

Table des matières

I.	Définition	4
II.	Objectifs.....	4
III.	Population concernée	4
IV.	Pré-requis et Indications	4
1.	Rappel anatomo-physiologique :	4
2.	Education thérapeutique du patient :	7
V.	Risques encourus	8
1.	Risques en période post opératoire :	8
2.	Risques tardifs :	9
VI.	Préparation pour le premier changement de poche	9
VII.	Matériel (cf. annexe III : les différentes poches (vidangeable) p.23)	10
1.	Matériel nécessaire en présence des sondes :	10
2.	Matériel nécessaire après ablation des sondes :	10
VIII.	Technique.....	11
1.	Changement d'appareillage en présence des sondes urétérales :	11
2.	Changement d'appareillage après ablation des sondes urétérales :	12
IX.	Surveillance	13
1.	Surveillance des risques immédiats et secondaires :	14
2.	Surveillance des risques tardifs :	15
3.	Au moment de la sortie, l'I.D.E. :	15
X.	Bibliographie	16
	Annexe I : Education du patient pour la prise en charge de la stomie.....	17
	Annexe II : Fiche explicative destinée au patient stomisé en prévision de sa sortie	21
	Annexe III : Les différentes poches (vidangeable)	23
	Annexe IV : Exemple de dossier d'Education Thérapeutique.....	24

CIBLE(S)

Infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE), stomathérapeutes ou chirurgiens des Etablissements Membres du Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes.

REDACTEUR(S)

Coordonnateur d'action du groupe de travail « SOINS »

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

Référent(s) du groupe de travail « Bonnes Pratiques » :

LAURENT C., cadre de santé, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

Membres du groupe de travail pour cette version :

BOBINEAU A., cadre de santé, Groupe Hospitalier Mutualiste les Portes du Sud, Vénissieux ;
GAUBERT S., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche, Privas ;
GIAI-CHECA D., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
GRAFF E., cadre de santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Saint Martin ;
GRAND L., cadre de santé, Clinique Saint Vincent de Paul, Bourgoin Jailleu ;
GUILLEVIN C., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
HAVETTE M., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
LAURENT C., cadre de santé, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
LEBLOND N., cadre de santé, Institut de Formation Soins Infirmiers, Villefranche Sur Saône ;
PAILLARD-BRUNET A.M., cadre de santé, Institut de Formation Soins Infirmiers, Bourgoin Jailleu ;
ROUSSEAU K., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
YILDIZ M.C., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

CONTRIBUTEUR(S) (membres présents à la plénière et/ou ayant fait des commentaires) :

ALBANET M.P., cadre de santé, Centre Hospitalier de Voiron, Voiron ;
BAILLARD V., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Hôpital Edouard Herriot, Lyon ;
BANDET K., direction des soins, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;
BARBE F., manipulatrice en radiothérapie, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
BERNARD C., infirmière diplômée d'état, Infirmerie Protestante, Caluire ;
BIEZUS A., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
BISVAL D., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
BOLLON C., cadre supérieur de santé, Hospices Civils de Lyon, Lyon ;
BONAN M., infirmière diplômée d'état, Clinique d'Argonay, Pringy ;
CHABRIER C., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
CHAMPION S., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
CHARRE P., cadre de santé, Centre Hospitalier de Montélimar, Montélimar ;
COROT N., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre Bénite ;
CREUX R., cadre de santé, Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche, Privas ;
CROZE S., cadre de santé, Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville, Annemasse ;
DELAPLACETTE S., cadre de santé, Clinique d'Argonay, Pringy ;
DELHORME F., infirmière diplômée d'état, Clinique Convert, Bourg en Bresse ;
DELTEL V., cadre de santé, Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon ;
DESMONCEAUX S., directeur des soins infirmiers, Clinique d'Argonay, Pringy ;
DESORTES M., infirmière diplômée d'état, Clinique Trénel, Sainte Colombe les Vienne ;
DUMEZ E., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
DUMONT M., assistante projet, Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes, Lyon ;
FRANCILLARD B., cadre de santé, Hospitalisation à Domicile Soins et Santé, Caluire et Cuire ;
GEOFFROY A., directeur des soins infirmiers, Hôpital Privé Drome Ardèche, Guilherand-Granges ;
GIRAUD-HERAUD L., infirmier diplômé d'état, Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville, Annemasse ;
GIUSTI N., cadre de santé, Hôpital Intercommunal Sud Léman Valserine, Saint Julien en Genevois ;
GRAFF E., cadre de santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Saint Martin ;
GRAND L., cadre de santé, Clinique Saint Vincent de Paul, Bourgoin Jailleu ;
GUILLET L., cadre de santé, Centre Hospitalier de Belley, Belley ;
GUILLEVIN C., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
JACTA I., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
LANDRY J.L., chirurgien urologue, Hôpitaux du Léman, Thonon ;
LE DIOURON D., référent éducation thérapeutique, Clinique d'Argonay, Pringy ;
LINGESSO F., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Hôpital Edouard Herriot, Lyon ;
LUCCHINI A., cadre de santé, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
MARIA A., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Montbrison, Montbrison ;
MARMONT M.C., infirmier diplômée d'état stomathérapeute, Clinique Mutualiste, Ambérieu ;
MARTIN M., infirmière diplômée d'état, Hôpitaux Drome Nord, Romans Sur Isère ;
MOLLET D., manipulatrice en radiothérapie, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
NEYRET A.L., infirmière diplômée d'état, Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon ;
PASSOT M., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre Bénite ;
PEDRERO R.M., infirmière diplômée d'état, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon ;
PINTOR N., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Lucien Hussel, Vienne ;
POUJET V., infirmière diplômée d'état stomathérapeute, Clinique du Renaison, Roanne ;
QUINONES N., directeur des soins infirmiers, Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon ;
REYNAUD M., cadre supérieur de santé, Hôpitaux Drome Nord, Romans Sur Isère ;
ROUGETET C., cadre de santé, Polyclinique de Savoie, Annemasse ;
SABY A.M., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche, Privas ;
SANCHEZ J., cadre de santé, Clinique d'Argonay, Pringy ;
SCHADT E., directeur des soins infirmiers, Clinique Belledonne, Saint Martin d'Hères ;
SIMOND B., manipulatrice en radiothérapie, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse ;
TALON A., directeur des soins infirmiers, CRLCC Léon Bérard, Lyon ;
YILDIZ M.C., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

I. DEFINITION

Soins infirmiers techniques et éducatifs auprès des patients porteurs d'une urétérostomie cutanée trans iléale en vue de les rendre autonomes.

II. OBJECTIFS

1. Assurer la prise en charge des soins techniques dans les suites post-opératoires immédiates,
2. Eduquer le patient (cf. annexe I : Education du patient pour la prise en charge de sa stomie p.17),
3. Mettre en œuvre les moyens qui permettent la reprise de la vie sociale (cf. annexe II : Fiche explicative destinée au patient stomisé en prévision de sa sortie p.121).

III. POPULATION CONCERNEE

1. Population cible : le patient, ses proches,
2. Professionnels responsables : Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE), stomathérapeutes ou chirurgiens.

IV. PRE-REQUIS ET INDICATIONS

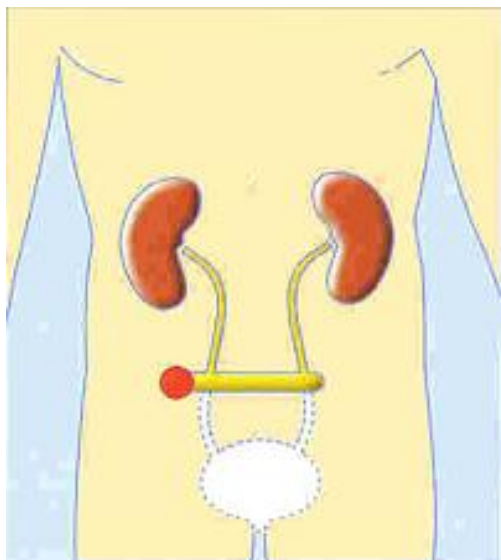
1. Rappel anatomo-physiologique :

1.1/ Définition :

Les urétérostomies cutanées trans-iléales de type Bricker correspondent à l'implantation des deux uretères dans un segment intestinal isolé, le plus souvent iléal, abouché à la peau.

Dans cette technique les sondes urétérales sont provisoires.

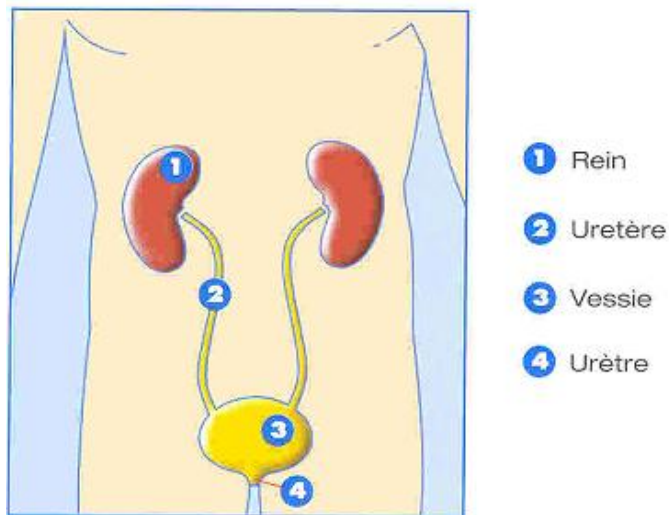
Urétérostomie cutanée trans-iléale (type Bricker)



Avec l'aimable autorisation du Laboratoire Coloplast®.

1.2/ Rappel anatomique :

Appareil urinaire



Avec l'aimable autorisation du Laboratoire Coloplast®.

1.3/ Indications :

➤ Pathologies tumorales :

- ✓ Tumeurs de la vessie,
- ✓ Tumeurs de voisinage : prostate, gynécologie, colo-rectale...

➤ Pathologies iatrogènes :

- ✓ Vessie radique,
- ✓ Cystite toxique post-chimiothérapie,
- ✓ Fistule uro-génitale ou plus rarement uro-digestive,
- ✓ Lésions sphinctériennes,
- ✓ Sclérose vésicale.

1.4/ Repérage pré-opératoire :

Le repérage est primordial car définitif.

La stomie doit être située dans la région para-sous-ombilicale droite.

- Utiliser une série de disques de différents diamètres variant de 60 à 100 mm, perforés en leur centre,
- Choisir le disque dont le diamètre est égal à la moitié de la distance qui sépare l'ombilic de la crête iliaque,
- Tracer la médiane, puis une ligne horizontale perpendiculaire à celle-ci au niveau de l'ombilic,
- Poser le disque dans le quadrant inférieur droit,
- Marquer le centre du disque. Ce point correspond au premier repérage, il peut être modifié en fonction des critères ci-après.

La stomie doit être :

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

Le repérage de l'urétérostomie peut-être fait au crayon dermique.

2. Education thérapeutique du patient :

2.1/ Définition

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

- Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient,
- Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

2.2/ L'information a été donnée (hors contexte d'urgence) lors d'une consultation avec le chirurgien, éventuellement le stomathérapeute.

2.3/ Explication du geste chirurgical : il s'agit toujours d'une stomie définitive.

L'IDE met en place une démarche éducative : vérifie la compréhension du geste chirurgical, favorise l'expression du ressenti et des représentations.

V. RISQUES ENCOURUS

1. Risques en période post opératoire :

Risques	Causes
Infection urinaire	✓ Présence de deux sondes urétérales, ✓ Flore digestive qui persiste dans l'anse iléale.
Déplacement des sondes	✓ Lâchage du point d'attache.
Obstruction des sondes	✓ Présence de caillots, ✓ Sonde coudée, ✓ Présence importante de mucus.
Nécrose de la stomie	✓ Mauvaise vascularisation du segment iléal.
Fistules urinaires	✓ Désunion des anastomoses urétéro-iléales.
Désinsertion par lâchage des sutures	✓ Désunion muco-cutanée.
Eviscération	✓ Mauvaise fixation entéro pariétale.
Hémorragie	✓ Aléas chirurgicaux.
Abcès	✓ Infection.
Lésions cutanées péristomiales	✓ Appareillage inadapté, ✓ Allergie au matériel, ✓ Stomie mal située (pli, fuites).
Fistule du grêle	✓ Désunion de l'anastomose du grêle.

2. Risques tardifs :

Risques	Causes
Infection urinaire	✓ Hydratation insuffisante (inférieure à 1,5 litre), ✓ Manque d'hygiène.
Sténose de la stomie	✓ Trajet pariétal par lequel passe le segment iléal trop étroit, ✓ Prise de poids, ✓ Appareillage inadapté, ✓ Cicatrisation d'un abcès péristomial.
Lésions cutanées péristomiales	✓ Allergie au matériel, ✓ Appareillage inadapté, ✓ Mauvaise utilisation du matériel, ✓ Stomie mal située (pli, fuites).
Présence de cristaux de phosphates au niveau cutané	✓ Due à une augmentation du pH urinaire sous l'action du Proteus ou du Klebsiella.

VI. PREPARATION POUR LE PREMIER CHANGEMENT DE POCHE

1. Il n'y a pas de règles établies en termes de délais.

Le patient doit avoir été équipé au bloc opératoire d'une poche :

- 1.1/ Transparente (surveillance de la stomie),
- 1.2/ Vidangeable (avec possibilité d'adapter un sac collecteur),
- 1.3/ Stérile.

2. Le premier changement a lieu en cas de fuite ou pour une gêne lors de la réfection du pansement abdominal (pansement près de la stomie).
3. Le matériel restera stérile durant la présence des sondes urétérales.
4. Calibrer la stomie.

L'extrémité des sondes urétérales sont coupées différemment pour pouvoir les repérer : la sonde droite est coupé droit, et la sonde gauche coupé en biseaux.

VII. MATERIEL (cf. annexe III : les différentes poches (vidangeable) p.23)

1. Matériel nécessaire en présence des sondes :

La liste du matériel peut varier en fonction des chirurgiens.

- 1.1/ Un Produit Hydro-Alcoolique (P.H.A.),
- 1.2/ Système de drainage transparent stérile avec hublot,
- 1.3/ Gants stériles ou non,
- 1.4/ Compresses stériles,
- 1.5/ NaCl 0,9%,
- 1.6/ Ciseaux stériles,
- 1.7/ 2 champs stériles,
- 1.8/ 1 champ absorbant non stérile,
- 1.9/ 1 pince,
- 1.10/ 1 sac collecteur,
- 1.11/ Sacs poubelle (selon protocole du CLIN en vigueur).

2. Matériel nécessaire après ablation des sondes :

- 2.1/ Un P.H.A.,
- 2.2/ 1 Système 2 pièces ou 1 pièce, transparent ou opaque, vidangeable,
- 2.3/ Gants à usage unique,
- 2.4/ Compresses,
- 2.5/ Eau non stérile,
- 2.6/ Ciseaux,
- 2.7/ 1 champ absorbant non stérile,
- 2.8/ 1 sac collecteur,
- 2.9/ Sacs poubelle (selon protocole du CLIN en vigueur).

VIII. TECHNIQUE

Avant de commencer le soin, le système de drainage sera vidangé et obturé.

1. Changement d'appareillage en présence des sondes urétérales :

- 1.1/ Expliquer au patient les étapes du soin,
- 1.2/ Procéder à une friction des mains avec un P.H.A.,
- 1.3/ Enfiler des gants à U.U,
- 1.4/ Mettre en place le champ absorbant sous le patient,
- 1.5/ Enlever l'appareillage existant en décollant du haut vers le bas tout en maintenant la peau,
- 1.6/ Eliminer les déchets dans le sac poubelle (selon protocole du CLIN en vigueur) et ôter les gants,
- 1.7/ Procéder à une friction des mains avec un P.H.A.,
- 1.8/ Placer, à l'aide de la pince, des compresses stériles sous les sondes d'urétérostomie pour absorber l'urine,
- 1.9/ Rechercher les plis ou atteinte cutanée qui modifieraient la découpe du système de drainage en mettant le patient en position assise (si plis, ovaliser la découpe),
- 1.10/ Jeter la pince,
- 1.11/ Installer le champ stérile sous les sondes,
- 1.12/ Mettre des gants stériles,
- 1.13/ Nettoyer au NaCl 0,9% les sondes et la zone péristomiale,
- 1.14/ Calibrer la stomie,
- 1.15/ Découper le support au diamètre adapté + 3 à 4 mm. Découper de façon ovale si présence de plis cutanés en suivant la forme de la stomie,
- 1.16/ Sécher parfaitement la peau péristomiale par tamponnement avec des compresses,
- 1.17/ Oter le champ stérile, et mettre en place rapidement le système de drainage en vérifiant le positionnement des sondes : absence de coude, les sondes ne sont pas au contact des urines dans l'appareillage,
- 1.18/ Adapter le sac à urine stérile,
- 1.19/ Jeter les gants,
- 1.20/ Eliminer les déchets,
- 1.21/ Procéder à une friction des mains avec un P.H.A.,
- 1.22/ Transcrire sur dossier de soins infirmiers les éléments de surveillance : 'aspect de la stomie et de la peau péristomiale, mesure de la stomie, le matériel utilisé, l'aspect des urines, la bonne fixation des sondes et les réactions du patient pendant le soin.

Nota bene :

L'ablation des sondes urétérales se fait sur prescription médicale, à partir de J12, J13 (après possible vérification radiologique des anastomoses).

Le sac collecteur restera en place 24 heures sur 24 jusqu'à l'ablation des sondes urétérales.
Il est nécessaire de retirer préalablement les points de fixation et de retirer délicatement les sondes.

2. Changement d'appareillage après ablation des sondes urétérales :

Ce soin est réalisé de façon non stérile.

- 2.1/ Expliquer au patient les étapes du soin,
- 2.2/ Procéder à une friction des mains avec un P.H.A.,
- 2.3/ Mettre en place un champ absorbant sous le patient,
- 2.4/ Enfiler des gants,
- 2.5/ Faire tousser le patient pour vider la stomie,
- 2.6/ Enlever l'appareillage existant en décollant du haut vers le bas tout en maintenant la peau,
- 2.7/ Eliminer les déchets dans le sac poubelle (selon protocole du CLIN en vigueur),
- 2.8/ Rechercher les plis ou atteinte cutanée qui modifieraient la découpe du support en mettant le patient en position assise en maintenant une compresse sur la stomie (si plis, ovaliser la découpe),
- 2.9/ Nettoyer doucement la stomie et la peau péristomiale sans frottement, à l'aide de compresses imbibées d'eau, proscrire tout autre produit.
Par ailleurs, maintenir une compresse sur la stomie pour absorber l'urine tout en nettoyant la peau péristomiale et la changer pour le temps du séchage,
- 2.10/ Calibrer la stomie,
- 2.11/ Découper l'appareillage au diamètre de la stomie à + 3 à 4 mm,
- 2.12/ Sécher parfaitement la peau péristomiale par tamponnement avec des compresses,
- 2.13/ Jeter les gants,
- 2.14/ Vérifier le séchage,
- 2.15/ Mettre en place l'appareillage,
- 2.16/ Possibilité d'adapter le sac à urine non stérile à l'appareillage,
- 2.17/ Eliminer les déchets,
- 2.18/ Procéder à une friction des mains avec un P.H.A.,
- 2.19/ Transcrire sur dossier de soins infirmiers les éléments de surveillance : 'aspect de la stomie et de la peau péristomiale, mesure de la stomie, le matériel utilisé, l'aspect des urines, et les réactions du patient pendant le soin.

IX. SURVEILLANCE

Aspect normal de la stomie :

- proéminente, en forme de trompe.
- Elle est rouge, elle peut être recouverte d'un mucus sécrété par l'anse iléale.
- Présence de deux sondes urétérales, plus ou moins une sonde de Foley dite de Bricker (introduite dans le segment iléal pour faciliter l'évacuation du mucus et réaliser des lavages).

1. Surveillance des risques immédiats et secondaires :

Risques	Action de surveillance et d'évaluation
Infection urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche de signes généraux : fièvre, frissons, ✓ Recherche de modification de l'aspect des urines : urines hématuriques, concentrées, troubles, nauséabondes, ✓ En présence de sondes urétérales : pas de contact direct avec l'urine stagnante de l'appareillage, ✓ Recherche de douleur lombaire, ✓ S'assurer d'une hydratation adaptée.
Déplacement secondaire des sondes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présence des sondes urétérales, ✓ S'assurer de leur bonne fixation, ✓ Estimation quotidienne de la longueur visible des sondes.
Obstruction des sondes urétérales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présence d'une diurèse et d'un écoulement par goutte à goutte sur chacune des sondes, ✓ Recherche de douleurs lombaires.
Nécrose de la stomie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche d'une modification de la coloration de la stomie qui doit être rouge, non cyanosée.
Fistule urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche de fuite urinaire par la médiane, les redons ou les lames, ✓ Recherche de signes généraux, ✓ Recherche de douleur
Désinsertion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche d'affaissement partiel ou total de la stomie : stomie visible.
Eviscération	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche d'extériorisation des anses grêles au contact de la stomie.
Hémorragie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche de saignement au niveau de la stomie : cependant une petite quantité de sang est normale dans les suites opératoires immédiates.
Abcès	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche de signes locaux : œdème, rougeur, douleur, induration, chaleur, écoulement, ✓ Recherche de signes généraux : fièvre, douleur.

2. Surveillance des risques tardifs :

Les risques seront évoqués avec le patient au moment de sa sortie (surveillance de l'aspect de la stomie, de l'état cutané péristomiale et de la paroi abdominale).

Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
Infection urinaire	<ul style="list-style-type: none">✓ Recherche de signes généraux : fièvre, frissons,✓ Recherche de modification de l'aspect des urines : urines hématuriques, concentrées, troubles, nauséabondes,✓ Recherche de douleur lombaire,✓ S'assurer d'une hydratation adaptée.
Sténose de la stomie	<ul style="list-style-type: none">✓ Recherche d'un rétrécissement du calibre de la stomie.
Lésions cutanées péristomiales	<ul style="list-style-type: none">✓ Recherche de signes d'altération de la peau : dermabrasion, douleur, rougeur.
Précipitation de cristaux de phosphates au niveau cutané	<ul style="list-style-type: none">✓ recherche de granulomes inflammatoires dans la zone péristomiale.

Nota Bene :

En cas de demande de CBU, faire le prélèvement avec une sonde courte par la stomie. Ne pas prélever par la poche.

3. Au moment de la sortie, l'I.D.E. :

3.1/ Evalue la capacité du patient à prendre en charge sa stomie. Elle peut associer un proche à cette démarche éducative,

3.2/ S'assure, si besoin de la continuité des soins par une infirmière libérale (transmissions écrites) et propose la mise en relation avec un stomathérapeute,

3.3/ Vérifie avec le patient les différentes ordonnances, notamment celles concernant le matériel de stomie,

3.4/ Informe le patient sur la possibilité de faire livrer le matériel choisi par un prestataire de service ou une pharmacie de ville,

3.5/ Ecoute le patient et ses proches, répond à leurs questions, donne des conseils complémentaires pour la sortie,

3.6/ Laisse au patient les coordonnées du stomathérapeute, du service en cas de difficultés rencontrées lors du retour à domicile.

3.7/ Remet les coordonnées des associations de patients stomisés.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. **AFET** (Association Française d'Entérostoma - Thérapeutes). Guide de bonnes pratiques en stomathérapie. Edition Holister-Incare-la ligue contre le cancer, comité de l'Isère et du Rhône.2003
2. **Hoerni B. et al.** Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancer, n°19. « Nouveaux cahiers de l'infirmière » Edition Elsevier- Masson. 2007.
3. **Bôll G et al.** Le point sur les stomies, les fistules et les troubles de la continence. Edition Atlas, B. Braun. 2000.
4. **HAS-.I.N.P.E.S.** Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007.
5. **Décret n° 2002-194** du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier.
6. **Décret n° 2004-802** du 29 Juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique modifiant certaines dispositions de ce code. Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel de ce jour.
7. Site internet fédération patient stomisé : <http://www/fsf.asso.fr/>.

ANNEXE I : EDUCATION DU PATIENT POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA STOMIE

Le rôle éducatif de l'IDE commence dès l'admission du patient. Elle lui propose de s'inscrire dans une démarche éducative.

Pour appréhender l'état psychologique du patient, évaluer son degré de connaissance sur sa pathologie et le geste chirurgical qui va être effectué, l'IDE l'amène à reformuler les informations qu'il a reçues du chirurgien.

Tout au long du séjour, l'IDE est attentive au ressenti et aux réactions du patient pour adapter sa démarche.

Elle peut utiliser des supports éducatifs et solliciter des personnes ressources.

L'éducation du patient repose sur quatre étapes :

1. Elaborer un diagnostic éducatif

Selon l'HAS, « ...Le diagnostic va permettre de connaître le patient, d'identifier ses besoins et ses attentes, de formuler avec lui les compétences à acquérir et à mobiliser... »

Le diagnostic sera réajusté tout au long de la démarche.

A titre d'exemple, voici une liste non exhaustive de questions possibles :

1.1/ L'IDE apprécie le degré de connaissance du patient sur sa maladie, la chirurgie et ses conséquences : Que connaissez vous de votre maladie ? Que savez-vous de votre intervention ?

1.2/ L'IDE interroge le patient sur ce qu'est une stomie : Comment vous représentez vous une stomie ? A quoi cela sert il ? Comment imaginez-vous les soins ?

1.3/ L'IDE repère les difficultés potentielles à l'éducation : troubles cognitifs et sensoriels, handicaps divers, contexte social et familial.

1.4/ Elle repère les potentialités et les ressources du patient.

1.5/ Elle évalue le désir et la capacité d'implication du patient dans la démarche éducative : Vous sentez vous capable de changer votre poche ?

2. Définir le programme d'éducation

Il s'agit d'un programme d'éducation individuel et personnalisé.

Il a pour objectif de formuler avec le patient les compétences à acquérir et les objectifs à atteindre au regard de son projet.

L'éducation thérapeutique intègre deux types de compétence :

2.1/ Les compétences d'auto-soin et de sécurité :

Selon l'H.A.S, « Les autosoins représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de sa maladie sur sa santé ».

Parmi ces compétences d'autosoins, des compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient et sont prioritaires dans l'apprentissage.

Compétences d'autosoins et de sécurité	<u>Exemples</u> pour le patient porteur d'une urostomie de type bricker
Adapter des doses de médicament, initier un auto traitement.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable de réagir lors d'une irritation cutanée ou d'une macération, ✓ Etre capable d'anticiper le renouvellement du matériel prescrit.
-Soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.	✓ Etre capable d'évaluer le volume et l'aspect des urines en fonction de son activité.
Réaliser des gestes techniques et des soins.	✓ Etre capable d'assurer les soins d'hygiène de sa stomie au quotidien.
Mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique...).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'adapter ses boissons en fonction de son activité, de son environnement, de son état physique, ✓ Etre capable d'adapter son appareillage en fonction de ses loisirs.
Prévenir des complications évitables.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'observer et d'évaluer l'état de la peau péristomiale, ✓ Prendre l'initiative de modifier son hydratation en cas de diminution du volume ou en fonction de l'aspect des urines, ✓ Etre capable de dépister les signes de déshydratation et mettre en place les actions nécessaires.
Faire face au problème occasionné par la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'alerter en cas de complications, ✓ Etre capable d'organiser son quotidien en prévenant les incidents : prévoir son matériel en vue d'un voyage, repérer dans la journée le moment propice pour réaliser ses soins, etc....
Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.	✓ Etre capable de solliciter l'aide de ses proches en cas de besoin.

2.2/ Les compétences d'adaptation

Selon l'H.A.S, « les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Elles reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient.

Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'autosoins ».

Ces deux compétences sont indissociables.

3. Mettre en œuvre le programme d'éducation

Les séances d'éducation thérapeutique sont conduites en fonction des objectifs déterminés avec le patient.

Le programme des séances est évolutif et est réajusté en fonction de ses capacités d'apprentissage.

Un document de suivi peut être élaboré afin de visualiser l'évolution des compétences du patient. Il permet la coordination entre les différents partenaires de soins impliqués dans l'éducation (diététicienne, stomathérapeute, médecin traitant, infirmière libérale,...).

4. Evaluer les compétences

L'évaluation est réalisée au minimum à la fin de chaque séance d'apprentissage et tout au long de la prise en charge, à la demande du patient ou des professionnels de santé.

Selon l'H.A.S, évaluer consiste à « faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive ».

ANNEXE II : FICHE EXPLICATIVE DESTINEE AU PATIENT STOMISE EN PREVISION DE SA SORTIE

Au cours de votre hospitalisation, vous avez reçu des conseils sur la prise en charge de votre stomie (hygiène et appareillage), sur la vie quotidienne, la diététique, par l'équipe soignante et par diverses brochures mises à votre disposition.

Conseils pratiques :

1. Sur l'appareillage

- 1.1/ Vidangez votre poche régulièrement, n'attendez pas qu'elle soit remplie à plus des 2/3,
- 1.2/ Pour un système 2 pièces, changer le support tous les 3 jours, la poche tous les jours (changer uniquement la poche après chaque douche ou bain),
- 1.3/ Pour un système 1 pièce, changez le système tous les 1 à 2 jours,
- 1.4/ Nettoyer la stomie et la peau à l'eau par tamponnement,
- 1.5/ Sécher minutieusement,
- 1.6/ Vérifier le séchage au doigt,
- 1.7/ Positionner l'appareillage et adaptez-le en fonction du diamètre de la stomie qui va se modifier durant les premiers mois,
- 1.8/ Laisser une marge de 3 à 4 mm entre le bord de la stomie et le support,
- 1.9/ Adapter un sac collecteur pour la nuit,
- 1.10/ Pour la journée, il existe des sacs collecteurs de 500mL qui s'adaptent sur la cuisse (avec attaches),
- 1.11/ Pour la nuit, adapter un sac collecteur de 2L.

En cas d'irritation cutanée :

- Ne pas utiliser d'autre produit que l'eau,
- Vérifier l'étanchéité de l'appareillage,
- En cas de cristaux urinaires sur le pourtour de la stomie, appliquer quotidiennement des compresses imbibées d'un mélange d'eau et de vinaigre blanc (2 pour 1) et maintenir l'application pendant 5 à 10 minutes,
- Si persistance de l'irritation, consultez votre médecin ou votre stomathérapeute.

2. Sur la diététique :

- 2.1/ Boire au moins 1,5 litre d'eau par jour et augmenter la quantité en cas de fortes chaleurs, ou si la quantité d'urine émise diminue,

2.2/ Pour prévenir la formation de cristaux, l'utilisation d'acidifiants urinaires est préconisée (jus de pruneaux, sirop d'airelles),

2.3/ Si les cristaux apparaissent, consulter le médecin ou la stomathérapeute.

3. Sur la vie courante :

Lors du retour à domicile, vous pouvez reprendre progressivement vos habitudes de vie.

3.1/ Hygiène

Les douches, les bains avec appareillage sont possibles.

Pour les hommes, en cas de pilosité importante près de la stomie, couper les poils aux ciseaux ou à la tondeuse, proscrire l'usage de crèmes dépilatoires et le rasoir électrique.

3.2/ Habillement :

Eviter la compression de la stomie par des vêtements ou une ceinture trop serrés.

3.3/ Activité professionnelle :

La reprise est possible et les modalités sont à rediscuter avec le médecin.

3.4/ Loisirs :

Il est important de maintenir une activité physique en évitant les sports violents.

Il est possible de se baigner avec l'appareillage, celui-ci est étanche.

3.5/ Les voyages :

Bien prévoir le matériel nécessaire pour le séjour ainsi que les ordonnances. Pensez à mettre les ciseaux dans les bagages à soute.

3.6/ Vie de couple :

La chirurgie et la présence d'une stomie peuvent modifier la vie sexuelle.

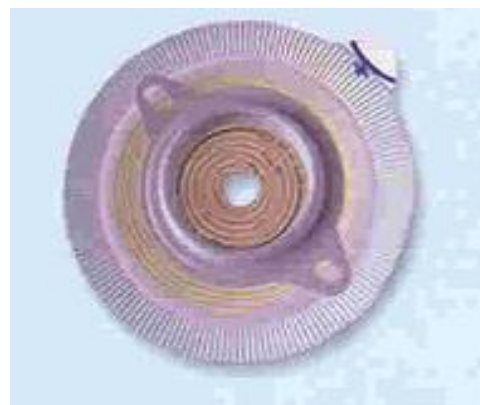
Si des difficultés sont rencontrées, ne pas hésiter à en parler (médecin, équipe paramédicale, psychologues, associations....)

ANNEXE III : LES DIFFERENTES POUCHES (VIDANGEABLE)

Système 1 pièce



Système 2 pièces



Avec l'aimable autorisation du Laboratoire Coloplast®.

ANNEXE IV : EXEMPLE DE DOSSIER D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Nom de L'IDE	Date	Appareillage	Etat cutané péristomial	OBJECTIFS	ACTIONS			RESULTATS
					Vu avec le soignant	A pratiqué	Acquis	