rares, elles, représentent les 10% restant.

Concernant l'adénocarcinome Lieberkühnien, les cellules prolifèrent initialement puis se différencient. Cela aboutit à l'apparition de lésions dysplasiques précancéreuses puis peuvent être de grade léger à sévère (le grade sévère correspondant à un carcinome in situ ou cancer intra épithélial). Le cancer devient alors invasif et les cellules tumorales franchissent la membrane basale de l'épithélium et envahissent de la sous muqueuse (BACHET J-B *et al*, 2009).

La tumeur maligne va produire des substances pour se développer davantage en agissant sur les vaisseaux sanguins proches, sécrétant des facteurs de croissance comme le VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor). La tumeur pourra être « nourrie » par les vaisseaux sanguins et ainsi se développer : on parle d'angiogénèse.

2.2.1.3. Evolution métastatique

Les cellules cancéreuses vont proliférer sans contrôle de l'organisme. La tumeur se développe progressivement d'abord dans la paroi de l'intestin puis les cellules cancéreuses migrent dans les ganglions lymphatiques et plus tard dans l'ensemble de l'organisme pour former des métastases.

Celles-ci se développent surtout au niveau hépatique, péritonéal et pulmonaire (DE GRAMONT *et al*, 2012).

2.2.2. Au niveau microscopique

Durant l'oncogénèse des cancers colorectaux, des mutations de gènes suppresseurs de tumeurs (gène *APC*) ou de protooncogènes (gène *KRAS*) surviennent précocement et sont retrouvées dans les cellules des polypes adénomateux.

Il existe deux voies d'oncogenèse :

La première est caractérisée par une perte d'hétérozygotie, phénotype LOH+ (« *loss of hétérozygotie* »). Elle correspond à une instabilité chromosomique avec une perte de fragments ou de chromosomes entiers secondaires à des accidents de réplication. Ces tumeurs surviennent le plus souvent au niveau du colon gauche. Les cellules cancéreuses ont un contenu anormalement élevé en ADN, des pertes chromosomiques fréquentes (17 p, 18 q et 5 q) et des mutations fréquentes des gènes APC, p 53 et K-RAS2. Elles sont aussi appelées MSS (*microsatellite stability*).

La seconde est caractérisée par une inhibition des enzymes impliqués dans la réplication de l'ADN. Cette inhibition peut être secondaire à des mutations inhibitrices ou une méthylation des promoteurs des gènes. Ces cancers sont plus souvent localisés dans le colon proximal (transverse et droit). Ce mécanisme moléculaire de cancérogenèse concerne 15 % des cancers colorectaux sporadiques et est observé dans le cadre du syndrome de Lynch. Ces anomalies de réparation sont responsables d'une instabilité génétique au niveau de zones appelées microsatellites, phénotype MSI+ (*microsatellite instability*).

Ces cancers sont appelés **RER+** (replication error) ou **MSI** (*microsatellite instability*). Les cellules cancéreuses ont un contenu en ADN normal, n'ont pas de pertes chromosomiques mais ont des anomalies des gènes MMR (mismatch repair) (BACHET J-B *et al*, 2009).

La cellule acquiert un phénotype qui prédispose à la survenue de mutations dans certains oncogènes (gène pro-apoptotique *BAX*) ou gènes suppresseurs de tumeurs (gène du récepteur de type II du TGF β).

Les cancers colorectaux peuvent être classés en 3 groupes selon le degré d'instabilité des microsatellites :

- les cancers MSI-H ont un haut niveau d'instabilité,
- les cancers MSI-L ont un faible niveau d'instabilité,
- les cancers MSS (*microsatellite stable*) n'ont pas d'instabilité.

Les cancers MSI-H ont un meilleur pronostic spontané que les cancers MSI-L et MSS, indépendamment du stade tumoral. Ils sont associés à un moindre risque de métastases (ADECA68, 2014).

2.2.3. Cas particuliers : Syndrome de Lynch et Polypose Adénomateuse Familiale

2.2.3.1. *Syndrome de Lynch*

Le syndrome de Lynch est une affection génétique, appelée aussi syndrome HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou Cancer colorectal héréditaire sans polypose).

L'anomalie touche les gènes qui contrôlent la réparation des erreurs survenant lors de la duplication de l'ADN, au moment de la division cellulaire.

On le soupçonne lorsqu'un cancer colorectal est diagnostiqué chez une personne jeune (avant 50 ans) ou lorsque certains de ses proches ont été atteints d'un cancer colorectal ou d'une autre tumeur du même syndrome à un jeune âge, soit entre 40 et 50 ans.

Le syndrome de Lynch engendre la formation de polypes dans la paroi du côlon mais pas en aussi grand nombre que dans le cas de la polypose adénomateuse familiale auquel nous nous intéresserons par la suite.

Pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch, le risque de développer un cancer colorectal au cours de sa vie est de l'ordre de 10% à 50 ans et 40% à 70 ans.

Les tumeurs cancéreuses apparaissent habituellement dans le côlon ascendant. Il est possible qu'une personne atteinte d'un syndrome de Lynch développe aussi d'autres cancers à l'extérieur du côlon (endomètre, ovaire, intestin grêle, estomac, voies urinaires).

Le syndrome de Lynch est rare : il ne représente en effet que 3% de tous les cancers colorectaux.

Les patients atteints par ce syndrome doivent bénéficier d'une surveillance et d'un suivi spécifique et régulier. Le suivi du risque colorectal est recommandé dès l'âge de 20 ans et consiste en une surveillance par endoscopie colorectale complète avec chromoscopie tous les deux ans (INCA, 2015).

2.2.3.2. Polypose adénomateuse familiale (PAF)

La polypose adénomateuse familiale (PAF) est une affection héréditaire causée par une mutation génétique. Deux gènes sont connus pour être impliqués dans la PAF : le gène APC et le gène MYH.

La PAF est caractérisée par le développement de centaines ou de milliers de polypes dans la paroi interne du côlon et du rectum dès l'adolescence.

Individuellement, ces polypes ne sont pas plus susceptibles de devenir cancéreux que les polypes observés chez une personne non atteinte de PAF. Toutefois, en raison de leur nombre élevé, le risque que l'un d'entre eux devienne cancéreux est accru.

Si on ne traite pas la PAF par le biais de la chirurgie (en supprimant le côlon avant qu'un cancer ne se développe : on parle de chirurgie prophylactique), le risque de développer un cancer avant l'âge de 40 ans est presque de 100%.

La PAF est rare. Ainsi elle ne représente que 1 % de tous les cancers colorectaux (INCA, 2015)

2.2.4. Symptomatology

Dans la majorité des cas, ils sont découverts par des symptômes liés à la présence d'une tumeur du côlon ou du rectum.

Dans 10 à 20% des cas, les cancers colorectaux sont révélés par la découverte de métastases en particulier au niveau du foie (DE GRAMONT *et al*, 2012).

Le cancer colorectal évolue en général sans symptômes avant-coureurs. Cependant il peut être accompagné de signes cliniques et/ou fonctionnels peu spécifiques. Leur apparition doit cependant faire suspecter un cancer colorectal notamment en fonction de l'âge du patient, notamment à partir de 50 ans.

2.2.4.1. *Signes fonctionnels*

En dehors d'une perte de poids et d'une fatigue générale, les symptômes des plus fréquents des tumeurs primitives sont (HAS, 2012):

- Les modifications du transit intestinal persistantes malgré un traitement adapté
- Les rectorragies et /ou un *melaena*
- Les douleurs abdominales inexpliquées
- Un syndrome rectal
- Une occlusion intestinale

2.2.4.2. *Signes cliniques*

- Une anémie ferriprive sans autre étiologie
- Une masse palpable abdominale

(HAS, 2012)

2.3. Factors of risk and screening

2.3.1. Les facteurs de risques

On détermine trois catégories de population à risques.

Le risque moyen correspond à celui de la population dans son ensemble. Ce groupe comprend en pratique les sujets de 50 à 74 ans asymptomatiques et sans antécédents personnels ou familiaux de cancers colorectaux.

Le niveau de risque élevé (15 à 20% des cas) concerne les sujets ayant:

- des antécédents personnels d'adénome ou de cancer colorectal,
- un apparenté du premier degré atteint d'un cancer colique avant 65 ans ou plusieurs apparentés atteints quel que soit l'âge de survenue,
- des antécédents d'adénome colique de plus d'un centimètre,
- atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, de rectocolite hémorragique et de maladie de Crohn, notamment en cas d'inflammation de la totalité du côlon d'évolution prolongée (supérieure à 20 ans),
- atteints d'acromégalie.

Pour ces sujets, le dépistage endoscopique est recommandé selon un calendrier.

Le dernier niveau de risque est très élevé. Un tel niveau de risque n'est atteint que lors de maladies héréditaires rares (PAF ou syndrome HNPCC).

Dans ces cas, 80 à 100 % des personnes atteintes auront un cancer colorectal au cours de leur vie. Ces maladies, à prédisposition génétique, ne sont responsables que de 2 à 3 % des cancers colorectaux. Une consultation d'oncogénétique doit être proposée à ces patients, ainsi qu'une surveillance endoscopique chez ceux qui sont porteurs d'une mutation délétère (ADECA 68, 2014)

Certains modes de vie contribueraient à augmenter ce risque :

- Excès calorique,
- Obésité,
- Sédentarité,
- Tabac/ alcool,

Ainsi que des facteurs nutritionnels comme (DE GRAMONT *et al*, 2012):

- Un régime riche en protéines (viande rouges, brulées)
- Les graisses saturées, les graisses animales (œufs, charcuterie, viandes grasses...)
- Les sucres (blé, riz, maïs...)

2.3.2. Le dépistage

Depuis 2009, le programme de dépistage du cancer colorectal a été généralisé à la population française (figure 2). Il est organisé par les structures départementales ou interdépartementales (INCA, 2015).

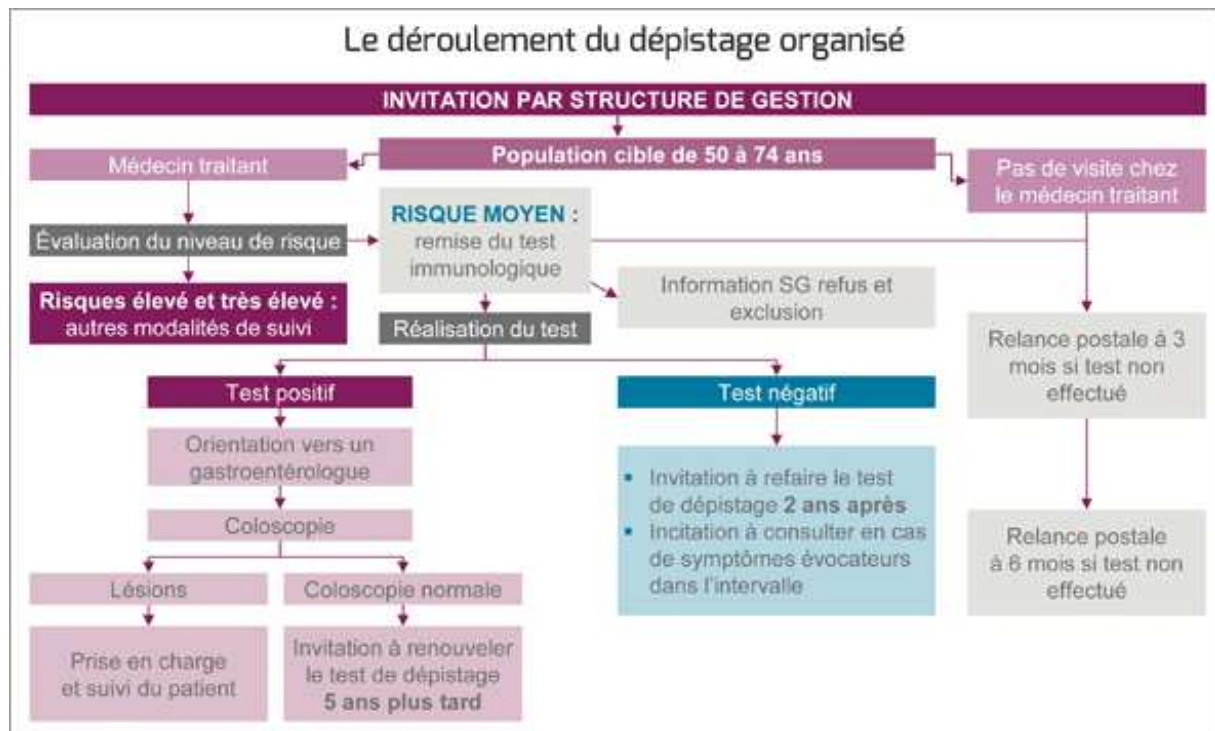


Figure 2 : Le déroulement du dépistage organisé en France (INCa, 2015)

Le programme de dépistage organisé se déroule en deux temps :

- un test de recherche de sang occulte dans les selles pour toutes les personnes éligibles,
- une coloscopie pour les personnes ayant un résultat positif.

Depuis mars 2015, un nouveau test immunologique est recommandé à la place du test Hémocult II, qui, lui, n'est plus interprété depuis janvier 2015 (figure3).

Ce test immunologique de détection de sang occulte dans les selles est plus sensible, ce qui permet une meilleure détection des cancers et des lésions précancéreuses. Il repose sur la détection d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à la présence d'anticorps monoclonaux et polyclonaux spécifiques à la partie globine de l'hémoglobine humaine. Cette avancée en termes de dépistage répond aux objectifs du Plan Cancer 2014-2019 (INCA, 2015).

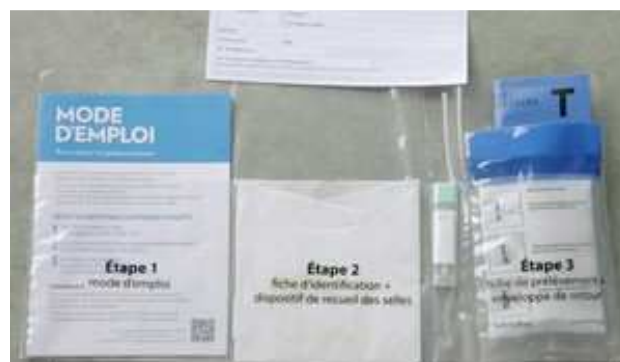


Figure 3 : Nouveau test immunologique OC Sensor® (INCa 2015)

2.3.3. Le diagnostic et le bilan initial

Lors de l'examen clinique, le médecin évalue l'état général et nutritionnel du patient (taille, poids, amaigrissement récent). Un examen de l'abdomen est aussi réalisé ainsi que des touchés pelviens. Si le patient est symptomatique, le test immunologique n'a pas lieu d'être. Par ailleurs, le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) n'est pas un examen d'orientation diagnostique mais pourra être réalisé en cas de cancer confirmé (HAS, 2012).

Un avis de spécialiste est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

De plus une coloscopie totale permet de le confirmer par des biopsies des lésions suspectes. Il faut informer le patient de la préparation préalable à la coloscopie totale (régime sans résidus, lavements...). Si la coloscopie n'est pas réalisable, une coloscopie virtuelle par scanner peut être réalisée par des équipes entraînées.

Le diagnostic de cancer colorectal est établi par l'examen anatomopathologique des prélèvements de la biopsie coloscopique (HAS, 2012).

Par la suite, un bilan d'extension sera réalisé avec le dosage du marqueur tumoral ACE (antigène carcino-embryonnaire), un hémogramme ainsi que des tests de la fonction hépatique et rénale (HAS, 2012).

En ce qui concerne les imageries, elles reposent sur la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste.

D'autres examens peuvent être réalisés comme une échographie hépatique et /ou une IRM hépatique ainsi que tout autre examen en fonction des symptômes

En cas de cancer du bas ou du moyen rectum, l'IRM pelvienne est systématique sauf lors de petite tumeur où l'échographie endorectale est privilégiée (HAS, 2012).

2.4. Sa prise en charge médicale

2.4.1. Classification

Pour évaluer l'étendue d'un cancer colorectal, on prend en compte trois critères (figure 4) (INCA, 2010):

- la taille et la profondeur de la tumeur,
- l'atteinte et le nombre de ganglions lymphatiques,
- la présence ou non de métastase.

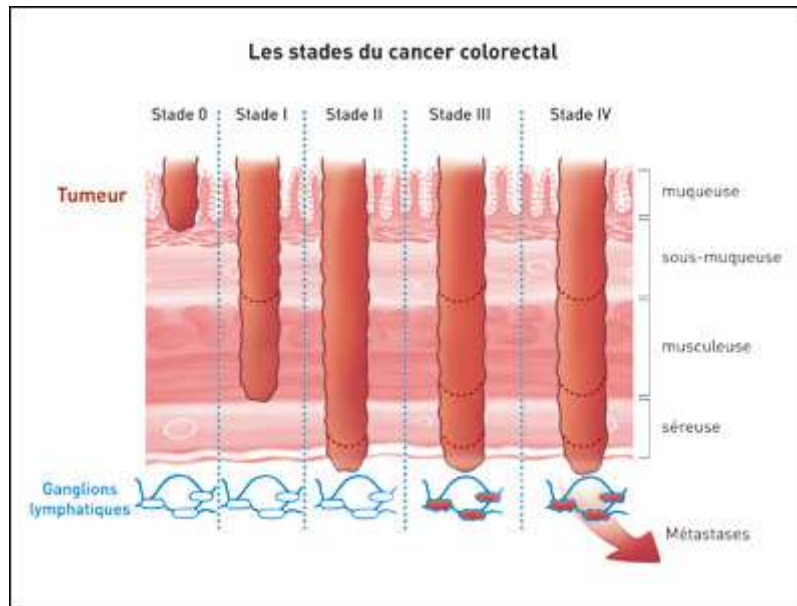


Figure 4 : Les stades du cancer colorectal (DE GRAMONT et al, 2012)

Voici la classification TNM (eVIDAL, 2014) (ONCOLOR, 2013) :

Tableau 1 : Classification TNM (ONCOLOR 2013)

Tumeur primitive (T)	
Tx	Tumeur non évaluable
T0	Pas de tumeur primitive décelable
Tis	Carcinome in situ : tumeur intra-épithéliale ou envahissant la lamina propria sans extension à la sous-muqueuse à travers la muscularis mucosae
T1	La tumeur envahit la sous-muqueuse sans la dépasser
T2	La tumeur envahit la musculuse sans la dépasser
T3	La tumeur envahit, à travers la musculuse, la sous-séreuse (sans atteinte du revêtement mésothélial) et les tissus péri-coliques non péritonisés ou le tissu péri-rectal
T4	Tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures et /ou perforant le péritoine viscéral
	T4a : tumeur perforant le péritoine viscéral
	T4b : tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures
Ganglions régionaux (N)	
Nx	Statut ganglionnaire non évaluable
N0	Absence de métastase ganglionnaire
N1	1 à 3 adénopathies régionales métastatiques
N2	4 ou plus adénopathies régionales métastatiques
Métastases (M)	
Mx	Statut métastatique inconnu
M0	Absence de métastase
M1	Métastases à distance (l'atteinte des ganglions iliaques externes ou iliaques communs est considérée comme M1)

Voici le tableau de classification OMS (eVIDAL, 2014) (ONCOLOR, 2013) :

Tableau 2 : Classification OMS (ONCOLOR, 2013)

Stade I	T1-T2 N0 M0 = sous-séreuse intacte sans envahissement ganglionnaire
Stade II A	T3 N0 M0 = sous-séreuse atteinte sans envahissement ganglionnaire
Stade II B	T4 N0 M0 = séreuse franchie et/ou perforée, et/ou envahissement d'organes voisins, sans envahissement ganglionnaire
Stade III A	T1, T2, N1 M0 = sous-séreuse intacte avec envahissement ganglionnaire
Stade III B	T3,T4, N1 M0 = sous-séreuse atteinte et/ou séreuse franchie et/ou perforée, et/ou envahissement d'organes voisins, avec envahissement ganglionnaire
Stade III C	tous T, N2 M0 = envahissement ganglionnaire
Stade IV	tous T, tous N, M1= métastases à distance

2.4.2. Le traitement du cancer colorectal

En fonction du stade et du patient, les modalités de prise en charge du cancer vont être évaluées en Réunion de Concertations Pluridisciplinaire (RCP).

2.4.2.1. *La chirurgie*

La prise en charge chirurgicale varie selon la localisation du cancer.

Le principe de l'intervention chirurgicale sera l'exérèse avec une marge distale et proximale d'au minimum 5cm (sur pièce fraîche). Pour les tumeurs de la charnière recto-sigmoïdienne, la résection sera de 5cm de mésorectum sous le pôle inférieur de la tumeur (TNCD, 2011).

Dans le cas d'une tumeur du côlon et du haut rectum, l'acte va commencer par l'ouverture de l'abdomen (laparotomie). La résection sous coelioscopie est aussi possible (sauf dans le cas d'une tumeur T4). Ensuite vient l'exploration de la totalité du côlon et du rectum, qui peut être complétée par une échographie. Puis la recherche de métastases hépatiques non perçues par les examens précédents est réalisée.

Ensuite, il y a la résection de la tumeur qui est repérée visuellement ou par palpation en fonction de sa taille. En cas de découverte per opératoire d'une tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne T4 avec atteinte viscérale ou utérine, il est possible de réaliser une stomie d'amont avant de débiter une radio chimiothérapie qui précèdent une réintervention à visée d'exérèse (TNCD, 2011).

Cette option peut être discutée en RCP en préopératoire en cas de suspicion de tumeur T4.

Les différents types de résection au niveau du côlon et du haut-rectum sont (BALAUD A., GRIMLER C., 2010):

- Côlon droit : hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse
- Côlon transverse : hémicolectomie droite prolongée ou colectomie transverse anastomose iléon-côlon transverse
- Sigmoides et côlon gauche : colectomie segmentaire ou hémicolectomie gauche et anastomose colorectale
- Jonction recto-sigmoïdienne : résection recto-sigmoïdienne avec anastomose colorectale

Les différents types de résection au niveau du bas rectum sont :

- Résection antérieure sans anastomose avec colostomie terminale définitive
- Amputation abdomino-périnéale avec colostomie terminale définitive (AFC, 2005).

Le chirurgien peut mettre en place une colostomie provisoire afin de protéger les sutures fragiles de l'anastomose et ainsi faciliter la cicatrisation (DE GRAMONT, 2012).

Dans le cas de d'HNPCC ou d'une PAF, on pratiquera une colectomie totale avec anastomose iléon-rectum ou iléon-sigmoïde (TNCD, 2011).

Lorsque la localisation colique de la tumeur se trouve sur le sigmoïde, elle peut entraîner une occlusion colique. Dans ce cas, une intervention en urgence est réalisée.

La première solution consiste à enlever le côlon sigmoïde porteur de la tumeur. Cependant le rétablissement du circuit est impossible car le côlon en amont est trop distendu. Le chirurgien réalise une stomie temporaire après l'ablation de la tumeur. Après 2 à 3 mois, le rétablissement de la continuité du côlon se fait.

La deuxième solution consiste à ne réaliser qu'une stomie en amont de la tumeur sans enlever cette dernière pour lever l'occlusion. Une semaine environ après cette première intervention, le chirurgien réalise une deuxième intervention consistant à enlever la stomie et le sigmoïde contenant la tumeur, puis à rétablir la continuité digestive par une anastomose colorectale.

La dernière solution est de mettre en place par l'anus une prothèse qui va se dilater dans l'intestin au niveau de la tumeur et permettre la reprise du transit intestinal jusqu'à l'intervention pour extraire la tumeur (DE GRAMONT, 2012).

Lors de ces interventions, l'examen des ganglions est recommandé. Le nombre de ganglions examinés et le nombre de ganglions envahis ont une valeur pronostique (TNCD, 2011).

2.4.2.2. Lorsque la prise en charge nécessite une stomie

Lorsque l'évacuation des matières fécales est impossible physiologiquement du fait d'un obstacle digestif (ici la tumeur), il faut mettre au repos le segment digestif d'aval ou pour protéger une anastomose digestive sous jacente. Pour cela, il est nécessaire de pratiquer une colostomie.

Elle consiste à aboucher un segment du côlon à la peau. La situation de l'orifice conditionne en grande partie la facilité des soins postopératoires. Elle doit, si cela est possible, être réalisée avant l'intervention car lors de l'intervention, la musculature du patient endormi est relâchée ce qui peut fausser l'appréciation de la localisation de la stomie. Le marquage est obtenu par un crayon marqueur (ARNAUD J-P *et al*, 2012) (VIDAL A. *et al*, 2011).

Cette dérivation peut être transitoire ou définitive. La fréquence de cette opération a diminué au cours des dernières années grâce au progrès de la chirurgie conservatrice, qui permet la réalisation d'anastomoses colorectales très basses, d'anastomoses colo-anales avec ou sans réservoirs coliques compensant partiellement la perte du rectum (BOISSEL P., 2003).

Dans l'idéal, la stomie doit siéger à distance des reliefs osseux, des plis cutanés et des cicatrices de façon à permettre une bonne adaptation de la poche collectrice par la suite. Il faut adapter le lieu en fonction de la morphologie et de l'adiposité du patient (AFC, 2005).

Les différentes stomies : (ARNAUDJ-P *et al*, 2012)

Tableau 3 : Les différents types de stomies

Stomies	Définitions :
Stomie temporaire	Vise à dériver les selles dans le but de mettre une partie de l'intestin au repos et de favoriser la cicatrisation de l'anastomose sous jacente. La durée moyenne de la dérivation est de 3 à 6mois. La stomie est ensuite fermée et l'intestin remis en fonction lors d'une seconde intervention. La portion de l'intestin mis au repos continue à produire du mucus. Celui-ci est évacué par l'anus avec l'envie d'aller à la selle.
Stomie permanente	Créée dans le but de dériver les selles de façon définitive. Dans certain cas, une stomie temporaire peut devenir permanente selon l'état de santé du patient.
Colostomie	Ouverture chirurgicale pour dériver les selles. La consistance des selles variera selon la localisation de celle-ci.
Stomie terminale	Une fois l'intestin sectionné, le chirurgien sort une partie de l'intestin et agrafe l'autre partie à l'intérieur de l'abdomen.
Stomie cintrée ou en boucle	Le chirurgien sort une anse intestinale de l'abdomen. Il glisse une tige sous l'intestin afin de l'immobiliser ; il pratique ensuite une ouverture latérale et forme la stomie. Elle est fixée à la peau par des points. Ce type de stomie possède deux orifices ; un orifice fonctionnel évacue les selles, l'autre orifice est non fonctionnel mais peut éliminer du mucus.

Les types d'interventions chirurgicales : (ARNAUDJ-P *et al*, 2012) (TNCD, 2011)

Tableau 4 : Les différents types d'interventions chirurgicales réalisées pour la mise en place d'une colostomie

Intervention	Opération	Consistance et fréquences des selles	Interdiction
Résection abdomino-périnéale	Retrait du rectum et fermeture complète de l'anus. Une colostomie est réalisée.	Pâteuse à solide 1 à 2 selles par jour	Comme il n'y a plus de rectum et d'anus il sera impossible de : <ul style="list-style-type: none"> – prendre la température rectale – de faire des lavements par voie rectale – de mettre des suppositoires
Procédure de Hartmann	Retrait d'une partie du côlon. Une colostomie est créée. Le rectum est laissé en place mais sa partie supérieure est fermée. La colostomie est généralement temporaire.	Pâteuse à solide 1 à 2 selles par jour	
Chirurgie de dérivation	Dérivation des selles dans le but de mettre l'intestin au repos. la colostomie est généralement temporaire.	Colostomie gauche : pâteuse, 2 à 3 selles par jour Colostomie transverse ou droite : liquide à semi-liquide, 5 à 6 selles par jour	

Nous verrons l'utilisation du matériel et la gestion au quotidien de la stomie dans la partie suivante.

2.4.2.3. La chimiothérapie et thérapies ciblées

a) Définition

La chimiothérapie anticancéreuse est un ensemble de traitements médicamenteux qui ont pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans les tissus.

Son utilité et son efficacité dépendent du stade du cancer. La chimiothérapie n'est pas systématique dans la prise en charge. En effet pour les cancers localisés, la chirurgie peut suffire.

Cependant dans certains cas, la pratique de cures de chimiothérapie sera nécessaire.

- **La chimiothérapie adjuvante**

Le but de cette chimiothérapie est d'éliminer totalement les éventuels foyers non détectables persistant après la chirurgie et de s'assurer que le risque de récurrence soit minime (TNCD, 2011) (ONCOLOR, 2013) (BALUD A., GRIMLER C., 2010).

On note ces traitements dans le cadre de :

- cancer du côlon pour les tumeurs de stade III et rarement de stade II,
- cancer du rectum, associé à la radiothérapie, lorsque la tumeur opérée a été sous-estimée ou qu'il reste un résidu tumoral,
- le traitement des métastases colorectales opérables.

- **La chimiothérapie néo adjuvante**

La chimiothérapie est néo-adjuvante dans le cas d'un cancer colorectal métastasé, lorsque les métastases sont trop volumineuses ou lorsqu'elles ne peuvent directement être réséquées et aussi dans le cancer du rectum stade II et III associé à de la radiothérapie (ONCOLOR, 2013).

- **La chimiothérapie palliative**

La chimiothérapie palliative permet de ralentir ou de stopper la progression du cancer et d'augmenter la survie du patient. De plus elle, peut permettre de réduire certains symptômes gênants. Elle est effectuée dans les cancers généralement métastatiques et non opérables ou de patients non opérables (ONCOLOR, 2013).

- **Les thérapies ciblées**

Ces thérapies sont dirigées contre des cibles moléculaires présentes sur les cellules cancéreuses et supposées jouer un rôle dans leur transformation ou leur prolifération néoplasique.

Au niveau physico-chimique, ces médicaments peuvent être des anticorps monoclonaux (suffixe « mab ») destinés à inactiver une cible, ou des molécules à mode d'action intracellulaire inhibitrices de tyrosine kinase (suffixe « inib ») (GPC, 2013).

b) Molécules utilisées

Les protocoles utilisés dans le cancer colorectal, dans le cadre de l'AMM, associent principalement des molécules dans différents protocoles cités ci-dessous.

Tableau 5 : Principaux protocoles de chimiothérapie pour le cancer colorectal en 2014

Protocoles	Molécules utilisées	Durée des cures	Intervalle entre les cures
LV5FU2	5-Fluorouracile Folinate de Calcium Lévéfolinate de Calcium	2 jours, en perfusion continue	14 jours
FOLFIRI	Irinotécan LV5FU	2 jours, en perfusion continue	14 jours
FOLFOX	Oxaliplatine LV5FU	2 jours, en perfusion continue	14 jours
FOLFIRINOX	Acide folinique 5FU Irinotécan Oxaliplatine	2 jours, en perfusion continue	14 jours
XELOX	Oxaliplatine Capécitabine	Perfusion IV de 2 heures + 1 comprimé 2 fois par jour pendant 14 jours	21 jours
XELIRI	Irinotécan Capécitabine	Perfusion IV de 2 heures + 1 comprimé 2 fois par jour pendant 14 jours	21 jours

Le bévacicumab peut être ou non associé aux différents protocoles ci-dessus. Le cétuximab peut être ou non associé au LV5FU2 ou au FOLFIRI dans les cancers colorectaux métastatiques KRAS non muté. Le panitumumab peut être associé ou non à un FOLFOX ou un FOLFIRI dans le cas où comme avec le cétuximab le gène KRAS n'est pas muté.

Trois molécules sont présentes en ville. Il s'agit du régorafénib (Stivarga®) qui peut être utilisé seul ou en association. Il est un inhibiteur de tyrosine kinase. Le Raltitrexed (Tomudex®) est un analogue de l'acide folique inhibiteur de la thymidilate-synthase. On l'utilise en deuxième intention dans le cancer colorectal métastatique. Enfin, l'aflibercept (Zaltrap®), qui est une protéine de fusion recombinante antiangiogène, va bloquer l'activation des récepteurs VEGF et PlGF (eVIDAL, 2014), (ONCOLOR, 2013), (BONTEMPS F., BLANC A., 2015).

2.4.2.4. *La radiothérapie*

La radiothérapie a pour objectif de détruire les cellules cancéreuses tout en préservant au maximum les cellules des tissus sains. Pour cela, on utilise des rayonnements hautement énergétiques (rayons X) produits par des accélérateurs de particules (radiothérapie externe). Ces rayons vont être appliqués sur des zones précises du corps.

La radiothérapie est utilisée dans le traitement du cancer dans deux tiers des cas, le plus souvent en association avec la chirurgie et la chimiothérapie. Dans les traitements des cancers digestifs, elle est indiquée surtout dans le cancer du rectum. Elle peut être pratiquée avant ou après la chirurgie, de façon à réduire le risque de récurrence locale, le plus souvent en association avec une chimiothérapie de manière à augmenter l'efficacité des rayons sur les cellules tumorales : on parle de chimiothérapie concomitante (DE GRAMONT *et al*, 2012) (ONCOLOR, 2013).

Le traitement adjuvant du cancer repose essentiellement sur l'association radiothérapie/chimiothérapie réalisée avant la chirurgie. La séquence thérapeutique habituelle comporte une radiothérapie de 45Gy étalée sur 5 semaines associée à une chimiothérapie intraveineuse et/ou orale suivie d'une chirurgie réalisée dans la majorité des cas 5 à 6 semaines après (ADECA 68, 2014).

2.4.3. Le suivi après traitement

Une fois les traitements terminés, un suivi régulier est mis en place pendant au minimum 5 ans. On parle de surveillance.

Ce suivi poursuit trois objectifs :

- Détecter les signes de récurrence pour les traiter rapidement, l'apparition de nouveaux polypes ou d'un nouveau cancer, chez les patients que l'on estime guéris.
- Prévenir et traiter les effets indésirables liés aux traitements. Mais ces derniers n'apparaissent pas systématiquement.
- Assurer au patient la meilleure qualité de vie possible après les traitements.

La surveillance peut être assurée par le chirurgien qui a réalisé l'intervention chirurgicale, par un gastroentérologue, un oncologue ou par le médecin traitant. Elle comprend des consultations et des examens cliniques réguliers.

Le rythme des consultations et des examens est défini au cas par cas par le médecin, en accord avec son patient. Suivant le rythme défini, un calendrier de surveillance lui est remis, indiquant ses dates de consultations, d'examens ainsi que les noms des médecins qui le suivront.

Lors de ces consultations le médecin observera si le patient présente certains troubles comme :

- des troubles du transit intestinal,
- une altération de l'état général (perte d'appétit, amaigrissement, fatigue),
- des douleurs semblables à une sciatique ou des douleurs anales,
- du sang dans les selles,
- de faux besoins,
- une gêne en position assise,

- une augmentation du volume abdominal.

Ces symptômes ne sont pas toujours le signe d'une récurrence du cancer. Ils peuvent être simplement liés à une autre maladie tout à fait bénigne. S'ils disparaissent au bout de quelques jours, il est peu probable qu'ils soient liés au cancer.

Au cours des consultations de surveillance, le médecin questionne le patient sur son alimentation, son transit intestinal, sur ce qu'il ressent physiquement et moralement, ainsi que sur sa façon de réagir à la maladie et à « l'après traitement ». Si le patient est porteur d'une stomie, ces entretiens donnent l'occasion au médecin de vérifier son bon fonctionnement, le degré d'acceptation par le patient (DE GRAMONT *et al*, 2012) (HAS, 2012).

Le patient va aussi procéder à des examens médicaux comme (HAS, 2012) :

- Des analyses de sang :
 - Certaines tumeurs produisent des substances particulières qui peuvent être détectées dans le sang. Ces substances sont appelées marqueurs tumoraux.
 - Le principal marqueur tumoral du cancer colorectal est l'antigène carcino-embryonnaire (ACE). Un prélèvement sanguin est parfois prescrit pour mesurer la quantité de ces marqueurs.
 - Cet examen n'est pas systématique, car il n'est pas toujours représentatif. Si la quantité des marqueurs tumoraux augmente, cela ne signifie pas forcément que le cancer récidive. A l'inverse, les dosages peuvent être normaux alors qu'une tumeur persiste. Cet examen n'est donc pas systématique.
- Une coloscopie :
 - Si la coloscopie réalisée avant l'intervention est incomplète, une autre coloscopie est à réaliser dans les 6mois qui suivent l'intervention.
 - Dans le cas du cancer du côlon, si la coloscopie est complète, elle sera renouvelée dans les 2 à 3 ans suivant l'intervention puis tous les 5 ans.
 - Dans le cas du cancer du rectum, elle sera renouvelée un an après l'intervention puis tous les 5 ans.
- Des examens d'imagerie :
 - Des examens d'imagerie peuvent être demandés par le médecin, pour surveiller le foie et les poumons et repérer l'apparition de tissus cancéreux ou de métastases. Les examens possibles sont un scanner, une échographie, une IRM hépatique, une tomographie par émission de positrons. L'indication et la fréquence des différents examens possibles sont évaluées au cas par cas.

**PARTIE II : Le patient et sa
colostomie : de la pose au retour à
domicile**

1. L'annonce au patient : le début de la prise en charge thérapeutique

Lors de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer colorectal, l'équipe soignante doit assurer une prise en charge globale du patient: sa pathologie, son état physique et mental, son cadre de vie, sa personnalité.

Il est donc primordial de s'intéresser à l'annonce de la pathologie et de son traitement adapté.

L'annonce du diagnostic doit s'inscrire dans le cadre du dispositif d'annonce défini par le Plan cancer.

Ce dispositif comprend 4 étapes:

- un temps médical, sous forme d'une ou plusieurs consultations, comprenant l'annonce du diagnostic et de la proposition de stratégie thérapeutique définie lors de la RCP,
- la proposition de traitement sera expliquée et proposée au patient, puis lui sera remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS),
- un temps d'« accompagnement soignant », visant à repérer les besoins du patient, à l'informer et à le soutenir,
- un temps d'accès à une équipe impliquée dans les soins de support,
- un temps de liaison avec la médecine de ville.

Les soins dits « de support », formalisés par le Plan cancer 2014/2019, comprennent :

- la prise en charge psychologique du patient et de ses proches,
- le suivi des effets indésirables des traitements,
- la prise en charge nutritionnelle,
- le traitement de la douleur,
- les soins palliatifs.

Ils sont coordonnés par le médecin traitant à tous les stades de la maladie (eVIDAL, 2014).

Les modalités de la prise en charge sont définies sur la base des conclusions d'une réunion de concertations pluridisciplinaire (RCP) réunissant un chirurgien viscéral, un oncologue et un radiothérapeute.

La participation à des essais cliniques pourra être encouragée (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 : Politique de santé publique). Un registre actualisé des essais cliniques français en cancérologie est disponible sur le site de l'INCa.

Si l'intervention chirurgicale n'est pas réalisée dans l'urgence, l'annonce de la pose de stomie, et de l'impact que cette dernière aura sur la vie du patient, doit être expliquée.

Dans le Plan Cancer 2014/2019, une partie est consacrée à la préservation de la continuité et de la qualité de vie.

Le deuxième objectif de ce plan mentionne la nécessité de l'amélioration de la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels.

Exemple d'actions citées dans le Plan Cancer 2014/2019 :

- *Action 3.3* : Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.
- *Action 7.14* : Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.
- *Action 8.3* : Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.

La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire), a fourni un cadre juridique à l'éducation thérapeutique ; selon l'article L.1161-1 « *l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soin du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* »

L'Association Internationale des Stomisés (IOA) a conçu une charte concernant les droits des stomisés.

Selon cette charte datant de 1993, le patient stomisé doit :

- Recevoir des conseils préopératoires afin d'être complètement conscient des bénéfices de l'opération et des points essentiels de la vie avec une stomie.
- Avoir une stomie appropriée, placée de manière correcte, avec une prise en considération totale du confort du patient.
- Recevoir un soutien médical professionnel et expérimenté, ainsi qu'une aide en stomathérapie et en psychologie durant la période pré et post opératoire, à la fois à l'hôpital et au retour à domicile.
- Recevoir, au bénéfice de sa famille, de ses aides personnelles et de ses amis, un soutien et des informations afin d'améliorer leur compréhension de sa situation et de ce qui est nécessaire pour avoir un niveau de vie satisfaisant avec une stomie.
- Recevoir une information complète et impartiale sur toutes les offres et produits adaptés disponibles dans son pays.
- Avoir un accès non restreint aux produits liés à sa stomie.
- Etre informé de l'existence des Associations de Stomisés, des services et aides qu'elles peuvent lui fournir.
- Etre protégé contre toute forme de discrimination.

Cependant, les typologies de certains parcours patient restent perfectibles.

Ci-dessous nous allons observer les grandes étapes que vit un patient bénéficiant d'une pose de stomie lors de la prise en charge de son cancer et ainsi remarquer les différents intervenants qu'il devrait rencontrer (figure 5).

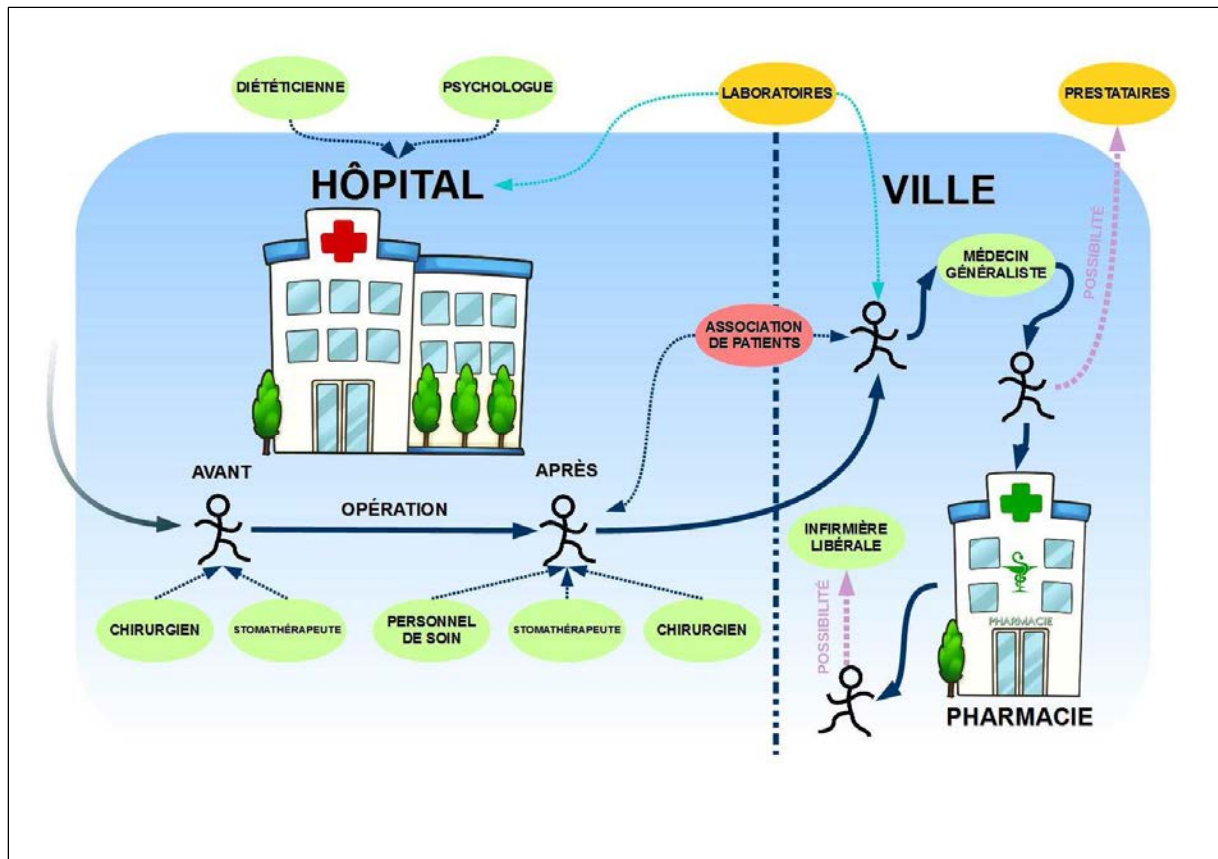


Figure 5 : Le parcours patient depuis la pose de sa colostomie jusqu'à son retour à domicile

2. La pose de la stomie : l'hospitalisation

Lors de son hospitalisation le patient sera en contact avec de nombreux acteurs de santé.

Il est facile de comprendre le désarroi d'une personne qui va porter une stomie, contrainte d'accepter une nouvelle image de son corps et soucieuse de dissimuler sa mutilation matérialisée par la poche de recueil et ses désagréments.

En période préopératoire, le patient va voir principalement deux professionnels de santé pour lui expliquer la pose de sa colostomie et ses conséquences sur sa vie.

Le premier interlocuteur est son **chirurgien**. Celui-ci va lui expliquer le déroulement de l'intervention ainsi que la localisation de sa future stomie (BOLL G. *et al*, 2009).

La position de la stomie doit prendre en compte aussi le patient, sa morphologie, les cicatrices abdominales antérieures. Afin d'éviter la pose de colostomies inappareillables, le médecin observe le patient dans différentes positions (assis, couché, debout) (BOLL G. *et al*, 2009).

Le deuxième professionnel de santé est l'**infirmière stomathérapeute**.

L'infirmière stomathérapeute a suivi une formation de 44 jours, répartis sur 6 mois, lui permettant d'acquérir une compétence supplémentaire des soins aux personnes stomisées.

Elle a pour objectif de:

- Participer à la consultation d'annonce préopératoire et de repérer avec le chirurgien l'endroit idéal de la stomie,
- Participer au projet de soins infirmier en collaborant avec les équipes pluridisciplinaires, afin d'assurer des soins techniques, relationnels et éducatifs optimaux,
- Poursuivre la démarche d'éducation thérapeutique jusqu'à la sortie de l'hôpital, puis assurer un suivi en consultation externe selon les besoins,
- Intervenir de façon transversale dans les services auprès des malades, des familles et des équipes de soins,
- Mener des actions de formation auprès des autres professionnels de santé (ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS, 2015).

Lors de cette consultation, elle va montrer et expliquer l'utilisation du matériel au patient. Afin que l'éducation du patient au soin de stomie soit de bonne qualité, il est nécessaire que la première approche du matériel soit explicite et rassurante (CHAUMIER D., 2012).

La position définie, il reste l'intervention durant laquelle le chirurgien peut changer la place de la stomie en fonction de l'étendue du cancer et des marges chirurgicales nécessaires.

En période post opératoire immédiate, la reprise du transit est variable en fonction de la localisation de la stomie :

- 36 à 48 heures pour une stomie transverse.
- 48 à 72 heures pour une colostomie sigmoïdienne.

Les premières selles sont molles, voire liquides et la mise en place d'une poche de recueil est indispensable. L'appareil est transparent afin de déceler toute anomalie ou complication. Le filtre est obstrué pour vérifier la présence de gaz dans la poche, ce qui annonce une reprise de transit (BOLL G. *et al*, 2009).

Pendant cette période, dite d'adaptation, le patient découvre sa colostomie avec l'aide du personnel soignant du service et de la stomathérapeute, qu'il peut rencontrer tout au long de son hospitalisation. Ce temps est celui de l'initiation du patient au soin de stomie, à sa manipulation et au choix de l'appareillage, au dépistage et à la conduite à tenir en cas de complication (CHAUMIER D., 2012).

Lors cette période, la stomathérapeute propose au patient le matériel qui est, selon elle, le plus adapté. Ce matériel est fourni par la pharmacie hospitalière.

Le choix du laboratoire utilisé pour le matériel est décidé à ce moment. Cependant les poches utilisées seront celles disponibles dans les locaux de la pharmacie hospitalière (BENREDJEN *et al*, 2010).

D'autres acteurs de santé interviennent durant ce temps.

La **diététicienne** apprend au stomisé à repérer les aliments donnant des odeurs, des gaz, ceux accélérant ou ralentissant le transit (CHAUMIER D., 2012).

L'intervention d'un **psychologue** peut être organisée ainsi que la visite de **patient expert**.

Avant la sortie d'hospitalisation, la stomathérapeute ou un infirmier évaluent la capacité du patient à prendre en charge sa stomie. Elles peuvent associer un proche à cette démarche éducative. De plus, une infirmière libérale et/ou une stomathérapeute de ville peuvent être contactées dans le cadre de la continuité des soins (RESEAU DE CANCEROLOGIE RHONE-ALPES, 2011), (BOLL G *et al*, 2009).

Au moment de la sortie, l'ordonnance de prescription du matériel de stomie est lue et expliquée au patient, qui repartira également avec du matériel pour son initiation à son retour à domicile.

Ensuite, le patient est informé sur la possibilité de se faire livrer le matériel choisi par un prestataire de service ou par une pharmacie de ville.

Il est aussi informé de l'existence d'associations.

3. La sortie d'hospitalisation : vivre avec sa stomie au quotidien

3.1. Le retour à domicile : de nouveaux interlocuteurs

Le patient en sortie d'hospitalisation va devoir se confronter seul à sa stomie.

Dans le cas où le patient ne peut pas ou ne veut pas gérer sa stomie seul, l'**infirmière libérale** prend le relais des soins.

La personne stomisée doit se procurer son matériel de stomie.

Deux possibilités s'offrent à lui. Il peut soit aller le chercher chez son **pharmacien d'officine**, soit prendre un **prestataire** (THIERCELIN L., 2007) (BALAUD A., GRIMLER C., 2010).

Dans le cas où le matériel est délivré par le pharmacien d'officine, ce dernier doit s'assurer des mentions portées sur l'ordonnance :

- Le matériel prescrit : système une pièce ou deux pièces, accessoires

- Le laboratoire fabricant le matériel : le matériel ne peut pas être substitué par celui d'un autre laboratoire
- La quantité de matériel nécessaire pour les soins.

De plus le pharmacien doit prêter attention à l'autonomie du patient ainsi que l'état de connaissances sur la colostomie et sa gestion au quotidien par le patient (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014).

Le **médecin généraliste** réalise les renouvellements de matériel médical ainsi que la surveillance de la stomie.

Le patient, ou la personne réalisant les soins de stomie, doit être vigilant quant aux modifications de sa stomie et également concernant l'apparition d'éventuelles complications. Pour cela il peut prendre contact avec la stomathérapeute de l'hôpital, le chirurgien, le médecin généraliste ou le pharmacien.

De ce fait, les pharmaciens doivent connaître le matériel de colostomie utilisé mais doivent aussi être alertes quant aux éventuelles complications d'une stomie. Il doit évidemment savoir répondre aux questions de son patient.

Par ailleurs, il est important de souligner que les laboratoires et les prestataires mettent en place des plates formes téléphoniques pour les patients.

3.2. Les appareils pour colostomies

Lors d'une colostomie, le colon étant abouché à la peau, les matières et les gaz s'évacuent par celle-ci. Les personnes stomisées ayant perdu le contrôle d'émissions, il est nécessaire de porter une poche de recueil fermée.

3.2.1. Définition, droit de prescription

Les appareillages de stomies sont définis comme des dispositifs médicaux c'est-à-dire « *un instrument, appareil, équipement ou encore un logiciel destiné, par son fabricant, à être utilisé chez l'homme à des fins, notamment, de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, d'atténuation d'une maladie ou d'une blessure* ». (Directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux) (ANSM, 2015)

Le marquage CE des appareils est obligatoire selon la directive 2007/47/CE.

Ils appartiennent à la classe I des dispositifs médicaux, c'est-à-dire qu'ils représentent un faible risque pour le patient et son utilisation.

Ils appartiennent au titre I chapitre I section 4 de la LPPR :

« Les poches de recueil pour stomisés digestifs et urinaires répondent aux caractéristiques définies dans la norme NF S90-631. Le matériau utilisé est non bruyant. La surface de l'adhésif et/ou la gomme est suffisante pour assurer une bonne adhérence à la peau. La gomme ou joint offre les garanties d'innocuité cutanée. Son rôle est d'assurer la protection de la peau et l'étanchéité du système. Le filtre nécessaire, pour les stomisés digestifs, à l'évacuation et à la désodorisation des gaz intestinaux peut être solidaire ou non de la poche selon le cas. » (AMELI.fr, 2015)

La prescription est faite par le médecin ou l'infirmier dans le cas où la prescription s'effectue pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et qu'il agit dans le cadre de sa compétence et qu'il n'existe pas d'indication contraire du médecin.

En effet depuis le 31 mars 2012, les infirmiers sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 20 mars 2012 (*JO du 30 mars 2012*) comme : (AMELI.fr, 2015)

- dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, collecteur de matières fécales ;
- dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
- nécessaire pour irrigation colique.

3.2.2. Prise en charge par la sécurité sociale

Dans le cas du cancer colorectal, il relève de la liste des 30 affections longues durées (ALD).

Le patient porteur d'une colostomie suite à un cancer colorectal obtient, suite à une demande faite par le médecin, un ticket modérateur.

Le matériel de stomie est constitué de plusieurs composants qui ont pour certains une ligne à la LPPR qui définit la base de remboursement par la sécurité sociale.

Pour l'exemple d'une poche fermée, la LPPR indique un prix de remboursement pour la poche et pour le filtre. Ils sont remboursés à 100% du LPPR dans le cadre d'un cancer colorectal.

Certains produits ne sont pas remboursés. C'est notamment le cas des films protecteurs, des solvants, des sacs poubelle, des poudres protectrices (AMELI.fr, 2015).

3.2.3. Description des poches

Pour appareiller au mieux le patient, il existe différents appareillages qui sont composés de deux parties qui peuvent être ou non solidaires :

- Une poche de recueil
- Une surface adhésive qui constitue le support de la poche

La surface adhésive est composée :

- D'un protecteur cutané qui est une gomme à base d'hydrocolloïdes seuls ou mixtes avec un adhésif hypoallergénique avec une alternance de gommes
- D'un revêtement à bords débordants non-tissé en polyéthylène

Les supports des poches sont appelés « standards » ou « plan », « Haute Protection » pour s'adapter à tous les reliefs, « Haute Résistance » pour les effluents liquides ou « convexes » pour les stomies irrégulières.

Le support va permettre d'adapter la poche à la stomie. Pour cela, il est prédécoupé ou à découper en fonction du diamètre de la stomie.

Ces diamètres sont compris entre 20mm et 90mm. Pour les systèmes deux pièces la correspondance entre le diamètre du support et la référence est obligatoire pour avoir une bonne étanchéité.

En ce qui concerne la poche de recueil, elle est composée de films plastiques, d'un voile non tissé (microfibre de polyéthylène). Le voile non tissé permet de protéger la peau lors des frottements.

Un filtre en charbon actif est présent en haut de la poche pour limiter les odeurs.

La contenance des poches est variable : de 180mL pour les poches Mini, à 700 mL pour les formats Maxi. La contenance habituelle d'une poche est de 430 à 450 mL.

Il existe actuellement quatre laboratoires sur le marché :

- B BRAUN
- COLOPLAST
- CONVATEC
- HOLLISTER

Nous allons nous intéresser à trois types de colostomie décrites ci-dessous :

Tableau 6 : Les différentes colostomies et les appareillages possibles

Nom	Partie abouchée	Ce qu'elle produit	Appareillages possibles	Changement d'appareillage
Colostomie droite	Abouchement du colon droit	Selles semi liquides, irritantes, évacuation relativement abondante	Poche vidangeable ou fermée avec filtre <ul style="list-style-type: none"> • Système une pièce • Système deux pièces 	Poche tous les jours Support tous les deux ou trois jours
Colostomie transverse	Abouchement un colon transverse	Selles pâteuses, évacuation fréquentes	Poche vidangeable ou fermée avec filtre <ul style="list-style-type: none"> • Système une pièce • Système deux pièces 	Poche tous les jours Support tous les deux ou trois jours
Colostomie gauche	Abouchement du colon gauche	Selles moulées, évacuation intermittente	Poche fermée avec filtre <ul style="list-style-type: none"> • Système une pièce • Système deux pièces • Mini-poche • Tampon obturateur si irrigation colique 	Poche tous les jours Support tous les trois ou quatre jours Mini-poche si irrigation tous les deux jours Tampon tous les deux jours

Les appareils de colostomie doivent être conservés à l'abri de la chaleur et de l'humidité. Ils ne peuvent être réutilisés. La durée de validité du produit est en général de 5 ans (JULIEN C., 2013) (COLOPLAST, 2013) (B BRAUN, 2013) (CONVATEC, 2012) (HOLLISTER, 2014) (CHAUMIER D., 2011).

3.2.4. Les modèles

3.2.4.1. *Modèle une pièce*

Les appareillages sont pourvus d'une surface adhésive solidaire de la poche et doivent être décollés de la peau à chaque retrait (figure 6 et 7).



Figure 6 : Modèle de poche fermée une pièce



Figure 7 : Modèle de poche videangeable une pièce

Ci-dessous les avantages et les inconvénients d'un modèle une pièce.

Tableau 7 : Avantages et inconvénients d'un modèle une pièce

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Souple et confortable • Discret • Prêt à l'emploi (facilement manipulable avec la poche prédécoupée) • Particulièrement adapté pour les personnes actives et les personnes sportives • Adaptables même aux stomies dans les plis et chez les personnes obèses • Respect des bonnes conditions d'hygiène, car changement au quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de changer la poche quotidiennement voire plusieurs fois par jour • Implique un soin complet de stomie à chaque change • Irritation de la zone péristomiale avec le change

Ci-dessous les différentes gammes de poches disponibles sur le marché (COLOPLAST, 2013) (B BRAUN, 2013) (CONVATEC, 2012) (HOLLISTER, 2014) (CHAUMIER D., 2011).

Tableau 8 : Les différentes gammes de poches une pièce par laboratoire

Systèmes de recueil	B BRAUN	COLOPLAST	CONVATEC	HOLLISTER
Fermé	Flexima® Flexima Active®	Sensura® Sensura Mio® Sensura Mio Visio®	Colodress plus® Esteem® Esteem +®	Moderma Flex®
Vidable	Flexima Roll'up® Flexima Active Roll'up®	Sensura ®	Esteem ® Esteem+®	Moderma Flex®

3.2.4.2. *Modèle deux pièces*

Les appareils sont pourvus d'une surface adhésive c'est-à-dire le support sur lequel vient se fixer la poche. Cette fixation se fait soit par emboîtement, par verrouillage ou adhésivité. La poche peut être changée sans pour autant enlever le support (figure8).



Figure 8 : Modèle deux pièces à couplage adhésif

Ci-dessous les avantages et les inconvénients d'un modèle deux pièces.

Tableau 9 : Avantages et inconvénients d'un modèle deux pièces

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> Sécurité supérieure 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de souplesse pour les systèmes

<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de soin de stomie tous les 3 jours • La version « deux pièces » adhésif est adaptable quels que soient les problèmes posés par la stomie (pli, cicatrice, état de la peau, effluents liquides...) • Orientable • Bonne souplesse pour les systèmes « adhésifs » 	<ul style="list-style-type: none"> • à emboîtement donc moins confortable que le système une pièce • Plus voyant
--	--

Ci-dessous les différentes gammes disponibles sur le marché pour un système deux pièces (COLOPLAST, 2013) (B BRAUN, 2013) (CONVATEC, 2012) (HOLLISTER, 2014) (CHAUMIER D., 2011).

Tableau 10 : Les différentes gammes de poches deux pièces par laboratoire

Systèmes de recueil	B BRAUN	COLOPLAST	CONVATEC	HOLLISTER
Deux pièces adhésif fermée	Flexima Key ®	Sensura Flex®	Esteem synergy® Esteem synergy +®	/
Deux pièces emboîtement fermée	Flexima 3S® Almarys®	Sensura Click®	Natura +® Combihésive II S® Consecura®	Conform 2®
Deux pièces adhésif vidable	Flexima Key® Roll'up Flexima Key Maxi®	Sensura Flex®	Esteem synergy® Esteem synergy +®	/
Deux pièces emboîtement vidable	Flexima 3S Roll'up® Flexima 3s haut débit® Almarys Twin + Roll'up® Almarys Twin + HD®	Sensura Click®	Natura + Combihésive II S® Consecura®	Conform 2®

3.2.5. Soins quotidiens des colostomies

Avant le soin, le patient prépare le matériel nécessaire au soin sur une surface propre : une paire de ciseaux, le support et/ou la poche, un sac poubelle, papier absorbant, un miroir si la stomie est difficilement visible.

Un point d'eau (eau du réseau) est nécessaire.

Il faut prêter attention au gant de toilette et à la serviette qui doivent être douces pour éviter les irritations.

Après avoir enlevé la poche, le soin consiste à nettoyer la peau, simplement lavée avec l'eau du réseau. Il n'est pas nécessaire de laver la stomie au savon. Cependant dans le cas où du savon est utilisé, ce dernier ne doit pas être irritant. C'est un soin courant où il ne nécessite pas de compresses ; le séchage de la stomie doit être parfait pour une bonne adhésion du matériel.

Ensuite, le patient mesure le diamètre de sa stomie à l'aide d'anneaux de mesure disponibles avec le matériel afin d'avoir un bon calibrage. La découpe de la poche ou du support doit être supérieure à 2 mm au diamètre de la stomie. Si la stomie se trouve dans un pli, la découpe devra former un ovale et sera élargie dans le sens du pli.

Enfin, la pose de la poche doit être faite minutieusement en commençant par la partie inférieure, puis en remontant et en appliquant le tout à l'aide d'une pression de la main (que ce soit une poche ou un support).

S'il s'agit d'un système deux pièces, le support est appliqué avec insistance pour faire adhérer le centre de l'anneau avant l'emboîtement ou le collage de la poche (BOLL G et al, 2009) (COLOPLAST, Soins de stomie).

Le soin et les produits utilisés sont primordiaux pour éviter des lésions péristomiales ou irritatives.

Il ne faut pas utiliser lors du soin des produits suivants :

- Eosine ®
- Antiseptique à base d'iode comme la Bétadine®
- Antiseptique comme Dakin®, Biseptine®
- Teinture de Benjoin

Ces produits peuvent irriter la peau péristomiale et masquer certaines lésions.

Il ne faut pas non plus appliquer de crème ou pommade du type Aloplastine®, Mitosyl® ou Conveen® qui conduisent à diminuer l'adhésivité du support à la peau.

De plus, il ne faut pas utiliser de lotion, crème ou huile pour le corps directement sur la stomie car cela pourrait altérer l'adhésivité du support.

La présence de poils peut gêner l'adhésivité parfaite de l'appareil, dans ce cas il ne faut pas utiliser de crème dépilatoire ou de rasoirs mais couper les poils délicatement à l'aide d'une paire de ciseaux (SAINT-CYR D., GILBERT D., 2012).

En ce qui concerne le support et/ou la poche usagés, ils devront éliminer dans une poubelle, dans un sac dédié à cet effet (sac à couches, sac poubelle). Au préalable il est préférable de vider la poche dans les toilettes si cette dernière est vidangeable (JULIEN C., 2009).

3.2.6. L'irrigation colique

L'irrigation est une technique de lavement simple. Elle s'adresse aux patients porteurs d'une colostomie terminale gauche. Cette technique repose sur un lavement par l'orifice de la stomie tous les deux ou trois jours avec trois quarts de litre d'eau tempérée.

Le but recherché est de permettre la régularisation du transit intestinal tout en contrôlant l'évacuation du contenu du colon. Cette évacuation du colon va suspendre l'émission de selles pendant deux à trois jours et le patient peut ainsi se dispenser du port d'une poche de recueil.

L'initiation de l'irrigation peut débuter très rapidement après l'intervention chirurgicale en milieu hospitalier, ou bien être mise en place à tout moment sur les conseils d'une stomathérapeute ou d'une infirmière pour une colostomie plus ancienne.

Les conditions pour pratiquer l'irrigation :

- Avoir une colostomie gauche descendante ou sigmoïdienne
- Avoir des selles solides
- Ne pas souffrir d'hernie ou d'un prolapsus
- Ne pas être en traitement de radiothérapie et/ou de chimiothérapie
- Disposer d'une trousse d'irrigation adaptée

Même si la durée du processus peut être variable en fonction du sujet, cette technique est rapide et simple. Elle dure en moyenne une heure. Cette période peut être variable selon l'individu. Il est préférable de procéder à l'irrigation à heure régulière, de préférence le matin après le petit déjeuner ou éventuellement le soir après le dîner (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014) (BOLL G., *et al*, 1998).

Ci-dessous, les différents kits d'irrigation actuellement disponibles sur le marché (COLOPLAST, 2013) (B BRAUN, 2013) (CONVATEC, 2012) (HOLLISTER, 2014).

Tableau 11 : Les différents kits d'irrigation par laboratoire

	B BRAUN	COLOPLAST	CONVATEC	HOLLISTER
Kit d'irrigation :	Iryflex®	Coloplast trousse d'irrigation®	Visi-Flow®	/

- **Déroulement de l'irrigation :**

Un manchon est fixé autour de la stomie avec son extrémité inférieure placée au dessus de la cuvette des sanitaires. L'eau est instillée par la stomie grâce à une tubulure reliée à un réservoir d'irrigation. La totalité du contenu colique est évacuée par le manchon.

Cette technique permet aux stomisés d'avoir un transit régulier en pratiquant en général une irrigation toutes les 48 heures ; ce qui correspond au rythme relativement lent du transit au niveau du colon. Durant le remplissage du colon aucune émission de selles n'aura lieu.

Ci-dessous les avantages et les inconvénients à l'irrigation colique.

Tableau 12 : Avantages et inconvénients de l'irrigation colique

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de selles entre 2 irrigations • Pas de fuites • Port possible de mini-poches ou de système obturateur • Diminution de la quantité de gaz • Meilleure qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'adaptation long (15 j à 1 mois) • Régularité vivement conseillée. • Durée de l'irrigation. • Retour à un appareillage classique si diarrhée

Après l'irrigation le port d'une poche de recueil n'est plus nécessaire, cependant certains patients souhaitent mettre une mini poche de recueil ou un tampon obturateur afin de désodoriser les gaz grâce à leur filtre intégré (figure 9 et 10) (BOLL G., *et al*, 1998).



Figure 9 : Tampon obturateur Figure 10 : Mini poche

Ci-dessous les gammes de mini poches et de tampons obturateurs disponibles sur le marché (COLOPLAST, 2013) (B BRAUN, 2013) (CONVATEC, 2012) (HOLLISTER, 2014).

Tableau 13 : Les gammes de mini poches et de tampons obturateurs par laboratoire

Appareils	B BRAUN	COLOPLAST	CONVATEC	HOLLISTER
Mini poche	B.BRAUN PETITE mini	Alterna®	VISI-FLOW® MINI POCHE	/

	poche®			
Tampon obturateur	IRYFIX Système obturateur®	Alternat®	/	/

3.2.7. Les accessoires

- Accessoires pour la protection cutanée :

Ci-dessous un tableau représentant les différents accessoires pour la protection cutanée.

Tableau 14 : Les accessoires de protection cutanés, leur rôle et les références par laboratoires

Accessoires	Rôles	Spécialités
Les pates en tube ou en barrette	Protègent des effluents, combler les creux et les plis, améliorent l'étanchéité	Stomahésive® (Convatec), Orobace® (Convatec), Adapt® (Hollister), Super filer® (B Braun), Barrette Adapt® (Hollister), Barrette Brava® (Coloplast)
Les poudres	S'utilisent sur les peaux abimées exsudatives et améliorent la tenue de l'appareillage	Oradhésive® (Convatec), Adapt® (Hollister), Brava® (Coloplast)
Les solutions en spray	Protègent la peau péristomiales des fluides corporels, préparent à la pose des adhésifs	Askina Barrier Film® (B. Braun), Brava spray protecteur® (Coloplast)
Les plaques	Protègent les peaux péristomiales, permettent la fixation des poches adhésives de recueil et renforcent l'adhésivité du protecteur cutané	Stomahésive® (Convatec), Brava® (Coloplast)
Les anneaux de protection	Comblent les creux du pourtour de la stomie en formant un joint étanche entre le protecteur cutané et les stomies difficiles à appareiller	Adapt protecteur cutané standard ou renforcé® (Hollister), Brava modelable® (Coloplast)
Les anneaux de renfort	Préviennent le décollement des bords du protecteur cutané	Brava® (Coloplast)

- Autres accessoires :

Ci-dessous les autres accessoires disponibles sur le marché (COLOPLAST, 2013) (B BRAUN, 2013) (CONVATEC, 2012) (HOLLISTER, 2014) (JULIEN C., 2013), (BOUDOU-SEBASTIAN C., 2003).

Tableau 15 : Les autres accessoires, leur rôle et les références par laboratoires

Accessoires	Rôles	Spécialités
Les ceintures	Renforcent le maintien des appareillages en se fixant sur le support des systèmes deux pièces ou sur la poche des systèmes une pièce	Combihésive IIS® (Convatec), Adapt® (Hollister), Stoma Care Belt® (B.Braun), Brava® (Coloplast)

Les sprays ou lingettes de retrait	Facilitent le retrait du protecteur cutané adhésif et des résidus	B.Braun Adhesive Remover®, Brava Spray® et lingettes de retrait (Coloplast)
Les désodorisants	Neutralisent les odeurs. Sous formes de poudre ou de solution, ils sont introduits directement dans la poche	Désodorisant lubrifiant Adapt® (Hollister), Déo-lubrifiant Brava® (Coloplast), B.Braun Deodour poudre®
Les gélifiants	Sont des absorbants d'effluents donnant des selles plus compactes	B.Braun Ileo Gel®

3.3. Les complications liées à la colostomie et leur prise en charge

3.3.1. Les complications cutanées

Chez les personnes colostomisées, les problèmes de peau péristomiales peuvent altérer leur qualité de vie.

Il faut les prévenir et les repérer rapidement pour éviter une aggravation et les douleurs associées. Lors de l'entretien avec le patient, il faut cibler rapidement la ou les causes probables.

Quatre causes de complications sont à rechercher face à un problème cutané :

- Une stomie mal positionnée : l'appareillage parfait est en effet difficile. Il y a donc un risque de fuites altérant l'intégrité de la peau,
- Un appareillage inadapté : lié à un mauvais choix d'appareil initial ou aux modifications morphologiques (prise ou perte de poids), ce dernier étant le plus fréquent.
- Soins locaux de mauvaise qualité : notamment à cause de l'utilisation de produits irritants (antiseptiques,...) ou des produits diminuant l'adhésivité (lotion corporelle, savon sur gras...)
- Une hygiène insuffisante (port prolongé de l'appareillage) ou une hygiène excessive (changements ou décollement du support de poches trop fréquents)

Ci-dessous les principales complications observées chez les patients.

3.3.1.1. *Dermite de contact irritative ou allergique*



Figure 11 : Dermite de contact

Aspect :

- Lésions rouges, douloureuses, prurigineuses

Causes :

- Intolérance ou allergie à un des composants de l'adhésif ou du protecteur cutané.
- Utilisation de produits irritants.
- Détersion exagérée de la peau

Conduite à tenir :

- Adresser le patient à son médecin traitant, ou dermatologue et/ou allergologue pour confirmation

Traitements :

- Suppression de l'agent causal
- Corticoïde en voie local en excluant la forme lotion (altération de l'adhésivité)
- Utilisation de pâte, poudre ou spray protecteur si la dermite est irritative

3.3.1.2. *Traumatisme mécanique*

Aspect :

- Rougeur et petits saignements péristomiaux

Causes :

- Lésions de la peau liées au retrait de l'appareillage trop fréquent, griffure ou éraflure liées au support

Conduite à tenir :

- Rappel sur le mode de retrait de l'appareillage
- Rappel sur la découpe du support et le soin

Traitements :

- Nettoyage délicat de la stomie avec de l'eau

- Séchage délicat, utilisation de produits facilitant le retrait des poches.
- Si cela persiste adresser le patient à son médecin ou à une stomathérapeute
- En cas de signes d'infection, le patient devra rapidement consulter
- Privilégier un système deux pièces pendant le temps de la convalescence pour éviter d'autres traumatismes de retrait

3.3.1.3. *Risque Infectieux*



Figure 12 : Mycoses



Figure 13 : Folliculite

Aspect :

- Rougeurs, chaleur, douleur, présence de pus et/ou d'abcès,
- Possible apparition de fièvre,

Causes :

- Mycoses, folliculites, infections à staphylocoques

Conduite à tenir :

- Diriger le patient chez son médecin
- Rappel sur le soin et notamment les conseils hygiéniques

Traitement :

- Nettoyage délicat de la stomie
- Diriger le patient vers son médecin
- En cas d'abcès, un drainage chirurgical sera nécessaire
- Une antibiothérapie si infection bactérienne

- Un traitement antifongique (sauf lotion) si infection fongique
- En cas de folliculites, ne pas utiliser de rasoir ou de crèmes dépilatoires mais des ciseaux

Ci-dessous les autres problèmes que le patient peut rencontrer :

3.3.1.4. *Autres problèmes rencontrés par le patient*

a) Prolapsus :



Figure 14 : Prolapsus

Aspect :

- Extériorisation d'une longueur anormale d'anse intestinale par l'orifice de la stomie, génératrice d'inconfort

Causes :

- Efforts importants en post-opératoire, prise de poids brutale, orifice de stomie trop large

Conduite à tenir :

- Diriger le patient vers son chirurgien qui réalisera une réduction manuelle ou chirurgicale
- L'appareillage doit exercer une pression minime lors de la pose.

b) Eventrations :

Aspect :

- Tuméfaction plus ou moins asymétrique, expansive à la toux et réductible à la palpation.
- L'orifice stomial reste, soit centré sur l'éventration, soit totalement désaxé ce qui rend l'appareillage difficile.

Causes :

- Faiblesse de la paroi abdominale, hyper-pression intra abdominale, obésité, efforts excessifs

Conduite à tenir :

- S'il n'y a pas de manifestations douloureuses ou de troubles sub-occlusifs, le port d'une ceinture de maintien abdominal avec fenestration peut être prescrit ainsi qu'un rappel sur les règles hygiéno-diététique.
- Si l'éventration s'accompagne de douleurs, le traitement sera chirurgical

c) Sténose :

Aspect :

- L'orifice rétrécit, le doigt ne peut plus pénétrer librement sans la stomie (sténose relative) ou le toucher devient impossible (sténose vraie)
- Cela entraîne des difficultés d'élimination, des ballonnements et des douleurs lors de l'évacuation des effluents
- Lors de sténose très serrées, il peut apparaître un syndrome occlusif

Causes :

- Consécutives très souvent à une désinsertion ou à un abcès ayant causé un rétrécissement de l'orifice

Conduite à tenir :

- Diriger le patient chez son chirurgien

Traitement :

- Geste chirurgical local

d) Nécrose de la stomie

Aspect :

- La couleur de la stomie devient cyanosée puis noire

Causes :

- L'orifice pariétal trop étroit entraîne une dévascularisation

Conduite à tenir :

- Diriger le patient vers son chirurgien en urgence

e) Rétraction de la stomie

Aspect :

- Invagination de la stomie dans la paroi abdominale

Causes :

- Prise importante de poids entraînant une modification de l'épaisseur abdominale

Conduite à tenir :

- Diriger le patient vers son chirurgien

Traitement :

- Réalisation d'une nouvelle stomie

(THIERCELIN L., 2007), (CHAUMIER D., 2007) ,(DIALOGUE STUDY, 2011)

3.3.2. L'alimentation et la gestion des troubles du transit intestinal

Si tôt la période de convalescence postopératoire terminée, la patient colostomisé peut reprendre progressivement ses habitudes alimentaires dès le retour à domicile.

Il est évident qu'un régime équilibré et varié est essentiel. Manger lentement et bien mastiquer sont des habitudes à prendre.

Les fibres seront à réintroduire progressivement en quantité limitée afin de vérifier la tolérance digestive. Cependant certains aliments vont influencer sur le transit de la personne et provoquer des inconvénients plus ou moins importantes.

Ci-dessous quelques aliments et leurs effets :

Aliments laxatifs pouvant provoquer des diarrhées :

- Boissons froides, jus de fruit, glaces, laitages
- Fruits frais (comme les prunes, pruneaux, kiwis, pêche, cerise, melon...)
- Légumes crus, haricots vert, épinards
- Graisses, aliments gras, choucroute,
- Epices fortes

Aliments constipants :

- Chocolat, banane, noix, raisins secs
- Marron, coing, myrtille
- Carottes cuites et autres légumes cuits
- Riz, lentilles, pains blanc
- Lait cuit

Aliments provoquant des gaz :

- Champignons,
- Choux,
- Salsifis, poireaux, navets, asperges, maïs

- Légumes secs, oignon, ail, melon
- Boisson gazeuse
- Féculents, pain complet
- Gomme à mâcher
- Avocats, olives

Aliments diminuant les gaz :

- Fromage blanc,
- Airelles
- Fenouil, cumin, anis, produits à base de charbon

Aliments provocants des odeurs nauséabondes:

- Œufs, viandes faisandées, poisson
- Charcuterie, fromages fermentés
- Ail, oignons, asperges,
- Petits pois, choux,
- Alcool

Aliments diminuant odeurs :

- Salade verte, épinards, persil, airelles
- Fromage blanc,
- Produits à base de charbon

Aliments irritants pour la peau péristomiale :

- Agrumes, jus de fruits
- Alcool, vinaigre, épices
- Poivrons, tomates

Aliments colorants les selles :

- En noir : boudin, épinards, aliments riche en fer
- En rouge : betterave

En connaissant les différents effets des aliments, le patient pourra s'adapter en utilisant au besoin une poche plus grande (si les selles sont plus fréquentes), l'utilisation de gélule ou de sticks pour les odeurs ainsi que de poudre pour les selles plus liquides.

Cet apprentissage se fait également avec l'expérience et la découverte de son transit intestinal.

La connaissance de ces effets doit être maîtrisée par le pharmacien d'officine afin d'être en mesure de répondre aux interrogations de chacun.

Le pharmacien doit aussi être vigilant aux modifications de poids. En effet, la perte de poids est un risque auquel s'expose le patient sous traitement de chimiothérapie (THIERCELIN L., 2007), (LIGUE SUISSE CONTRE LE CANCER, 2011), (BLANCHARD A., 2008).

Il faudra donc enrichir l'alimentation en fonction de la perte :

- Si perte de poids < 5 % : encourager le patient à enrichir l'alimentation par l'ajout de beurre, crème fraîche, fromage, jaune d'œuf ou lait en poudre
- Si perte de poids > 5 % en 1 mois ou > 10 % en 6 mois : si l'enrichissement ne suffit pas, le patient pourra se voir prescrire des compléments nutritionnels oraux (il existe des produits adaptés plus spécifiques aux problématiques rencontrées en oncologie), il peut éventuellement recourir à une nutrition entérale par son médecin (THIERCELIN L., 2007), (BLANCHARD A., 2008).

3.3.2.1. Constipation

La constipation est définie comme un retard ou une difficulté à déféquer et à évacuer les selles. Les selles sont alors rares, et généralement compactes, sèches, dures et de petit volume.

En général, une personne non constipée ira à la selle entre 3 fois par jour et 3 fois par semaine, la fréquence d'évacuation de la matière fécale pouvant varier sensiblement selon les personnes.

La constipation doit être rapidement prise en charge pour éviter le risque de ballonnements, de spasmes intestinaux et surtout l'expulsion de matières compactes pouvant abimer la stomie.

Face à une constipation chez un patient colostomisé, le premier conseil portera sur les règles hygiéno-diététiques.

Les règles hygiéno-diététiques en cas de constipation :

- Boire suffisamment d'eau (1,5 litres d'eau par jour), de préférence riche en magnésium
- Privilégier les aliments riches en fibres insolubles (fruits et légumes crus, fruits secs et oléagineux, céréales complètes)

Si cela n'est pas suffisant, un traitement est nécessaire.

Les laxatifs irritant sont contre-indiqués. Il faut de préférence conseiller des laxatifs doux comme les polyéthylèneglycol (PEG)/macrogol tels que le Forlax®, le Transipeg® ou le Movicol®, qui vont par leurs propriétés osmotiques hydrater les matières fécales facilitant leur évacuation. Le lactulose est à éviter car il peut occasionner des gaz. L'irrigation colique constitue également un moyen efficace pour prévenir la constipation (BOUDOU-SEBASTIAN C., 2003).

Toute constipation durable et/ ou anormale doit motiver le patient à se rendre chez son médecin. Des examens complémentaires permettront de déterminer une gêne mécanique à l'évacuation (THIERCELIN L., 2007), (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014.).

3.3.2.2. *Diarrhées*

Une diarrhée se définit par l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides par jour, ou à une fréquence anormale pour l'individu.

Il faut interpréter la consistance et le volume des selles, en fonction de la situation de la stomie:

- Dans le cas d'une colostomie gauche et sigmoïdienne, on qualifiera de diarrhéiques des selles liquides.
- Dans le cas d'une colostomie droite ou transverse, on qualifiera de diarrhéique des selles plus liquides qu'à l'accoutumée accompagnées d'une augmentation du volume émit.

Comme dans le cas de la constipation le premier conseil sera d'ordre hygiéno-diététiques.

Les règles hygiéno-diététiques en cas de diarrhée :

- Boire suffisamment (1,5 litres par jour) d'eau, par petite quantité, pour compenser les pertes hydro-électrolytiques
- Fractionner les repas
- Limiter les aliments riches en matières grasses et ceux pouvant entraîner des gaz
- Privilégier les aliments qui ralentissent le transit (riz, carottes cuites, gelée de pomme et de coings)

Si cela ne suffit pas, des traitements peuvent être mis en place comme le Smecta® (silicates) qui absorbe l'eau et les gaz, des anti diarrhéiques comme le racécadotril (Tiorfan®) ou le lopéramide (Imodium®) (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014.), (BOUDOU-SEBASTIAN C., 2003).

Si le patient réalise normalement des irrigations, ces dernières doivent être suspendues jusqu'à reprise d'un transit normal. Le patient doit par ailleurs mettre des poches.

Des poches videangeables peuvent être utilisées à la place de poche fermées pour éviter un changement trop répété. Cependant il faudra tenir compte de l'intégrité du support qui peut être altéré par des selles liquides et acides.

Si les diarrhées s'accompagnent de fièvres, vomissements, douleur et/ou odeurs particulières, une consultation médicale s'impose (THIERCELIN L., 2007).

3.3.2.3. *Ballonnements*

Les ballonnements résultent de l'alimentation du patient. Pour les diminuer, quelques règles sont à suivre : (THIERCELIN L., 2007), (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014,),(BOUDOU-SEBASTIAN C., 2003)

- Eviter les aliments et boissons entraînant des gaz (légumes secs type lentilles, haricots, pois ; ail, choux, oignons, champignons, boissons gazeuses)
- Prendre les repas dans le calme à heures régulières
- Bien mastiquer et boire suffisamment (de préférence entre les repas)

3.3.2.4. *Colostomies et médicaments*

Certains médicaments ont une action sur le transit intestinal et les selles. Il est bon d'informer le patient sur les effets des médicaments sur le transit, si des gênes apparaissent lors du traitement (PILLON F, 2010), (THERIAQUE, 2015) (VIDAL, 2015).

De nombreux médicaments vont avoir un effet constipant. Cette liste, non exhaustive, répertorie les principales classes médicamenteuses comme :

- l'atropine et la scopolamine
- les antalgiques opiacés (codéine, morphine, tramadol...)
- les anti-diarrhéiques
- les anticholinergiques à visée urinaire
- les antidépresseurs comme les imipraminiques : clomipramine, doxépine, imipramine
- les antihistaminiques anti cholinergiques
- les antihypertenseurs d'action centrale : clonidine,
- les antiparkinsoniens comme amantidine, pergolide
- les antispasmodiques
- les bronchodilatateurs anti cholinergiques
- les diurétiques
- les inhibiteurs calciques comme le vérapamil
- les neuroleptiques à effet anti-cholinergique : phénothiazidiques et certains atypiques
- d'autres comme le sucralfate, les sels et l'hydroxyde d'aluminium, les sels de fer, de calcium.

D'autres vont au contraire avoir un effet laxatif. Cette liste, non exhaustive, répertorie les principales classes médicamenteuses comme :

- Certains anti inflammatoires non stéroïdiens
- Certains antidiabétiques oraux : metformine, acarbose par exemple
- Certains flavonoïdes comme la diosmine
- Certains hypolipémiants comme la simvastatine
- Certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion comme le lisinopril

- La colchicine et ses dérivés comme le thiocolchicoside
- La digoxine
- La plupart des antibiotiques à larges spectres comme les bêta-lactamines par exemple
- Les antiprotéases
- Les biphosphonates

Lorsque le patient est sous traitement de chimiothérapie ou de thérapie ciblée, des modifications de la stomie sont à prévoir. Celle-ci devient plus sensible et œdémateuse. A chaque contact cette dernière peut saigner. Il faut être encore précautionneux pendant cette période lors des soins. Les selles peuvent devenir plus liquides et agresser la peau péristomiale. Un protecteur cutané pourra être mis en place ou l'utilisation de pâte protectrice.

Exemples de molécules de chimiothérapie ou de thérapies ciblées modifiant les selles :

- UFT® : fortes diarrhées
- Fluorouracile : diarrhées
- Irinotécan : diarrhées

Il faut informer le risque possible de constipation avec certains traitements préventifs des nausées et vomissements comme les sétrons (THIERCELIN L., 2007), (BONTEMPS F., BLANC A., 2015).

4. Vivre avec une colostomie

4.1. Accepter sa nouvelle vie

En plus de l'annonce de son cancer colorectal, le patient doit également appréhender la pose d'une stomie, vécue par certains comme une mutilation et une perte de l'intégrité physique.

La perte de continence est une blessure pouvant être perçue chez de nombreux patients comme un signe de régression. Il faut du temps pour accepter et apprendre les bons gestes.

La continence est décrite comme un besoin fondamental selon les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson :

- *Besoin de respirer*
- *Besoin de boire et manger*
- *Besoin d'éliminer : « éliminer est la nécessité qu'a l'organisme de se débarrasser des substances nuisibles et inutiles qui résultent du métabolisme. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine et les fèces, et aussi par la transpiration et l'expiration pulmonaire. »*
- *Besoin de se mouvoir et maintenir une bonne posture*
- *Besoin de dormir et de se reposer*
- *Besoin de se vêtir et se dévêtir*

- *Besoin de maintenir la température corporelle dans les limites dites normales*
- *Besoin d'être propre, soigner et protéger ses téguments : « garder son corps propre, d'avoir une apparence soignée et de maintenir la peau saine afin qu'elle puisse jouer son rôle de protection contre toute introduction dans l'organisme de poussières, de microbes, etc.... »*
- *Besoin d'éviter les dangers*
- *Besoin de communiquer*
- *Besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs*
- *Besoin de s'occuper en vue de se réaliser*
- *Besoin de se recréer*
- *Besoin d'apprendre : « : apprendre est une nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés pour la modification de ses comportements ou l'acquisition de nouveaux comportements dans le but du maintien ou du recouvrement de la santé. »*

L'évolution d'un individu passe par la réalisation de ces besoins.

- *Échelle hiérarchique des besoins de l'individu : théorie de Maslow*

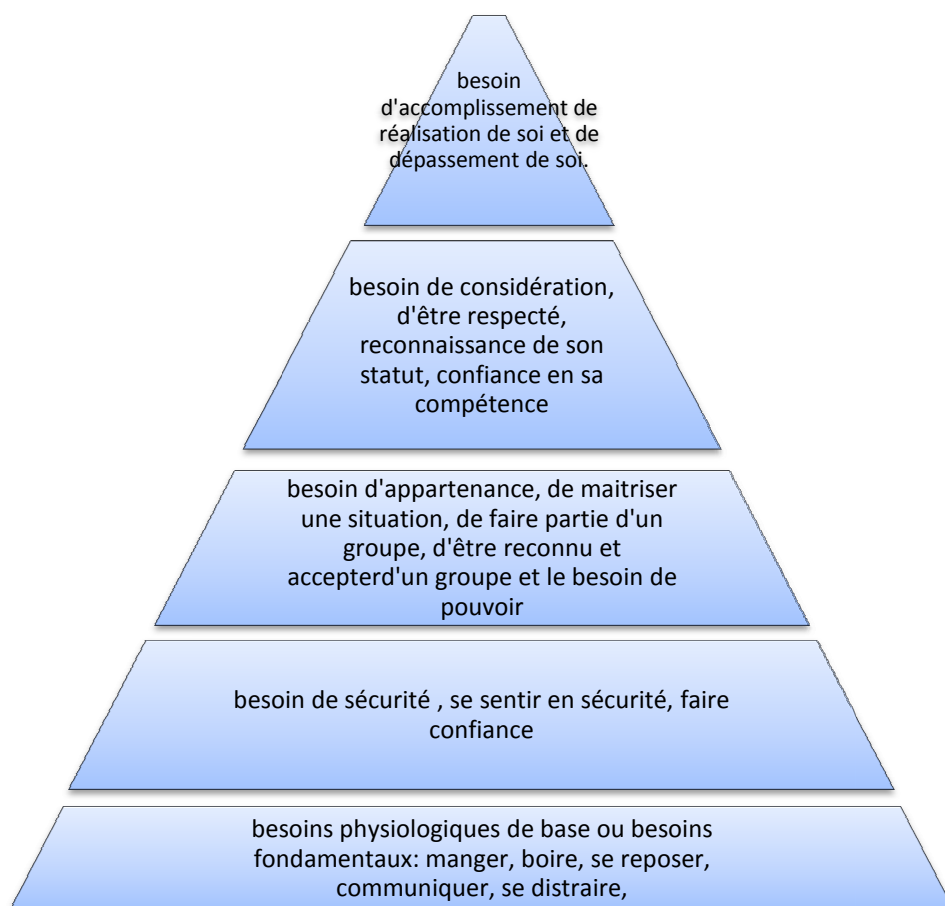


Figure 15 : Pyramide de Maslow

Selon cette théorie (figure15), l'évolution vers un besoin supérieur ne peut se faire pleinement que lorsque le besoin inférieur est satisfait. Lors d'une pose de stomie, les besoins de la base sont par définition perturbés, occasionnant le déséquilibre transitoire d'un autre besoin.

L'image du corps a été modifiée par la présence de la stomie. L'intégrité physique est considérablement perturbée, et apparaît un profond retentissement sur le plan psychologique.

Nombreux psychiatres et psychanalystes comme Françoise DOLTO se sont intéressés au schéma corporel, élément essentiel de la construction d'une personnalité. Dans ce cas la pose de la stomie agit comme un élément perturbateur.

Selon Paul Schilder, « tout changement organique est par conséquent toujours associé à un changement de l'image du corps » et « si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine (à peu près du même âge, sous le même climat), l'image du corps par contre est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. »

Devant la brutale transformation de son schéma corporel, chaque individu stomisé va entreprendre une reconstruction de son image du corps. L'image du corps est décrite par trois images : une image de base, une image fonctionnelle et une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions.

Lors de la pose de la stomie ces trois images sont aussi modifiées :

- L'image de base : lors de chaque stade de développement chez l'enfant, une image de base existe. Ici, l'image anale est modifiée.
- L'image fonctionnelle anale est aussi perturbée avec l'endroit de l'émission des selles : la personne va subir le besoin défécatoire comme le petit enfant. Il n'y a plus de possibilité de choix.
- L'image érogène est associée à une image « fonctionnelle où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre ». Ce point est important car les soins de stomie nécessitent parfois une pénétration (toucher stomiale, irrigation) de la stomie qui peuvent déstabiliser le patient.

Les odeurs et le bruit de la stomie vont perturber le patient provoquant gêne et/ou honte, avec un impact social évident (BOLL G., *et al*, 1998).

Un processus de deuil est observé chez les personnes porteuses de stomie. La perte de son intégrité physique, le sentiment de honte, la régression au stade de la petite enfance (incontinence, apprentissage de la propreté, dépendance...) constitue un traumatisme qu'il convient de prendre en charge.

Elisabeth Kubler-Ross, psychiatre et psychologue, avait mis en évidence les différentes étapes du processus de deuil :

- *Le choc : il n'y a pas de place pour le rationnel, l'information ne passe plus.*
- *Le déni : il constitue une protection psychologique qu'il faut respecter tant que cela ne met pas le patient en danger*
- *La révolte : le sentiment d'injustice prédomine, les paroles des soignants sont à ce stade souvent déformées ou mal interprétées*
- *Le marchandage : on discute de la maladie, les sentiments sont multiples et contradictoires*
- *La tristesse et souvent la dépression*
- *L'acceptation.*

Ces étapes se produisent dans un ordre non défini.

A ce moment, se pose la question de l'après, de l'avenir, du retour au quotidien avec la colostomie.

Le pharmacien doit avoir conscience de l'état du patient, pour adapter son conseil et son discours en fonction du stade d'acceptation du patient (THIERCELIN L., 2007).

4.2. Le retour à une vie sociale

4.2.1. Habillement

Certains vêtements peuvent frotter sur la poche, provoquant une gêne. Cependant il n'est pas nécessaire de changer toute sa garde robe. La précaution à respecter est de ne pas comprimer la poche de recueil ni la stomie (BOUDOU-SEBASTIAN C., 2003).

Il faut positionner les sous vêtements de façon à ce qu'ils ne frottent pas avec la stomie. Pour éviter les irritations proches de la stomie, il est préférable de mettre des sous vêtement en coton (THIERCELIN L., 2007), (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014,).

4.2.2. Sexualité

La nouvelle vision du corps du patient peut altérer sa vie sexuelle. Le dialogue entre les deux partenaires est primordial.

Avant chaque rapport la poche peut être vidée et la personne peut utiliser une mini poche plus discrète et plus souple. Il faut cependant faire attention à sa contenance et son remplissage. Un tampon obturateur peut être envisagé si la personne réalise des irrigations coliques ou si les selles sont moulées.

L'intervention chirurgicale ou le traitement par radiothérapie peuvent donner des troubles sexuels : difficultés d'érection chez l'homme, sécheresses vaginale chez la femme.

Une consultation médicale pourra être réalisée pour trouver des solutions à ces troubles.

(BOLL G., *et al*, 1998) (LIGUE SUISSE CONTRE LE CANCER, 2011)

4.2.3. Loisirs

Une stomie n'empêche en rien d'avoir des loisirs (comme sortir faire du sport partir en vacances). Bien informer et équiper, une personne colostomisée peut retrouver des activités *quasi* normales.

4.2.3.1. Faire du sport

Avoir une activité physique est important après un cancer afin de retrouver une certaine estime de soi, et de reprendre des activités hors du domaine thérapeutique. La reprise doit se faire progressivement et après avoir demandé conseil à son médecin. Les activités violentes comme les sports de combat, le rugby sont à éviter.

Si les abdominaux sont beaucoup sollicités lors de l'effort, le patient pourra porter une ceinture de contention abdominale où il découpera au préalable l'emplacement de la stomie.

La personne stomisée devra cependant penser à avoir toujours du matériel de rechange dans un sac ainsi qu'une autre tenue au cas où il y aurait une fuite.

- ***Le cas de la piscine :***

Les personnes stomisées ont souvent le sentiment que les sports aquatiques ne leur sont plus adaptés. Pour autant, il n'y a aucune contre indication à la pratique d'un sport aquatique. Les poches sont étanches. Si la personne est gênée par la poche, elle peut mettre une poche plus petite et plus discrète. Dans le cas des personnes réalisant des irrigations coliques, le port d'une mini-poche ou d'un tampon obturateur est conseillé (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014).

Le support est à changer avant et après l'activité si le support est altéré après l'effort (THIERCELIN L., 2007).

4.2.3.2. Partir en vacances

Une personne stomisée peut évidemment partir en vacances. Cependant, il faudra préparer le voyage notamment si ce voyage se déroule à l'étranger.

Comme tout voyageur, il est nécessaire d'être attentif à l'alimentation et de la qualité de l'eau afin d'éviter les diarrhées.

Avant de partir, il faut prévoir suffisamment de matériel pour couvrir la période de séjour ainsi que les imprévus et de garder une ordonnance sur soi avec les références du matériel. Sur place, l'appareillage doit être stocké à l'abri de la lumière, de l'humidité ou du froid. Lors de fortes chaleur, les supports peuvent être altérés par la transpiration ; la poche et le support seront changés plus fréquemment. La protection solaire ne doit pas être mise en contact avec le support de l'appareillage afin d'éviter un manque d'adhésivité.

- ***Voyager en avion :***

Les poches de stomie ne sont pas sensibles à la pression lors d'un voyage en avion. Ce mode de transport est donc possible. Il faut tenir compte de quelques règles.

Il est préférable de découper à l'avance les supports (les ciseaux étant interdits dans en cabine) et de répartir dans plusieurs sacs dont un en cabine le matériel pour pallier à l'éventuel « bagage égaré » (BONTEMPS F., LACROIX D., 2014), (THIERCELIN L., 2007).

4.2.3.3. Retour à la vie professionnelle

La reprise du travail doit tenir compte du nouvel état de santé du patient. Cette réinsertion va varier d'un sujet à l'autre en fonction de son type d'activité, son âge et de sa pathologie.

Avant la reprise, une visite de pré-reprise sera faite auprès du médecin du travail afin d'évaluer l'aptitude du sujet à reprendre son métier dans les mêmes conditions qu'avant.

Lors de cette réinsertion, un mi-temps thérapeutique peut être proposé au patient ; il lui sera ainsi prescrit une reprise de travail partiel par le médecin. Le médecin-conseil de la Sécurité Sociale validera la demande et en fixera la durée. L'accord de l'employeur est nécessaire pour cette reprise à mi-temps. Un reclassement peut être parfois nécessaire au sein de l'entreprise ; dans ce cas un dossier C.D.A.P.H (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

Une fois le mi-temps thérapeutique effectué, le sujet reprend son métier normalement.
(THIERCELIN L., 2007)

Au vu de tous des bouleversements du quotidien et des difficultés rencontrées depuis l'annonce de son cancer colorectal et de sa pose de colostomie, il est nécessaire de faire un état des lieux de la prise en charge du patient porteur d'une colostomie après son cancer colorectal en Lorraine. Ceci permettra de souligner l'importance d'un suivi par les professionnels de santé de ce type de patient.

**PARTIE III : Enquête sur les
patients colostomisés après un cancer
colorectal en Lorraine**

1. CONTEXTE

Comme nous l'avons vu précédemment, afin que le patient nouvellement colostomisé ait une vie sereine, la qualité de la prise en charge est primordiale. Elle doit être pluridisciplinaire, avec une collaboration de qualité, commençant dès le début de l'hospitalisation pour se poursuivre tout au long de sa vie.

En Lorraine, on recense 28 stomathérapeutes, dont 26 hospitaliers et 2 libéraux. Les hôpitaux ayant au moins deux stomathérapeutes sont au nombre de 2 (STOMA.net, 2014).

Au regard de ces éléments, l'enjeu est à présent de faire **un état des lieux** de la prise en charge du patient colostomisé après un cancer colorectal, en Lorraine.

Nous distinguerons la prise en charge en hospitalisation et à domicile du patient. L'objectif de cette enquête sera aussi de mettre en lumière les différents problèmes et attentes ressentis par la personne stomisée et de situer le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge globales du patient.

2. EXPLORATIONS

La lecture de la littérature a été réalisée afin d'assurer la qualité du questionnaire à établir.

De plus, des entretiens ont été menés auprès des principaux acteurs de la prise en charge et des patients porteurs de stomies pour avoir un aperçu de la situation du patient colostomisé en Lorraine.

2.1. Littérature

Les recherches ont été menées sur le site NCBI (National Center for Biotechnology Information), un moteur de recherche consacré aux biotechnologies et regroupant plusieurs bases de données notamment Pubmed (principalement utilisé) ainsi que sur EM premium. Les mots clés de ces recherches ont été :

- « ostomy », « cancer colorectal », « colostomie », « stomie »
- « Stomathérapie », « stomathérapeute »,
- « éducation thérapeutique »

De plus nous nous sommes appuyés sur l'étude « DialogueStudy » réalisée par le laboratoire Coloplast et publié dans la revue Gastrointestinal Nursing vol 9 n°2 de mars 2011.

2.2. Entretiens exploratoires

A fin d'approfondir ma connaissance sur la prise en charge du patient colostomisé après un cancer colorectal, un entretien avec le vice-président de l'association URILCO Lorraine a été réalisé le 28 novembre 2013. Lors de cette entrevue, il a abordé l'importance de ne pas laisser seules les personnes et l'intérêt d'avoir différents acteurs dans la prise en charge. J'ai aussi par la suite pu rencontrer le président de l'association, où là aussi nous avons abordé l'intérêt de la prise en charge à la sortie de l'hôpital.

Lors de l'assemblée générale de l'association URILCO le 25 avril 2014, j'ai pu longuement échanger avec les adhérents. Ils m'ont parlé de leur vie depuis le cancer et de la pose de leur stomie, des changements que cela a occasionnés dans leur quotidien.

Une rencontre avec la stomathérapeute de l'Institut de Cancérologie de Lorraine a été réalisée durant le mois de novembre 2013. Grâce à cet entretien, nous avons pu comprendre les problèmes que rencontrent les soignants pour relayer une information au patient. Grâce à elle, j'ai pu suivre des consultations de stomathérapie.

Un entretien avec la stomathérapeute du CHU de Brabois a été réalisé le 27 novembre 2013. Nous avons pu ainsi constater que les problèmes rencontrés par le personnel étaient souvent identiques : *le manque de temps pour voir tous les patients opérés, les patients perdus qui n'auront pu bénéficier d'une rencontre ...*

Des demandes d'informations ont été faites auprès des différents laboratoires comme B.BRAUN, COLOPLAST, CONVATEC, HOLLISTER, pour obtenir de amples informations concernant les dispositifs médicaux.

Enfin, une rencontre avec un représentant du laboratoire COLOPLAST a été réalisée à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l'ICL. J'ai ainsi pu avoir une vision du marché de la stomie et surtout leur politique de prise en charge du patient.

Au vu de ces entretiens, nous avons donc décidé de mener une enquête auprès de personnes colostomisées afin de faire un état des lieux de leur prise en charge.

2.3. Problématique retenue

Les entretiens menés et la littérature étudiée ont permis de définir les objectifs de cette enquête.

L'objectif principal sera d'évaluer la prise en charge du patient, atteint d'un cancer colorectal, lors de son retour à domicile après sa pose de colostomie.

Les objectifs secondaires seront d'évaluer l'autonomie de la personne lors de son retour à domicile, de mettre en lumière les demandes faites par les patients relatives à leur prise en charge et à l'éducation thérapeutique apportée et enfin définir le rôle du personnel médical et non médical. Nous allons aussi faire un point sur les problèmes apparus et la gestion du matériel.

3. METHODOLOGIE

Enquête de satisfaction auprès des adhérents de l'association URILCO afin de faire un état des lieux de la prise en charge du patient colostomisé après un cancer colorectal.

3.1. Enquêteur et population cible

J'ai décidé de mener mon enquête afin de recueillir les éléments nécessaires à mon enquête.

La population cible est représentée par les adhérents de l'association URILCO Lorraine porteur d'une colostomie après un cancer colorectal et pris en charge dans les établissements de santé de Lorraine. Ils sont résidents des départements de la Lorraine.

L'URILCO Lorraine a été créée en 2013, regroupant les départements de Meurthe et Moselle, Meuse, Vosges et Moselle. Cette association est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 et a son siège social à la Ligue Contre le Cancer, 1, rue du Vivarais à VANDOEUVRE LES NANCY (54).

Le conseil d'administration est composé de 6 à 12 membres actifs, élus par l'assemblée générale, par tiers tous les ans. Le bureau est constitué d'un président, d'un vice président, d'un trésorier et d'un secrétaire.

3.2. Cadre spatio-temporel

Lors de mes différents entretiens avec l'association URILCO Lorraine, le président de l'association, m'a permis de contacter ses adhérents afin de réaliser mon enquête. Afin de valider mon enquête auprès des adhérents, mon projet, ainsi que le questionnaire a été présenté et validé à l'unanimité lors de l'Assemblée Générale du 25 avril 2014.

3.2.1. Durée

Les questionnaires ont été envoyés le lundi 28 Avril 2014. Les données ont été recueillies depuis cette date jusqu'au 3 juin 2014.

3.2.2. Mode d'envoi du questionnaire et lieu

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale. L'enveloppe d'envoi contenait le questionnaire (*annexe 2*), une lettre de présentation du questionnaire et les objectifs de cette enquête (*annexe 1*) ainsi qu'une enveloppe timbrée avec l'adresse de mon domicile pour le retour du questionnaire.

Toutes les modalités d'envoi et de réception de l'enquête ont été validées lors de l'Assemblée Générale du 25 avril 2014.

3.3. Méthodologie et matériel

3.3.1. Echantillon

Le questionnaire a été envoyé à 37 adhérents colostomisés d'URILCO Lorraine.

Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête ont été validés lors de l'Assemblée Générale du 25 avril 2014.

Critères d'inclusion de l'enquête:

- Ayant eu un cancer colorectal
- Ayant eu recours, lors de la prise en charge du cancer, à une pose de colostomie
- Ayant une colostomie définitive ou transitoire
- Etant retournées à domicile après la pose
- Etant adhérents à URILCO

Critères d'exclusion de l'enquête :

- Non atteint d'un cancer colorectal
- Ayant une stomie autre qu'une colostomie
- N'étant pas adhérent à URILCO Lorraine

3.3.2. Outils

3.3.2.1. *Elaboration du questionnaire*

En cohérence avec les objectifs de mon enquête le questionnaire fut réalisé sur **6 axes** :

- ✓ **Description de la personne** : âge, sexe, date du diagnostic du cancer colorectal, date de la pose de la stomie, la position de la colostomie et son caractère définitif ou non.
- ✓ **Prise en charge hospitalière** : rencontre avec une stomathérapeute, date des rencontres, explications de la stomie.

- ✓ **Gestion du matériel** : prescripteur et renouvellement, lieu de délivrance et des problèmes rencontrés, rôle du pharmacien, appareillage et difficultés rencontrées
- ✓ **Problèmes rencontrés avec la stomie**
- ✓ **Informations et conseils** : personne contactée pour tout problème ou complément d'information sur la stomie
- ✓ **Autonomie de la personne** : personne réalisant le soin
- ✓ **Qualité de vie depuis la pose** : changement du mode de vie, ressenti de la personne sur sa qualité de vie

3.3.2.2. *Relance*

Après l'envoi des questionnaires, une relance auprès des adhérents a été réalisée le 22 mai 2014.

4. RESULTATS

4.1. Réponses obtenues

Sur les 37 questionnaires envoyés :

- 30 questionnaires m'ont été renvoyés **soit un taux de réponses de 81%**
- 1 personne a précisé ne pas vouloir répondre au questionnaire
- 1 questionnaire n'a pu être reçu car l'adresse n'était plus valide
- 5 adhérents n'ont pas répondu.

Lors de l'exploitation des résultats, les 30 questionnaires ont été utilisés (taille **N=30**).

Le taux de réponses me permet d'avoir un échantillon représentatif de la population interrogée et de pouvoir exploiter ces résultats.

4.2. Exploitation des résultats

4.2.1. Caractéristiques des personnes

Sur l'ensemble des questionnaires envoyés, 30 personnes ont répondu au questionnaire.

La moyenne d'âge des personnes est de 74,4 ans et les âges extrêmes sont de 56 ans pour le plus jeune et de 89 ans pour le plus âgé. L'échantillon est composé de 20 hommes soit 67% et de 10 femmes 33%. Les femmes sont âgées de 71 ans en moyenne ($\sigma=8,9$) et les hommes de 76 ans ($\sigma=8,8$).

Tableau 16 : Répartition homme / femme et moyenne d'âge

	Femmes	Hommes
Effectif (N=30)	10	20
Moyenne d'âge	74,4 ans	
	71 ans	76 ans

– **Le diagnostic du cancer colorectal**

Le **diagnostic** du cancer colorectal a été fait **en moyenne à 63,5 ans** et les âges extrêmes de diagnostic sont 82 ans pour le plus âgés et 46 ans pour le plus jeune. Les femmes ont été diagnostiquées en moyenne à l'âge de 62 ans et les hommes à 64 ans.

– **La pose de colostomie**

La pose de stomie a été réalisée **en moyenne 6,4 mois après le diagnostic du cancer**. La pose a été faite au maximum 24 mois après l'annonce. **Pour 5 personnes**, soit 16,6%, la pose de stomie **fut réalisée en urgence**.

Les colostomies sont toutes définitives.

Pour 27 personnes soit 90%, dont 18 hommes et 9 femmes, la stomie se situe sur le colon gauche (figure16).

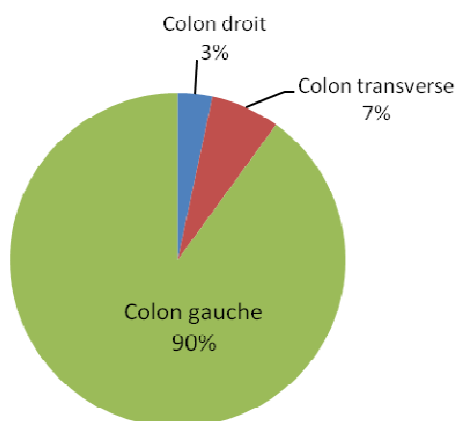


Figure 16 : Localisation de la stomie chez les patients interrogés

Les patients interrogés sont en majorité stomisés depuis plus de 5 ans (23 personnes) (figure 17).

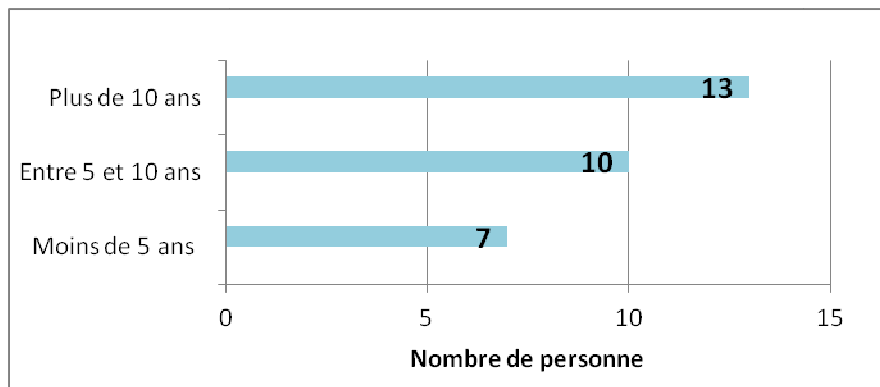


Figure 17 : Ancienneté de la pose de stomie chez les patients interrogés

4.2.2. Relais hôpital-ville : la stomathérapeute

Chez 30 personnes interrogées, 20 personnes, soit 67%, ont rencontré une stomathérapeute pendant leur hospitalisation. 24 personnes, soit 80%, ont rencontré une stomathérapeute après l'hospitalisation. 6 personnes, **soit 20%, n'ont jamais rencontré de stomathérapeute.**

La dernière rencontre avec une stomathérapeute date :

- de plus de 1 an pour 17 patients, soit 57%
- entre 6 mois et 12 mois pour 4 patients, soit 13%
- de moins de 6 mois pour 3 patients, soit 10%.

4.2.3. Appareil de stomie

– Première prescription

La première prescription fut pour 47% des personnes interrogées réalisée par la stomathérapeute de l'hôpital. Ensuite vient le médecin, 40%.

10% des personnes interrogées ne savaient pas et 3% ont eu une prescription réalisée par une autre personne de l'hôpital (figure 18).

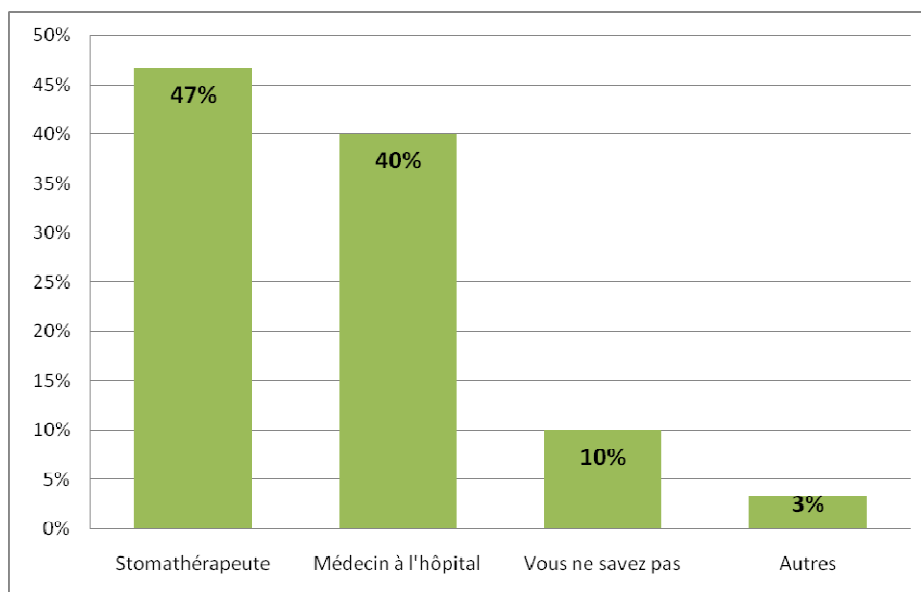


Figure 18 : Réalisation de la première prescription

– Renouvellement des prescriptions

Le renouvellement se fait pour 90% des personnes interrogées par leur médecin généraliste. 7% ont une prescription faite par leur stomathérapeute et 3% par le médecin de l'hôpital (figure19).

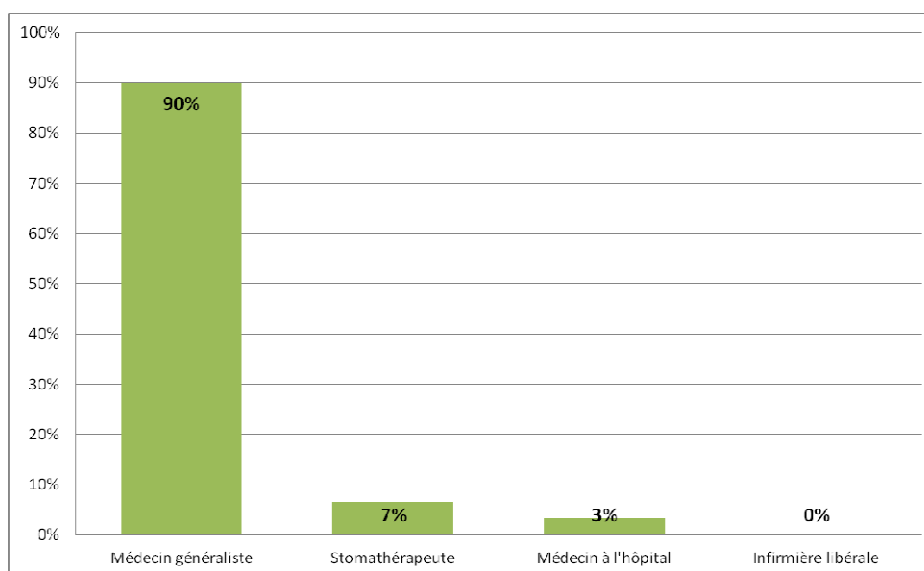


Figure 19 : Réalisation du renouvellement de la prescription du matériel

– Délivrance du matériel

Lors de la sortie de l'hospitalisation, l'établissement de santé prévient le prestataire de services ou l'officine pour la mise à disposition du patient le matériel nécessaire dans 10% des cas. Ces démarches n'ont pas été dans 57% des situations. **9 personnes, soit 30%, n'ont pas eu connaissance des informations transmises entre professionnels de santé.**

La délivrance du matériel peut se faire par un prestataire ou une officine. La proportion est décrite ci-dessous. 77% des personnes se rendent à l'officine et 23% utilisent un prestataire de services (figure 20).

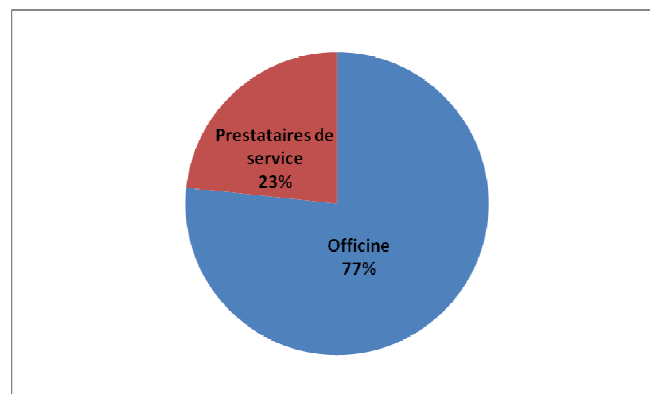


Figure 20 : Délivrance du matériel au patient colostomisé à son retour à domicile.

Sur les 23% de patients ayant recourt à un prestataire, 100% ont prévenu leur pharmacien d'officine de leur colostomie.

– Matériel utilisé

Les poches les plus fréquemment utilisées sont **les systèmes une pièce pour 54%**. Vient ensuite les systèmes deux pièces à couplage adhésif au même pourcentage que les poches vidangeables soit 17%. Enfin 11% utilisent un système deux pièces avec bague de fixation (figure 21).

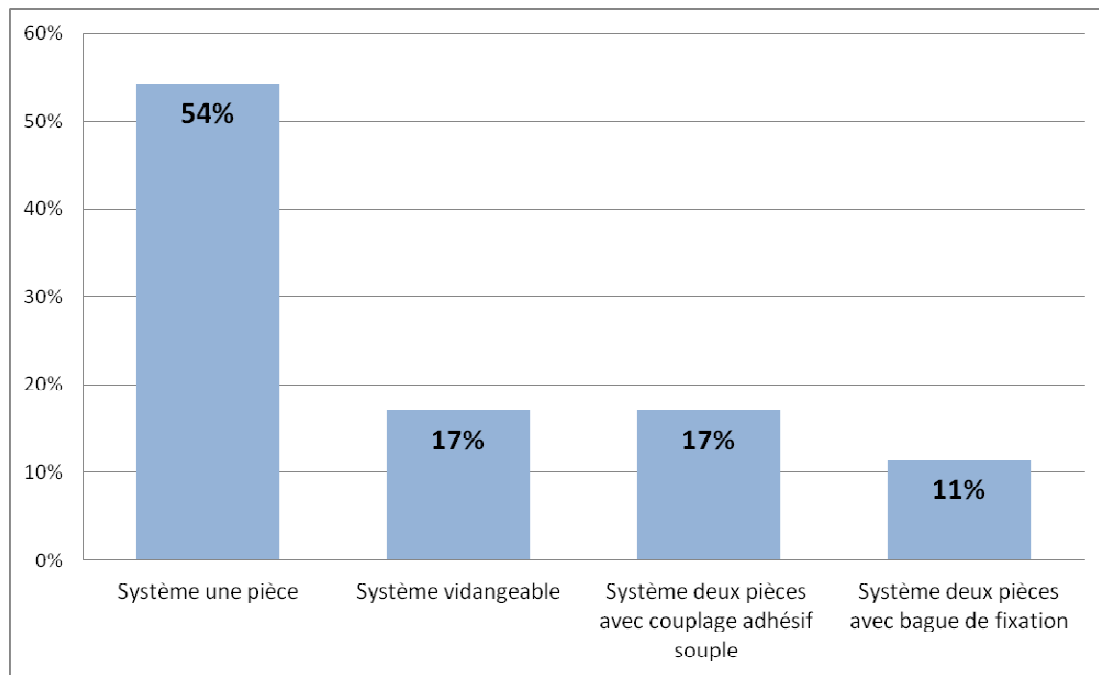


Figure 21 : Appareillages utilisés

– A l'officine

Lors de la première délivrance de matériel à l'officine, les patients ont rencontrés quelques difficultés quant à la délivrance du matériel (figure 22).

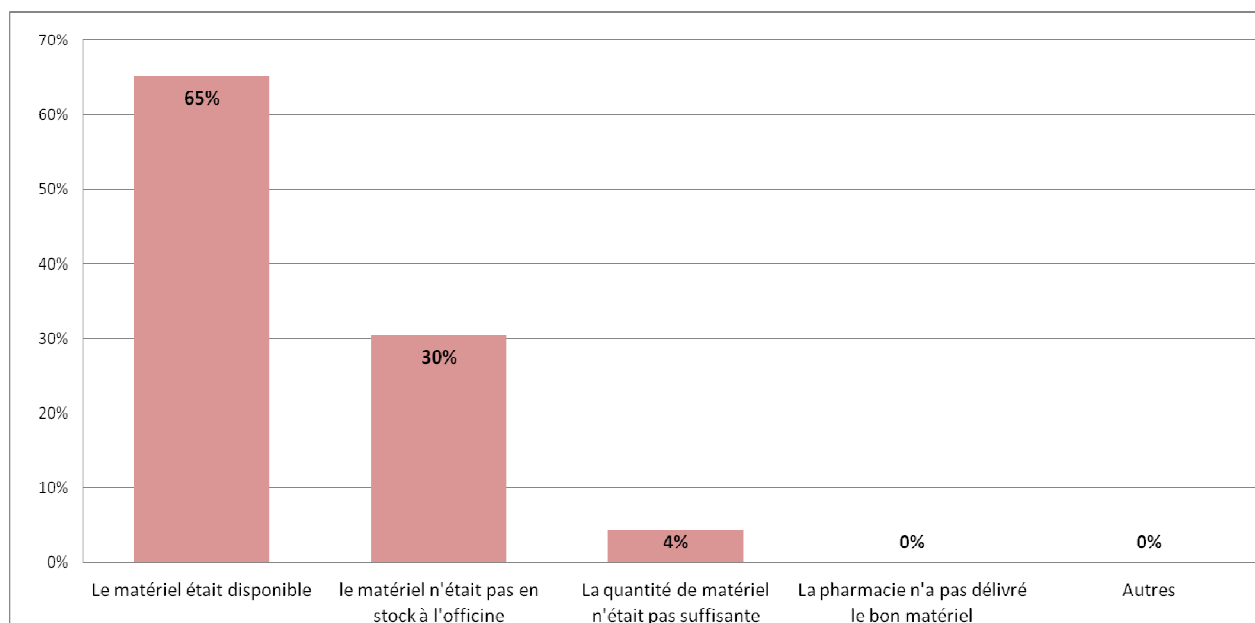


Figure 22 : Délivrance du matériel par l'officine

Le matériel était disponible dans 65% des cas. Dans 30% des cas le matériel n'était pas en stock à l'officine. Dans 4 % des cas la quantité de matériel n'était pas suffisante (figure 24).

Sur les 23 se rendant à l'officine pour leur matériel de stomie, 16 personnes, soit 70%, n'ont reçu aucun conseil de la part de leur pharmacien et 7 personnes, soit 30%, ont eu des conseils.

Aucune personne n'a explicité les conseils donnés par le pharmacien.

A la question « quelles informations aimeriez-vous avoir de la part de votre pharmacien ? » :

- Aucune
- Nouveauté concernant le matériel
- Des conseils sur les poches

– Conseil sur le soin de stomie

Les personnes ont été interrogées sur leur sentiment vis-à-vis des explications concernant la stomie et les soins. La majorité, 67% d'entre elles, trouvent que les explications furent satisfaisantes (figure 23).

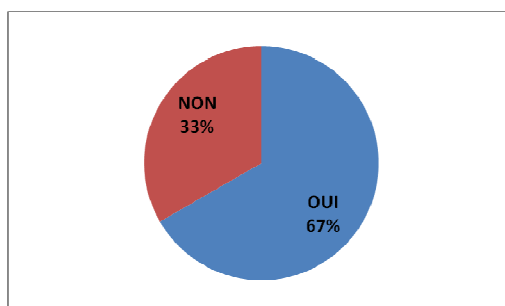


Figure 23 : Satisfaction des patients quant aux explications données sur les modalités de gestion de la stomie lors de la pose

Une question ouverte a été posée sur les améliorations à faire lors de l'explication.

Les propositions faites par l'échantillon sont :

- Sensibilisation aux problèmes de peau (par exemple les irritations)
- Sensibilisation aux problèmes de fuites
- Plus d'explications pour diminuer l'angoisse
- Davantage de disponibilité des stomathérapeutes dans l'établissement de santé
- Augmentation du suivi de la personne colostomisée
- Suivi à la sortie de l'hôpital par une infirmière

4.2.4. Autonomie

Sur les 30 personnes interrogées, 93% se déclarent autonome pour le soin de stomie soit 28 personnes. 7% soit 2 personnes ne le sont pas.

Les raisons de cette non-autonomie sont doubles :

- Pour une de ces personnes, il s'agit d'une certaine appréhension quant au risque de mal faire le soin
- Pour l'autre personne, des difficultés à exécuter le soin sont rencontrées.

Le soin est réalisé pour une personne par son ou sa conjointe. Pour l'autre personne, le soin est fait par une infirmière à domicile

4.2.5. Difficultés rencontrés liées à l'utilisation de leur stomie

– Gestions des problèmes

Depuis la pose de stomie, 14 personnes ont changé d'appareillage soit 47% et 16 personnes ont gardé le même matériel soit 63%.

Sur ces 47%, pour 86% des personnes, soit 12 personnes, le motif de changement est que l'appareil ne convenait plus.

Pour 14%, soit 2 personnes, ce changement est dû au changement de taille de la stomie.

Sur les 30 personnes interrogées, 77% ne rencontrent aucune difficulté avec leur appareillage (une pièce ou deux pièces).

Les difficultés rencontrées par les 33% restant avec le système une pièce sont décrits ci-dessous (figure 24).

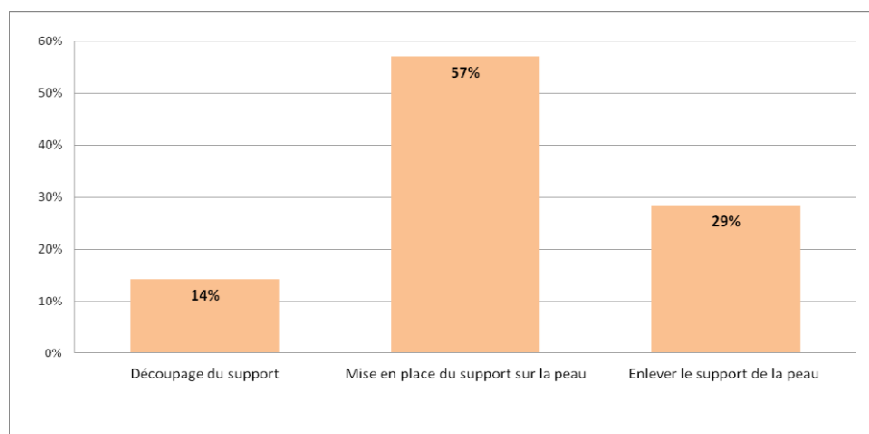


Figure 24 : Difficultés rencontrées lors de l'utilisation des dispositifs de stomie

La mise en place du support sur la peau est la première difficulté rencontrée avec 57%. Enlever le support de la peau est une difficulté pour 29%. Le découpage du support est difficile pour 14%.

Parmi les 10 personnes utilisant un système deux pièces, 40% des personnes rencontrent des difficultés avec la bague de fixation ou le couplage adhésif. Ces difficultés rencontrées sont décrites ci-dessous (figure 25).

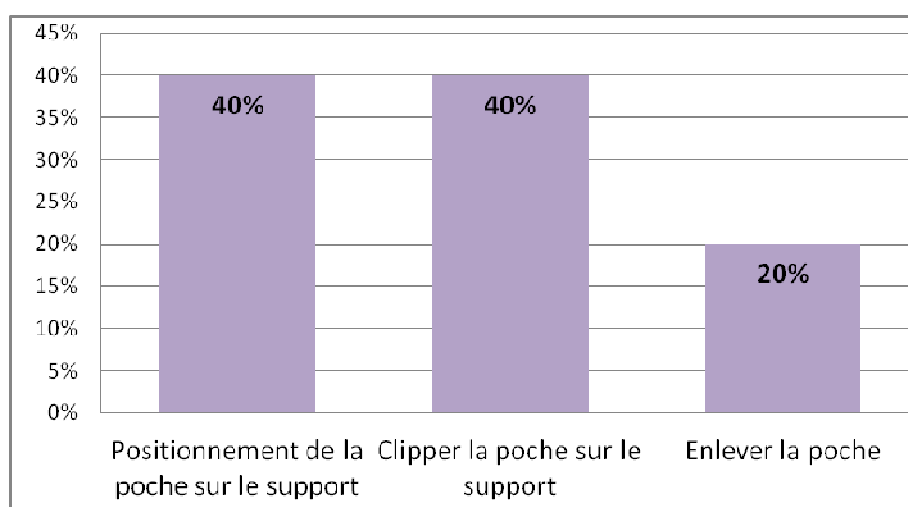


Figure 25 : Difficultés rencontrées avec un système deux pièces

31% des personnes ne nécessitent pas le besoin de contacter une personne spécialisée dans la stomie.

Lorsqu'ils rencontrent un problème avec leurs dispositifs de stomie et qu'ils contactent une personne, les personnes contactées en premières sont décrites ci-dessous (figure 26).

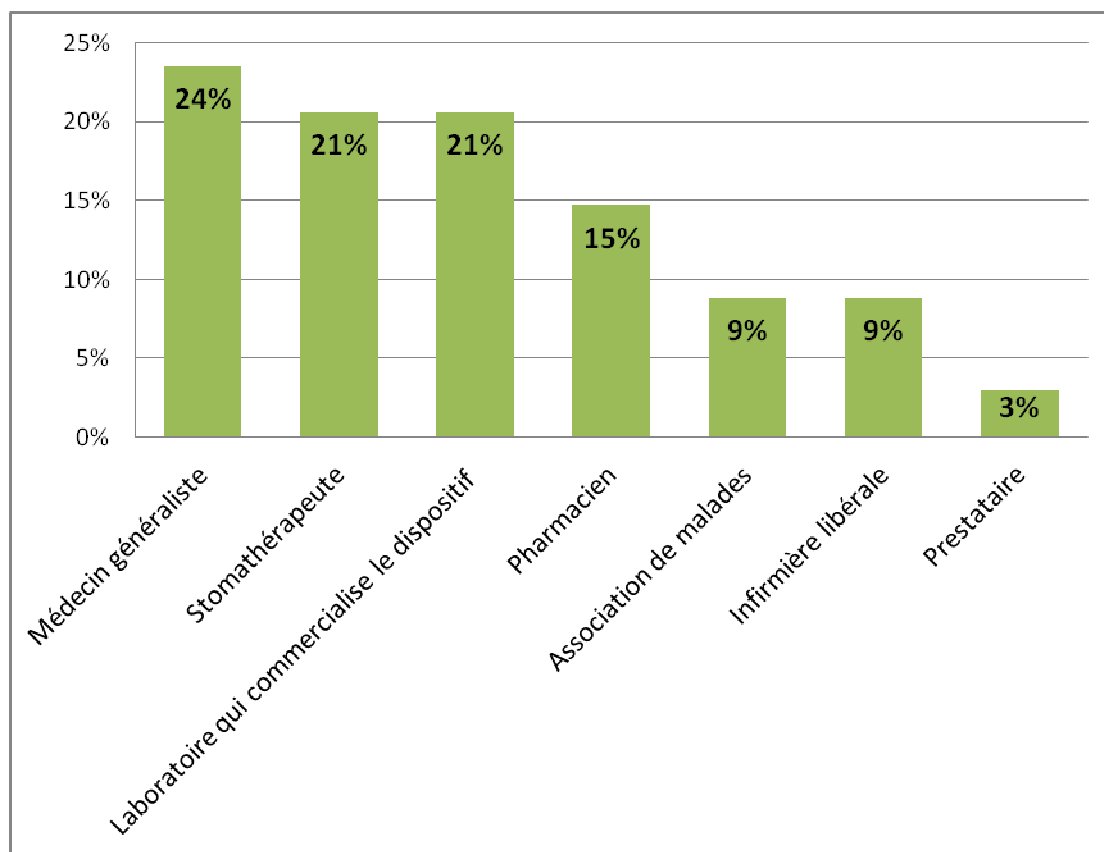


Figure 26 : Personne contactée par les patients en cas de difficultés liées à l'utilisation du matériel.

Dans 24% des cas, le médecin généraliste est contacté. Pour 21% le laboratoire ou la stomathérapeute sont contactés. Dans 15% des cas le pharmacien est contacté. Les associations de malades ou l'infirmière libérale sont appelés par 9 % et le prestataire lui dans 3% (figure 25).

– Informations

Lorsque les personnes interrogées souhaitent recevoir des renseignements sur les nouveautés concernant les dispositifs de stomie, les acteurs contactés sont décrits ci-dessous (figure 27).

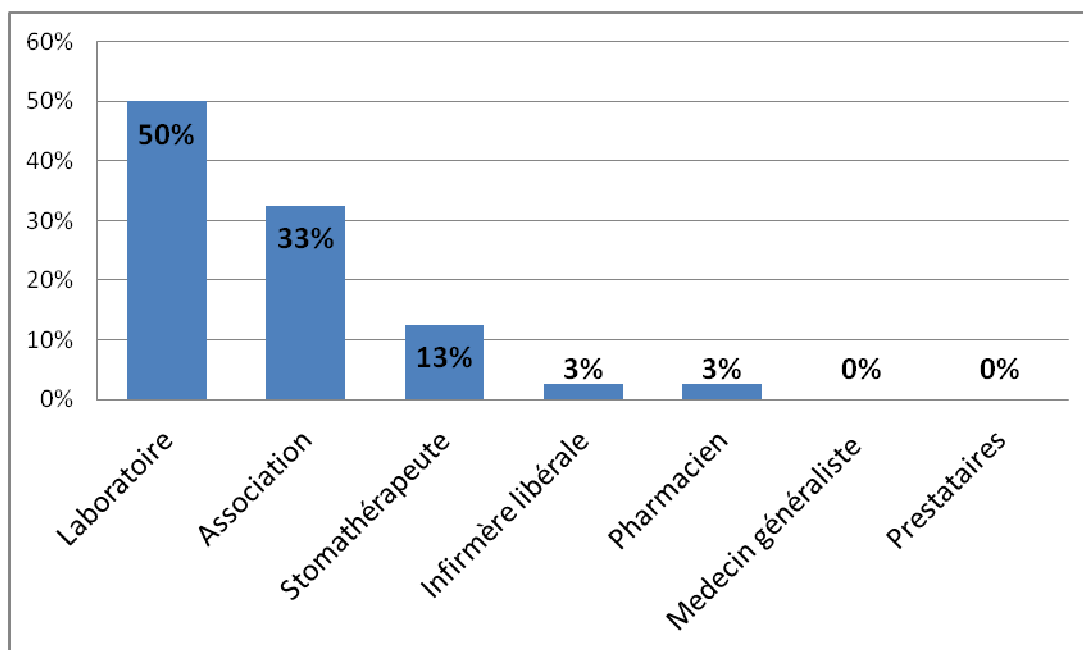


Figure 27 : Personne contactée pour informations sur les nouveautés du matériel de stomie

Pour recevoir une information, le laboratoire est contacté dans 50% des cas, les associations dans 33%, la stomathérapeute dans 13%, le pharmacien ou l'infirmière libérale dans 3% des cas. Les prestataires ou le médecin généraliste ne sont pas contactés.

Les craintes concernant le matériel de stomie sont décrites ci-dessous (figure 28).

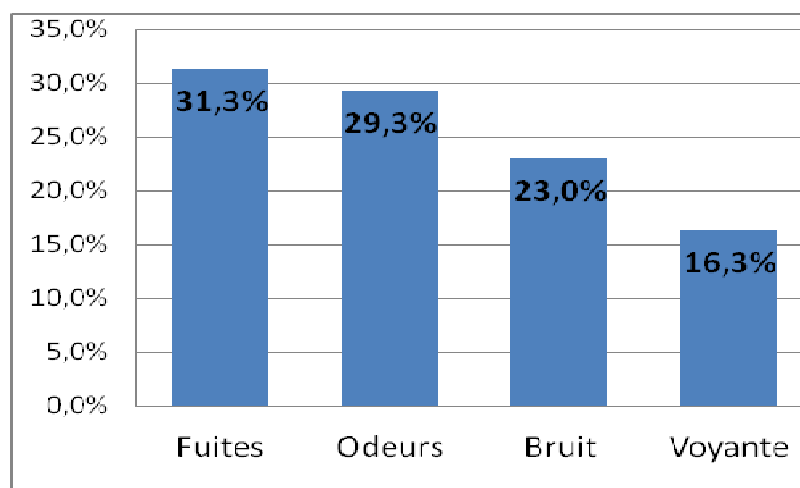


Figure 28 : L'événement le plus redouté par les patients avec l'utilisation du matériel

Les craintes concernant l'utilisation quotidienne du matériel et de leur stomie sont dans **31.3% des cas les fuites**, dans 29,3% les odeurs, dans 23.0% le bruit et pour 16,3% le fait qu'elle se voit.

Les personnes ont été interrogées sur la fréquence des fuites au niveau de la colostomie. 40% ont des fuites occasionnellement soit supérieure ou égale à une fois tous les 6 mois.

27% en ont souvent soit supérieur ou égale à une fois par mois. 23% n'en ont jamais. Et pour 3% ils en ont toujours soit supérieure ou égale à une fois par jour (figure 29).

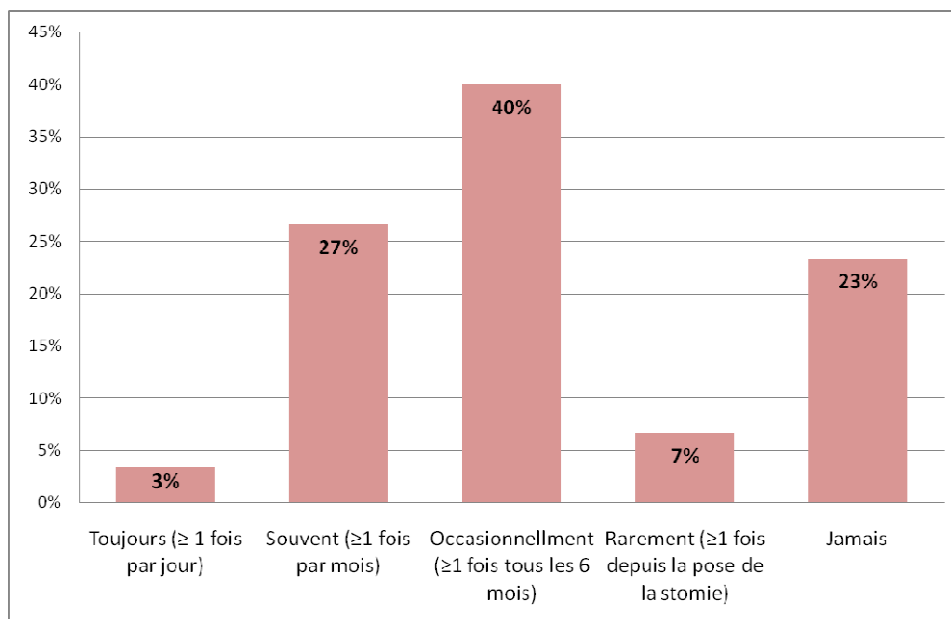


Figure 29 : Fréquences des fuites

Les problèmes liés à la colostomie sont décrits ci-dessous (figure 30)

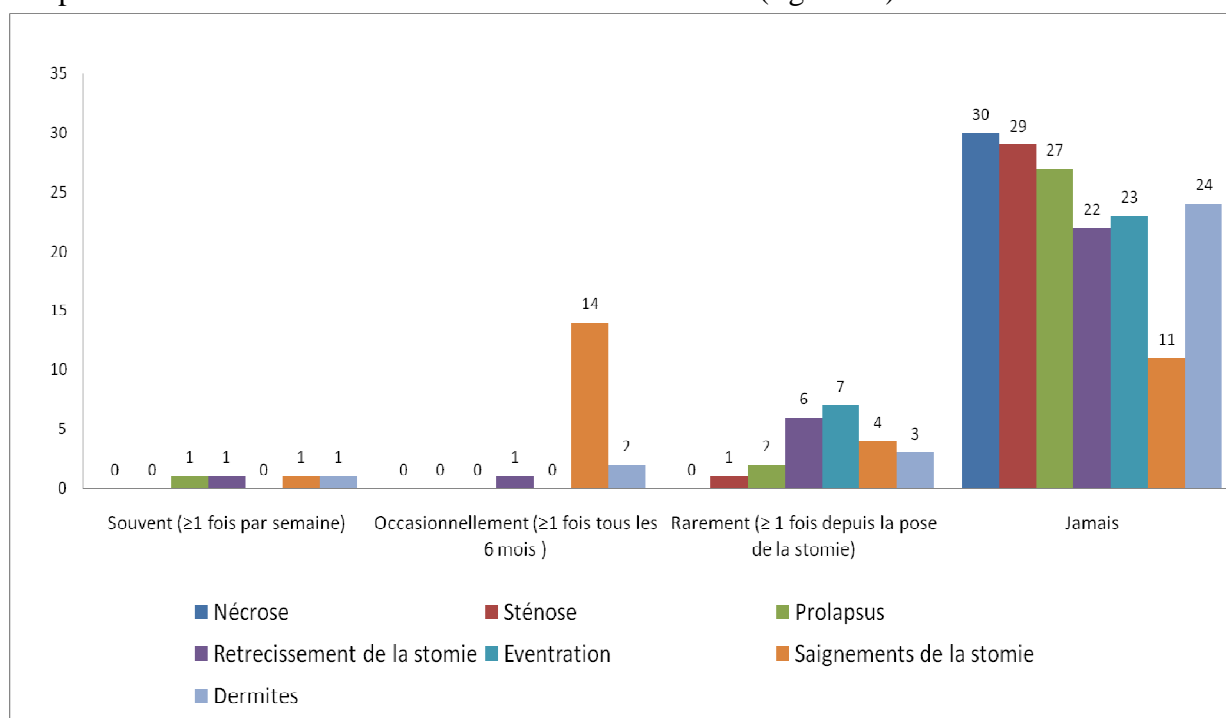


Figure 30 : Problèmes cliniques liés à l'utilisation quotidienne de leur colostomie

Dans le cas d'une nécrose :

- 30 personnes n'en ont jamais eu

Dans le cas d'une sténose :

- 29 personnes n'en ont jamais eu
- 1 personne en a un au moins une fois depuis la pose de sa stomie

Pour le rétrécissement de la stomie :

- Une personne en a souvent soit supérieure ou égale à une fois par semaine.
- Une personne en a occasionnellement soit supérieure ou égal à une fois tous les six mois.
- 6 personnes en ont rarement soit supérieur ou égal à une fois depuis la pose de la stomie.
- 22 personnes n'en ont jamais eu.

Dans le cas d'une sténose :

- 29 personnes n'en ont jamais eu.
- Une personne en a eu au moins une fois depuis la pose c'est-à-dire rarement

Dans le cas d'éventration :

- 7 personnes en ont eu au moins une fois depuis la pose de leur stomie.
- 23 personnes n'en ont jamais eu.

Dans le cas d'un prolapsus :

- Une personne en a un
- Deux en ont eu au moins une fois depuis la pose de leur stomie
- 27 personnes n'en ont jamais eu.

Dans le cas de saignements de la stomie :

- Une personne en a souvent soit supérieure ou égale à une fois par semaine.
- 14 personnes en ont occasionnellement soit supérieur ou égal à une fois tous les six mois.
- 4 personnes en ont rarement soit supérieur ou égal à une fois depuis la pose de la stomie.
- 11 personnes n'en ont jamais eu.

Dans le cas de dermites :

- Une personne en a souvent soit supérieure ou égale à une fois par semaine.
- 2 personnes en ont occasionnellement soit supérieur ou égal à une fois tous les six mois.
- 3 personnes en ont rarement soit supérieur ou égal à une fois depuis la pose de la stomie.
- 24 personnes n'en ont jamais eu.

Les problèmes de transit sont décrits ci-dessous (figure 31).

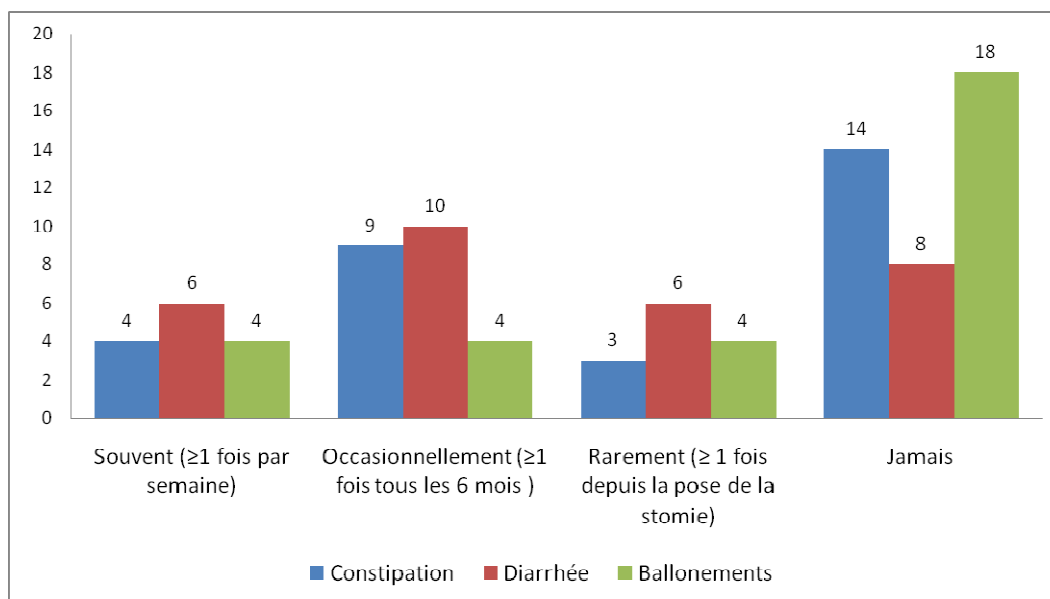


Figure 31 : Problèmes de transit liés à la colostomie

La fréquence de la constipation est :

- Régulière soit supérieure ou égale à une fois par semaine pour 4 personnes
- Occasionnelle soit supérieure ou égale à une fois tous les 6 mois pour 9 personnes
- Rare soit au moins une fois depuis la pose de la stomie pour 3 personnes
- Inexistante pour 14 personnes.

La fréquence de la diarrhée est :

- Régulière soit supérieure ou égale à une fois par semaine pour 6 personnes
- Occasionnelle soit supérieure ou égale à une fois tous les 6 mois pour 10 personnes
- Rare soit au moins une fois depuis la pose de la stomie pour 6 personnes
- Inexistante pour 8 personnes.

La fréquence des ballonnements est :

- Régulière soit supérieure ou égale à une fois par semaine pour 4 personnes
- Occasionnelle soit supérieure ou égale à une fois tous les 6 mois pour 4 personnes
- Rare soit au moins une fois depuis la pose de la stomie pour 4 personnes
- Inexistante pour 18 personnes.

4.2.6. Qualité de vie

– Situation sociale

A la question « *avez-vous repris le travail depuis votre cancer ?* », 22 personnes, soit 73%, n'ont pas repris d'activités professionnelles car pour 95% des cas le motif de non reprise est la retraite et une personne pour cause d'invalidité. 8 personnes, soit 28%, ont répondu oui.

– Alimentation

Concernant l'alimentation, 11 personnes soit 37% ont modifié leur alimentation et 19 personnes, soit 63%, n'ont pas changé leurs habitudes alimentaires.

Les aliments supprimés :

- Choux : cinq personnes
- Viandes en sauces : une personne
- Charcuterie : une personne
- Fromages fermentés : deux personnes
- Légumes secs : trois personnes
- Boissons fermentées : une personne
- Fruits ou légumes frais : trois personnes
- Féculents : une personne
- Plats épicés : une personne

Les aliments restreints :

- Choux : une personne
- Oignons champignons : deux personnes
- Crudités, Fruits crus : trois personnes
- Pain : une personne
- Légumes secs : une personne

Les aliments ajoutés :

- Pâtes riz pomme de terre : deux personnes
- Fruits légumes : une personne

– Activité physique

Une activité physique est réalisée par 18 personnes, soit 60% et 12 personnes. C'est-à-dire que 40% ne pratiquent pas d'activité physique.

Les activités pratiquées sont :

- La marche: 12 personnes
- Le jardinage: 6 personnes
- Vélo : 4 personnes
- Gym douce : 3 personnes
- Piscine : 2 personnes
- Course à pied : 1 personne
- Ski : 1 personne
- Chasse : 1 personne

Ces personnes ont une ou plusieurs activités physiques :

- 1 activité physique : 10 personnes soit 55,6%
- 2 activités physiques : 6 personnes soit 33,3%
- 4 activités physiques : 2 personnes soit 11,1%

– **Ressentie de la qualité de vie et témoignages**

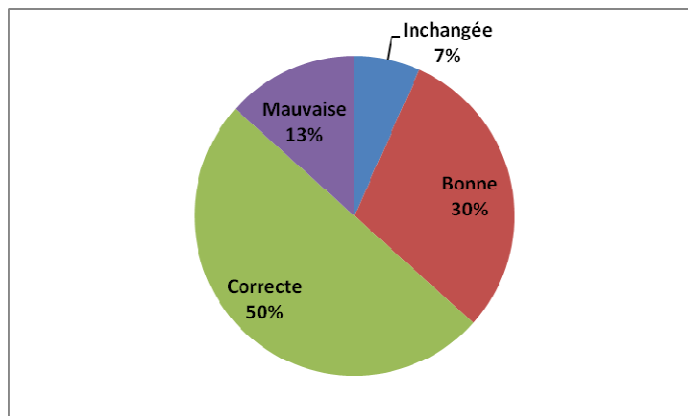


Figure 32 : Qualité de vie ressentie par les personnes interrogées

La qualité de vie est ressentie comme (figure32) :

- Correcte pour 50%
- Bonne pour 30%
- Mauvaise pour 13%
- Inchangée pour 7%

Lors de la réception des réponses de mon enquête, certains adhérents m'ont transmis des lettres dans lesquelles ils se confiaient à propos de leur quotidien et leur vécu avec la stomie.

Voici ci-dessous quelques exemples de ces lettres.

Madame X.:

« Avec l'âge, plus de 80 ans, mon ventre se transforme, la stomie aussi. Mon médecin traitant ne me regarde jamais (non formé pour ceci). J'ai une impression d'abandon, surtout en ne pouvant jamais parler des stomisés. Pour moi vivre cette stomie est dure surtout en prenant de l'âge »

Madame Z. :

« En rentrant chez moi, je me suis mise sur mon canapé. J'ai regardé les boîtes de matériel et j'ai pleuré en me demandant pourquoi cela est arrivé à moi... L'infirmière à domicile m'a aidé à surmonter tout cela et à remonter la pente... »

Monsieur Y. :

« J'ai 81 ans cette année. J'ai été opéré en janvier 1992. Suite à l'opération, je n'ai eu ni radiothérapie, ni chimiothérapie. Je pratique l'irrigation, c'est un cadre infirmier qui m'a initié à cette pratique. Je suis donc stomisé côté gauche...

...Avec les années, les intestins vieillissent aussi l'irrigation dure plus longtemps...

J'ai toujours utilisé le service assistance de mon laboratoire et je suis bien conseillé aussi par mon pharmacien et mon médecin... »

5. DISCUSSION

5.1. L'échantillon

Les personnes contactées ont en moyenne 74 ans. Leur cancer colorectal a été diagnostiqué en moyenne à 63,5 ans ce qui correspond à la moyenne nationale ainsi que les moyennes d'âges retrouvées dans les différentes enquêtes (RIPOCHE J., et al, 2011) (MOLS F., et al, 2014).

La pose a été réalisée en moyenne 6,4 mois après l'annonce. Cependant une partie de l'échantillon soit 16,6 % ont eu la pose en urgence. Ils n'ont donc pas pu se préparer psychologiquement à ce bouleversement. En effet, cette non-préparation de la pose de la stomie a été aussi décrite dans deux études (SUN V., et al, 2013), (RIPOCHE J., et al, 2011).

Toutes les stomies sont ici définitives. Les stomies transitoires ne sont donc pas abordées dans ce travail.

9/10^{ème} des patients portent leur colostomie sur le colon gauche, ce qui correspond à l'emplacement des stomies sur le côlon retrouvée dans les études (MOLS F., et al, 2014).

Leur stomie date en majorité de plus de 5 ans (23 personnes). Ils ont donc un certain vécu vis-à-vis de leur stomie, de sa gestion et de l'appareillage. Cependant cette étude a été menée auprès de personnes adhérentes à l'URILCO. Il est donc difficile d'extrapoler les résultats de cette enquête à l'ensemble de la population porteuse d'une colostomie après un cancer colorectal.

5.2. La stomie : sa gestion, son matériel

– L'explication de la stomie et du soin

Pour **67% des personnes interrogées**, l'explication de la gestion de la stomie a été satisfaisante. Cependant 33% l'ont considérée incomplète.

En effet, lorsque l'on étudie le nombre de patients ayant rencontré une stomathérapeute au cours de l'hospitalisation on en compte que 20 patients sur 30. 80% des personnes ont rencontré une stomathérapeute après l'hospitalisation. Il reste **6 patients qui n'ont jamais pu bénéficier d'une rencontre avec le professionnel de la stomie** qu'est l'infirmier stomathérapeute. Or cette rencontre est essentielle et primordiale pour l'éducation thérapeutique des patients.

La dernière rencontre avec cette dernière remonte pour 57% des personnes à plus de 1 an. 6 personnes n'en ont pas vu depuis la pose. Le but des entretiens avec les stomathérapeutes est de rendre les personnes autonomes et permettent souvent une meilleur qualité de vie après le traitement par cette éducation (MOLS F., et al ,2014), (DIALOGUE STUDY, Coloplast, 2011).

Les personnes interrogées ressentent aussi le besoin d'avoir des stomathérapeutes plus disponibles dans leur établissement de santé ainsi qu'un suivi plus important après lors du retour à domicile. Elles attendent plus d'explications afin de diminuer une angoisse face à la gestion de la stomie, ainsi qu'une sensibilisation face aux différents problèmes qu'il faudra gérer comme les fuites et les problèmes de peau.

Ces informations pourraient être complétées, lors du retour à domicile, par les autres acteurs de la prise en charge comme le médecin généraliste, le pharmacien, le prestataire de services, les laboratoires... Lors des questions ouvertes les personnes ne citent aucun de ces acteurs ; la référence en matière de leur éducation thérapeutique reste **l'infirmière stomathérapeute**.

En référence à la loi HPST de 2009, un programme d'éducation pourrait naître en Lorraine afin de rendre les patients et leurs familles autonomes. Il faut apporter des connaissances aux patients pour qu'ils puissent acquérir des compétences relatives à la gestion de leur stomie. Nous pouvons observer l'existence de programme de prise en charge du patient dans d'autres régions françaises comme il l'est décrit dans un mémoire infirmier de 2012 (AMBROSINO F., 2012) (CHAUMIER D, 2012).

Actuellement, le patient lorrain peut bénéficier, à sa demande, d'une mise en relation avec des membres de l'association URILCO, afin d'échanger sur la colostomie et ses conséquences. Cela se fait par le biais l'établissement de santé.

Le patient trouve grâce à cette rencontre du réconfort et peut alors mieux se projeter dans sa future vie de patient colostomisé et de diminuer le sentiment de solitude face à la maladie et d'exclusion de la société. Il est donc important de pérenniser l'existence d'association de patients ayant des antennes régionales.

L'association de malade ne doit en aucun cas se soustraire aux professionnels de santé mais avoir un rôle d'accompagnement et de soutien psychologique supplémentaire.

– Le matériel

Le matériel utilisé dans la majorité des cas est un système une pièce (54%). Cependant les personnes interrogées utilisent aussi des systèmes deux pièces (28%) mais en moins grand nombre. 17% des personnes utilisent un système vidangeable. Ce dernier est utilisé en cas de selles liquides pour plus de confort.

47%, soit près de la moitié de l'échantillon, ont changé leur appareillage depuis la pose de leur stomie. Les motifs étaient variés : l'appareil en lui-même ne convenait plus ou la stomie a changée de taille. Concernant l'appareil, les personnes acquièrent une compétence sur les supports, les poches : celles qui adhèrent mieux à leur peau, celles où l'on observe moins de fuites... Ce gain de connaissance est réalisé par le patient qui apprend à connaître sa stomie et son transit. Les acteurs de la prise en charge doivent cependant guider la personne en lui proposant du matériel et expliciter les gammes qui existent sur le marché.

Pour 77% des personnes interrogées, ces dernières ne rencontrent **aucune difficulté avec le système une pièce**. Ici nous interrogeons des personnes qui ont l'habitude de les utiliser. Une certaine dextérité émerge au fur et à mesure. Les personnes ont donc des techniques pour bien positionner la poche, découper le support et l'enlever. Cependant **la mise en place du support sur la peau est la difficulté principale**. Les personnes prennent un grand soin à bien la placer pour éviter toute fuite par la suite. La situation de la stomie joue un rôle importante : il faut bien visualiser la stomie, éviter les plis sans pouvoir réellement bien voir ce que l'on est en train de faire. De plus avec l'âge, il est moins facile de se mobiliser et faire des gestes bien précis.

Pour les personnes utilisant un **système deux pièces**, la majorité là aussi ne rencontre aucune difficulté (58%). Les raisons sont les mêmes que pour le système une pièce. Les difficultés citées sont aussi au moment de la mise en place du matériel, support et poche, pour certainement les mêmes raisons que pour le système une pièce.

Ces difficultés sont retrouvées dans la littérature (RIPOCHE et al, 2011).

– La prescription

A la sortie de l'hôpital, la première prescription de matériel a été faite pour 47% des personnes par la stomathérapeute, 40% par le praticien de l'hospitalisation.

En ville, pour 90%, des cas le renouvellement du matériel s'effectue par le médecin généraliste avec une nette diminution de la prescription par la stomathérapeute : seulement 7% des prescriptions. Cela nous montre, que les personnes rencontrent beaucoup moins souvent leur stomathérapeute (dans le cas où ils ont pu bénéficier de ce soin). La prise en charge en ville du matériel est faite par le médecin généraliste. Il va devenir l'interlocuteur privilégié du patient stomisé. Le pharmacien d'officine, lui, sera le deuxième acteur à jouer un rôle crucial du retour à domicile car c'est à lui que revient la dispensation du matériel et il aura donc un contact régulier avec le patient.

Au vu de ces données, la formation des professionnels de santé, concernant les mutilations des patients ayant eu un cancer, devrait être renforcée afin de mieux comprendre notre patient et de participer à l'amélioration de sa qualité de vie.

– La délivrance

Pour la délivrance du matériel, 77% des personnes vont chez leur pharmacien et 23% chez un prestataire de services. Toutes les personnes allant chez un prestataire ont prévenu leur pharmacien de leur stomie.

A l'officine, dans la majorité des cas, aucun problème n'a été rencontré (65%) : le matériel était disponible. Pour 35 % la quantité de matériel n'était pas en stock à l'officine. Ceci s'explique par la grande diversité des poches et de l'impossibilité de l'officine d'avoir tous les modèles en stock au vu du faible nombre de patients colostomisés qu'a une pharmacie de ville. Dans 4% des cas, le matériel n'a pas été délivré en nombre suffisant. Dans aucun des cas, le matériel délivré n'était pas celui prescrit.

La communication hôpital-ville pourrait permettre aux officines de délivrer aux patients le matériel immédiatement. On pourrait anticiper la venue du patient avant sa sortie d'hospitalisation et en même temps pouvoir mieux le conseiller sur les produits et accessoires disponibles. Il faut que dès sa sortie le patient puisse savoir qu'il a à proximité de lui des professionnels de santé pour éviter le sentiment d'abandon post hospitalisation.

Dans l'enquête, on remarque que sur les 23 personnes allant dans leur pharmacie de ville seuls sept personnes ont eu des conseils pendant la délivrance. Cependant les données recueillies montrent que les personnes souhaitent avoir plus d'informations concernant spécifiquement le matériel.

Le rôle du pharmacien doit être plus important en informant notamment le patient sur les nouveautés de matériel, des démarches à suivre lors de problèmes de matériels ou de peau. Grâce à cela, la légitimité du pharmacien dans la prise en charge globale de son patient d'officine sera accentuée. Nous remarquerons dans la suite de la discussion que le pharmacien n'est pas la première personne contactée concernant le matériel.

– L'information de la personne colostomisée

L'information concernant le matériel est réalisée en premier par les laboratoires (50%), puis par l'association (33%) et pour 13% par la stomathérapeute. Le pharmacien ne présente que 3%. Ceci est faible sachant que ce dernier a un contact fréquent et régulier avec le patient (renouvellement de matériel, d'autres ordonnances...). De plus le rôle du pharmacien est aussi d'informer le patient. En améliorant cette information faite par le pharmacien, les personnes impliqueraient davantage le pharmacien dans la gestion de leur stomie.

Pour 31% des personnes, ces dernières gèrent sans aucune aide extérieure leurs problèmes avec le matériel de stomie. Les premiers acteurs contactés sont le médecin généraliste, la stomathérapeute et le laboratoire. Le pharmacien arrive en quatrième place avec (10%) alors que dans la majorité des cas c'est à lui que revient la dispensation du matériel. Le médecin généraliste et la stomathérapeute ainsi que les laboratoires sont jugées être les personnes les plus à même de répondre aux questions. Les laboratoires développent des services après ventes et des plateformes téléphoniques pour toutes questions. Nous pouvons prendre l'exemple de Coloplast Care. Les prestataires de services peut représenter dans l'étude développe aussi des services pour répondre aux interrogations des personnes porteurs de stomie.

Dans cette enquête il n'a pas été demandé d'évaluer l'impact qu'avait internet. Comme décrit dans une étude (GRANT M., *et al*, 2013) le rôle d'internet prend une place importante par l'intermédiaire de forums, de sites non certifiés. On peut alors se demander si la partie des gens interrogés répondant qu'ils n'ont besoin de personne, ne risque pas d'être mal informé en s'appuyant sur les certains sites internet.

- L'autonomie

Sur l'échantillon étudié, 93% des personnes se disent autonomes. Les deux qui se déclarent ne pas l'être ont comme raisons la peur de mal faire le soin et la difficulté à l'effectuer.

- Le patient et sa colostomie

- Les fuites et les odeurs

La fuite est la première crainte des personnes vis-à-vis du matériel (31,6%). Viennent ensuite les odeurs, les bruits et enfin le fait de voir la poche. Les craintes sont liées à la vie sociale : tout ce qui pourrait faire remarquer qu'ils sont porteurs de stomie et le contenu de la poche. Cependant pour certaines gênes, il est difficile d'améliorer les poches comme pour les bruits. Ces désagréments sont décrits dans la littérature. Cependant contrairement à notre enquête les bruits sont une des préoccupations les plus fréquentes selon une étude. (SUN V., *et al*, 2013),

Chez les personnes interrogées, ces fuites sont occasionnelles pour 40% c'est-à-dire supérieure ou égale à une fois tous les 6 mois. Mais pour 27% elles sont régulières soit au moins une fois par mois. 23% des individus disent ne jamais en avoir eu. La fuite est dépendante de l'adhésivité de la poche à la peau. Or, suivant le type de peau, l'adhésivité n'est pas la même. Ceci suscite des craintes auprès des personnes stomisées. La fuite, surtout en public reste un traumatisme et une angoisse constante. (SUN V., *et al*, 2013),

- Les problèmes cutanés

Les problèmes de peau liés à la stomie les plus courants sont les saignements péristomiaux. Ces derniers sont cependant occasionnels (supérieur ou égal à au moins une fois tous les 6 mois). Les dermites ne sont pas un problème rencontré fréquemment : 3 personnes disent en avoir eu au moins une fois depuis la pose. Deux personnes en ont eu occasionnellement, c'est-à-dire depuis au moins 6 mois ou plus. Ces résultats diffèrent de la tendance observée dans la littérature où les dermites sont majoritaires. (MOLS F., et al ,2014), (DIALOGUE STUDY, Coloplast, 2011)

- Les troubles du transit

La diarrhée est occasionnelle cela signifie supérieure à une fois tous les six mois pour 30% des personnes. On observe la même tendance pour la constipation. Le transit ne semble pas être fortement affecté par la stomie. Les patients interrogés ayant leur stomie depuis pour la majorité plus de 5 ans, ont retrouvé un transit quasiment normal et ne présentent pas de grands troubles pour la plupart. Cependant une partie de l'échantillon semble avoir souvent, c'est-à-dire au moins une fois par semaine des problèmes : 14% ont des diarrhées, 14% ont des ballonnements et 20 % une constipation.

Toutefois, il est difficile d'assimiler les troubles du transit à la colostomie. Les patients, sensibilisés à leur transit par leur pathologie, focalisent sur ce dernier souvent et ne font pas forcément la différence entre un trouble occasionnel comme chez une personne sans stomie et ceux du fait de leur pathologie. (MOLS F., et al ,2014)

5.3. Le quotidien

L'alimentation n'a pas été modifiée pour 63% des personnes. Lorsque l'alimentation est modifiée, les aliments éliminés sont surtout ceux produisant des gaz afin de limiter au maximum les bruits qui sont gênants pour les personnes en société. D'un patient à l'autre, la modification de l'alimentation leur reste propre. En effet, certains patients vont éliminer les fibres et les fruits d'autres au contraire les ont ajoutés dans leur alimentation. Déjeuner, dîner doit rester un plaisir. Les autres aliments éliminés ou restreints sont des aliments augmentant le volume des selles par jour. Ces concessions sont faites pour améliorer la qualité de vie des personnes en société. (MOLS F., et al ,2014), (DIALOGUE STUDY, Coloplast, 2011).

Au vu de l'âge moyen de la prise en charge du cancer, 73% des individus étaient déjà en retraite lors du traitement. On ne peut donc pas évaluer le retentissement de la stomie dans le milieu du travail.

L'activité physique est présente pour 60% des personnes sous formes de marche, vélo, jardinage majoritairement. Les activités restent présentes dans leur vie. Cependant l'activité de groupe est restreinte.

De plus d'un patient à l'autre, la notion d'activité physique est variable : certains considèrent le jardinage comme une activité, d'autre parle d'activité physique comme la chasse, la piscine ou la marche. Il ne faut pas oublier l'âge de la population interrogée. Nous pouvons nous demander si les résultats obtenus représentent l'activité sportive après leur cancer colorectal ou celle d'un groupe de personne dont la moyenne d'âge est de 74 ans.

L'évaluation de la qualité de vie par les personnes interrogées reposent sur leur ressenti. Les indicateurs de qualité de vie n'ont pas été évalués lors de cette enquête.

La qualité de vie, depuis la pose de stomie, est considérée comme correcte pour 50% des personnes, mauvaise pour 13% et bonne pour 30%. Seulement 7% des personnes considèrent que celle-ci reste inchangée par rapport à avant.

CONCLUSION

Le patient atteint d'un cancer colorectal, dont le traitement chirurgical est une pose de colostomie, doit bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire pour assurer sa qualité de vie post-traitement. La prise en charge hospitalière est le maillon essentiel. L'infirmier stomathérapeute doit être le référent des soins de stomie. En effet l'éducation du patient dès le départ permet d'éviter de nombreux problèmes de peaux ou de transit par la suite. Un suivi post hospitalier est nécessaire afin de suivre pendant les premiers mois l'évolution du patient et de sa colostomie. L'autonomie du patient est l'objectif de cette éducation.

En ville, le pharmacien d'officine doit considérer le patient colostomisé dans son ensemble. D'une part par le matériel de stomie et l'information au patient mais aussi par l'impact sur la qualité de vie que représente la colostomie. Il doit tenir informer le patient et surtout être à son écoute pour pouvoir répondre à certaines situations. Ces situations sont variées, quelles concernent la stomie et sa gestion mais aussi le retentissement de cette dernière sur la vie du patient. Nous devons donc acquérir un savoir sur ce type de patient ainsi que sur les patients stomisés qu'ils soient urostomisés ou iléostomisés.

Cependant le marché du dispositif médical de stomie n'est pas exclusif aux pharmaciens d'officines. Des entreprises de prestataires de services ainsi que les laboratoires peuvent délivrer le matériel. Leurs ressources informatiques comme leur site internet ou les plateformes informatiques sont appréciés par les patients. Ils trouvent dans ces services l'anonymat. Néanmoins, le pharmacien d'officine est le seul professionnel de santé à pouvoir disposer de l'historique médicamenteux. Nous disposons d'un contact direct et privilégié avec nos patients. En cela, nous avons un rôle à affirmer dans le parcours du patient colostomisé.

Une communication avec l'officine, avant la sortie d'hospitalisation du patient et son retour à domicile, permettrait au pharmacien d'anticiper la prise en charge du patient afin que, dès la première délivrance, un lien de confiance puisse se créer.

Le pharmacien fait ainsi valoir ses connaissances à travers les « informations produits » qu'il a pu recevoir du fournisseur avant la sortie d'hospitalisation du patient.

L'objectif est de créer une confiance entre le patient et le pharmacien, qui doit devenir un professionnel ressource pour toutes questions, interrogations ou craintes rencontrées par les patients, et ce quel que soit la pathologie prise en charge.

Annexes

Annexe 1 : Courrier envoyé avec le questionnaire aux adhérents



Fait à Briey, le 26 avril 2014

Bonjour,

En fin de cursus pour l'obtention de mon diplôme de Docteur en Pharmacie, j'ai voulu m'adresser à vous pour ma thèse.

En tant que professionnel de santé nous devons, les pharmaciens, approfondir nos connaissances sur la stomie et son matériel.

Nous devons aussi pouvoir vous conseiller, répondre à vos questions et vous informer.

Pour cela, je me permets de solliciter votre aide, avec l'accord de Monsieur SIGNORELLI président d'URILCO Lorraine, pour répondre à ce questionnaire afin de faire un état des lieux actuel de votre prise en charge.

Ceci me permettra d'élaborer ma thèse.

Les objectifs de cette étude seront de :

- Connaître la prise en charge en Lorraine des personnes porteuses de colostomie
- Mettre en lumière vos interrogations
- Savoir comment se déroule un retour à domicile et les principaux problèmes rencontrés
- Élaborer des possibilités d'amélioration de votre prise en charge par le pharmacien et les autres professionnels de santé

Ce questionnaire est anonyme.

Vos réponses à ce questionnaire me sont précieuses pour pouvoir réaliser ma thèse.

En espérant pouvoir lire vos réponses, je vous remercie de l'attention portée à mon questionnaire

Je vous prie d'agréer mes salutations distinguées.

Hélène PARAVANO

Etudiante en 5^{ème} année de Pharmacie à NANCY

VOUS ET VOTRE STOMIE

Pour répondre aux questions suivantes, cochez la ou les réponses. Plusieurs réponses sont possibles

1. Vous êtes :

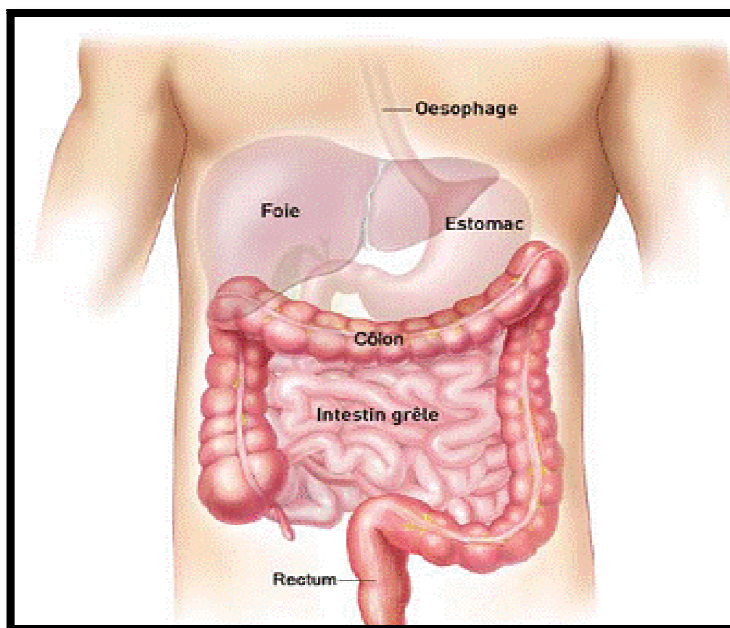
- ☐ Un homme
☐ Une femme

2. Votre âge:

3. Quel âge aviez-vous lors du diagnostic de votre cancer colorectal ?

4. Combien de temps, après le diagnostic, la stomie a-t-elle été posée ?

5. Sur le schéma suivant, indiquez la position de votre stomie à l'aide d'une croix :



6. S'agit-il d'une stomie :

- ☐ Définitive
☐ Temporaire

7. Réalisez-vous des irrigations coliques?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Avez-vous vu un stomathérapeute pendant l'hospitalisation?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Avez-vous vu un stomathérapeute après l'hospitalisation?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. Si oui, de quand date la dernière rencontre avec un stomathérapeute ?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 12 mois
- ☐ Plus de 12 mois

11. Qui vous a fait votre première prescription pour le matériel nécessaire?

- ☐ La stomathérapeute
- ☐ Le médecin à l'hôpital
- ☐ Vous ne savez pas
- ☐ Autres :

12. Qui s'occupe du renouvellement de la prescription du matériel nécessaire pour la stomie ?

- ☐ Le stomathérapeute
- ☐ Le médecin à l'hôpital
- ☐ Votre médecin généraliste
- ☐ Votre infirmière libérale

13. Qui vous délivre le matériel ?

- ☐ Votre pharmacie
- ☐ Un prestataire de service

14. Si vous passez par un prestataire, votre pharmacien est-il au courant que vous êtes porteur d'une stomie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

15. Lors de votre retour à domicile, l'hôpital avait-il prévenu votre pharmacien ou votre prestataire de votre nouveau matériel?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

16. Si vous allez chez votre pharmacien d'officine pour votre matériel, avez-vous rencontré les problèmes ci dessous ?

- ☐ Je n'ai rencontré aucun problème avec mon pharmacien : le matériel était disponible
- ☐ La pharmacie n'avait pas votre matériel en stock, vous avez du attendre quelques jours pour l'obtenir
- ☐ La pharmacie ne vous a pas délivré le bon matériel
- ☐ La quantité de matériel délivré n'était pas suffisante
- ☐ Autre, précisez:

17. Lors de la délivrance de votre matériel, votre pharmacien vous donne-t-il des conseils?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18. Si oui, lesquels :

19. Quelles sont les informations que vous aimeriez avoir de la part de votre pharmacien?

20. Lorsque vous rencontrez un problème avec les dispositifs de stomie, quelle personne contactez-vous en première ?

- ☐ Votre médecin généraliste
- ☐ Votre pharmacien
- ☐ Votre prestataire de service
- ☐ Le laboratoire qui commercialise le dispositif

- ☐ Votre association de malades
- ☐ Votre infirmière libérale
- ☐ Votre stomathérapeute
- ☐ Personne: vous gérez seul

21. Trouvez-vous que l'on vous a bien expliqué comment gérer une stomie lors de la pose?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. Si non, quelles seraient selon vous les pistes à améliorer :

23. Où trouvez-vous des informations concernant les nouveautés sur le matériel de stomie?

- ☐ Après de l'association
- ☐ Après des laboratoires
- ☐ Après des prestataires
- ☐ Après de votre pharmacien
- ☐ Après de votre généraliste
- ☐ Après de votre infirmière
- ☐ Après d'une stomathérapeute

CONCERNANT LE SOIN DE VOTRE STOMIE

24. Êtes-vous autonome pour le soin de votre stomie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

25. Si non, qui réalise les soins de votre stomie :

- ☐ Votre compagne/ votre compagnon
- ☐ Une autre personne de votre entourage
- ☐ Une infirmière libérale
- ☐ Autre, précisez :

26. Si une autre personne que vous réalise le soin, quelle en est la raison ?

- ☐ Vous avez peur de faire le soin
- ☐ Vous éprouvez des difficultés avec l'utilisation du matériel
- ☐ Vous avez peur de mal faire le soin
- ☐ Autre, précisez :

27. Quel système utilisez-vous le plus souvent?

- ☐ Système une pièce
- ☐ Système deux pièces avec bague de fixation
- ☐ Système deux pièces avec couplage adhésif souple
- ☐ Système vidangeable

28. Avez-vous changé de système d'appareillage depuis la sortie d'hospitalisation après la pose de la stomie?

- ☐ Oui
- ☐ Non

29. Si oui, pourquoi ?

- ☐ Votre stomie a changé de taille
- ☐ L'appareil ne vous convenait pas (bruit, fuites, odeur...)
- ☐ Autres :

30. Parmi ces désagréments liés à l'utilisation d'une poche de stomie, lequel redoutez-vous le plus : (rangez dans l'ordre du plus redouté-1 au moins redouté-4)

- ☐ Les odeurs
- ☐ Les fuites
- ☐ Voyante
- ☐ Les bruits

31. Avez-vous des fuites?

- ☐ Toujours (≥ 1 fois par jour)
- ☐ Souvent (≥ 1 fois par mois)
- ☐ Occasionnellement (≥ 1 fois tous les 6 mois)

- ☐ Rarement (≥ 1 fois depuis la pose de la stomie)
- ☐ Jamais

32. Avez-vous déjà rencontré ces problèmes depuis la pose de votre stomie?

	Souvent (≥ 1 fois par semaine)	Occasionnellement (≥ 1 fois tous les 6 mois)	Rarement (≥ 1 fois depuis la pose de la stomie)	Jamais
Nécrose				
Sténose				
Prolapsus				
Rétrécissement de la stomie				
Eventration				
Saignements de la stomie				
Dermite				
Constipation				
Diarrhée				
Ballonnements				

33. Dans la liste suivante, sur quels points rencontrez-vous des difficultés lors de l'utilisation des dispositifs de stomie :

- ☐ Découpage du support
- ☐ Mise en place du support sur la peau
- ☐ Enlever le support de la peau
- ☐ Aucune difficulté
- ☐ Autres difficultés non citées:

34. Si vous possédez un système deux pièces, dans la liste suivante, sur quels points rencontrez-vous des difficultés lors de l'utilisation des dispositifs de stomie :

- ☐ Positionnement de la poche sur le support
- ☐ Clipper la poche sur le support
- ☐ Enlever la poche
- ☐ Aucune difficulté
- ☐ Autres difficultés non citées :

35. Sur quels points souhaiteriez-vous que les poches soient améliorées :

MODE DE VIE

36. Avez-vous changé votre alimentation depuis la pose :

- ☐ Oui
- ☐ Non

37. Si oui, quels sont les aliments que vous avez totalement éliminés :

38. Si oui, quels sont les aliments que vous avez restreints :

39. Si oui, quels aliments avez-vous ajoutés :

40. Depuis votre cancer, avez-vous repris le travail ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

41. Si non, pourquoi?

- ☐ En cours de traitement
- ☐ Convalescence
- ☐ Invalidité
- ☐ Retraité
- ☐ Autre

42. Pratiquez-vous une activité physique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

43. Si oui, laquelle ou lesquelles :

--

44. Comment considérez-vous votre qualité de vie depuis la pose de votre stomie ?

- ☐ Inchangée
- ☐ Bonne
- ☐ Correcte
- ☐ Mauvaise

Annexe 3 : Coordonnées de l'Association URILCO

URILCO Lorraine

URILCO Lorraine répond à toutes vos questions sur les stomies, est à votre écoute, réconforte les malades hospitalisés, donne des conseils et accompagne la reprise d'une vie normale.

Contact : Claude Signorelli, Président
1, rue du Vivarais
54515 Vandoeuvre-lès-Nancy

BIBLIOGRAPHIE

- ADECA 68, Aspects moléculaires du développement du cancer colorectal. [En ligne] Disponible sur : http://www.adeca68.fr/le_cancer_colorectal/histoire_naturelle/aspects_moleculaires_du_developpement_du_cancer_colorectal.181.html. (Page consultée le 23 septembre 2014)
- ADECA 68, Les facteurs de risque du cancer colorectal. [En ligne]. Disponible sur : http://www.adeca68.fr/le_cancer_colorectal/facteurs_de_risque.116.html. (Page consultée le 23 septembre 2014)
- AFC (Association Française de Chirurgie). Choix thérapeutique du cancer du rectum. Novembre 2015. 19p.
- AMBROSINO F, Education thérapeutique d'un patient stomisé à son domicile, 2012, p17
- AMELI.fr, Droit de prescription des dispositifs médicaux. [en ligne] Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/regles-generales-de-prescription.php>. (Page consultée le 25 février 2015)
- AMELI.fr, Liste des produits et prestations (LPP). [en ligne] Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/liste-des-produits-et-prestations-lpp/liste-des-produits-et-prestations-lpp/consultation-et-telechargement-de-la-lpp.php>, (Page consultée le 15 mars 2015)
- ARNAUD J.P., BRACHET D., THIEBAUDEAU E., VENARA A., Colostomies. Techniques chirurgicales- Appareil digestif. Elsevier Masson, 2012. 12p
- ARNAUD J.P., BRANGER F., ROCH A., THIEBAUDEAU E., Traitement chirurgical des complications des colostomies, EMC Techniques chirurgicales – Appareil digestif, Elsevier Masson, 2013, 15p
- ARNAUD J.P., PESSAUX P., TUESCH J.J., Cancers du côlon en occlusion – principes de tactiques et de techniques opératoires, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 40-575, 200, 7p
- ARNAUD S., Des compétences infirmières spécifiques en cancérologie pour une prise en charge individualisée et globale du patient, Savoirs et soins infirmiers, Elsevier Masson, 2010, 9p
- B BRAUN, Accessoires de stomie, Catalogue, Septembre 2013, 7p
- B BRAUN, Flexima® Active, Catalogue, 5p
- B BRAUN, Stomies digestives, édition 2013, 37p
- BACHET J-B., LESSUR G., ROUGIER P., Tumeur du côlon et du rectum. La revue du praticien, 2009, Vol 59, pp 383-390.
- BALAUD A., GRIMLER C., Proposition d'une formation modulaire à destination des officinaux pour la prise en charge en ville des patients atteints de cancer – soins de support – cancer colorectal. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2010, 271p
- BENCHIMOL D., RAHILI A., Tumeurs du colon et du rectum, La revue du praticien, 2002, Vol 52, pp 1105- 1114
- BENREDJEM C., BOUREZAK C-E., AFIF M., Prise en charge des patients stomisés : problématique et réponses apportées par une pharmacie hospitalière, Actualités pharmaceutiques hospitalières, Novembre 2010, Vol 24, pp 26-29

BLANCHARD A., Stomies digestives et alimentation, Soins Aides-Soignantes, Août 2008, Vol 23, pp 20-21

BLOCK V., Oncologik, Inter-région Côlon. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.oncologik.fr/index.php/Interregion%3AC%C3%B4lon>. (Page consultée le 16 octobre 2014)

BOISSEL P., Les stomies digestives : indications et modalités d'appareillage, Le concours médical, 2003, Tome 125-30, pp 1768-1772

BOLL G., CONGE M., GUYOT M., MARQUET J.M, MONTANDON S., Le point sur les stomie , les fistules et les troubles de la continence, Edition Atlas. 1998, 238 p.

BOLL G., CONGE M., GUYOT M., MONTANDON S., Appareillages des dérivations digestives – Prise en charge technique, relationnelle et éducative des personnes porteuses d'une colostomie ou d'une iléostomie définitive ou temporaire. EMC, Techniques chirurgicales-Appareil digestif, 40-550, 2009, 7p

BONTEMPS F., BLANC A., Le cancer colorectal, Le moniteur des pharmacies, Cahier 2, 2015, Vol 3071, 15p

BONTEMPS F., LACROIX D., Les stomies, Le moniteur des pharmacies, Cahier 2, 2014, Vol 3015,16p

BOUDOU-SEBASTIAN C., Les stomies, Le moniteur des pharmacies, Cahier 2, 2003, Vol 2472, 15p

BROUQUET A., BENOIST S., Une chirurgie de moins en moins mutilante... , Le concours médical, 2011, Vol 133, PP 789-788

CHAUMIER D, L'éducation thérapeutique au cœur du parcours de soins du patient, La revue de l'infirmière, 2012, Vol 181, 2p

CHAUMIER D., Choisir un appareillage adapté à chaque adulte stomisé, Soins, 2011, Vol 758, pp 27-31

CHAUMIER D., Douleur et soins de stomies, Douleurs, 2007, 8, 6, pp 358-362.

CHAUMIER D., L'éducation thérapeutique au cœur du parcours de soins du patient, La revue de l'infirmière, 2012, Vol 181, pp 30-31

CHAUMIER D., Les soins aux patients stomisés digestifs, La revue de l'infirmière, 2012, Vol 186, 2p

COLOPAST, Guide pratique de l'infirmière pour le soin des stomies, 2011.

COLOPLAST, Garder une peau saine quand on est stomisé, 17p

COLOPLAST, Soins de Stomie, Catalogue, Octobre 2013, 29p

CONVATEC, Appareillages de Stomathérapies, Catalogue, Septembre 2012, 45p

DE GRAMONT A., HOUSSET M., NORDLINGER B., ROUGIER P., La cancer colorectal en question, Fondation ARCAD, Paris 2012, 146 p

DELEBARRE D., L'infirmière stomathérapeute, un maillon essentiel de la chaîne thérapeutique, Soins, 2010, Vol 743, pp 43-45

DIALOGUE STUDY, Coloplast, Une étude, en situation réelle des soins infirmiers de stomie, d'un nouvel appareillage de stomie, Gastrointestinal Nursing, 2011, Vol 9, 23p

eVIDAL recos, Cancer colorectal. [en ligne] Disponible sur : <http://evidal.fr/showReco.html?recoId=3506> (Page consultée le 15 mars 2015)

FAIVRE J., Epidémiologie et prévention du cancer colorectal. Springer, 2001, 112 p.

FMPM (Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie). Chapitre 1 - L'appareil Digestif [En ligne], disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/appdigest.html>. (Page consultée le 22 juin 2014)

GODIRIS-PETIT G., LEYRE P., TRESSALLET C., MENEGAUX F., Entérostomies chirurgicales. Techniques chirurgicales-Appareil digestif. Elsevier Masson, 2010. 11p

GRANT M., McCORKIE R., HONBROOK M., WENDEL C., KROUSE R., Development of a chronic care ostomy self management program, J Cancer Educ, 2013, Vol 28, pp 70-78

HAS (Haute Autorité de Santé) . Guide Affection Longue Maladie – La prise en charge de votre cancer colorectal , MOZZON S.R.L. Florence 2010, 8p.

HAS (Haute Autorité de Santé), Dépistage et prévention du cancer colorectal, 2013. [En ligne.] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf. (Page consultée le 22 juin 2014)

HAS (Haute Autorité de Santé). Guide Affection Longue Durée – Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancer colorectal – Adénocarcinome, Janvier 2012, 56p.

HOLLISTER, Adapt Accessoires, Catalogue, Mars 2014, 4p

INCA (Institut Nationale du Cancer), Le syndrome de Lynch ou syndrome HNPCC. [En ligne]. Disponibe sur : <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/les-facteurs-de-risque/le-syndrome-de-lynch-ou-syndrome-hnpcc>. (Page consultée le 24 mars 2015)

INCA (Institut Nationale du Cancer), La polypose adénomateuse familiale . [En ligne]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/les-facteurs-de-risque/la-polypose-adenomateuse-familiale-paf>. (Page consultée le 24 mars 2015)

INCA (Institut Nationale du Cancer), Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>. (Page consultée le 28 mars 2015)

INCA (Institut Nationale du Cancer), Une nouvelle étape dans le dépistage du cancer colorectal : le test immunologique mis à disposition à partir de mars 2015. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/rss-depistage/9259-une-nouvelle-etape-dans-le-depistage-du-cancer-colorectal-le-test-immunologique-mis-a-disposition-a-partir-de-mars-2015>.(Page consultée le 28 mars 2015)

INCA (Institut Nationale du Cancer). La situation du cancer en France en 2010, collection Rapport et Synthèses, Boulogne Billancourt, 2010, 288p

INCA, Les traitements du cancer du côlon, Comeli, 2010, 67p

INCA, Les traitements du cancer du rectum, Comeli, 2010, 79p

INSERM (Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale). Cancer colorectal [en ligne], disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-colorectal>. (Page consultée le 22 juin 2014)

JULIEN C., L'appareillage de stomie digestive, Porphyre, 2009, Vol 457, pp 22-27

JULIEN C., Les poches pour stomies digestives, Porphyre, 2013, Vol 493, pp 37-38

LEFEVRE J., PARC Y., La chirurgie du cancer du rectum, La revue du praticien, 2010, Vol 60, pp 1078-1080

LIGUE SUISSE CONTRE LE CANCER, La colostomie, 3^{ème} édition, Saint Gall, 2011, 47p

MARIEB E., Anatomie et physiologie humaines, 4^{ème} édition, Edition du renouveau pédagogique, Canada, 1999, 1180 p.

MOLS F., LEMMENS V., BOSSCH A K., THONG M.S.Y, VAN DEN BROEK W., Living with the physical and mental consequences of an ostomy : a study among 1-10 years rectal cancer survivors from the population-based PROFILES registry, Psycho-Oncology, 2014, 7p

NORDGREN S., Management of stomal complications, Can J Gastroenterol, 1995, Vol 9, pp 27-32

ONCOLOR, Référentiels interrégionaux de bonnes pratiques en cancérologie digestive, 2013, 225p

ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS, Infirmier stomathérapeute,[en ligne]. Disponible sur : <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php> (Page consultée le 01 mai 2015)

PILLON F, Savoir conseiller les laxatifs à l'officine, Actualités pharmaceutiques, Vol 492, janvier 2010, 13p.

RESEAU DE CANCEROLOGIE RHONE-ALPES, Prise en charge des patients colostomisés de la période post –opératoire à la sortie, Version validée le 30/06/2011, 34p

RIPOCHE J., BASURKO C., FABBRO-PERRAY P., PRUDHOMME M., Eventrations péristomiales. Etudes de la Fédérations des stomisés de France, Journal of Visceral Surgery, 2011, 10.1016, Vol 148, pp 494-501

SAINT-CYR D., GILBERT D., Soins d'une stomie, Perspective Infirmière, Août 2012, pp40-42

SIDERIS L., LASSER P., ELIAS D., POCARD M., Cancer du rectum et qualité de vie : acquis et conséquences thérapeutiques, Gastroenterol Clin Biol, 2005, Vol 29, pp 1125-1131

STOMA.NET, [en ligne], Disponible sur : [http://www.stomanet.fr/EProfCom/FROST/Public/homepage.nsf/\(VIEWDOCSBYID\)/391CC4600BA17589C1256DDD004BA66C](http://www.stomanet.fr/EProfCom/FROST/Public/homepage.nsf/(VIEWDOCSBYID)/391CC4600BA17589C1256DDD004BA66C). (page consultée le 1 mai 2015)

STOMA.net, [en ligne]. Disponible sur: <http://www.stomanet.fr/EProfCom/FROST/Public/homepage.nsf/1989cec9be30ee68c12569ff0036969d/cd718d7c6ddd9b09c1256e4c0062cfe8?OpenDocument>. (Page consultée le 12 avril 2014)

SUN V., GRANT M., McMULLEN C., ALTSCHULER A., MOHLER M.J., HORNBROOK M., HERRINTON L., BALDWIN C., KROUSE R., Surviving colorectal cancer : long-term, persistent ostomy- specific concerns and adaptations, J Wound Ostomy Continence Nurse, 2013, Vol 40, pp 61-72

TALBER, WILLOQUET, GERVAIS, Guide Pharmaco-Clinique, Italie, 2013, 1693p

THERIAQUE, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>. (Page consultée le 15 avril 2015)

THIERCELIN L. Le patient stomisé. Thèse de doctorat en Pharmacie. Nantes : Université de Nantes, 2007, 130p

TIRET E., Informer et éduquer pour dédramatiser la stomie, Le concours médical, 2011, Vol 10, pp797-798

TNCD (Thésaurus National de Cancérologie Digestive). Chapitre 3 - Cancer du Colon. Juillet 2011. 23p

VIDAL A., FRILEUX P., BERTOLI D., BOURGEOIS C., CHATTE S., WISNIEWSKI L.,
ROUSSEL N., Iléostomie et colostomie. Elsevier Masson, 2011. 11p
WU R., BOUSHEY R., POTTER B., STACEY D., The evaluation of a rectal cancer decision
aid and the factors influencing its implentation in clinical practice, Surgery, 2014, 14 :16, 8p

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 08 juillet 2015

<p>DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : PARAVANO Hélène</p> <p><u>Sujet</u> : ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PATIENTS COLOSTOMISES EN LORRAINE, SUITE A UN CANCER COLORECTAL</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : M. Jean- Louis MERLIN, professeur et praticien hospitalier</p> <p>Directeurs : Mme Marie SOCHA, maitre de conférences et praticien hospitalier Mme Fadila CHERGUI, pharmacien hospitalier</p> <p>Juges : Mme Dominique BIRE, pharmacien d'officine</p>	<p>Vu, Nancy, le 21/06/2015</p> <p>Le Président du Jury Directeurs de Thèse</p> <p>M. Jean Louis MERLIN Mme Marie SOCHA</p> <p>Et</p> <p>Mme Fadila CHERGUI</p>
<p>Vu et approuvé, Nancy, le 11.06.2015</p> <p>Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p> Francine PAULUS</p>	<p>Vu, Nancy, le</p> <p>Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p> Pierre MUTZENHARDT</p> <p>N° d'enregistrement : 7013.</p>

N° d'identification : 7013

TITRE

**ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PATIENTS
COLOSTOMISES EN LORRAINE, SUITE A UN CANCER COLORECTAL**

Thèse soutenue le 08 juillet 2015

Par Hélène PARAVANO

RESUME :

La colostomie est l'abouchement du côlon à la paroi de l'abdomen. Cet acte peut être lié à la prise en charge d'un cancer colorectal. Il implique la perte de la continence anale.

Le patient doit donc s'appareiller à l'aide de systèmes de recueil, telles que des poches.

Une éducation concernant l'appareillage est réalisée à l'hôpital le plus souvent par une stomathérapeute. A sa sortie d'hospitalisation, le patient doit s'initier à son nouveau matériel permanent, tout en s'adaptant à sa nouvelle vie, impactant sa vie sociale.

La prise en charge globale du patient colostomisé laisse une place au pharmacien d'officine.

Une enquête menée auprès de 30 adhérents colostomisés, après un cancer colorectal, de l'association URILCO Lorraine indique une prise en charge globale des patients mais sans réel positionnement du pharmacien d'officine.

Afin d'apporter un service de qualité, le pharmacien doit connaître outre les dispositifs médicaux concernant la colostomie, les besoins de son patient stomisé, ainsi que ces attentes.

Cette enquête a permis de préciser que bien qu'ayant une place dans le parcours de son patient, le pharmacien doit renforcer sa qualité de professionnel de santé tout au long de la prise en charge du patient, à travers une communication adéquate avec l'établissement de santé avant la sortie du patient, et un suivi régulier de la prise en charge du patient.

**MOTS CLES : COLOSTOMIE, DISPOSITIFS MEDICAUX, CANCER COLORECTAL, EDUCATION
THERAPEUTIQUE, DOMICILE**

Directeurs de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
<u>CHERGUI FADILA :</u> Pharmacien Hospitalier, Institut de Cancérologie de Lorraine	Service Pharmacie- Institut de cancérologie de Lorraine	Expérimentale <input type="checkbox"/>
<u>SOCHA Marie :</u> MCU-PH	EA 3452 – CITHEFOR Pharmacie Clinique	Bibliographique <input type="checkbox"/> Thème <input checked="" type="checkbox"/>

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
☒ – Pratique professionnelle