NURSES SPECIALIZED IN
WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE
CANADA

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN
PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE
CANADA

MARQUAGE PRÉOPÉRATOIRE DES SITES DE STOMIE POUR LES DÉRIVATIONS FÉCALES : ILÉOSTOMIE ET COLOSTOMIE

ÉNONCÉ DE POSITION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES CHIRURGIENS DU COLON ET DU RECTUM ET DES INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN PLAIE, STOMIE ET CONTINENCE CANADA

MARS 2020

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Cet énoncé de position est le fruit d'un projet collaboratif entre la Société canadienne des chirurgiens du colon et du rectum (SCCCR) et les Infirmières spécialisées en plaie, stomie et continence Canada (ISPSCC).

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES CHIRURGIENS DU COLON ET DU RECTUM

Dre Marylise Boutros, MD, FRCSC; Dre Amanda Fowler, MD, BSc, NOSM, FRCSC; Dr Ramzi M Helewa, MD, MSc, FRCSC; Dr Tony MacLean, MD, FRCSC; Dr Husein Moloo, MD, MSc, FRCSC; Dr Reagan Robertson, MD, MSc, FRCSC; et Dr Terry Zwiep, MD, MSc, FRCSC.

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN PLAIE, STOMIE ET CONTINENCE CANADA

Amy Barg, IA, BSc Inf, ISPSC, PSCC(C); Elizabeth Baker, IA, BSc Inf, ISPSC, PSCC(C); Valérie Chaplain, IA, BSc Inf, ISPSC, PSCC(C); Cathy Harley, IA, IIWCC, eMBA; Rosemary Hill, IA, BSc Inf, ISPSC, PSCC(C), CWOCN; Nevart Hotakorzian, IA, BSc Inf, ISPSC; Michele Langille, IA, BSc Inf, ISPSC, PSCC(C); Kim LeBlanc, PhD, IA, MSc Inf, ISPSC, PSCC(C); Christine Murphy, PhD, IA, MClSc-WH, ISPSC, PSCC(C); Nicole Pitcher, IA, BSc Inf, MClSc-WH, ISPSC; Rose Raizman, IA, MSc, MSc Inf, IP, ISPSC, PSCC(C); Tina Rutledge, IA, BSc Inf, ISPSC; Nancy Schuttenbeld, IA, BSc Inf, MSc Inf, ISPSC, PSCC(C); et Bonita Yarjau, IA, BSc Inf, ISPSC, PSCC(C).

REMERCIEMENTS

Cet énoncé de position a pu être réalisé grâce à des subventions d'étude. Or: B. Braun, Coloplast et Hollister. Bronze: Marlen/Nightingale Medical.

Rédacteur médical : John Gregory IIWCC, Opencity Inc. Nos remerciements tout particuliers à Véronique Synnett, bibliothécaire à l'Institut du savoir Montfort, Ottawa. Merci aux patients qui ont donné leur consentement.
Vidéo: Merci aux ISPSC: Bonita Yarjau et Rosemary Hill.

COMMENT CITER CET ÉNONCÉ DE POSITION

Pour faire référence à cet énoncé de position, utilisez la mention suivante: Marquage préopératoire du site de la stomie pour les dérivations fécales (iléostomie et colostomie) : énoncé de position de la Société canadienne des chirurgiens du colon et du rectum et des Infirmières spécialisées en plaie, stomie et continence Canada. 1re édition. Ottawa; Société canadienne des chirurgiens du colon et du rectum et Infirmières spécialisées en plaie, stomie et continence Canada; 2020.

DÉCLARATION DES DROITS D'AUTEUR

Cet énoncé de position est protégé par les droits d'auteur de deux formations: les ISPSCC et la SCCCR. Vous ne pouvez donc en reproduire le contenu sans autorisation, mais vous pouvez télécharger cet énoncé de position afin de le transmettre sous format électronique. Une licence du nom de Creative Commons autorise sa reproduction au moyen d'un outil autonome d'aide à la pratique. Nous vous invitons à le reproduire de cette façon.

INTRODUCTION

« Le marquage préopératoire du site de la stomie permet de choisir le site optimal et ainsi, de possiblement réduire les complications postopératoires. »[1]

Chaque année, environ 10 000 Canadiens subissent une chirurgie colorectale aux fins de la création d'une stomie. Dans la documentation traitant de ce sujet, il est généralement reconnu que 21% à 70 % de ces chirurgies entraînent des complications, principalement attribuables aux facteurs suivants[2]: l'obésité, la nature urgente de la chirurgie, le diabète et le marquage préopératoire du site de la stomie. Le marquage approprié du site de la stomie joue un rôle préventif.

Afin de permettre aux chirurgiens de fournir les soins optimaux à toutes les personnes atteintes d'une maladie colorectale, la Société canadienne des chirurgiens du colon et du rectum (SCCCR) prône les meilleures pratiques professionnelles et les normes les plus élevées en matière de formation. La SCCCR a comme mission de promouvoir la prise en charge optimale des maladies colorectales par l'entremise de la formation et de la recherche. https://cscrs.ca.

Infirmières spécialisées en plaie, stomie et continence Canada (ISPSCC) est une association sans but lucratif comptant plus de 550 infirmières et infirmiers formés dans ce domaine de soins. ISPSCC assure la direction nationale de la profession au moyen de normes élevées en matière de pratiques. Elle priorise la formation, la recherche et l'administration des soins spécialisés de qualités. http://nswoc.ca.

Vingt professionnels de la santé des deux associations indiquées ci-dessus, soit la Société canadienne des chirurgiens du colon et du rectum et des Infirmières spécialisées en plaie, stomie et continence Canada, ont formé un groupe de travail; les membres de ce dernier se sont entendus sur les termes de recherche, incluant les critères d'inclusion et d'exclusion. La recherche menée en mars 2019 s'est limitée à des études publiées en anglais entre janvier 2009 et avril 2019. Une bibliothécaire expérimentée de l'Institut du Savoir Montfort à Ottawa a effectué la recherche documentaire. La recherche initiale a permis de relever 272 documents. C'est par l'évaluation de la pertinence des titres et des résumés de ces articles que ce nombre a été réduit à 58. Pour tous ces articles, les manuscrits complets ont pu être obtenus. Des évaluateurs ont été recrutés auprès des deux associations. Ils ont présenté leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Le groupe de travail a examiné un résumé des commentaires et les a intégrés au document. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé au processus de révision.

Conformément à d'autres énoncés de position, la qualité des éléments probants n'a pas été évaluée. La deuxième édition (avril 2019) du document de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario intitulé Best Practice Guideline on Supporting Adults Who Anticipate or Live with an Ostomy (lignes directrices sur les pratiques exemplaires

en matière de soutien aux adultes qui prévoient vivre ou qui vivent avec une stomie) présente une évaluation solide de la qualité et de l'exactitude des preuves.[3] Dans le cadre de ces lignes directrices, sont considérées comme robustes les recommandations suivantes:

- Réaliser le marquage préopératoire du site de la stomie;
- Fournir au patient de l'éducation et du counseling préopératoires;
- Assurer un suivi continu en ce qui a trait à la consultation et à la prise en charge;
- Faire participer les personnes qui prévoient vivre ou qui vivent avec une stomie, ainsi que leur réseau de soutien, et ce, à toutes les étapes des soins lorsqu'approprié.

Comme cet énoncé de position a été élaboré au Canada, nous désignons tout au long de ce document les professionnels des soins infirmiers stomothérapeutes sous le nom d'infirmières et infirmiers spécialisés en plaie, stomie et continence (ISPSC). Les études provenant d'autres pays désignent les personnes ayant des connaissances, des compétences et une expérience comparable sous divers noms: infirmières et infirmiers spécialisés en soins des stomies; stomothérapeutes; infirmières et infirmiers stomothérapeutes; ou infirmières et infirmiers spécialisés en soins de plaies, de stomies et d'incontinence. De plus, dans presque tous les cas où nous faisons référence au patient, l'inclusion des membres de la famille et des proches aidants est implicite.

OBJECTIF DE L'ÉNONCÉ DE POSITION

Cet énoncé de position a deux objectifs: guider les chirurgiens et les ISPSC dans le choix d'un site adéquat des stomies fécales chez les patients subissant une chirurgie menant à la création d'une stomie et améliorer les résultats pour les patients grâce à la réduction des complications postopératoires. L'emplacement de la stomie est un facteur crucial dans la prévention des problèmes. Les complications liées à la stomie entraînent souvent un séjour prolongé à l'hôpital et un rétablissement prolongé pour le patient vivant déjà une situation stressante.

Les preuves sont formelles: le marquage préopératoire du patient par un personnel qualifié favorise l'emplacement idéal de la stomie, ce qui réduit le risque de complications précoces et entraîne une meilleure qualité de vie en matière de santé. Un patient informé et qui comprends les implicatons de vivre avec une stomie et les soins associés aura une meilleure qualité de vie après son congé de l'hôpital.

L'ensemble des évidences scientifiques insiste sur la nécessité de rendre obligatoire le marquage préopératoire du site pour les cas non urgents. Cet énoncé de position réaffirme le besoin de disposer en permanence des ISPSC et des chirurgiens en cas d'interventions d'urgence pour le marquage du site de la stomie.

Le travail remarquable de Miller et coll. à Toronto fournit des lignes directrices claires sur les pratiques exemplaires relatives aux soins des patients ayant subi une dérivation fécale et aux soins périopératoires des patients stomisés[4]. Les auteurs de cet énoncé de position tiennent à souligner l'importance de ce groupe pour les conseils concernant les soins préopératoires, les descriptions détaillées du marquage des sites de stomie et les éléments d'enseignement préopératoires.

OBJECTIF DE LA SÉLECTION DU SITE DE LA STOMIE

Une évaluation approfondie permet de déterminer l'emplacement abdomimal le plus approprié d'une éventuelle stomie, afin de réduire. Pour ce faire, il faut aussi tenir compte de la capacité du patient à voir la stomie, un facteur qui améliorera sa capacité à prendre soin de cette dernière. En réduisant le risque de complications précoces, ces deux facteurs auront pour effet d'améliorer la réadaptation du patient et d'augmenter la probabilité de son acceptation sur le plan psychoémotionnel.

Critères de sélection du site de la stomie:

- Seuls les praticiens qualifiés dans leur champ de pratique et qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour effectuer le marquage du site de la stomie doivent

sélectionner et marquer ce site; il est donc recommandé de faire appel à un(e) chirurgien(ne) ou à une ou un ISPSC.
- L'intervention chirurgicale prévue doit être clairement énoncée, car cette dernière affectera le marquage approprié du site de la stomie sur l'abdomen du patient.

Évitez les endroits suivants pour marquer le site de la stomie:[5]
- Ombilic;
- Saillies osseuses (os iliaque, cage thoracique et symphyse pubienne);
- Taille naturelle;
- Cicatrices existantes (tissu cicatriciel dense);
- Plis profonds ou replis adipeux;
- Plis inguinaux;
- Seins pendants;
- Ligne de la ceinture.

Le site choisi doit être visible par le patient, bien qu'il soit possible, dans certains cas, qu'une surface plate ne se trouve pas à un endroit où le patient peut le voir. La vue, la dextérité, l'IMC, morphologie corporelle et les occupations professionnelles du patient, ainsi que l'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'autres aides techniques sont autant d'éléments qui doivent être pris en compte dans l'évaluation de l'emplacement du site de la stomie.

SÉLECTION DU SITE DE LA STOMIE: AVANTAGES POUR LES PATIENTS ET LA FAMILLE

« La planification du congé commence dès l'admission du patient. »[6]

Il est démontré que le marquage du site de la stomie et l'enseignement au patient sont des facteurs de protection contre les complications. Les avantages liés à l'enseignement préopératoire du patient en matière de stomies sont étayés par un ensemble impressionnant d'observations empiriques. Les patients mieux informés sont plus en mesure de surveiller et de soigner leur stomie. Les complications sont moins susceptibles de se produire lorsque les patients peuvent déterminer eux-mêmes les causes de ces complications. Le fait d'attendre la période postopératoire pour commencer l'enseignement sur la stomie désavantage le patient et les fournisseurs de soins. « La stomie aura sans aucun doute la plus grande incidence sur la qualité de vie du patient à long terme », souligne la Dre Alia Whitehead.[7]

La perspective de vivre avec une stomie crée de la peur et de l'anxiété chez la personne concernée et a des conséquences sur sa qualité de vie. Une étude réalisée par Roveron en 2016 a démontré qu'un groupe ayant bénéficié à la fois de conseils et d'un marquage du site de la stomie a obtenu de meilleurs résultats.[8] Pris ensemble, ces deux éléments permettent l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et l'ISPSC.

DÉTERMINER LE SITE OPTIMAL DE LA STOME

La plupart des ouvrages résumant, en étapes, les meilleures pratiques en matière de marquage préopératoire des sites de stomie proviennent de Rutledge 2003 et de Rust 2009.[9,10] Ces étapes ont été modifiées subséquemment par d'autres auteurs (p. ex. : Cobos-Serrano et coll. 2016 et Leyk et coll. 2018).[11-12] Dans cet énoncé de position, nous avons affiné le vocabulaire afin de nous assurer que la formulation de chaque étape est orientée vers le patient, commence par un verbe et reflète la documentation sur le sujet. Il faut prévoir une heure pour le marquage du site de la stomie en tenant compte des 17 étapes décrites ci-dessous. Idéalement, envisagez de marquer les quatre quadrants. En général, le marquage du site est réalisé du côté gauche de l'abdomen dans le cas d'une colostomie et du côté droit dans le cas d'une iléostomie.

« La création d'une stomie est le principal facteur affectant la vie du patient au cours des trois mois suivant la chirurgie. » [13]

PROCÉDURE DE MARQUAGE PRÉOPÉRATOIRE DU SITE DE LA STOMIE

1. Seuls les praticiens qualifiés dans leur champ de pratique qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour effectuer le marquage du site de la stomie doivent sélectionner et marquer ce site; il est donc recommandé de faire appel à un chirurgien ou à un(e) ISPSC.
2. Fournir au patient des explications sur le processus lors d'une rencontre préopératoire dans un endroit privé.
3. Offrir au patient des renseignements et du counseling sur la vie avec une stomie.
4. Obtenir le consentement verbal du patient pour l'évaluation et le marquage du site de la stomie.
5. Se renseigner auprès du patient sur l'amplitude typique de ses mouvements en fonction de sa mobilité, de ses occupations professionnelles, de son mode de vie et de ses pratiques culturelles.
6. Déterminer en position assise et debout, la ligne de passage de la ceinture en plus de la ligne de taille naturelle du patient lorsqu'il porte ses vêtements habituels.
7. Demander au patient de retirer suffisamment de vêtements, tout en préservant son intimité, pour bien voir l'abdomen.
8. Évaluer l'abdomen pour observer les cicatrices, les replis cutanés, les hernies, les bosses, les creux, les rides, les protubérances osseuses/ la crête iliaque, les sites d'irradiation, les seins pendants et la position de l'ombilic.
9. Demander au patient de s'allonger sur le dos et de lever la tête pour regarder ses pieds afin d'identifier le bord du muscle grand droit de l'abdomen.
10. Déterminer le point médian de la diagonale imaginaire entre les protubérances osseuses/ la crête iliaque et l'ombilic.
11. Demander au patient de s'asseoir, de se tenir debout, de se pencher, d'éffectuer une torsion et de s'allonger afin d'identifier tout pli ou tout autre élément susceptible de compromettre la pertinence du site proposé.
12. Tenir compte de l'IMC du patient, de son type morphologique et de ses capacités visuelles, pour s'assurer, si possible, que le site proposé de la stomie se situe dans son champ de vision.
13. Marquer l'abdomen (avec un stylo ordinaire) dans le quadrant prévu selon la chirurgie. Choisir l'endroit le plus plat possible à l'intérieur des limites du muscle grand droit, à 5 cm des éléments énumérés à l'étape 8.
14. Obtenir un deuxième avis auprès d'un(e) ISPSC ou d'un chirurgien si l'abdomen présente des complexités, même s'il faut, pour ce faire, fournir à cette personne une photographie avec le consentement du patient.
15. Marquer à nouveau, avec un marqueur cutané permament, l'abdomen du patient à l'endroit convenu entre celui-ci et l'ISPSC.
16. Couvrir la marque d'un pansement transparent. Expliquer au patient l'importance de maintenir la marque. Au besoin, lui donner le matériel nécessaire pour renforcer le marquage. Enlever toutes les autres marques à l'aide d'un tampon d'alcool.
17. Documenter la procédure dans le dossier médical du patient.

Toute une gamme de méthodes pour marquer le patient a été recensée. Parmi celles-ci, citons l'utilisation d'un marqueur cutané préchirurgical de longue durée pour s'assurer que la marque ne disparaisse pas avec les multiples solutions de nettoyage et de préparation utilisées en période préopératoire. Le type de pansement servant à recouvrir la marque dépendra de la politique locale et des produits disponibles aux formulaires. Envisager de fournir le marqueur au patient en lui conseillant de maintenir les marques et de les refaire si nécessaire.

ILLUSTRATION DU MARQUAGE DU SITE DE LA STOMIE

Figure 1 - Un excellent exemple de marquage dans les deux quadrants inférieurs chez une patiente dont l'abdomen est relativement plat.

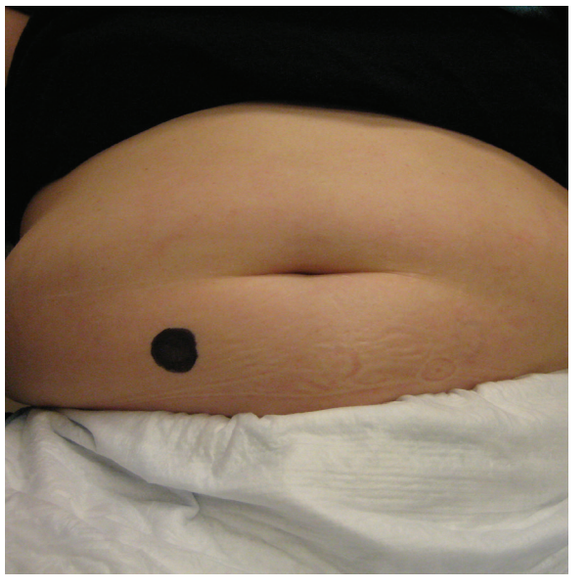

Figure 2 - Cette marque est un site optimal pour une iléostomie dans le quadrant inférieur droit. Elle est loin des plis et se situe dans le champ de vision du patient.

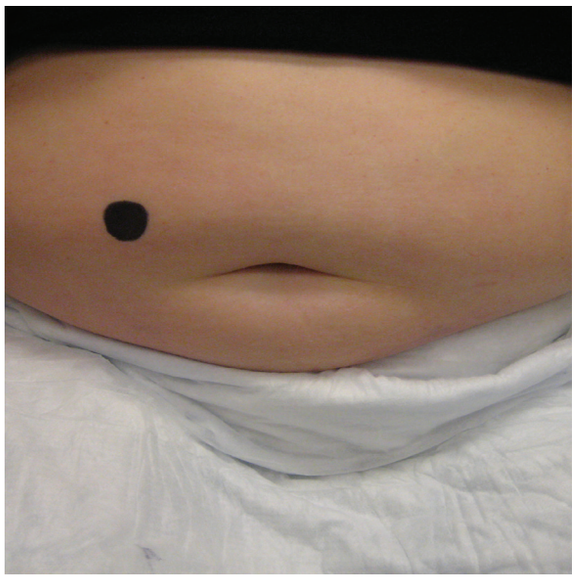

Figure 3 - Cette marque dans le quadrant supérieur droit est un site optimal pour une iléostomie chez un patient obèse. Si la stomie est pratiquée dans le quadrant inférieur, le patient ne pourra pas la voir.

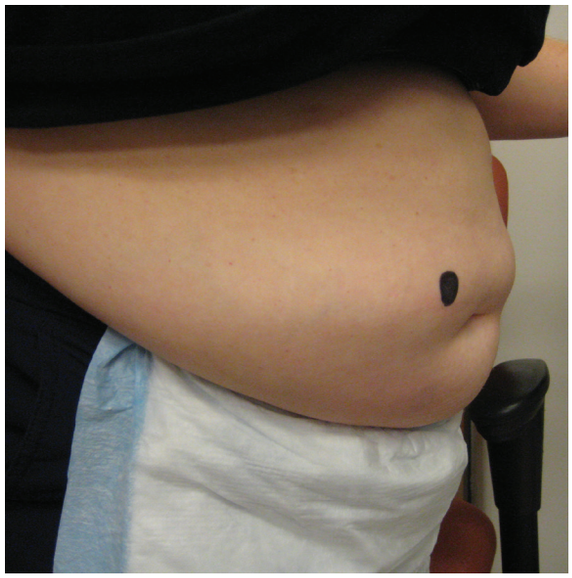

Figure 4 - Si le tissu adipeux est plus épais aux quadrants/abdomen inférieurs, le quadrant supérieur peut être la zone préférée pour le marquage du site de la stomie. Si la stomie est pratiquée dans le quadrant abdominal inférieur, le patient ne pourra pas la voir.

ILLUSTRATION DU MARQUAGE DU SITE DE LA STOMIE

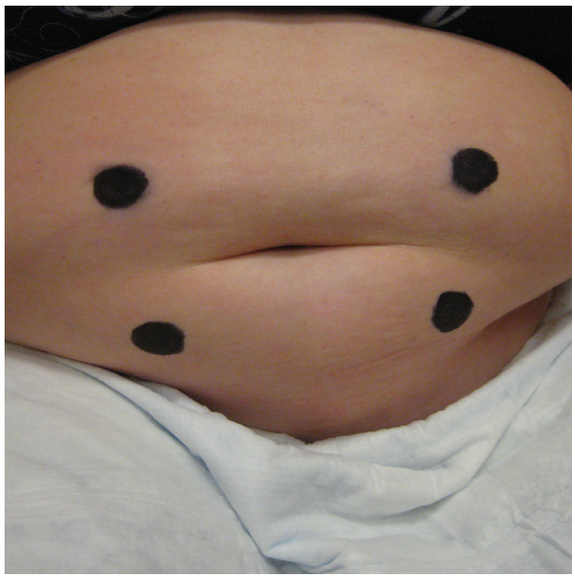

Figure 5 - Cette photo montre un exemple de marquage dans les quatre quadrants lorsque le patient est en position assise. Les marques dans les quadrants supérieurs se situent davantage dans le champ de vision du patient. Cette photo illustre le marquage de la stomie dans les quatre quadrants lorsque la complexité de l'abdomen ou de laprocédure chirurgicale rend le chirurgien incertain de l'endroit où il devra placer la stomie.

Figure 6 - Cette photo illustre les changements de position des sites marqués chez le même patient qu'à la figure 5, lorsque ce dernier est debout.

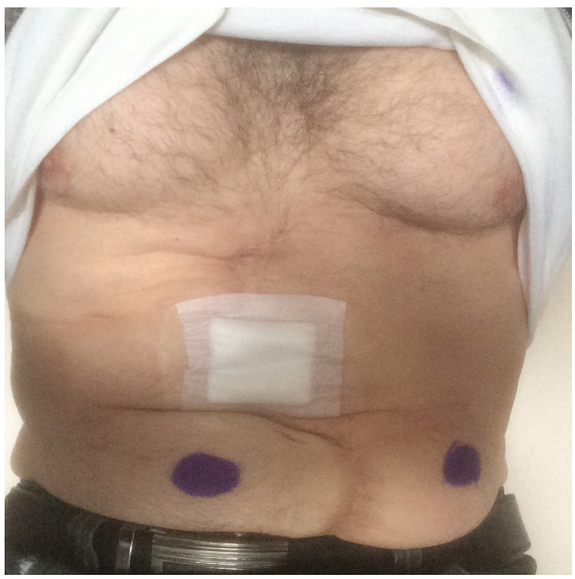

Figure 7 - La marque du site de la stomie est située loin du pli et de la cicatrice médiane-abdominale tout en étant dans le champ de vision du patient. La photo montre un exemple de marquage des deux côtés d'un abdomen cicatrisé.

Figure 8 - Le marquage complexe dans cette photo illustre le premier et le deuxième choix du chirurgien. Les marques sont éloignées des plis, des replis cutanés, de l'ombilic et des cicatrices liées à une chirurgie antérieure. Les marques ne sont pas trop rapprochées de la ligne médiane de l'abdomen. Elles se situent dans le champ de vision du patient.

CAS COMPLEXES ET CHIRURGIE D'URGENCE

Les patients dont l'abdomen est rigide et distendu ou ceux qui, en raison de la douleur, ne peuvent pas se positionner pour une évaluation adéquate, nécessitent une attention particulière. Parmi les cas complexes, mentionnons les patients en fauteuil roulant ou ceux atteints d'une lésion de la moelle épinière ou nécessitant d'autres ajustements. Dans le cas d'un abdomen complexe, cherchez un deuxième avis auprès d'un(e) ISPSC ou informez-en le chirurgien (colorectal). L'abdomen protubérant peut être marqué à l'apex de la bosse infa-ombilicale. Dans le cas nécessitant plusieurs sites de stomie, envisagez de faire le marquage sur divers plans horizontaux advenant qu'une ceinture de stomie soit nécessaire.

Selon Quinn et coll. 2011, le fait que la chirurgie constitue une urgence ne justifie plus la création inadéquate de stomie.[14] Les patients en situation d'urgence doivent être informés du risque que la chirurgie puisse entraîner une stomie. Selon la documentation, la stomie pourrait être permanente dans 30 % des cas. Les complications cutanées péristomiales sont plus fréquentes chez les patients qui ont subi une chirurgie d'urgence. La hernie parastomale est une complication postopératoire tardive courante de la chirurgie abdominale. Plusieurs facteurs spécifiques augmentent le risque prédictif de hernie, notamment la chirurgie d'urgence, un IMC plus élevé, la colostomie terminale et l'absence de marquage préopératoire du site de la stomie.[15]

Ce groupe de travail recommande le marquage préopératoire des patients en chirurgie d'urgence avant l'administration de l'anesthésie, avec la participation du patient pour aider à guider l'infirmière et le chirurgien vers les sites optimaux. Une fois le patient anesthésié, les contours de l'abdomen changent. Des cas encore plus complexes peuvent se présenter, par exemple, lorsque le marquage préopératoire en dehors de la salle d'opération n'est pas possible malgré la collaboration du patient pleinement conscient.

CONTRE-ARGUMENTS

Une étude Cochrane de 2013 a examiné 761 patients faisant l'objet de neuf études de cohortes rétrospectives. L'étude Cochrane visait à évaluer, chez des personnes subissant une entérostomie urgente ou non urgente de la paroi abdominale, les différences entre l'incidence des hernies parastomales et d'autres complications liées aux stomies dans les cas, d'une part, d'emplacement latéral pararectal et, d'autre part, d'emplacement transrectal de la stomie.[16] Les chercheurs ont déterminé que la faible qualité des éléments de preuve inclus dans les études ne permettait pas de tirer des conclusions solides pour ce qui est des questions posées. La plupart des articles consultés dans le cadre de notre recherche ainsi que l'opinion des experts du groupe tendent à favoriser la création d'une stomie dans le muscle grand droit de l'abdomen. Le rapport Roveron 2016 affirme que la création d'une stomie dans le muscle grand droit de l'abdomen prévient certaines complications (p. ex. hernie, prolapsus et rétraction péristomiaux), ce qui concorde avec l'opinion de plusieurs autres auteurs.8 Dans la liste de recommandations accompagnant leur énoncé de position, la société américaine WOCN (Wound, Ostomy and Continence Nurses) et l'ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons) affirment, sans ambiguïté, que le site de la stomie doit être situé dans le muscle grand droit de l'abdomen.[1]

COLLABORATION ENTRE LE CHIRURGIEN ET L'ISPSC

La littérature démontre que l'infirmière ou l'infirmier spécialisé effectue la majorité des marquages préopératoires des sites de stomie. Au Canada, il s'agit des infirmières et infirmiers spécialisés dans les domaines des plaies, des stomies et de la continence. Prévenez le chirurgien si le marquage a été difficile ou s'il a été effectué sur une zone inhabituelle. Les chirurgiens apprécient être prévenus avant de voir le marquage une fois en bloc opératoire. La documentation indique que les chirurgiens colorectaux déterminent mieux les sites de stomie que les autres chirurgiens.

Le programme multimodal ERAS (programme de récupération améliorée après la chirurgie) a été adopté par de nombreux centres canadiens afin de réduire les complications postopératoires, d'améliorer la sécurité et la satisfaction des patients et de faciliter un congé dans les meilleurs délais. Le programme ERAS pour la dérivation fécale nécessite une coordination des services entre les divers membres de l'équipe interprofessionnelle.

PRINCIPES

1. Seuls les praticiens qualifiés dans leur champ de pratique qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour effectuer le marquage du site de la stomie doivent sélectionner et marquer ce site; il est donc recommandé de faire appel à un chirurgien ou à un(e) ISPSC.
2. Discuter en détail de la création et le marquage de la stomie avec le patient.
3. Faire participer les proches aidants et les membres de la famille au processus d'enseignement, si le patient est d'accord.
4. Demander l'avis du patient à propos de l'endroit où la stomie peut être située.
5. Prêter une attention particulière au marquage préopératoire de la stomie chez les patients dont l'IMC > 30.[17]
6. Permettre au patient d'utiliser une trousse de formation sur les stomies et, s'il le souhaite, organiser une rencontre avec une personne stomisée.
7. L'infirmière ou l'infirmier spécialisé en plaie, stomie et continence devrait discuter directement avec le chirurgien de tout cas complexe.
8. Les auteurs du présent énoncé de position ne préconisent pas le tatouage comme moyen de marquage du patient.
9. Pour les patients qui subiront une intervention chirurgicale d'urgence, procéder au marquage avant l'administration de l'anesthésie.
10. Le patient devrait voir un(e) ISPSC en suivi en clinique externe, après sa chirurgie, pour poursuivre l'enseignement post-opératoire et recevoir les conseils visant l'amélioration de sa qualité de vie et la détection précoce de toute complication pouvant survenir.
11. En période postopératoire, l'ISPSC doit voir le patient en consultation externe dans les deux à trois semaines suivant son congé. Un suivi subséquent six semaines après le congé permet de s'assurer que le dispositif est bien ajusté et adapté aux besoins du patient. Cette recommandation est fondée sur l'avis des spécialistes du groupe de travail.

« Le marquage du site de la stomie est réalisé lorsque le patient est éveillé et peut y participer. Le repérage préopératoire de la stomie présente de nombreux avantages. Pour déterminer le site idéal de la stomie, divers facteurs doivent être pris en compte, comme, par exemple, la présence des plis abdominaux et le besoin d'un emplacement que le patient peut voir et atteindre. Le marquage préopératoire de la stomie permet de réduire les complications postopératoires liées à la stomie, telles que le positionnement de la stomie dans un pli cutané, ce qui pourrait entraîner une fuite de liquide provenant du dispositif pour stomie. »[18]

RÉFÉRENCES

1. WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015;42(3):249-252. DOI: 10.1097/WON.0000000000000119
2. Boyles A. Stoma and peristomal complications: Predisposing factors and management. Gastrointestinal Nurs. 2010;8(7):2636. DOI: 10.12968/gasn.2010.8.7.78432
3. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2019) Supporting Adults Who Anticipate or Live with an Ostomy. Best Practice Guidelines Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario. Extrait de ://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care__Management.pdf
4. D Miller, M Fresca, D Johnston, M McKenzie, E Pearsall on behalf of the Provincial ERAS Enterostomal Therapy Nurse Network. Perioperative Care of Patients with an Ostomy - A Clinical Practice Guideline developed by the University of Toronto's Best Practice in Surgery. Best Practice in Surgery. 2016. Extrait de: http://bestpracticeinsurgery.ca/wp-content/uploads/2018/11/ERAS_STOMA_BPS_FINAL_2018.pdf
5. Cronin E. Stoma siting: why and how to mark the abdomen in preparation for surgery. Gastrointestinal Nurs. 2014;12(3). DOI: 10.12968/gasn.2014.12.3.12
6. Soares Pinto IE, Moreira Queirós SM, Ribeiro Queirós CD, Rodrigues dS, Vilaça de BS, Correia DB. Risk factors associated with the development of elimination stoma and peristomal skin complications. Referencia. 2017;4(15):155-165. DOI: 10.12707/RIV17071
7. Whitehead A, Cataldo PA. Technical Considerations in Stoma Creation. Clin Colon Rectal Surg. 2017;30(3): 162-171. DOI: 10.1055/s-0037-1598156
8. Roveron G, De Toma G, Barbierato M. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(2):165-169. DOI: 10.1097/WON.0000000000000204
9. Rutledge M, Thompson MJ, Boyd-Carson W. Effective stoma siting. Nurs Stan. 2003;18(12):43-44. PMID: 14705389.
10. Rust J. Understanding the complexities of the clinical nurse specialist: a focus on stoma siting. Gastrointest Nurs. 2009;7(4):18-26. DOI: 10.12968/gasn.2009.7.4.42334
11. Cobos-Serrano JL, Manzanares EG, Rodriguez SL, Fernandez MM, Herrero MIP. Nursing intervention: Stoma marking [en ligne]. World Counc Enterostom Therapists J. 2016;36(1):17-25.
12. Leyk M, Stevens PJd, Stelton S, Chabal L, Hibbert D, Nasir MM, et al. Revisiting the history of stoma siting and its impact on modern day practice. World Counc Enterostom Therapists J. 2018;38(1):22-29.
13. Gok AFK, Ozgur I, Altunsoy M, Ucuncu MZ, Bayraktar A, Bulut MT, et al. Complicated or not complicated: Stoma site marking before emergency abdominal surgery. Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg. TJTES. 2019;25(1):60-65. DOI: 10.5505/tjtes.2019.48482
14. Quinn M, Aitken E, Robertson I, Spiers M, Thornton M, Macdonald A. 'It was an emergency', no longer an excuse for poor stoma function. Colorectal Disease Conference. 2011 Colorectal Tripartite Meeting Held in Conjunction with the Australian Association of Stomal Therapy Nurses Conference. Cairns, QLD Australia. Conference Publication: (var. pagings) July 2011;13(SUPPL. 5):80.
15. Kozan R, Gültekin FA. Controllable Risk Factor in the Development of Parastomal Hernia; Preoperative Marking. Turkish J Colorectal Dis. 2018;28(4):172-176. Retrieved from http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_25536/turkishjcrd-28-172-En.pdf
16. Hardt J, Meerpohl JJ, Metzendorf M, Kienle P, Post S, Herrle F. Lateral pararectal versus transrectal stoma placement for prevention of parastomal herniation. Cochrane Database Syst Rev. 2013, Issue 11, Art. No.: CD009487. Extrait de : DOI: 10.1002/14651858.CD009487.pub3.
17. Baumann C, Muller V, Knies M, Aufmesser B, Schwenk W, Koplin G. Complications After Ostomy Surgery: Emergencies and Obese Patients are at Risk-Data from the Berlin OStomy Study (BOSS). World J Surg. 2019;43(3):751-757. DOI: 10.1007/s00268-018-4846-9
18. Burch J. Preoperative care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. Nurs Stand. 2017;31(36):40-43. DOI: 10.7748/ns. 2017.e10161

NURSES SPECIALIZED IN
WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE
CANADA

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN
PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE
CANADA

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES CHIRURGIENS DU COLON ET DU RECTUM (SCCCR)
https://cscrs.ca

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN PLAIE, STOMIE ET CONTINENCE CANADA (ISPSCC)
http://nswoc.ca

Cet énoncé de position s'accompagne d'un outil d'aide à la pratique et cette vidéo.

Cet énoncé de position a pu être réalisé grâce à des subventions d'étude.
Or : B.Braun, Coloplast et Hollister.
Bronze: Marlen/Nightingale Medical.

Toutes les marques de commerce sont reconnues.

© 2020 ISPSCC et SCCCR