

## Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 18 juin 2020

Par Walter BERTHERAT

Né(e) le 14 août 1990 à Bruges

### **Comment les patients prennent-ils en charge leur urostomie au quotidien ? Enquête par questionnaires.**

Thèse dirigée par le Professeur DESCAZEAUD

Examineurs :

M. le Professeur DESCAZEAUD, Président du Jury

M. le Professeur DURAND-FONTANIER, Juge

M. le Professeur DAVIET, Juge

M. le Docteur BALLOUHEY, Juge

M. le Docteur PLAINARD, Juge

M. le Docteur LESCURE, Membre invité





## Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 juin 2020

Par Walter BERTHERAT

Né(e) le 14 août 1990 à Bruges

### **Comment les patients prennent-ils en charge leur urostomie au quotidien ? Enquête par questionnaires.**

Thèse dirigée par le Professeur DESCAZEAUD

Examineurs :

M. le Professeur DESCAZEAUD, Président du Jury

M. le Professeur DURAND-FONTANIER, Juge

M. le Professeur DAVIET, Juge

M. le Docteur BALLOUHEY, Juge

M. le Docteur PLAINARD, Juge

M. le Docteur LESCURE, Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 01 octobre 2019

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>ABOYANS</b> Victor         | CARDIOLOGIE   |
| <b>ACHARD</b> Jean-Michel     | PHYSIOLOGIE   |
| <b>ALAIN</b> Sophie           | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                             |
| <b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise  | MEDECINE INTERNE<br>(Surnombre jusqu'au 31-08-2020) |
| <b>AUBARD</b> Yves            | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                             |
| <b>AUBRY</b> Karine           | O.R.L.  |
| <b>BEDANE</b> Christophe      | DERMATO-VENEREOLOGIE                                |
| <b>BERTIN</b> Philippe        | THERAPEUTIQUE                                       |
| <b>BORDESSOULE</b> Dominique  | HEMATOLOGIE<br>(Surnombre jusqu'au 31-08-2020)      |
| <b>CAIRE</b> François         | NEUROCHIRURGIE                                      |
| <b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis  | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et<br>TRAUMATOLOGIQUE        |
| <b>CLAVERE</b> Pierre         | RADIOTHERAPIE                                       |
| <b>CLEMENT</b> Jean-Pierre    | PSYCHIATRIE d'ADULTES                               |
| <b>COGNE</b> Michel           | IMMUNOLOGIE   |
| <b>CORNU</b> Elisabeth        | CHIRURGIE THORACIQUE et<br>CARDIOVASCULAIRE         |
| <b>COURATIER</b> Philippe     | NEUROLOGIE  |
| <b>DANTOINE</b> Thierry       | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT             |
| <b>DARDE</b> Marie-Laure      | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE                          |
| <b>DAVIET</b> Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION                |
| <b>DESCAZEAUD</b> Aurélien    | UROLOGIE  |
| <b>DES GUETZ</b> Gaëtan       | CANCEROLOGIE  |
| <b>DESSPORT</b> Jean-Claude   | NUTRITION   |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>DRUET-CABANAC</b> Michel        | MEDECINE et SANTE au TRAVAIL                      |
| <b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine   | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)                    |
| <b>ESSIG</b> Marie                 | NEPHROLOGIE                                       |
| <b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure         | MEDECINE INTERNE                                  |
| <b>FAUCHER</b> Jean-François       | MALADIES INFECTIEUSES                             |
| <b>FAVREAU</b> Frédéric            | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE                 |
| <b>FEUILLARD</b> Jean              | HEMATOLOGIE                                       |
| <b>FOURCADE</b> Laurent            | CHIRURGIE INFANTILE                               |
| <b>GAUTHIER</b> Tristan            | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                           |
| <b>GUIGONIS</b> Vincent            | PEDIATRIE   |
| <b>JACCARD</b> Arnaud              | HEMATOLOGIE                                       |
| <b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile | IMMUNOLOGIE                                       |
| <b>LABROUSSE</b> François          | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES               |
| <b>LACROIX</b> Philippe            | MEDECINE VASCULAIRE                               |
| <b>LAROCHE</b> Marie-Laure         | PHARMACOLOGIE CLINIQUE                            |
| <b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne      | PEDIATRIE   |
| <b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique    | HEPATOLOGIE                                       |
| <b>LY</b> Kim                      | MEDECINE INTERNE                                  |
| <b>MABIT</b> Christian             | ANATOMIE  |
| <b>MAGY</b> Laurent                | NEUROLOGIE  |
| <b>MARIN</b> Benoît                | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| <b>MARQUET</b> Pierre              | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE                        |
| <b>MATHONNET</b> Muriel            | CHIRURGIE DIGESTIVE                               |
| <b>MELLONI</b> Boris               | PNEUMOLOGIE                                       |
| <b>MOHTY</b> Dania                 | CARDIOLOGIE                                       |
| <b>MONTEIL</b> Jacques             | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE                 |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>MOUNAYER</b> Charbel              | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE                   |
| <b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie       | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                       |
| <b>NUBUKPO</b> Philippe              | ADDICTOLOGIE                                      |
| <b>OLLIAC</b> Bertrand               | PEDOPSYCHIATRIE                                   |
| <b>PARAF</b> François                | MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE              |
| <b>PLOY</b> Marie-Cécile             | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                           |
| <b>PREUX</b> Pierre-Marie            | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| <b>ROBERT</b> Pierre-Yves            | OPHTALMOLOGIE                                     |
| <b>ROUCHAUD</b> Aymeric              | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE                   |
| <b>SALLE</b> Jean-Yves               | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION              |
| <b>SAUTEREAU</b> Denis               | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE                  |
| <b>STURTZ</b> Franck                 | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE                 |
| <b>TCHALLA</b> Achille               | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT           |
| <b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES  |
| <b>TOURE</b> Fatouma                 | NEPHROLOGIE                                       |
| <b>VALLEIX</b> Denis                 | ANATOMIE  |
| <b>VERGNENEGRE</b> Alain             | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| <b>VERGNE-SALLE</b> Pascale          | THERAPEUTIQUE                                     |
| <b>VIGNON</b> Philippe               | REANIMATION                                       |
| <b>VINCENT</b> François              | PHYSIOLOGIE                                       |
| <b>YARDIN</b> Catherine              | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE                           |

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>BRIE</b> Joël        | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
| <b>KARAM</b> Henri-Hani | MEDECINE D'URGENCE                        |

**MOREAU** Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**BALLOUHEY** Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

**BARRAUD** Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**BEN AHMED** Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

**BOURTHOUMIEU** Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**COUVE-DEACON** Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**DUCHESNE** Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

**DURAND** Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**JACQUES** Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

**JESUS** Pierre

NUTRITION

**LE GUYADER** Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et  
CARDIOVASCULAIRE

**LERAT** Justine

O.R.L.

**LIA** Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

**RIZZO** David

HEMATOLOGIE

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

**WOILLARD** Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**DUMOITIER** Nathalie

(Responsable du département de Médecine  
Générale)

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>HOUDARD</b> Gaëtan                | (du 1 <sup>er</sup> septembre 2019 au 31 août 2022) |
| <b>LAUCHET</b> Nadège                | (du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2020) |
| <b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule | (du 1 <sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2021) |

## **PROFESSEURS EMERITES**

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>ALDIGIER</b> Jean-Claude   | du 01.09.2018 au 31.08.2020 |
| <b>BESSEDE</b> Jean-Pierre    | du 01-09-2018 au 31-08-2020 |
| <b>BUCHON</b> Daniel          | du 01-09-2019 au 31-08-2021 |
| <b>MERLE</b> Louis            | du 01.09.2017 au 31.08.2019 |
| <b>MOREAU</b> Jean-Jacques    | du 01-09-2019 au 31-08-2020 |
| <b>TREVES</b> Richard         | du 01-09-2019 au 31-08-2021 |
| <b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole | du 01-09-2018 au 31-08-2020 |
| <b>VALLAT</b> Jean-Michel     | du 01.09.2019 au 31.08.2020 |
| <b>VIROT</b> Patrice          | du 01.09.2019 au 31.08.2020 |



## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2019

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>AUDITEAU</b> Emilie       | EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)                     |
| <b>DAURIAT</b> Benjamin      | HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET<br>CYTOGENETIQUE |
| <b>DERBAL</b> Sophiane       | CHIRURGIE ANATOMIE                          |
| <b>DOUCHEZ</b> Marie         | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                 |
| <b>DUPONT</b> Marine         | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE                      |
| <b>DUCHESNE</b> Mathilde     | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES         |
| <b>DURIEUX</b> Marie-Fleur   | PARASITOLOGIE                               |
| <b>GUYOT</b> Anne            | LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE                   |
| <b>HERMINEAUD</b> Bertrand   | LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE                   |
| <b>HUMMEL</b> Marie          | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                 |
| <b>LEFEBVRE</b> Cyrielle     | ANESTHESIE REANIMATION                      |
| <b>PIHAN</b> Franck          | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                 |
| <b>RIAHI</b> Edouard         | MEDECINE NUCLEAIRE                          |
| <b>RIVAILLE</b> Thibaud      | CHIRURGIE-ANATOMIE                          |
| <b>SANSON</b> Amandine       | ANESTHESIE REANIMATION                      |
| <b>TCHU HOI NGNO</b> Princia | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE           |

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>ALBOUYS</b> Jérémie          | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE                    |
| <b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET<br>TRAUMATOLOGIQUE |
| <b>AUBLANC</b> Mathilde         | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                      |
| <b>BAÏSSE</b> Arthur            | REANIMATION POLYVALENTE                      |
| <b>BEEHARRY</b> Adil            | CARDIOLOGIE                                  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>BLOSSIER</b> Jean-David       | CHIRURGIE THORACIQUE et<br>CARDIOVASCULAIRE  |
| <b>BOSETTI</b> Anaïs             | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT      |
| <b>BRISSET</b> Josselin          | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES          |
| <b>CHAUVET</b> Romain            | CHIRURGIE VASCULAIRE                         |
| <b>CISSE</b> Fatou               | PSYCHIATRIE                                  |
| <b>COMPAGNAT</b> Maxence         | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION         |
| <b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs | RHUMATOLOGIE                                 |
| <b>DESCHAMPS</b> Nathalie        | NEUROLOGIE                                   |
| <b>DESVAUX</b> Edouard           | MEDECINE GERIATRIQUE                         |
| <b>DUVAL</b> Marion              | NEPHROLOGIE                                  |
| <b>EL OUAFI</b> Zhou             | NEPHROLOGIE                                  |
| <b>FAURE</b> Bertrand            | PSYCHIATRIE d'ADULTES                        |
| <b>FAYEMENDY</b> Charlotte       | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE              |
| <b>FROGET</b> Rachel             | CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)  |
| <b>GEYL</b> Sophie               | GASTROENTEROLOGIE                            |
| <b>GHANEM</b> Khaled             | ORL  |
| <b>GILBERT</b> Guillaume         | REANIMATION POLYVALENTE                      |
| <b>GUTTIEREZ</b> Blandine        | MALADIES INFECTIEUSES                        |
| <b>HANGARD</b> Pauline           | PEDIATRIE                                    |
| <b>HARDY</b> Jérémy              | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET<br>TRAUMATOLOGIQUE |
| <b>HESSAS-EBELY</b> Miassa       | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE                      |
| <b>KRETZSCHMAR</b> Tristan       | PSYCHIATRE d'ADULTES                         |
| <b>LACOSTE</b> Marie             | MALADIES INFECTIEUSES                        |
| <b>LAFON</b> Thomas              | MEDECINE d'URGENCE                           |
| <b>LAHMADI</b> Sanae             | NEUROLOGIE                                   |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>LALOZE</b> Jérôme           | CHIRURGIE PLASTIQUE  |
| <b>LEGROS</b> Maxime           | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  |
| <b>LEHMANN</b> Lauriane        | GASTROENTEROLOGIE  |
| <b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys | RADIOTHERAPIE  |
| <b>MEUNIER</b> Amélie          | ORL  |
| <b>MICLE</b> Liviu-Ionut       | CHIRURGIE INFANTILE  |
| <b>MOWENDABEKA</b> Audrey      | PEDIATRIE  |
| <b>ORLIAC</b> Hélène           | RADIOTHERAPIE  |
| <b>PARREAU</b> Simon           | MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE                                   |
| <b>PELETTE</b> Romain          | CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE                                   |
| <b>PEYRAMAURE</b> Clémentine   | ONCOLOGIE MEDICALE   |
| <b>PLAS</b> Camille            | MEDECINE INTERNE B   |
| <b>QUILBE</b> Sébastien        | OPHTALMOLOGIE  |
| <b>SIMONNEAU</b> Yannick       | PNEUMOLOGIE  |
| <b>SURGE</b> Jules             | NEUROLOGIE   |
| <b>TRICARD</b> Jérémy          | CHIRURGIE THORACIQUE et<br>CARDIOVASCULAIRE<br>MEDECINE VASCULAIRE |
| <b>VAIDIE</b> Julien           | HEMATOLOGIE CLINIQUE   |
| <b>VERLEY</b> Jean-Baptiste    | PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT                                      |
| <b>VIDAL</b> Thomas            | OPHTALMOLOGIE  |

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**MATHIEU** Pierre-Alain                      CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE

A Camille.

*Dans un univers passablement absurde, il y a quelque chose qui n'est pas absurde, c'est ce  
que l'on peut faire pour les autres.*  
**André Malraux**

## Remerciements

---

**A mon maitre, président du jury et directeur de thèse :**

**A M. le Professeur Aurélien DESCAZEAUD,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement théorique comme au bloc opératoire, la patience dont vous avez fait preuve tout au long de ce travail mais également au cours de ma formation ainsi que la confiance que vous avez su m'accorder.

Vous êtes un modèle chirurgical comme humain et comme vous le dites si bien : « Ça ne doit plus tenir par grand-chose ! ».

Je vous prie de croire en mon profond respect et ma profonde admiration.

**A Mme le Professeur Sylvaine DURAND-FONTANIER,**

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie pour votre bienveillance et la gentillesse dont vous avez fait preuve à mon égard notamment en nuit profonde avec des cas, parfois ... hors du commun !

Je vous prie de croire en mon profond respect et ma profonde gratitude.

**A M. le Professeur Jean-Christophe DAVIET,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour la disponibilité et l'attention que vous y portez.

Je vous prie de croire en mon profond respect et ma profonde gratitude.

**Au Docteur Quentin BALLOUHEY,**

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Merci de ton accueil, de la gentillesse et la patience dont tu as fait preuve avec moi lors de mon initiation à la chirurgie, tes qualités chirurgicales, pédagogiques, humaines profiteront à plusieurs générations d'internes et étudiants !

Je te prie de croire en mon profond respect et ma profonde gratitude.

**Au Docteur Xavier PLAINARD,**

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Merci de ta disponibilité, ta gentillesse et ton humour communicatif.

Tes conseils sont précieux et t'assister dans des chirurgies hors-normes, toujours un plaisir !

Je te prie de croire en mon profond respect et ma profonde gratitude.

### **Au Docteur Victor LESCURE,**

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Merci mon Loup pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton enseignement, tu es un exemple à suivre. En espérant pouvoir continuer à faire plein d'activités ludiques à tes côtés !

Je te prie de croire en mon profond respect et ma profonde gratitude.

### **A mes parents, Maman et Papa,**

« Tu seras un homme, mon fils », C'est par ces mots que Kipling concluait son poème *Si*. Cette phrase prend tout son sens aujourd'hui, et j'espère en être devenu un à vos yeux, même s'il m'a fallu du temps...merci d'avoir toujours cru en moi et m'avoir donné tout votre amour et votre soutien. Désolé si je vous en ai fait tant baver ! Je vous aime tant.

### **A Isabelle,**

Tu nous à élever comme une mère, je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi. Je t'aime très fort.

### **A ma sœur Clarisse,**

Merci pour tout, ta gentillesse, tes précieux conseils et ton soutien. Je t'aime très fort Nanou !

### **A ma sœur Pauline,**

Merci pour tout, je te souhaite énormément de bonheur à toi ainsi que mes neveux **Arthur** et **Achille**, je sais que toi, tu n'es pas comme les autres et que tu ne feras jamais de plaies de vessies, et que tu ne couperas aucun uretère car tu es la meilleure ! Je t'aime très fort.

### **A mes Grands-parents,**

**Mémé et Pépé** : de là ou vous êtes, je suis sûr que vous continuez de veiller sur moi, je vous aime très fort. **Mamie, Papi**, merci de tout ce que vous avez pu faire pour moi, je vous dois tellement, je vous aime très fort.

### **A mes amis de toujours : Alexandre, Thomas, Tristan, Blue, Romain, Baptiste, Alexander, Olivier, Manu pour ne citer qu'eux, sans oublier tous les autres !**

Beaucoup d'années à rigoler et faire des conneries, merci à chacun d'entre vous d'avoir cru en moi et d'avoir su maintenir le lien et ce, en toutes circonstances !

### **A mes ex co-externes et amis,**

**Pierre et Diane**, j'espère vous voir cet été, merci pour votre soutien indéfectible !

### **A mes ex co-internes,**

**JP** avec qui j'ai été élevé dans la souffrance, finalement, on a bien fait de pas rebrousser chemin ! le **Docteur Romain PELETTE**, t'es mon maître spirituel, le kaiser suprême, le seul apte à mener le front de libération des prépuces du Limousin, merci pour tout, ton humour, ta bienveillance, tes précieux conseils dans la vie comme au boulot. **Flo**, merci pour toutes ces grosses rigolades et délires, politiquement correct, j'admire ton sens de la diplomatie avec les patients les plus récalcitrants, merci de m'avoir soutenu le périnée sur les premiers blocs en solo! **Gromothé, Armando, Maxime, Grodil, Lucie, Chongi**, merci pour ce pur stage délire de vasculaire et tous ces orteils au baquet ! **Caropinster, Vicky, Chiquette, Alexis, Sybille**, promis les enfants j'essaierai de moins râler chef, même si au fond, j'aime tellement ça !

### **A tous mes chefs,**

Au **Dr BRAKBI**, le Lord de Saint-Ju, merci pour ta bonne humeur, Le **Dr GARDIC**, coaching sentimental et calculs, le **Dr ORSONI**, merci pour ton soutien et ton implication auprès de nous et une pensée pour toutes ces cadres que tu as mis en orbite, je veille sur tes sabots. Le **Dr BOUCHET**, merci pour ta patience et m'avoir enseigné avec patience : orchidectomie express et imbattable sur la descente de café ! au plaisir de vous revoir tous les deux sur Brive !

Le **Dr ABDULLAH** et le **Dr MACHKOUR**.

### **Au Professeur DUMAS,**

Pour votre gentillesse, je vous prie de croire en mon plus profond respect.

**A toute l'équipe du bloc central, en particulier celles qui m'ont vu « grandir », elles se reconnaîtront, merci de vos précieux conseils, il est vrai que les centimètres (mes parents vont me lire alors je préfère taire la suite) ...**

**A toute l'équipe du service d'urologie du CHU : IDE, AS et ASH, sans qui ce service ne serait pas ce qu'il est, merci de continuer ainsi dans la joie et la bonne humeur : merci d'avoir supporté mon humour douteux !**

**A toute l'équipe d'endoscopie, cystos à la volée et transferts surprises pour sondages ! Merci pour votre bonne humeur votre patience et pour me féliciter sur les carottes biopsiques, « elles sont bien ? ». Une spéciale pour Jojo : merci pour tout tes précieux conseils, ta gentillesse et ta patience ! Ainsi que Lison, je suis sûr que l'uro te manque !**

**A toute l'équipe du secrétariat, pour le soutien et la gentillesse de chacune d'entre vous ! Merci pour votre grande patience et votre compréhension, promis j'essaierai de moins déplacer mes consult !**



### **A l'équipe de Chirurgie viscérale du CHU de Limoges,**

Pour toutes ces gardes et leurs lots de surprises, en particulier le **Dr FREDON** et le **Dr RIVAILLE** (en tête du peloton, désolé pour tous ces suivis à assurer derrière...) merci également au **Dr TAIBI**, **Dr FABRE**, **Dr CHRISTOU**, **Dr DERBAL**, **Dr BOUVIER** et le **Pro MATHONNET** pour votre enseignement de la chirurgie digestive.

### **A l'équipe de Chirurgie pédiatrique du CHU de Limoges,**

Au **Pr FOURCADE**, premier semestre...musclé ? merci au **Dr GROSOS** pour m'avoir fait faire ma première appendoc. Un grand merci également au **Dr LONGIS**, au **Dr GHOULEM** et sa vision de l'orthopédie adulte, le **Dr NEAMTU**, tu nous auras bien fait rire ! l'équipe du bloc de l'HME et le service de chirurgie pédiatrique !

### **A l'équipe d'Urologie du CH de Brive-La-Gaillarde,**

Le **Dr ASSAF** et le **Dr BOURGNINAUD**, merci de m'avoir fait découvrir cette belle spécialité et de m'avoir accueilli dans votre service, un grand merci également à l'équipe de P6 !

### **A l'équipe de chirurgie digestive du CH de Brive-La-Gaillarde,**

Le **Dr ABDEH**, merci pour ton soutien et pour m'avoir enseigné avec passion la chirurgie digestive, le **Dr TBOUL** et le **Dr LANDREAU** pour votre gentillesse. Un grand merci également à toute l'équipe du bloc de Brive avec qui j'ai passé trois semestres géniaux !

### **A l'équipe de CTCV du Chu de Limoges,**

Merci au **Dr PESTEIL**, pour ton enseignement de cette belle spécialité qu'est la chirurgie vasculaire. Au **Dr GORDIENCO**, ambiance Balkans et rigolades et le **Dr VITALE** « l'étalon italien ». Merci également à toute l'équipe du bloc ainsi que tout le service du **Pr LACROIX**.

**A tous les gens formidables que j'ai pu rencontrer ici, à défaut de pouvoir tous vous énumérer, ils sont nombreux et ils se reconnaîtront, en particulier les gaziers pour toutes ces « petites » JJ qui peuvent en cacher une autre. Les radiologues, partenaires de la nuit tombée, du staff voire d'un chinois ou d'un Domac et l'annonce de l'occlusion, du pneumo ou plus si affinités ! tous les internes de chir toutes spés confondues en particulier Célia et la Bosche, ainsi que le bon Ragi : bon souvenir de la fête de la saucisse !**



## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b><i>Introduction.....</i></b>                 | <b>21</b> |
| <b><i>I. Matériels et méthode.....</i></b>      | <b>22</b> |
| <b><i>II. Résultats.....</i></b>                | <b>23</b> |
| <b><i>III. Discussion .....</i></b>             | <b>31</b> |
| <b><i>Conclusion .....</i></b>                  | <b>34</b> |
| <b><i>Références bibliographiques .....</i></b> | <b>35</b> |
| <b><i>Annexes.....</i></b>                      | <b>37</b> |
| <b><i>Serment d’Hippocrate .....</i></b>        | <b>50</b> |

## Introduction

---

On estime entre 10 000 et 20 000 le nombre de patients porteurs de stomies urinaires en France, qu'elles soient secondaires à des pathologies néoplasiques (cancers urothéliaux, digestifs ou gynécologiques) ou fonctionnelles (sclérose en plaque, spina bifida, traumatisme médullaire...) (1).

Les dérivations transiléales non continentales sont les dérivations les plus souvent réalisées (33-77% selon les séries), les urétérostomies cutanées sont souvent réalisées chez des patients âgés avec des comorbidités importantes afin de réduire le risque chirurgical (2)(3)(4).

L'espérance de vie des patients stomisés est potentiellement longue ; par exemple, la survie globale à 5 ans des patients ayant subi une cystectomie pour cancer de la vessie est de 52,3% (5). Les dérivations non continentales nécessitent le port d'un appareillage externe pouvant altérer l'image corporelle et la qualité de vie (6).

Selon les études portant principalement sur les stomies digestives, les complications stomiales et péristomiales sont rencontrées par près de 80% dans les deux ans suivant la chirurgie (7)(8). Le contexte psychosocial est un facteur important à prendre en compte : il a été rapporté que près de deux tiers des patients stomisés ont besoin de l'aide de leur conjoint ou d'un soignant pour l'appareillage de leur stomie (9).

Les études portant sur les modalités de prise en charge quotidienne et les complications stomiales sont principalement focalisées sur les patients porteurs de stomie digestive. Les données portant sur les patients stomisés urinaires sont rares. L'objectif de cette étude était d'évaluer les modalités pratiques de prise en charge au quotidien des stomies et des complications cutanées éventuelles, au sein d'une série de patients porteurs de stomies urinaires non continentales.

## I. Matériels et méthode

---

De janvier 2019 à décembre 2019, tous les patients porteurs de stomies urinaires non continentales définitives consultant dans un service universitaire d'urologie ont été évalués par des auto-questionnaires. Les patients ayant un recul de moins de six mois par rapport à la date de création de la stomie urinaire étaient exclus. Les patients inclus pouvaient être porteurs d'une stomie transiléale type Bricker ou d'urostomies. La pathologie sous-jacente n'était pas un critère d'exclusion (vessie neurologique, cancer...). Les auto-questionnaires étaient remis en mains propres par l'urologue au patient à la fin de la consultation ou par l'infirmière au décours d'un soin. Le questionnaire pouvait soit être rempli sur place, soit renvoyé par courrier postal, soit être ramené lors d'une consultation ultérieure.

Le questionnaire comportait 2 parties :

1. Un questionnaire validé pour les stomies digestives : le STOMA-QOL (10). Le score calculé de 20 à 80 est ensuite converti sur une échelle de 0 à 100, 100 correspondant à la qualité de vie maximale (Annexe 1).
2. Un questionnaire comportant 21 questions spécifiques établies collégialement par les praticiens du service (Annexe 2).

Au vu de l'usage en soins courant du questionnaire, seul un accord du comité d'éthique local a été requis. Les données médicales des patients et les réponses au questionnaire ont été collectées dans un tableur anonymisé avec un codage numérique. Les données ont ensuite été analysées avec le logiciel de statistique SPSS 20 (IBM ©).

## II. Résultats

### 1) Caractéristiques générales des patients (Tableau 1)

Au total, 87 patients ont été inclus : 27 femmes (31%) et 60 hommes (69%) d'âge moyen 69,2 ans. 73 patients avaient une dérivation transiléale non continente (83,9%) et 14 des urétérostomies cutanées directes (16,1%). Pour un peu plus de la moitié des patients, la pathologie sous-jacente était carcinologique (52,9%).

Près de la moitié des patients déclaraient pratiquer une activité physique (48,3%).

**Tableau 1** Caractéristiques des patients porteurs de stomies urinaires ( $n = 87$ ).

| Age moyen 69,2                                     | Nombre de patients (%) |
|--|------------------------|
| - Age moyen homme 71,1                             |                        |
| - Age moyen femme 65                               |                        |
| Date médiane de création de la stomie 2017         |                        |
| <b>Sexe</b>  |                        |
| - Hommes   | 60 (69)                |
| - Femmes   | 27 (31)                |
| <b>Types d'urostomies</b>                          |                        |
| - Dérivation transiléale non continente            | 73 (83,9)              |
| - Urétérostomies cutanées directes                 | 14 (16,1)              |
| <b>Indication de l'urostomie</b>                   |                        |
| - Neurologique                                     | 15 (17,2)              |
| - Cancer urologique                                | 46 (52,9)              |
| - Cancer gynécologique                             | 3 (3,5)                |
| - Cancer digestif                                  | 8 (9,2)                |
| - Autres (cystite radique, cystite interstitielle) | 15 (17,2)              |
| <b>IMC</b>   |                        |
| - <18  | 5 (5,8)                |
| - 18 > IMC >25                                     | 37 (42,5)              |
| - 25 > IMC >30                                     | 27 (31)                |
| - 30 > IMC >35                                     | 11 (12,6)              |
| - >35  | 3 (3,5)                |
| - Non renseigné                                    | 4 (4,6)                |
| <b>Activités physiques</b>                         |                        |
| - Non  | 45 (51,7)              |
| - Oui  | 42 (48,3)              |
| <b>Si pratique d'une activité physique</b>         |                        |
| - Sport  | 9 (10,3)               |
| - Plus de trois heures de marche par semaine       | 21 (28,7)              |
| - Autres   | 22 (25,3)              |

*Situation de handicap*

|       |           |
|-------|-----------|
| - Non | 42 (48,3) |
| - Oui | 45 (51,7) |

*Type de Handicap (plusieurs pour certains patients)*

|          |           |
|----------|-----------|
| - Moteur | 30 (34,5) |
| - Visuel | 16 (18,4) |
| - Autres | 8 (9,2)   |

## 2) Type d'appareillage d'urostomie utilisé et fréquence de changement (Tableau 2)

Les utilisateurs de systèmes 2 pièces étaient majoritaires (57,5%). Le délai moyen entre les changements de systèmes 1 pièces était de 1,6 jours. Le délai moyen entre les changements de supports des systèmes 2 pièces était de 2,1 jours. En ce qui concerne la poche du système 2 pièces, le délai moyen entre les changements était de 1,3 jours. Soixante patients (69%) avaient recours à des poches de jambe ou de cuisse, dont la contenance était le plus souvent de 2 litres (35 patients, 40,2%), portées exclusivement la nuit pour 28 patients (32,2%).

Quarante-trois patients (49,4%) de notre étude déclaraient ne réaliser aucun entretien cutané péristomial. L'utilisation d'anneaux protecteurs était le recours le plus fréquent en cas de fuites (13 patients).

**Tableau 2** Type d'appareillage d'urostomie utilisé et fréquence de changement.

|  | Nombre de patients (%) |
|--|------------------------|
| <i>Types d'appareillages utilisés</i>          |                        |
| - 1 pièce                                      | 35 (40,2)              |
| - 2 pièces (poche + support)                   | 50 (57,5)              |
| - Alternance 1 pièce / 2 pièces                | 2 (2,3)                |
| <i>Appareillage 2 pièces (poche + support)</i> |                        |
| <i>Délai entre les changements de poches</i>   |                        |
| - 1 jour                                       | 39 (44,8)              |
| - 2 jours                                      | 10 (11,5)              |
| - 3 jours                                      | 3 (3,5)                |
| <i>Délai entre les changements de support</i>  |                        |
| - 1 jour                                       | 12 (13,8)              |
| - 2 jours                                      | 26 (29,9)              |
| - 3 jours                                      | 13 (14,9)              |
| - 4 jours                                      | 1 (1,2)                |
| <i>Appareillage 1 pièce</i>                    |                        |



|   |           |
|---|-----------|
| <i>Délai entre les changements</i>                      |           |
| - 1 jour  | 17 (19,5) |
| - 2 jours   | 18 (20,7) |
| - 3 jours   | 2 (2,3)   |
| <br><i>Recours à des poches de cuisse / de jambe</i>    |           |
| - Non   | 27 (31)   |
| - Oui   | 60 (69)   |
| <br><i>Si recours à des poches de cuisse / de jambe</i> |           |
| - La nuit   | 28 (32,2) |
| - Parfois   | 7 (8,1)   |
| - Tout le temps   | 25 (28,7) |
| <br><i>Si recours à des poches de cuisse / de jambe</i> |           |
| - 500 ml  | 12 (13,8) |
| - 2 L   | 35 (40,2) |
| - 500 ml et 2L  | 13 (15)   |
| <br><i>Entretien de la peau péristomiale</i>            |           |
| - Aucun   | 43 (49,4) |
| - Crème hydratante                                      | 12 (13,8) |
| - Protecteur cutané                                     | 37 (42,5) |
| <br><i>Utilisation de matériel complémentaire</i>       |           |
| - Anneau protecteur                                     | 13 (14,9) |
| - Pâte protectrice                                      | 3 (3,5)   |
| - Ceinture de maintien                                  | 11 (12,6) |
| - Autres  | 10 (11,5) |

### 3) Autonomie des patients pour la vidange et le changement des poches (Tableau 3)

Globalement, 65 patients (74,7%) se déclaraient autonomes sur la vidange de leurs poches de stomies. L'autonomie était quasi similaire pour le groupe de patients utilisant un système 1 pièce (37,8%) où un système 2 pièces avec le changement de support (38,5%). 46,7 % des patients avec une stomie urinaire pour étiologie neurologique se déclaraient totalement autonomes sur le changement de leurs appareillages et 66,7 % sur la vidange de leurs poches. 33,3 % des patients avec une stomie urinaire pour étiologie néoplasique se déclaraient totalement autonomes sur le changement de leurs appareillages et 80,7 % sur la vidange de leurs poches. 46,7 % des patients avec une stomie urinaire pour étiologie autre que néoplasique et neurologique se déclaraient totalement autonomes sur le changement de leurs appareillages et 73,3 % sur la vidange de leurs poches.

**Tableau 3** Autonomie des patients pour la vidange et le changement des poches.

|  | Nombre de patients (%) |
|--|------------------------|
| <i>Vidange des poches</i>                                |                        |
| - Par le patient lui-même                                | 65 (74,7)              |
| - Par une tierce personne                                | 20 (23)                |
| - En alternance, par lui-même et par une tierce personne | 2 (2,3)                |
| <i>Si vidange des poches par une tierce personne</i>     |                        |
| - Par un proche  | 7 (8,1)                |
| - Par une IDE  | 10 (11,5)              |
| - En alternance, par un proche, une IDE                  | 5 (5,8)                |
| <u><i>Appareillage 2 pièces (poche + support)</i></u>    |                        |
| <i>Changement de la poche</i>                            |                        |
| - Par le patient lui-même                                | 27 (31)                |
| - Par une tierce personne                                | 25 (28,7)              |
| <i>Changement du support</i>                             |                        |
| - Par le patient lui-même                                | 20 (23)                |
| - Par une tierce personne                                | 32 (36,8)              |
| <u><i>Appareillage 1 pièce</i></u>                       |                        |
| <i>Changement de la poche</i>                            |                        |
| - Par le patient lui-même                                | 14 (16,1)              |
| - Par une tierce personne                                | 23 (26,4)              |

#### 4) Description des événements cutanés péristomiaux et des fuites d'appareillage (Tableau 4)

54 (62,1%) patients ont rapporté un événement cutané péristomial dont le type est détaillé dans le tableau 4. La majorité des événements cutanés péristomiaux apparaissaient dans les trois premiers mois après la chirurgie. 74,7% des patients déclaraient avoir présenté des fuites, survenant chez une majorité d'entre eux dans les 3 premiers mois post opératoires. Lorsque des fuites survenaient, le chirurgien référent était peu sollicité (6,9%). Les deux principaux éléments incriminés par les patients comme origine des fuites étaient un appareillage non adapté (18,4%) et une mauvaise position de la stomie (17,2%).

**Tableau 4** Description des événements cutanés péristomiaux et des fuites d'appareillage.

|   | Nombre de patients (%) |
|---|------------------------|
| <i>Événement cutané péristomial : 54 patients</i>           |                        |
| - Irritations, rougeurs                                     | 48 (55,2)              |
| - Démangeaisons   | 25 (28,7)              |
| - Réactions allergiques, présence de boutons                | 13 (14,9)              |
| - Douleurs, sensations de brûlures                          | 7 (8)                  |
| - Macération  | 4 (4,6)                |
| <i>Délai d'apparition de l'événement cutané péristomial</i> |                        |
| - Avant la sortie de l'hôpital                              | 2 (2,3)                |
| - Dans le premier mois après l'opération                    | 17 (19,5)              |
| - Dans les trois premiers mois                              | 11 (12,6)              |
| - Dans les six premiers mois                                | 6 (6,9)                |
| - Entre six mois et un an                                   | 8 (9,2)                |
| - Après un an   | 10 (11,5)              |
| - Non concernés   | 33 (37,9)              |
| <i>Présence de fuites</i>                                   |                        |
| - Non   | 22 (25,3)              |
| - Oui   | 65 (74,7)              |
| <i>Personne contactée lors des épisodes de fuites</i>       |                        |
| - Médecin traitant  | 3 (3,5)                |
| - Chirurgien  | 6 (6,9)                |
| - Stomathérapeute, IDE d'urologie                           | 15 (17,2)              |
| - IDE   | 24 (27,6)              |
| - Aucun contact   | 24 (27,6)              |
| <i>Moment où sont apparues les fuites</i>                   |                        |
| - Avant la sortie de l'hôpital                              | 7 (8,1)                |
| - Dans le premier mois                                      | 28 (32,2)              |
| - Dans les trois premiers mois                              | 10 (11,5)              |
| - Dans les six premiers mois                                | 7 (8,1)                |
| - Entre six mois et un an                                   | 6 (6,9)                |
| - Après un an   | 7 (8,1)                |
| <i>Cause supposée des fuites</i>                            |                        |
| - Anomalies cutanées  | 9 (10,3)               |
| - Mauvaise position de la stomie                            | 15 (17,2)              |
| - Poche non adaptée   | 16 (18,4)              |
| - Changement de poche pas assez fréquents                   | 4 (5,6)                |
| - Non identifiée  | 27 (31)                |

## 5) Facteurs influençant l'apparition d'événements cutanés péristomiaux (Tableau 5)

En analyse multivariée, 3 paramètres étaient significativement associés à l'apparition d'événements cutanés péristomiaux : l'obésité définie par un IMC >30, la présence de fuites et l'activité physique. En revanche, le type de dérivation, la pathologie sous-jacente, le surpoids, le handicap, le type d'appareillage 1 pièce et 2 pièces, l'autonomie quant aux changements des systèmes ainsi que leurs vidanges, mais aussi le fait d'avoir recours à des poches de cuisses ou de jambes n'étaient pas significativement associés à la survenue d'événement cutanés péristomiaux, ni en analyse univariée ni multivariée.

**Tableau 5** Facteurs influençant l'apparition d'événements cutanés péristomiaux.

| Variables   | Absence d'événement cutané péristomial<br>Nombre de patients (%) | Événement cutané péristomial<br>Nombre de patients (%) | Valeur de $p$ analyse univariée | Valeur de $p$ analyse multivariée |
|---|--|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| Urétérostomies cutanées directes                      | 5 (35,7)   | 9 (64,3)   | 0,9                             |                                   |
| Dérivations transiléales                              | 28 (38,4)  | 45 (61,6)  |                                 |                                   |
| IMC > 30  | 1 (7,1)  | 13 (92,9)  | 0,013                           | 0,049                             |
| IMC < 30  | 30 (43,5)  | 39 (56,5)  |                                 |                                   |
| Fuites  | 19 (29,2)  | 46 (70,8)  | 0,006                           | 0,006                             |
| Absence de fuites                                     | 14 (63,6)  | 8 (36,4)   |                                 |                                   |
| Absence d'activité physique                           | 24 (53,3)  | 21 (46,7)  | 0,004                           | 0,006                             |
| Activité physique                                     | 9 (21,4)   | 33 (78,6)  |                                 |                                   |
| Absence d'handicap                                    | 13 (31)  | 29 (69)  | 0,26                            |                                   |
| Handicap  | 29 (53,7)  | 25 (46,3)  |                                 |                                   |
| Système 2 pièces                                      | 18 (34,6)  | 34 (65,4)  | 0,5                             |                                   |
| Pas de système 2 pièces                               | 15 (42,9)  | 20 (57,1)  |                                 |                                   |
| Absence d'autonomie vidange de la poche               | 8 (40)   | 12 (60)  | 0,9                             |                                   |
| Autonomie vidange de la poche                         | 25 (37,3)  | 42 (62,7)  |                                 |                                   |
| Absence d'autonomie changement poche système 1 pièce  | 11 (47,8)  | 12 (52,2)  | 0,3                             |                                   |
| Autonomie changement poche système 1 pièce            | 4 (28,6)   | 10 (71,4)  |                                 |                                   |
| Absence d'autonomie changement poche système 2 pièces | 7 (28)   | 18 (72)  | 0,4                             |                                   |
| Autonomie changement                                  | 11 (40,7)  | 16 (59,3)  |                                 |                                   |

|   |           |           |  |      |
|---|-----------|-----------|--|------|
| poche système 2 pièces                                  |           |           |  |      |
| Absence d'autonomie changement support système 2 pièces | 10 (31,3) | 22 (68,7) |  | 0,5  |
| Autonomie changement support système 2 pièces           | 8 (40)    | 12 (60)   |  |      |
| Absence utilisation poche de cuisses / de jambes        | 11 (40,7) | 16 (59,3) |  | 0,8  |
| Utilisation poche de cuisses / de jambes                | 22 (36,7) | 38 (63,3) |  |      |
| Utilisation de crème hydratante                         | 3 (25)    | 9 (75)    |  | 0,5  |
| Pas d'utilisation de crème hydratante                   | 30 (40)   | 45 (60)   |  |      |
| Aucun entretien de la peau péristomiale                 | 22 (51,2) | 21 (48,8) |  | 0,15 |
| Entretien de la peau péristomiale                       | 11 (25)   | 33 (75)   |  |      |

## 6) Évaluation de la qualité de vie par le questionnaire STOMA-QOL

Le détail des résultats au questionnaire de qualité de vie STOMA QOL est présenté dans le tableau 6. Le score total moyen obtenu recalculé sur une échelle de 0 à 100 était de 57,5.

|  | Tout le temps :<br>1 | Parfois :<br>2 | Rarement :<br>3 | Jamais :<br>4 | réponses |
|--|----------------------|----------------|-----------------|---------------|----------|
| 1. Ça me rend inquiet quand la poche est pleine                                    | 11 (12,9)            | 25 (29,4)      | 22 (25,9)       | 27 (31,8)     | 85       |
| 2. J'ai peur que la poche se décolle   | 20 (23,8)            | 25 (29,8)      | 17 (20,2)       | 22 (26,2)     | 84       |
| 3. J'ai besoin de savoir où sont les toilettes les plus proches                    | 20 (25)              | 22 (27,5)      | 16 (20)         | 22 (27,5)     | 80       |
| 4. J'ai peur que la poche sente  | 15 (18,1)            | 16 (19,3)      | 14 (16,9)       | 38 (45,8)     | 83       |
| 5. J'ai peur que la stomie fasse du bruit  | 6 (7,4)              | 8 (9,9)        | 9 (11,1)        | 58 (71,6)     | 81       |
| 6. J'ai besoin de me reposer pendant la journée                                    | 28 (33,3)            | 32 (38,1)      | 11 (13,1)       | 13 (15,5)     | 84       |
| 7. Ma poche me limite dans le choix de mes vêtements                               | 27 (32,5)            | 25 (30,1)      | 15 (18,1)       | 16 (19,3)     | 83       |
| 8. Je me sens fatigué(e) pendant la journée  | 18 (21,4)            | 39 (46,4)      | 15 (17,9)       | 12 (14,3)     | 84       |
| 9. A cause de ma stomie, j'ai l'impression de ne pas être sexuellement attirant(e) | 22 (27,8)            | 12 (15,2)      | 11 (13,9)       | 34 (43)       | 79       |
| 10. Je dors mal la nuit  | 15 (18,1)            | 24 (28,9)      | 21 (25,3)       | 23 (27,7)     | 83       |
| 11. J'ai peur que la poche fasse des bruits de froissement                         | 4 (4,8)              | 10 (11,9)      | 11 (13,1)       | 59 (70,2)     | 84       |

|   |           |           |           |           |    |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|----|
| 12. Du fait de ma stomie, je n'aime pas mon corps                                       | 15 (18,3) | 15 (18,3) | 13 (15,9) | 39 (47,6) | 82 |
| 13. Il m'est difficile de passer une nuit hors de chez moi                              | 25 (30,9) | 12 (14,8) | 12 (14,8) | 32 (39,5) | 81 |
| 14. C'est difficile de cacher que je porte une poche                                    | 9 (11)    | 14 (17,1) | 21 (25,6) | 38 (46,3) | 82 |
| 15. Du fait de mon état de santé, j'ai peur d'être un poids pour mes proches            | 15 (18,3) | 26 (31,7) | 9 (11)    | 29 (35,4) | 82 |
| 16. j'évite les contacts physiques rapprochés avec mes amis (par exemple danser, jouer) | 19 (24,4) | 14 (17,9) | 7 (9)     | 38 (48,7) | 78 |
| 17. du fait de ma stomie, ça m'est difficile d'être avec les autres                     | 6 (7,4)   | 16 (19,8) | 15 (18,5) | 44 (54,3) | 81 |
| 18. J'ai peur de rencontrer des gens nouveaux   | 6 (7,3)   | 10 (12,2) | 12 (14,6) | 54 (65,9) | 82 |
| 19. Je me sens seul(e) même quand je suis avec des gens                                 | 7 (8,6)   | 13 (16)   | 9 (11,1)  | 52 (64,2) | 81 |
| 20. Ce que ma famille pense de moi me tracasse  | 6 (7,3)   | 12 (14,6) | 9 (11)    | 55 (67,1) | 82 |

### III. Discussion

---

La création d'une stomie constitue un bouleversement dans la vie de patients porteurs de pathologies le plus souvent chroniques et lourdes avec un impact sur la qualité de vie certain. Le but de l'appareillage est de maintenir la peau péristomiale saine, tout en assurant une étanchéité et de permettre à la personne porteuse d'une stomie de se livrer à des activités de la vie quotidienne.

Notre étude présente les modalités de prise en charge des stomies urinaires en termes de matériel utilisé, d'autonomie des patients, d'incidence et de prise en charge des événements cutanés péristomiaux et de fuites : 28,7% des patients utilisaient de manière permanente une poche de cuisse / de jambe, 38,2 % étaient totalement autonomes sur le changement de leurs appareillages (1 pièce et support du système 2 pièces) et 74,7% indépendants pour la vidange de leurs poches.

Dans l'étude de Tal et al., 52% géraient leurs stomies eux-mêmes. L'acquisition des compétences nécessaires à l'auto gestion de la stomie est d'autant plus importante qu'elle est associée à une meilleure qualité de vie et une meilleure acceptation (11). Dans l'idéal, l'éducation des patients aux soins stomiaux devrait être acquise avant le retour des patients à domicile, car si la compétence n'est pas maîtrisée au départ, il est alors peu probable que le patient puisse l'acquérir ultérieurement (11).

Les paramètres rapportés comme étant négativement liés à la qualité de vie des patients stomisés sont entre autres une dépendance à l'égard des autres pour les soins de stomie, la survenue de fuites, les complications cutanées et le manque de soutien social et d'éducation relative à la stomie (12)(13).

Dans notre série, 62,1% des patients rapportaient un événement cutané péristomial, indépendamment du type de stomie réalisée. Dans l'étude de Shimko et al., les complications stomiales représentaient 15% de l'ensemble des complications directement attribuables aux dérivations urinaire (14) avec un risque accru chez les personnes avec perte d'autonomie et /ou souffrant d'obésité (7)(8). Les lésions cutanées péristomiales constituent sans nul doute la complication stomiale la plus fréquemment rapportée. Elles sont une source d'altération de la qualité de vie (15). L'incidence des complications péristomiales cutanées varie de 30 à 67 % selon les études (16).

Dans la littérature, les dermatites de contact par irritation constituent l'essentiel des lésions. Elles résultent principalement d'une agression chimique causée par l'urine et plus rarement par les composants adhésifs des appareillages. La dermatite d'irritation se manifeste cliniquement par des rougeurs, une macération, des excoriations, un bourgeonnement cutané. Les lésions pseudoverruqueuses concernent jusqu'à 20% des patients porteurs de stomies urinaires, l'exposition chronique à l'urine alcaline corrosive conduit à des dépôts d'acide urique responsables d'une inflammation cutanée chronique à l'origine d'un épaississement cutané péristomial et de l'apparition de telles lésions. Les fuites en partie expliquées par un mauvais appareillage peuvent en être l'origine. Le traitement consiste à réduire l'alcalinité de l'urine par l'application de compresses d'acide acétique dilué ou d'appliquer des protecteurs cutanés type Colly-seel™. Une alternative consiste à acidifier les urines par la prise de jus de canneberge ou de vitamine C et à augmenter les apports hydriques. Enfin, l'exérèse chirurgicale de la lésion ou l'application de nitrate d'argent peuvent également être testées.

Dans notre étude, une majorité de patients utilisait un système 2 pièces (57,5%) avec un délai moyen entre les changements de support de 2,1 jours. Selon Nazarko et al., les systèmes 2 pièces sont mieux tolérés sur le plan cutané car ils limitent la fréquence de changement du support (17). Des changements d'appareillages plus fréquents pourraient augmenter le risque de dermatite mécanique par abrasion de la barrière cutanée (18).

Nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique entre le type d'appareillage, 1 ou 2 pièces et l'apparition de lésions cutanées.

Une association statistique entre l'activité physique et l'apparition de lésions cutanées péristomiales a été observée. La transpiration et la friction causée par les mouvements peuvent être à l'origine d'une macération et d'une irritation.

Des études antérieures ont suggéré que l'obésité était un facteur de risque de complications cutanées péristomiales comme dans l'étude de Nybæk et al. (19).

Notre étude a aussi montré un lien significatif et indépendant entre la présence d'événements cutanés péristomiaux et l'obésité définie par un IMC >30.

Les fuites constituent l'une des principales complications rapportées par les patients porteurs de stomies urinaires. Elles sont sources d'une gêne sociale en raison des odeurs et des tâches occasionnées, mais également de complications cutanées telles que les dermatites d'irritations. Ainsi, les fuites et les lésions cutanées apparaissent souvent de façon synchrone. Dans notre étude, 70,8 % des patients ayant présenté des fuites ont présenté un événement cutané péristomial et les fuites étaient significativement associées à des complications cutanées ( $p : 0,006$ ), Nybæk et al. ont rapporté que les fuites constitueraient un facteur de risque indépendant de lésions cutanées chez les stomisés urinaires (19). Un des principaux biais de notre étude réside dans le fait que le recensement des événements cutanés s'est fait sur les déclarations des patients et n'a pas été objectivé ni par une infirmière, ni par un médecin. Des études suggèrent que moins de la moitié des patients ayant des problèmes cutanés péristomiaux diagnostiqués par les dermatologues ont reconnu avoir une complication cutanée (19), la prévalence réelle de cet événement dans la population des stomisés urinaires est donc sans doute supérieure à celle rapportée dans notre étude.

Lopes et Decesaro ont identifié que le dialogue entre le patient et l'équipe de soins de santé était primordial pour une meilleure adaptation à la vie du quotidien pour les



patients porteurs de stomies (20). Dans notre étude un tiers des patients n'avaient contacté personne en cas de fuites (33,3%) et 37,5% se référaient à leurs IDE ou leurs médecins traitants qui ne sont pourtant pas toujours aptes à optimiser l'appareillage et conseiller les porteurs de stomies urinaires. Renforcer le dialogue entre l'équipe d'urologie et les patients stomisés urinaires semble donc primordial pour améliorer la qualité de vie des patients.

Un questionnaire de qualité de vie validé pour les porteurs de stomies digestives a été remis de manière concomitante aux patients de notre étude : le STOMA-QOL. Il s'agit d'un questionnaire non validé chez les stomisés urinaires, dont certaines questions sont peu adaptées aux urostomies (par exemple la gêne occasionnée par le bruit de la stomie). A notre connaissance il n'existe pas d'études dans la littérature comparant la qualité de vie des patients porteurs de stomies digestives versus urinaires (10). La comparaison des scores obtenus dans notre étude avec ceux des stomisés digestifs n'est pas scientifiquement correcte. On peut néanmoins observer que le score moyen obtenu dans notre série (57,5), était proche de celui rapporté dans l'étude princeps de patients européens porteurs de stomies digestives (moyenne de 58,5). Notons néanmoins que cette même étude princeps décrivait un score de qualité de vie moyen en France plus faible, à 53,8 (10).

Cavdar et al. ont rapporté que les patients ayant une dérivation urinaire ont une qualité de sommeil moindre avec un impact péjoratif sur la qualité de vie. Le port d'un système de drainage nocturne peut être une solution (21), ce qui est confirmé dans notre étude : plus de 9 patients sur 10 avaient recours à un système de poche nocturne.

Les limites de notre étude sont son caractère monocentrique et le nombre de patients inclus relativement restreint (87). Néanmoins, il s'agit à notre connaissance d'une des plus grosses séries se focalisant sur les aspects techniques et pratiques de prise en charge des stomies exclusivement urinaires. A titre d'exemple, dans l'étude de Nybæk et al., seuls 19 des 199 patients étudiés avaient une stomie urinaire, les autres étant des stomisés digestifs.

## Conclusion

---

Cette étude offre un éclairage sur les modalités pratiques de prise en charge des stomies urinaires et sur la survenue des complications cutanées liées aux stomies en termes de fréquence et de facteurs favorisants. Les résultats obtenus sont susceptibles de guider les praticiens dans l'information des futurs opérés et dans la prise en charge des complications des stomies urinaires non continentales.

## Références bibliographiques

---

1. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-vessie/Le-retablissement-urinaire/Vivre-avec-une-stomie>.
2. Lee RK, Abol-Enein H, Artibani W, Bochner B, Dalbagni G, Daneshmand S, et al. Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection, and outcomes: Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer. *BJU Int.* janv 2014;113(1):11- 23.
3. Longo N, Imbimbo C, Fusco F, Ficarra V, Mangiapia F, Di Lorenzo G, et al. Complications and quality of life in elderly patients with several comorbidities undergoing cutaneous ureterostomy with single stoma or ileal conduit after radical cystectomy. *BJU Int.* oct 2016;118(4):521- 6.
4. Siddiqui KM, Izawa JI. Ileal conduit: standard urinary diversion for elderly patients undergoing radical cystectomy. *World J Urol.* janv 2016;34(1):19- 24.
5. Leuret T, Hervé JM, Yonneau L, Barré P, Lugagne PM, Butreau M, et al. [Study of survival after cystectomy for bladder cancer. Report of 504 cases]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol.* sept 2000;10(4):553- 60.
6. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Appl Nurs Res.* févr 2018;39:46- 52.
7. Colwell JC, Pittman J, Raizman R, Salvadalena G. A Randomized Controlled Trial Determining Variances in Ostomy Skin Conditions and the Economic Impact (ADVOCATE Trial): *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(1):37- 42.
8. Pittman J, Kozell K, Gray M. Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery?: *J Wound Ostomy Continence Nurs.* mai 2009;36(3):254- 65.
9. Mohamed NE, Pisipati S, Lee CT, Goltz HH, Latini DM, Gilbert FS, et al. Unmet informational and supportive care needs of patients following cystectomy for bladder cancer based on age, sex, and treatment choices. *Urol Oncol Semin Orig Investig.* déc 2016;34(12):531.e7-531.e14.
10. Prieto L, Thorsen H, Juul K. [No title found]. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3(1):62.
11. Tal R, Cohen MM, Yossepowitch O, Golan S, Regev S, Zertzer S, et al. An Ileal Conduit—Who Takes Care of the Stoma? *J Urol.* mai 2012;187(5):1707- 12.
12. Cerruto M, D'Elia C, Cacciamani G, De Marchi D, Siracusano S, Iafrate M, et al. Behavioural profile and human adaptation of survivors after radical cystectomy and ileal conduit. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12(1):46.
13. Merandy K. Factors Related to Adaptation to Cystectomy With Urinary Diversion: An Integrative Review. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016;43(5):499- 508.
14. Shimko MS, Tollefson MK, Umbreit EC, Farmer SA, Blute ML, Frank I. Long-Term Complications of Conduit Urinary Diversion. *J Urol.* févr 2011;185(2):562- 7.
15. Nybaek H, Knudsen DB, Laursen TN, Karlsmark T, Jemec GBE. Quality of life assessment among patients with peristomal skin disease: *Eur J Gastroenterol Hepatol.* févr 2010;22(2):139- 43.
16. Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. *Int J Dermatol.* mars 2018;57(3):257- 64.
17. Nazarko L. Urostomy management in the community. *Br J Community Nurs.* 2 sept 2014;19(9):448- 52.

18. Nybaek H, Jemec G. Skin problems in stoma patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* mars 2010;24(3):249- 57.
19. Nybæk H, Knudsen D, Laursen T, Jemec T. Skin Problems in Ostomy Patients: A Case-control Study of Risk Factors. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(1):64- 7.
20. Torquato Lopes APA, Decesaro M das N. The adjustments experienced by persons with an ostomy: an integrative review of the literature. *Ostomy Wound Manage.* oct 2014;60(10):34- 42.
21. Cavdar I, Temiz Z, Ozbas A, Can G, Tarhan F, Findik UY, et al. Sleep and quality of life in people with ileal conduit. *Scand J Urol.* nov 2016;50(6):472-6.

## Annexes

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Annexe 1. STOMA-QOL .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>Annexe 2. Questionnaire pratique sur les stomies urinaires .....</b> | <b>40</b> |

# Stoma-QOL

## Questionnaire de Qualité de Vie pour les personnes stomisées digestives

Ce questionnaire que vous allez remplir permettra d'évaluer votre Qualité de Vie liée à la stomie et son évolution. C'est un outil précieux dans votre relation avec votre chirurgien et/ou infirmière stomathérapeute

### I. Comment remplir le Stoma-QOL

Répondre à chaque question en encerclant **UNE SEULE** réponse (sur l'échelle en 4 points) qui correspond à ce que vous **ressentez**. Il est très important de répondre à l'ensemble des questions, ce qui vous prendra de 5 à 10 minutes.

### II. Données personnelles

Ces données faciliteront le suivi de l'évolution de votre Qualité de la Vie à votre chirurgien et/ou infirmière stomathérapeute.

Nom    (3 premières lettres)      Age         Sexe  Homme  Femme

Type de stomie  Colostomie  Iléostomie

Date de création de la stomie   /   /

➤ Avant de commencer à remplir le questionnaire,  
merci d'inscrire la date d'aujourd'hui   /   /

TSVP  


**Veillez, s'il vous plaît, cocher la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez en ce moment**

|   | Tout le temps <sup>1</sup> | Parfois <sup>2</sup>     | Rarement <sup>3</sup>    | Jamais <sup>4</sup>      |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ça me rend inquiet quand la poche est pleine   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. J'ai peur que la poche se décolle  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. J'ai besoin de savoir où sont les toilettes les plus proches                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'ai peur que la poche sente   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'ai peur que la stomie fasse du bruit (des gargouillis venant de l'intestin)        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. J'ai besoin de me reposer pendant la journée   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ma poche me limite dans le choix de mes vêtements                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je me sens fatigué(e) pendant la journée   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. A cause de ma stomie, j'ai l'impression de ne pas être sexuellement attirant(e)      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Je dors mal la nuit   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. J'ai peur que la poche fasse des bruits de froissement                              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Du fait de ma stomie, je n'aime pas mon corps                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Il m'est difficile de passer une nuit hors de chez moi                              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. C'est difficile de cacher que je porte une poche                                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Du fait de mon état de santé, j'ai peur d'être un poids pour mes proches            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. J'évite les contacts physiques rapprochés avec mes amis (par exemple danser, jouer) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Du fait de ma stomie, ça m'est difficile d'être avec les autres                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. J'ai peur de rencontrer des gens nouveaux   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Je me sens seul(e) même quand je suis avec des gens                                 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ce que ma famille pense de moi me tracasse  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*S'il vous plaît, veuillez vérifier que vous avez répondu pour chaque phrase.  
Merci d'avoir rempli ce questionnaire*

## QUESTIONNAIRE PRATIQUE A PROPOS DE VOTRE STOMIE

### I- VOUS

**1) Quel est votre poids et votre taille ?**

- 1 IMC < 18
- 2 IMC entre 18 et 25
- 3 IMC entre 25 et 30
- 4 IMC entre 30 et 35
- 5 IMC > 35

**2) Êtes-vous ?**

- 1 Droitier
- 2 Gaucher

**3) Quelle est ou était votre profession**

- 1 Agriculteur
- 2 Artisans, commerçant
- 3 Cadre
- 4 Professions intermédiaires (professeur, santé, administratif, technicien, contremaître)
- 5 Employés
- 6 Ouvrier
- 7 Sans activité professionnelle



#### 4) Faites-vous des activités ?

❖ 4a)

- 1 Non
- 2 Oui

❖ 4b) Si oui, quel type ?

4ba) 1 Du sport

4bb) 2 Plus de 3 heures de marche par semaine

4bc) 3 Autres

#### 5) Avez-vous un handicap ?

❖ 5a)

- 1 Non
- 2 Oui

❖ 5b) Si oui, quel type ?

- 5ba) 1 Moteur
- 5bb) 2 Troubles de vue
- 5bc) 3 Autre

❖ 5c) Si handicap moteur, précisez :

- 1 Membre supérieur
- 2 Membre inférieur
- 3 Membre supérieur et inférieur

## II- VOTRE STOMIE URINAIRE

### 6) Quel type de poche utilisez-vous ?

- 1 Une pièce
- 2 Deux pièces : support + poche
- 3 Une pièce et deux pièces en alternance

### 7) Quand a été créer votre stomie urinaire ?

### 8) Utilisez-vous une poche de cuisse ou de jambe ?

#### ❖ 8a)

- 1 Non
- 2 Oui

#### ❖ 8b)

- 1 La nuit
- 2 Parfois (trajet en voiture, ...)
- 3 Tout le temps

#### ❖ 8c) Si oui une poche de quelle contenance ?

- 1 500 ml
- 2 2 L
- 3 500 ml et 2 L

**9) Qui change votre poche ?**

❖ **9a)**

- 1** Vous-même
- 2** Quelqu'un d'autre
- 3** Vous-même et quelqu'un d'autre

❖ **9b) Si quelqu'un d'autre, qui ?**

- 1** Un proche
- 2** Une infirmière
- 3** Un proche et une infirmière

**10) Si vous-avez une poche 2 PIECES :**

❖ **10a) Changez-vous la poche vous-même ?**

- 1** Oui
- 2** Non

❖ **10b) Tous les combien de temps changez-vous la poche ?**

- 1** 1 jour
- 2** 2 jours
- 3** 3 jours
- 4** 4 jours

❖ **10c) Changez-vous le socle vous-même ?**

- 1** Oui
- 2** Non

❖ **10d) Tous les combien de temps changez-vous le socle ?**

- 1** 1 jour
- 2** 2 jours
- 3** 3 jours
- 4** 4 jours

**11) Si vous avez une poche 1 PIECE :**

- ❖ **11a)** Changez-vous la poche vous-même ?
  - 1** Oui
  - 2** Non
- ❖ **11b)** Tous les combien de temps changez-vous la poche ?
  - 1** 1 jour
  - 2** 2 jours
  - 3** 3 jours
  - 4** 4 jours

**12) Qui vide votre poche ?**

- ❖ **12a)**
  - 1** Vous-même
  - 2** Quelqu'un d'autre
  - 3** vous-même, quelqu'un d'autre
- ❖ **12b)** Si oui, qui ?
  - 1** Un proche
  - 2** Une infirmière
  - 3** Un proche et une infirmière

**13) Avez-vous changé le type de matériel depuis votre sortie de l'hôpital ?**

❖ **13a)**

- 1** NON
- 2** OUI

❖ **13b)** Si oui quel changement ?

- 1** 1 pièce pour un 2 pièces
- 2** 2 pièces pour un 1 pièce
- 3** 1 pièce pour un 1 pièce
- 4** 2 pièces pour un 2 pièces

❖ **13c)** Si oui combien de fois avez-vous changé de matériel ?

- 1** Une fois
- 2** Deux fois
- 3** Plus que deux fois

❖ **13d)** Si oui à quel moment ?

- 1** Dans le 1<sup>er</sup> mois
- 2** Dans les 6 premiers mois
- 3** Entre 6 mois et 1an
- 4** > 1 an

**14) Quel entretien de la peau péristomiale faites-vous ?**

- 14a) 1** Aucun
- 14b) 2** Crème hydratante
- 14c) 3** Protecteur cutané (spray...)

**15) Si vous avez des sondes dans votre stomie (sonde JJ, monoJ)**

❖ **15a)** Tous les combien de temps sont changées les sondes ?

- 1 1 mois
- 2 2 mois
- 3 3 mois
- 4 4 mois
- 5 5 mois
- 6 6 mois

❖ **15b)** Avez-vous eu des douleurs à cause de ces sondes ?

- 1 Oui
- 2 Non

❖ **15c)** La ou les sondes se sont-elles déjà bouchées ?

- 1 Non
- 2 Oui

❖ **15d)** Si oui à quel moment ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1 Avant la sortie de l'hôpital
- 2 Dans le premier mois après l'opération
- 3 Dans les 3 premiers mois
- 4 Dans les 6 premiers mois
- 5 Entre 6mois et 1an
- 6 Après 1an

❖ **15e)** La ou les sondes sont-elles déjà tombées ?

- 1 Non
- 2 Oui

❖ **15f)** Si oui à quel moment ?

- 1 Avant la sortie de l'hôpital
- 2 Dans le premier mois après l'opération
- 3 Dans les 3 premiers mois
- 4 Dans les 6 premiers mois
- 5 Entre 6mois et 1an
- 6 Après 1an

### III- COMPLICATIONS DE VOTRE STOMIE

#### 16) AVEZ-VOUS EU DES FUITES

❖ 16a)

- 1 Non
- 2 Oui

❖ 16b) Lors de vos fuites qui avez-vous contacté ?

- 16ba) 1 Médecin traitant
- 16bb) 2 Chirurgien
- 16bc) 3 Stomathérapeute ou l'infirmière d'urologie
- 16bd) 4 Infirmière à domicile
- 16be) 5 Personne

❖ 16c) A quel moment sont apparues ces fuites ?

- 1 Avant la sortie de l'hôpital
- 2 Dans le premier mois après l'opération
- 3 Dans les 3 premiers mois
- 4 Dans les 6 premiers mois
- 5 Entre 6 mois et 1an
- 6 Après 1an

❖ 16d) Savez-vous à quoi sont dues vos fuites ?

- 16da) 1 Anomalies de la peau
- 16db) 2 Mauvaise position de la stomie (trop basse, dans un pli)
- 16dc) 3 Une poche non adaptée
- 16dd) 4 Changements de poches pas assez fréquent
- 16de) 5 Non je ne sais pas

❖ 16e) Avez-vous eu besoin de matériel supplémentaire pour prendre en charge ces fuites ?

- 16ea) 1 Anneau protecteur
- 16eb) 2 Pâte protectrice
- 16ec) 3 Ceinture de maintien
- 16ed) 4 Autres

## 17) AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES DE PEAU

❖ 17a) Quel types de problèmes de peau avez-vous eu ?

- 17aa) 1 Irritations, rougeurs
- 17ab) 2 Démangeaisons, peau qui gratte
- 17ac) 3 Réactions allergiques, présence de boutons
- 17ad) 4 Douleurs, sensation de brûlures
- 17ae) 5 Macération

❖ 17b) A quel moment sont apparus vos problèmes de peau ?

- 1 Avant la sortie de l'hôpital
- 2 Dans le premier mois après l'opération
- 3 Dans les 3 premiers mois
- 4 Dans les 6 premiers mois
- 5 Entre 6 mois et 1an
- 6 Après 1 an

## 18) AVEZ-VOUS EU DES INFECTIONS URINAIRES

❖ 18a)

- 1 Oui
- 2 Non

❖ 18b) Si oui combien d'épisodes ?

- 1 Un seul
- 2 2-3 épisodes
- 3 Plus que 3 épisodes

❖ 18c) Si oui, à quel moment sont apparues ces infections urinaires ?

- 1 Avant la sortie de l'hôpital
- 2 Dans le premier mois après l'opération
- 3 Dans les 3 premiers mois
- 4 Dans les 6 premiers mois
- 5 Entre 6 mois et 1an
- 6 Après 1 an



## 19) PATHOLOGIE CAUSALE

- 1 Neurologique
- 2 Cancer urologique
- 3 Cancer gynécologique
- 4 Cancer digestif
- 5 Autres (chimique, radique, interstitielle)

## 20) TYPE D'INTERVENTION

- 1 Cystoprostectomie avec dérivation transiléale non continente type Bricker
- 2 Pelvectomie avec dérivation transiléale non continente type Bricker
- 3 Cystectomie supratrigonale avec dérivation transiléale non continente type Bricker
- 4 Dérivation transiléale non continente type Bricker, seule
- 5 Cystectomie, prostate laissée en place avec dérivation transiléale type Bricker
- 6 Pelvectomie avec dérivation non continente par urétérostomies cutanées
- 7 Cystoprostectomie avec dérivation non continente par urétérostomies cutanées
- 8 Dérivation non continente par urétérostomies cutanées avec vessie laissée en place

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Comment les patients prennent-ils en charge leur urostomie au quotidien ? Enquête par questionnaires.

---

*Introduction.* – Les complications stomiales et péristomiales sont rencontrées par près de 80% des patients dans les deux ans suivant la chirurgie.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les modalités pratiques de prise en charge au quotidien des stomies et des complications cutanées éventuelles, au sein d'une série de patients porteurs de stomies urinaires non continentes.

*Méthodes.* – Étude monocentrique par questionnaires incluant tous les patients porteurs de dérivations urinaires non continentes entre 2007 et 2019 dans un centre universitaire Français. Ont été utilisés le STOMA-QOL et un auto-questionnaire comportant 21 questions spécifiques.

*Résultats.* – Parmi les 87 patients inclus dans l'analyse (âge moyen de 69,2 ans), 57,5% utilisaient un système 2 pièces, 69% des patients avaient recours à des poches de jambes où de cuisses, 74,7% des patients étaient autonomes sur la vidange de leurs poches de stomies.

L'autonomie sur le changement de support était de 38%. 62,1% des patients ont rapporté un événement cutané péristomial et 74,7% ont déclaré avoir eu des fuites de la stomie.

En analyse multivariée, l'IMC >30, la présence de fuites et l'activité physique étaient significativement associés à l'apparition d'événements cutanés péristomiaux.

*Conclusion.* – Cette étude offre un éclairage sur les modalités pratiques de prise en charge des stomies urinaires et sur la survenue des complications cutanées liées aux stomies en termes de fréquence et de facteurs favorisants. Les résultats obtenus sont susceptibles de guider les praticiens dans l'information des futurs opérés et dans la prise en charge des complications des stomies urinaires.

---

Mots-clés : urostomie, dérivation urinaire, stomie urinaire, stomie

## How do patients manage their urostomy in everyday life? A questionnaire survey.

---

*Introduction.* – Stoma and peristomal complications are encountered by nearly 80% of patients within two years of surgery.

The objective of this study was to evaluate the practical modalities of daily management of stoma and possible skin complications in a series of patients with non-continent urinary stoma.

*Methods.* – Monocentric study by questionnaires including all patients with non-continent urinary stoma between 2007 and 2019 in a French university center. The STOMA-QOL and a self-questionnaire with 21 specific questions were used.

*Results.* – Among the 87 patients included in the analysis (mean age 69,2 years), 57.5% used a 2-piece system, 69% used leg or thigh pockets, 74.7% were self-sufficient in emptying their stoma pockets. Autonomy on cutaneous support change was 38%. 62.1% of patients reported a peristomal skin event and 74.7% reported leaking stoma.

In multivariate analysis, BMI >30, the presence of leaks and physical activity were significantly associated with the onset of peristomal skin events.

*Conclusion.* – This study sheds light on the practical modalities of management of urinary stoma and the occurrence of skin complications related to stoma in terms of frequency and favoring factors. The results obtained are likely to guide practitioners in the information of future operations and in the management of complications of urinary stoma.

---

Key words : urostomy, urinary diversion, urinary stoma, stoma

