

Événtrations péristomiales : les prévenir, les traiter

Michel PRUDHOMME

Résumé

La fréquence des événtrations péristomiales (EPS) après colostomie terminale varie de 30 à 50% suivant les études et la longueur du suivi.

Les EPS sont responsables d'une difficulté d'appareillage, de fuites entraînant des brûlures cutanées et des douleurs. Elles compromettent l'irrigation colique et peuvent se compliquer d'occlusion.

Le traitement de l'EPS est souvent complexe, faisant appel à différentes techniques qui ont été rarement comparées. La morbidité de ces interventions varie de 10 à 30%. Le taux de récurrence de ces techniques en l'absence de mise en place de prothèse est d'environ 70%.

Les deux techniques les plus efficaces sont la technique dite du Key-hole et celle décrite par Sugarbaker, mais toutes deux nécessitent l'insertion d'une prothèse en position intrapéritonéale qui peut induire des adhérences voire une érosion intestinale. Compte-tenu du taux élevé d'EPS, des difficultés de traitement et de la morbidité élevée, le traitement préventif de l'EPS doit être évalué.

Les techniques de prévention des EPS n'utilisant pas de prothèse prophylactique sont inefficaces. Un trajet particulier, extrapéritonéal ou intrapéritonéal et transrectal ou para-rectal, n'influence pas le taux d'événtration.

Plusieurs études randomisées ont évalué l'utilisation d'une prothèse pendant la formation de la stomie dans la prévention de l'EPS. Malgré le faible nombre d'inclusions dans la plupart de ces essais utilisant un treillis synthétique en position rétro-musculaire, il existait un taux d'EPS significativement moins élevé dans le groupe avec treillis comparativement au groupe sans treillis. Même si des recommandations européennes basées sur ces méta-analyses, ont été proposées en faveur de l'insertion d'une prothèse synthétique lors de la réalisation d'une colostomie définitive, elles ne sont pas admises et utilisées dans la pratique quotidienne.

Enfin, deux des plus grandes séries avec une méthodologie presque identique, utilisant une prothèse rétro-musculaire, ont eu des résultats complètement opposés (Odensten et al. 2019) (Brandsma et al., 2017). Toutes ces études ont souligné la nécessité d'une étude randomisée supplémentaire de grande envergure avec un suivi à plus long terme pour évaluer l'efficacité et la morbidité d'une prothèse rétro-musculaire pour prévenir l'EPS. Aussi nous vous proposons les résultats de l'étude randomisée multicentrique en double aveugle : GRECCAR 7.

Odensten, C., Strigård, K., Rutegård, J., Dahlberg, M., Ståhle, U., Gunnarsson, U., and Näsval, P. (2019). Use of Prophylactic Mesh When Creating a Colostomy Does Not Prevent Parastomal Hernia: A Randomized Controlled Trial-STOMAMESH. *Ann. Surg.* 269, 427–431.

Brandsma, H.-T., Hansson, B.M.E., Aufenacker, T.J., van Geldere, D., Lammeren, F.M.V., Mahabier, C., Makai, P., Steenvoorde, P., de Vries Reilingh, T.S., Wiezer, M.J., et al. (2017). Prophylactic Mesh Placement During Formation of an End-colostomy Reduces the Rate of Parastomal Hernia: Short-term Results of the Dutch PREVENT-trial. *Ann. Surg.* 265, 663–669.