

Histoire de la stomathérapie

Les stomies digestives



Les conséquences d'une ouverture du côlon à la peau sont connues depuis la plus haute Antiquité (-1150)

Dans le troisième livre des Juges de l'Ancien Testament, Ehud le libérateur éventa d'un coup d'épée Eglon le roi des Moabites.

L'intestin d'Eglon fut perforé et il mourut des conséquences de cette plaie. Il ne savait sans doute pas qu'ayant ouvert un segment intestinal de sa victime, celle-ci aurait pu être sauvée par l'abouchement à la peau abdominale du segment sectionné.

En 400 avant notre ère, Hippocrate (-460 / -370) est couramment décrit comme le modèle du médecin de l'Antiquité. C'est l'initiateur d'un style et d'une méthode d'observation clinique, et le fondateur des règles éthiques pour les médecins. Il fut un médecin réputé et un maître célèbre de médecine. Il a dit que « Toute plaie importante de la vessie, du cerveau, du cœur, du diaphragme, du petit intestin, de l'estomac ou du foie est mortelle »

Ce qui veut dire qu'une plaie du gros intestin n'est pas mortelle.



Au temps des Romains, Aulus Cornelius Celsus (-25/50), médecin de l'empereur Auguste s'est exprimé en ces termes : « Lorsque le petit intestin est blessé, rien de bon ne peut être fait, par contre le gros intestin peut guérir après avoir été suturé ».

En 1706, Georges Deppe soldat, fut blessé au niveau de l'hypochondre gauche lors la bataille de Ramillies (Belgique). Il a vécu pendant 14 ans avec une plaie du colon par laquelle s'écoulait les matières.

Alexis Littré (1654 – 1725), médecin français présente pour la première fois en 1710 l'idée d'une colostomie pour traiter l'atrésie anale et les



occlusions. Il parle de réaliser une entérostomie en cas d'occlusion intestinale. Il affirme en effet après autopsie d'un enfant mort d'occlusion par imperforation anale que celui-ci aurait pu être sauvé par création d'un anus artificiel. Selon sa méthode la sortie de l'intestin était sur le côté gauche de l'abdomen, soit dans la région de l'aîne.



En 1730, Henri François le Dran (1685-1770), Chirurgien du Roi, recommande d'extérioriser tout segment blessé et lorsque la perte de substance était d'importance, d'exciser les tissus mortifiés et de fixer l'intestin à la paroi

Steiger Hall rapporte en 1770, l'histoire d'une femme de 41 ans blessée par un sanglier sur le rebord costal gauche entraînant une plaie intestinale donnant lieu à un écoulement stercoral. Malgré cette fistule, cette femme continua à avoir de temps en temps des selles par voie naturelle et vécut de nombreuses années



Les premières stomies chirurgicales (volontaires) débutent vers 1750.



Le chirurgien britannique William Cheselden (1688-1752), est l'un des chirurgiens les plus prestigieux du 18ème siècle. En 1750, il opéra une patiente anglaise Margaret WHITE, âgée de 73 ans, qui fût considérée comme la première patiente stomisée de l'histoire. Malgré les techniques déficientes et les mauvaises conditions hygiéniques, elle survécut. Plus forte après l'opération, elle vécut encore de nombreuses années grâce à sa stomie.

Le chirurgien français de Rouen, Jean-Henri Pillore (1724-1804) réalise une première chirurgicale en 1776 avec la pose d'un anus artificiel. En 1798 il fait une première tentative de caecostomie (iléostomie) chez Mme Morel pour un cancer du rectum



révélé par une occlusion non levée suite à l'ingestion de 2 livres de mercure. La malade décède 28 jours après d'une péritonite.



Antoine Dubois (1756-1837) chirurgien de Napoléon, avec la méthode de Littré, tente en 1783 la première colostomie sur imperforation anale chez un enfant de 7 jours qui décèdera 10 jours après.

En 1793, Pierre Duret (1745-1825), chirurgien de Brest, réalise la 1ère colostomie à laquelle survivra le malade pendant 45 ans.



Le chirurgien danois, Hendrik Callisen (1740-1824) décrit en 1798 dans son manuel chirurgical une approche chirurgicale pour la réalisation d'une colostomie. Selon lui, il était possible d'établir une colostomie dans la région lombaire sans ouvrir le péritoine. Il a affirmé que cette approche réduit le risque de dommages au péritoine, et donc le risque de péritonite.

Le Français Jean-Zuléma Amussat (1796-1856), va poursuivre les études de Callisen, et va réaliser en 1839 la première colostomie sur le côté gauche de la région lombaire. La méthode Amussat présentait une complexité opératoire, et la stomie était difficile à gérer par la personne elle-même aux vues de son emplacement. Cette méthode a donc été abandonnée au profit de la méthode de Littré.



Charles-Louis Dumas (1765-1813), médecin français recommande l'ouverture de l'intestin chez le nouveau-né en cas d'imperforation anale.

Amélioration des techniques opératoires au courant du XIXème siècle et multiplications des exemples

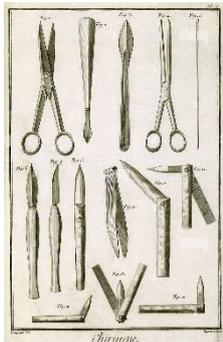
En 1821, Daniel Pring de Bath utilise pour la première fois le terme d'anūs artificiel et pose le problème du retentissement psychologique et social qui en découle.



En 1879, Wilhelm Georg Baum (1836-1896), chirurgien autrichien réalise la première iléostomie à laquelle le patient survécu.



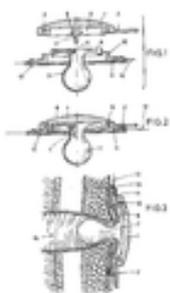
1884 : première stomie latérale sur baguette par un autrichien Karl Maydl (1853-1903)



1890 : Première colostomie iliaque gauche terminale avec introduction d'un tube de verre relié à un tube de caoutchouc pour permettre l'évacuation des selles sans souiller la plaie par Thomas Paul chirurgien de Liverpool

La situation géographique de toutes ces colostomies était toujours très basse presque inguinale. Ce n'est que vers 1920 que cette localisation remonte au niveau supérieur de la fosse iliaque afin d'optimiser les soins.

Les techniques de l'iléostomie sont apparues beaucoup plus tardivement que celles de la colostomie. Cette dernière est longtemps restée une intervention d'exception. Par ailleurs, l'ablation totale du colon et du rectum qui accompagne généralement l'iléostomie, n'a commencé à être pratiquée qu'au XX siècle .



Des chirurgiens ont tenté d'obtenir des colostomies continentales (ne nécessitant pas de poche) par l'utilisation de différentes méthodes qui ont successivement été abandonnées. Les derniers procédés en date de colostomies continentales sont l'anneau magnétique (Feustel et Henning, 1975) et l'autotransplant de muscle lisse (Schmidt, 1980).

Ce n'est qu'à partir des années 50 que la colectomie totale se développe de façon plus importante dans le traitement de la polypose colique, de la recto-colite hémorragique et de la maladie de Crohn.

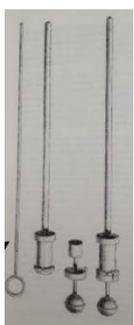
En 1970, Kock met au point une technique d'ileostomie continente, procédé qui consiste en la réalisation à l'aide de la fin de l'intestin grêle, d'un réservoir intra-abdominale fermé par une valve continente obtenue par invagination de la dernière anse iléale sur elle-même nécessitant une évacuation par sondage.



Les stomies urinaires

Les stomies urinaires sont nettement moins nombreuses que les stomies digestives.

Au moyen âge, l'uroscopie consistait à mirer les urines à travers le « matula » (récipient spécial devenu l'emblème des médecins)



Les rétrécissements du canal de l'urètre

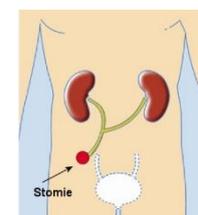
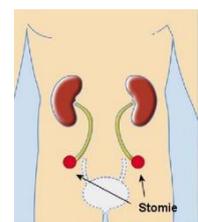
Les principales pathologies urinaires sont les sténoses de l'urètre et les pierres de la vessie dont les maladies vénériennes étaient pourvoyeuses.

Le traitement était basé sur la dilatation par bougies métalliques dès l'an 360.

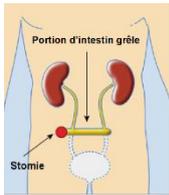
Le personnage le plus célèbre à user de ce traitement fut Henri IV

Depuis le milieu du XIX^{ème} siècle, de multiples techniques de dérivation urinaire non continente ont été proposées et principalement les urétérostomies cutanées directes

Alors qu'elles étaient fréquemment réalisées jusque dans les années 50, ce type de dérivation est devenu rare, représentant 0,7 à 10 % des modes de dérivation urinaire, et est principalement réservé aux patients ayant



une cystectomie à visée palliative ou lorsque leur état général ne permet pas un autre mode de dérivation



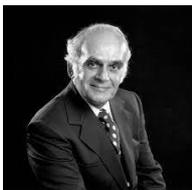
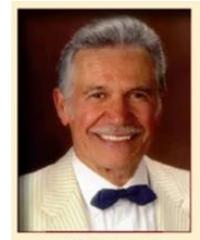
Les urétérostomies cutanées trans-iléales (le « Bricker »)

Cette technique a été initialement décrite par Eugène Bricker (1908-2000) au début des années 50.



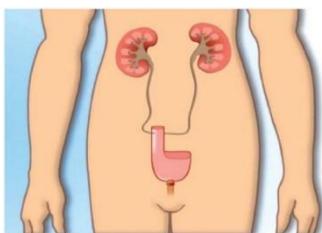
Cette technique de dérivation n'a pas évolué dans le temps. Elle permet la dérivation des urines au travers de la paroi abdominale à l'aide d'un conduit large évitant tout risque de sténose et ne nécessitant donc pas d'appareillage particulier au niveau urétéral.

1951 : Couvelaire Roger (1903-1986) et Camey Maurice (1926-2017) développent la vessie de substitution et surtout la détubulisation



1970 : Lapidès Jack (1914-1995) en introduisant l'autosondage ouvre la voie des dérivations urinaires continentales

1986 : développement des néovessies orthotopiques (réservoirs confectionnés à partir de tissu intestinal grêle abouchés à l'urètre ou à l'abdomen

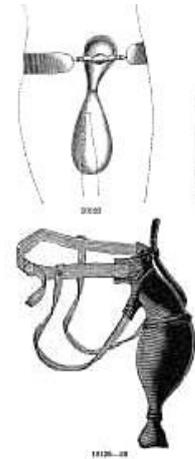


Les appareillages

Les premiers appareillages semblent être des éponges et des bandages ou des éponges recouvertes de coton qui laissent passer les gaz mais arrêtent les matières. Puis un opéré a imaginé s'appareiller avec une boîte.

Premiers appareillages début 1900, puis apparition d'appareillages en caoutchouc

Recueil d'urines



Recueil de selles



1950 : l'ALVAB Système, premier appareillage à poche jetable. Muni d'un protecteur rond qui couvre et protège la stomie, sur lequel était attaché des bandes élastiques, faisant office de ceinture de maintien, afin de pouvoir y accrocher un sac à jeter. Puis sont nés Nu-Hope et MARLEN aux Etats-Unis.

Nu Hope



Alvab



Marlen



1955 : Elise Sorensen invente la première poche adhésive à usage unique. L'oxyde de Zinc utilisé comme adhésif étant agressif pour la peau on utilisait des colorants (éosine, bleu de Milian) pour tanner la peau et la rendre moins sensible



1960 : Utilisation d'un protecteur cutané à base de Karaya (gomme naturelle) comme support de la poche

Mais le protecteur en karaya fondait sous l'effet de la chaleur du corps et ne présentait aucune adhésivité

1970 : Mise au point des protecteurs cutanés à base d'hydrocolloïdes adhérant à la peau sans l'agresser



Les associations

1945 : Un groupe de femmes iléostomisées décident de se regrouper au cours de réunions informelles, puis officielles au Mount Sinai Hospital de New York. Deux chirurgiens participaient à ces réunions, Albert LYONS et Georges SCHRIBER.

1952 : Ces deux chirurgiens assurent la promotion de ces groupes de support pour stomisés (ouvert à tous les stomisés).

Ouverture du 1er centre de soins pour stomisés au Mount Sinai Hospital. Dans le même temps, Edith LENNEBERG (iléostomisée) crée un groupe de support similaire à Boston (M.A.) et publie des articles pour informer les soignants.





1954 : USA

Une jeune femme Norma GILL (1920-1998) souffrant d'une recto colite ulcéro hémorragique est opérée, elle subit une pancoloprotectomie et la confection d'une iléostomie définitive par le Professeur Rupert B TURNBULL (1913-1981) à Cleveland.

1958 : Norma N GILL première entéro-stomathérapeute (E.T.)

1961 : Elle crée la première école pour ET à Cleveland

1963 : Les 1er fabricants de matériel exposent leurs produits.



1968 : Les E.T. assistent au Congrès de l' U.O.A. de Phoenix et une association officielle est créée 'l'Américan Association of Entérostomathérapeuts' (A.A.F.E.T.).

Norma GILL visite de nombreux pays pour faire connaître la stomathérapie de 1974 à 1976, elle effectue plusieurs voyages en France à la demande du Professeur G. GUILLEMIN (1912-1994), chirurgien chef de service de l'Hôtel Dieu de Lyon.

1974 : Une structure de soins existait à l'Hôtel Dieu à l'initiative du Professeur GUILLEMIN, une jeune femme iléostomisée assurait ce travail comme Norma N GILL à ses débuts, elle suivra la formation E.T. et sera la seule E.T. non-infirmière.

1976 : La 1ère infirmière E.T. est diplômée à Cleveland, Suzanne MONTANDON (1928-2022), surveillante dans le service du Professeur GUILLEMIN après une formation de 6 semaines.

1978 : Création de la 1ère école de stomathérapeutes par Suzanne MONTANDON aidée par le Professeur GUILLEMIN des Hospices de Lyon et Catherine MORDACQ (1924-2023), directrice adjointe de l'école internationale de Lyon.

A l'issu de la formation, le groupe créé l' A.F.E.T. (Association Française d'Entérostomathérapeute). Suzanne MONTANDON en est la présidente.



N. Gill – Pr Guillemain – S. Montandon