



ConvaTec

Soins des stomies
Pour une meilleure
qualité de vie

UN GUIDE SUR LES SOINS POSTOPÉRATOIRES
DES ENFANTS VIVANT AVEC UNE STOMIE, À
L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ





Notre priorité : améliorer la qualité de vie

Cette brochure a été rédigée en collaboration avec Sandy Quigley, CWO CN, CPNP, spécialiste en soins des plaies, des stomies et de l'incontinence, et infirmière en clinique pédiatrique à l'hôpital pour enfants de Boston. Ce document a été conçu afin de vous aider à aider vos patients. Vous y trouverez de nombreux conseils pratiques que Sandy Quigley dispense au cours de ses présentations éducatives à l'intention du personnel infirmier en pédiatrie qui soigne des patients vivant avec une stomie.

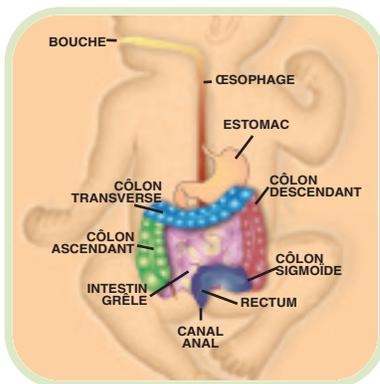
ConvaTec s'engage à vous aider à prendre en charge les besoins particuliers des enfants qui subissent une opération visant à créer une stomie. Cette brochure a été conçue afin de vous transmettre d'importantes informations susceptibles de vous venir en aide dans votre pratique clinique quotidienne.

L'aide qu'apporte le personnel infirmier fait partie intégrante des soins de l'enfant, lorsque ce dernier, à un certain âge, acquiert une autonomie et une confiance en lui dans la prise en charge de sa stomie. Le personnel infirmier doit notamment se familiariser avec l'état spécifique de l'enfant, le processus chirurgical, les soins des stomies et les différents appareillages pour stomies offerts sur le marché. Idéalement, le personnel infirmier commencera sa formation le plus tôt possible afin que les parents aient suffisamment de temps pour acquérir la confiance en eux et les habiletés nécessaires aux soins des stomies. Cette responsabilité peut représenter un formidable défi professionnel pour les infirmières, qui auront à soutenir la famille dans leur apprentissage de la prise en charge de la stomie d'un enfant tout en favorisant, au cours de ce processus, la consolidation du lien parents-enfants ainsi que le développement, chez l'enfant, d'une image corporelle positive. Dans la mesure du possible, il est recommandé de former deux membres de la famille de l'enfant à la prestation de soins des stomies afin qu'ils puissent s'entraider et se soutenir émotionnellement.

Prendre soin d'un enfant qui doit subir une intervention chirurgicale présente déjà suffisamment de défis pour les parents. Il faut donc les aider à alléger leur tâche en les aidant à trouver facilement l'appareillage pour stomies approprié pour leur enfant. C'est la raison pour laquelle ConvaTec a conçu les appareillages Little Ones®, sa première gamme de produits pour les soins des stomies des enfants, conçue pour aider les parents à acquérir la confiance en eux nécessaire pour prodiguer les soins de la stomie de leur enfant; des parents en confiance favoriseront l'adaptation psychosociale de leur enfant à la vie avec une stomie. Vous trouverez, dans cette brochure, de l'information sur ces produits; si vous avez d'autres questions ou souhaitez recevoir des échantillons de nos produits ou la visite d'un représentant de ConvaTec, nous vous invitons à communiquer avec notre Centre des relations avec la clientèle au 1 800 465-6302.

Aperçu d'ensemble

Iléostomie, colostomie et urostomie sont des dérivations courantes dans le traitement des maladies congénitales ou acquises chez les nouveaux-nés, les nourrissons et les enfants plus âgés. L'objectif principal d'une opération gastro-intestinale est la préservation d'un maximum de sections de l'intestin. Lorsque le tractus urinaire est affecté, l'objectif principal est la préservation de la fonction rénale et la décompression des voies urinaires supérieures; les interventions subséquentes de reconstruction visent à rétablir la continence. Heureusement, beaucoup de ces stomies sont temporaires, créées pour permettre à la région atteinte de guérir ou de se développer. Peu d'enfants conservent leur stomie à vie.



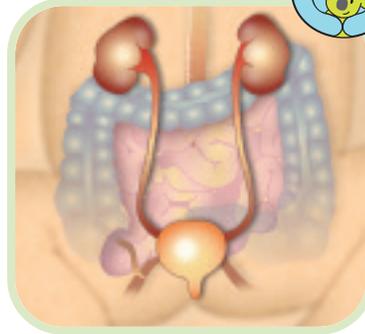
Anatomie du système digestif normal

Le système digestif est connu sous différentes appellations : le tractus gastro-intestinal, les intestins et le tube digestif. Toutes désignent le long tube musculaire où les aliments que nous mangeons sont décomposés par un processus chimique en molécules que les cellules de l'organisme peuvent utiliser; ces aliments sont ensuite absorbés dans le sang ou éliminés du corps. Dans le tube digestif, les aliments sont soumis au processus de la digestion qui consiste en une série de phénomènes complexes. Le système digestif comprend la bouche, l'œsophage, l'estomac, le gros et le petit intestin ainsi que les organes accessoires tels le foie, la vésicule biliaire et le pancréas. Le tractus gastro-intestinal est responsable de l'ingestion, de la digestion et de l'absorption des éléments nutritifs de même que de l'entreposage et de l'élimination des matières fécales. Il faut connaître l'endroit précis où la dérivation a été pratiquée afin d'en mesurer les impacts potentiels sur l'absorption des nutriments et l'équilibre des liquides et des électrolytes, et afin d'être mieux en mesure de prévoir les problèmes pouvant survenir.

Tractus génito-urinaire



Le tractus génito-urinaire comprend deux reins, deux uretères, la vessie et l'urètre. Les cliniciens divisent souvent le tractus urinaire en une voie supérieure et une voie inférieure. La voie supérieure comprend les reins et les uretères, surtout responsables du retrait des déchets du sang et de la régulation des électrolytes. La voie urinaire inférieure comprend la vessie et l'urètre et sont responsables de



l'évacuation de l'urine du corps. Les enfants peuvent présenter un grand nombre d'anomalies anatomiques, de processus pathologiques ou de blessures traumatiques qui risquent de nécessiter la création d'une dérivation, temporaire ou permanente, à tout niveau du tractus urinaire. Les dérivations urinaires ont déjà été associées à des complications telles que les infections des voies urinaires, la formation de calculs, les occlusions, la détérioration rénale et un déséquilibre électrolytique. Pour cette raison, lorsqu'on prévoit qu'une dérivation urinaire permanente sera nécessaire, on crée le plus souvent une dérivation continente, par exemple un réservoir, dans lequel on peut introduire un cathéter. Il est important de comprendre les modifications apportées à l'anatomie de l'enfant afin d'être en mesure d'enseigner aux parents l'importance d'un apport quotidien adéquat en liquides, les signes et les symptômes des infections des voies urinaires et la nécessité d'un suivi à long terme.

Types courants de stomies

Les termes ostomie et stomie, sont des termes descriptifs et sont interchangeable. Une ostomie est une ouverture créée par chirurgie, entre le tractus gastro-intestinal ou le tractus génito-urinaire et la peau. En français, le terme stomie est le plus souvent utilisé pour désigner la section du gros intestin, du petit intestin ou des voies urinaires qui est abouchée à la surface de l'abdomen, au moyen d'une incision pratiquée dans la paroi abdominale; la stomie est en saillie sur la peau.

La stomie créée par chirurgie porte généralement le nom de la structure où est pratiquée la dérivation.



Stomies

Iléostomie

Le chirurgien peut créer une iléostomie terminale, cintrée ou double. Dans le quadrant inférieur droit, l'iléostomie est souvent temporaire.

Points importants pour l'éducation de la famille :

- ~ lorsque l'on constate une perte de liquides, il faut veiller à ce que l'enfant boive suffisamment (dans les cas où le côlon a perdu sa fonction d'absorption)
- ~ comme le canal de l'iléon est étroit, il existe un risque de blocage alimentaire
- ~ il se peut que certains médicaments ne soient pas complètement absorbés, tels que les capsules à action retard et les comprimés à délitage entérique. Consulter un pharmacien pour obtenir des solutions de rechange. Il faut aussi éviter de donner des laxatifs à l'enfant, ce qui risquerait d'entraîner un déséquilibre des liquides et des électrolytes important.
- ~ les nourrissons et les tout-petits ont tendance à avaler de l'air en mangeant; il pourrait donc leur être bénéfique de retirer l'air du sac à 3 ou 4 heures d'intervalle ou d'utiliser un sac doté d'un filtre qui permet à l'air de s'échapper lentement

Colostomie transverse

Le chirurgien peut créer une colostomie double ou cintrée. Une colostomie est souvent située près de la taille et le plus souvent en boucle; pendant l'opération, le chirurgien place une tige ou un cathéter qui sert de soutien et est retiré 10 à 14 jours plus tard.

Points importants pour l'éducation de la famille :

- ~ lorsque l'on constate une perte de liquide, il faut veiller à ce que l'enfant boive suffisamment (dans les cas d'une perte partielle de la fonction d'absorption du côlon)
- ~ les nourrissons et les tout-petits ont tendance à avaler de l'air en mangeant; il pourrait donc leur être bénéfique de retirer l'air du sac à 3 ou 4 heures d'intervalle ou d'utiliser un sac doté d'un filtre qui permet à l'air de s'échapper lentement
- ~ on peut aussi utiliser des désodorisants

Colostomie descendante et colostomie sigmoïde

Le chirurgien peut créer une colostomie terminale, cintrée ou double

Points importants pour l'éducation de la famille :

- ~ les nourrissons et les tout-petits ont tendance à avaler de l'air en mangeant; il pourrait donc leur être bénéfique de retirer l'air du sac à 3 ou 4 heures d'intervalle ou d'utiliser un sac doté d'un filtre qui permet à l'air de s'échapper lentement
- ~ on peut aussi utiliser des désodorisants
- ~ comme une colostomie ne peut prévenir la constipation, la fréquence de l'évacuation des selles est imprévisible; il faut donc surveiller l'évacuation tous les jours



Colostomie descendante

Dérivation urinaire (urétérostomie, conduit iléal, vésicostomie)

Une urétérostomie est une dérivation pratiquée dans la partie la plus distale possible d'un uretère qu'on abouche à la surface à travers la paroi abdominale et que l'on anastomose à la peau. L'urétérostomie peut être unilatérale ou bilatérale selon le fonctionnement rénal. Des sondes sont généralement suturées afin que l'uretère demeure fonctionnel. Souvent, on n'utilise aucun sac à cause de la proximité de l'arc costal, nuisant à l'adhérence d'un appareillage. On applique généralement un pansement autour du site d'insertion du tube, lequel est vidé dans un sac ou une couche. L'on constate rarement une irritation de la peau péristomiale.

Un conduit iléal, d'où l'urine est évacuée, est construit en dérivant les uretères à travers un petit segment de l'iléon détaché des intestins. Il s'agit de l'urostomie la plus courante.

La vésicostomie est une dérivation à partir de la vessie, créée dans le but de permettre temporairement l'évacuation de l'urine de la vessie. Le dôme de la muqueuse vésicale est suturé à la surface abdominale pour créer une stomie, placée de façon à ce que l'urine puisse s'écouler dans la couche. L'on constate rarement une irritation de la peau péristomiale.

Points importants pour l'éducation de la famille :

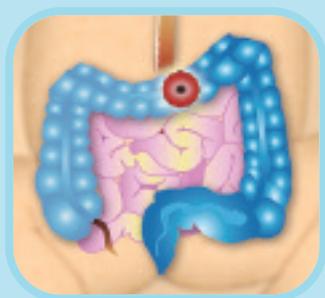
- ~ il est impératif d'assurer à l'enfant un apport liquidien adéquat afin de prévenir les infections urinaires et la formation de calculs
- ~ il est recommandé de transmettre à la famille des directives précises concernant l'apport liquidien, selon les besoins spécifiques requis par l'état pathologique de l'enfant
- ~ il est essentiel d'assurer un suivi de routine, y compris des analyses d'échantillons d'urine stériles et des examens radiologiques

Région atteinte

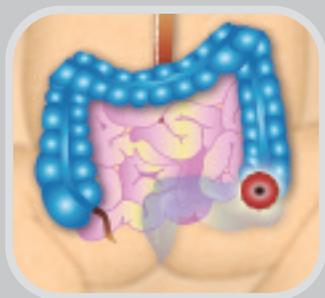
Effluents



La stomie commence généralement à fonctionner la 2^e ou la 3^e journée postopératoire. Les effluents, souvent de consistance liquide ou pâteuse, s'écoulent en continu; ils dégagent une légère odeur et contiennent des enzymes intestinales qui irritent la peau péristomiale si les effluents s'infiltrent sous la barrière cutanée.



La stomie commence généralement à fonctionner dans un délai de 3 ou 4 jours postopératoires. Au début, les effluents peuvent être liquides, puis la consistance variera en fonction de l'apport liquidien et alimentaire; mais généralement, les effluents seront de pâteux à très mous, et à l'occasion, solides. Les gaz et l'odeur fécale se forment par l'action bactérienne dans le gros intestin ou les hydrates de carbone non digérés. Si les effluents s'infiltrent sous la barrière cutanée, ils peuvent irriter la peau péristomiale.



Colostomie sigmoïde

Les colostomies descendante et sigmoïde commencent généralement à fonctionner dans un délai de 3 à 5 jours postopératoires. Les selles seront de consistance semi-solide à solide. Les gaz et l'odeur fécale se forment par l'action bactérienne dans le gros intestin ou les hydrates de carbone non digérés. Si les effluents s'infiltrent sous la barrière cutanée, ils peuvent irriter la peau péristomiale.



Immédiatement après la création d'une dérivation urinaire, la production d'urine est continue. Habituellement, il n'existe pas de mécanisme antireflux, ce qui entraîne un risque d'infections urinaires. Il se dégage une légère odeur, sauf en présence d'une infection urinaire. L'urine entrant en contact avec la peau peut causer de l'irritation. Lorsqu'on utilise un segment de l'iléon ou du côlon pour créer la stomie, du mucus est souvent évacué avec l'urine.

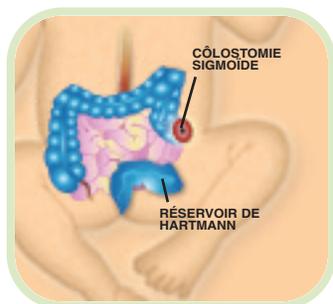
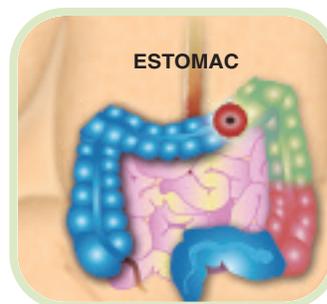


Différents types de chirurgies pratiquées pour la création d'une stomie

Il existe plusieurs façons de créer une stomie par chirurgie.

Stomie terminale

Elle est construite en sectionnant complètement un segment du petit ou du gros intestin; la partie proximale est ensuite abouchée à la peau, puis repliée sur elle-même comme un poignet de chemise. La stomie ainsi créée est suturée à la surface abdominale. Il se peut qu'on retire un segment distal de l'intestin, selon la maladie en présence; le segment restant est alors suturé en surjet et laissé dans la cavité abdominale (plutôt que retiré), le mésentère intact. On appelle cette chirurgie une intervention Hartmann.

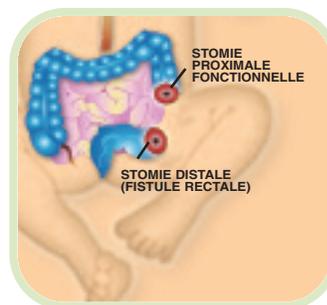


Réservoir de Hartmann

Il s'agit d'une intervention au cours de laquelle l'extrémité proximale d'un segment distal de l'intestin est suturée et fermée; ce segment, contigu au rectum et à l'anus, est laissé dans la cavité péritonéale. Si ce segment distal est suturé en surjet, intact et demeure en place, il pourrait être possible de relier ultérieurement ce segment à la stomie. On appelle cette chirurgie un « démontage ».

Fistule rectale

Si l'on crée une stomie distincte en amenant à la surface de l'abdomen le segment distal, il s'agit d'une « fistule rectale ».





Stomie cintrée

Il s'agit d'un segment de l'intestin, en boucle, qu'on amène à la surface abdominale afin de créer une dérivation fécale. Cette stomie est pratiquée couramment dans les cas où une dérivation temporaire est requise et où il est indiqué de pratiquer une intervention minimalement invasive. La boucle peut être ouverte transversalement ou longitudinalement. La stomie est temporairement maintenue en place au moyen d'une tige ou d'un cathéter.



Il n'y a qu'une seule stomie, mais dotée de deux ouvertures : une ouverture proximale (fonctionnelle) d'où sont évacués les effluents, et une ouverture distale (non fonctionnelle) d'où est évacué le mucus. Il faut se rappeler qu'un peu de selles entreront dans la stomie distale, car une certaine continuité est maintenue entre cette dernière et la stomie proximale; des selles ou du mucus risquent ainsi, à l'occasion, de passer par l'anus.



Stomie double

Cette stomie est créée lorsqu'une dérivation complète de l'évacuation des matières fécales est indiquée. Un segment en boucle de l'intestin est entièrement sectionné et les deux bouts sont suturés à la surface abdominale pour former deux stomies terminales distinctes. Il reste habituellement un peu de peau entre les deux stomies; celles-ci peuvent aussi être construites dans des quadrants abdominaux différents, selon le choix du chirurgien. La stomie distale est parfois appelée une « fistule muqueuse ».



Évaluation postopératoire et mise en place d'un appareillage pour stomies

Le personnel infirmier doit connaître les problèmes potentiels. Comme tout patient ayant subi une intervention chirurgicale, les enfants vivant avec une stomie risquent nombre de complications, surtout s'il existe des états pathologiques coexistants. L'appareillage approprié sera choisi en fonction du poids de l'enfant, de ses activités, des dimensions de la stomie et l'importance de la protubérance (saillie) de la stomie, de la proximité de celle-ci à d'autres équipements médicaux et du volume et de la consistance des effluents. Tous ces facteurs influent également sur l'adhérence de la barrière cutanée à la surface abdominale. Un appareillage bien choisi adhérera idéalement à la peau pendant une période de temps prévisible et permettra, en milieu hospitalier, de prendre la mesure exacte des effluents afin de veiller au remplacement adéquat des liquides. Un appareillage adéquat protégera la stomie des dommages qu'entraîne une ouverture de barrière cutanée de taille inadéquate et contribuera à réduire les risques d'atteintes à la peau péristomiale que peuvent causer les fuites. Un appareillage de la bonne taille peut également faciliter l'adaptation des parents aux changements à l'image corporelle et au fonctionnement de leur enfant.



Examen de la stomie

1. Le site anatomique de la dérivation et le type de stomie - Noter le site de la dérivation sur le tractus gastro-intestinal ou le tractus génito-urinaire (s'il s'agit d'une iléostomie distale, par exemple). L'on sera alors mieux en mesure de prévoir le volume et le type d'effluents évacués. Connaître le type de stomie créée vous indiquera où et quand commencera l'évacuation des effluents après l'opération.
2. Viabilité de la stomie - La viabilité de la stomie est déterminée par la couleur de la muqueuse de l'intestin, à au moins toutes les 6 heures pendant la période immédiatement après l'opération. La stomie doit être humide et d'une couleur sang-de-bœuf. La stomie est dépourvue de terminaisons nerveuses et ne cause donc aucune douleur. Elle est riche en vaisseaux sanguins et peut saigner légèrement lorsqu'elle est frottée ou irritée. Il s'agit d'un phénomène normal.

La nécrose stomiale survient le plus souvent au cours des trois à cinq jours suivant la chirurgie. La nécrose peut avoir plusieurs causes : dissection ou traction excessives du mésentère (causée par la distension abdominale) ou œdème de la paroi intestinale causée par des manipulations de l'intestin au cours de l'intervention chirurgicale. Une muqueuse rouge foncé ou pourpre peut indiquer la présence d'une ischémie précoce. Une muqueuse brun foncé, marron ou noire indique la présence d'une ischémie; il faut alors communiquer immédiatement avec un chirurgien, car le patient devra subir incessamment une intervention chirurgicale.

Chez les patients présentant un prolapsus de la stomie (stomie protubérante), il est recommandé de donner certaines directives aux parents : surveiller régulièrement la perfusion et faire davantage attention de ne pas causer de traumatisme à la stomie, car sa longueur entraîne plus de risques d'être pincée ou coupée, par l'appareillage, une couche trop serrée, des ceintures ou des vêtements.

3. Niveau de la stomie - une stomie sur la surface abdominale peut se trouver à fleur de peau (au niveau de la peau), rétractée (sous le niveau de la peau) ou en saillie. L'importance de la protubérance de la stomie peut influencer sur l'adhérence de la barrière cutanée à la peau. La stomie idéale devrait saillir légèrement, de 1 à 2 cm (approximativement de $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ po) au-dessus du niveau de la peau. Cette position permet d'obtenir plus facilement l'étanchéité souhaitée avec l'appareillage, tandis que les stomies à fleur de peau ou rétractées peuvent nuire à l'adhérence de la barrière cutanée, surtout en présence d'irrégularités à la surface de la peau péristomiale, telles que l'ombilic ou des cicatrices de points de suture. Dans les cas où les effluents sont évacués au niveau ou sous le niveau de la peau, ils risquent davantage de s'infiltrer sous la barrière cutanée, ce qui entraîne souvent une irritation de la peau et des fuites. Quant à une stomie très protubérante (prolapsus), elle est plus à risque de traumatismes causés par l'appareillage, les couches ou les attaches. De plus, beaucoup de parents et d'enfants plus âgés n'aiment pas l'apparence de ce gros segment d'intestin sortant du corps. Il est possible que l'on doive apporter des modifications à l'appareillage choisi afin qu'il épouse le mieux possible une stomie à fleur de peau, rétractée ou protubérante.



4. Site de l'orifice d'où s'écoulent les effluents évacués de la stomie -
Idéalement, les effluents sont évacués du haut de la stomie plutôt que d'une stomie que l'on doit orientée. Il peut se révéler plus difficile de maintenir une bonne adhérence de la barrière cutanée afin de conserver son étanchéité lorsque les effluents s'écoulent directement au niveau de la peau. Il est alors possible que l'on doive apporter des modifications à l'appareillage. Il est conseillé de prendre note du site de l'orifice en suivant les aiguilles d'une montre (la stomie se présente à 13 h, par exemple).



5. Site de la stomie sur l'abdomen - Chez un nouveau-né, l'intervention chirurgicale est souvent décidée rapidement, ce qui ne laisse pas le temps de choisir, sur l'abdomen, le site idéal. En outre, il est difficile de prévoir la croissance physique d'un bébé ou d'un tout-petit. Ainsi, on choisit rarement le site de la stomie. Idéalement, on place la stomie loin du cordon ombilical, chez les nouveaux-nés, sous la taille, chez les enfants plus âgés et loin du pli de l'aîne, des incisions et des cicatrices afin qu'il y ait une surface de peau suffisamment étendue pour permettre l'adhérence d'une barrière cutanée. L'adhérence risque d'être compromise si la stomie est située sur ces irrégularités, lorsque les hanches de l'enfant bougent. On note la position de la stomie : dans le quadrant supérieur ou inférieur, gauche ou droit de la surface abdominale.

6. Le volume des effluents - Le volume dépend du site de la dérivation et de l'état de l'enfant. Au cours des premiers jours postopératoires, la production de selles peut rester minimale. La mise en place d'un appareillage n'est donc pas obligatoire pendant cette période; le personnel infirmier peut alors vérifier régulièrement la viabilité de la stomie. On recouvre habituellement celle-ci d'une gaze avec pétrolatum. Lorsque l'évacuation des selles commence, il est important de vérifier la bonne adhérence de l'appareillage afin de protéger la peau péristomiale et de permettre au personnel infirmier de mesurer avec précision la quantité de selles évacuées.

Facteurs à prendre en considération chez les enfants de moins de 4,5 kg (10 lb), particulièrement vulnérables aux effets indésirables qu'entraînent les atteintes à la peau.

- Plus grande perméabilité de la peau - Il est conseillé d'utiliser des produits d'étanchéité sans alcool et des barrières cutanées avec pectine et d'utiliser le moins possible des produits contenant de l'alcool et des produits chimiques (produits d'étanchéité, adhésifs et dissolvants d'adhésifs).
- Vulnérabilité de l'épiderme au traumatisme - Chez le bébé, la jonction derme-épiderme n'est pas aussi solide que celle de l'adulte. Le lien de certains adhésifs à l'épiderme peut parfois se révéler plus solide que le lien entre l'épiderme et le derme; lorsque l'adhésif est retiré, on risque alors d'arracher l'épiderme. Il est donc recommandé de réduire au minimum l'utilisation des rubans adhésifs ou d'autres types d'adhésifs, si possible. Il est déconseillé d'essayer de réparer une fuite au moyen de plusieurs morceaux de ruban adhésif. La barrière cutanée doit être humectée, puis retirée lentement en appuyant une main sur la peau de l'enfant afin d'éviter de ne retirer que la couche supérieure de la barrière cutanée.



Étapes de la mise en place d'un appareillage après l'intervention chirurgicale

1. Faire preuve d'organisation : avant de commencer, rassembler tous les produits nécessaires, y compris les feuillets de mode d'emploi ou la documentation préparée à l'intention des parents.
2. Choisir un appareillage en fonction du poids de l'enfant. Utiliser des appareillages très petits pour les enfants de moins de 4,5 kg (10 lb) : ils sont flexibles et épousent bien la surface abdominale.
3. Vider le sac plein dans une couche ou un contenant approprié avant de le détacher de l'enfant. Les enfants plus âgés peuvent s'asseoir sur la toilette pour vider leur sac. Appuyer d'une main sur la peau de l'enfant et retirer délicatement la barrière cutanée de l'autre, sans soulever la peau. On peut utiliser de l'eau tempérée et de la gaze ou une serviette de papier pour faciliter le retrait.
4. Laver la peau péristomiale avec une serviette de papier ou une gaze humectée d'eau tempérée. Dans la mesure du possible, éviter l'utilisation de savons, car ils laissent souvent une pellicule résiduelle qui risque de nuire à l'adhérence de l'appareillage sur la peau. Un léger saignement est normal.
5. Examiner la stomie et en évaluer la couleur.
6. Examiner la peau péristomiale. Vérifier si l'épiderme est intact. Si la peau péristomiale est intacte, appliquer une serviette protectrice sans alcool sur la surface où adhérerait la barrière cutanée. Surveiller étroitement l'apparition de signes d'atteintes à la peau, qui peuvent résulter d'un contact avec les effluents. Surveiller également l'apparition d'érythèmes à Candida. Le cas échéant, le médecin prescrira une poudre antifongique.



En cas d'érythème ou d'irritation de la peau qui ne s'améliore pas dans un délai de quelques jours, en aviser le médecin ou la stomothérapeute de l'enfant afin de discuter des interventions possibles.

Conseil : Si la peau péristomiale est à vif à cause de contacts avec des effluents, appliquer une couche de poudre Stomahesive® sur les surfaces à vif seulement, puis « sceller » la poudre au moyen d'une serviette protectrice sans alcool.

7. Prendre la mesure de la stomie - Sans toucher à la stomie, trouver, sur le guide de mesure, le cercle le plus près de la taille de la stomie pour s'assurer que l'ouverture découpée dans la barrière cutanée épouse la stomie au plus près.

Lisser les bords intérieurs de la barrière cutanée avec les doigts afin d'éviter tout traumatisme à la stomie.

Si le trou est trop petit, la barrière cutanée risque de couper ou d'irriter la stomie ou encore de compromettre le flux sanguin vers la stomie.

Note : Chez bon nombre d'enfants, il peut être nécessaire d'appliquer la pâte Stomahesive® ou les anneaux protecteurs (par exemple, les protecteurs cutanés Eakin Cohesive®) directement sur la peau ou sur le côté adhésif de la barrière cutanée pour assurer une bonne adhérence. Il est particulièrement important de suivre ces directives dans les cas de selles de consistance plus liquide.

Conseil : Dans les cas du prolapsus de la stomie, couper l'ouverture de la barrière cutanée de la taille de la base de la stomie, De plus, il est conseillé de couper dans l'ouverture, à midi, 13 h, 14 h et 21 h, jusqu'à environ 1 cm (1/2 po) afin de permettre les mouvements naturels de la stomie sur la surface abdominale et d'éviter tout traumatisme.

Appliquer la pâte Stomahesive® sur la peau autour de la base de la stomie ou autour de l'ouverture découpée dans la barrière cutanée, de la même épaisseur que du dentifrice sur une brosse à dents.

Chez les enfants de plus petite taille, on peut réussir à appliquer une couche plus mince de pâte Stomahesive® autour de l'ouverture découpée de la barrière cutanée en remplissant une seringue de 5 à 10 cc de pâte.





8. Appliquer un nouvel appareillage sur la peau péristomiale. Centrer la stomie dans l'ouverture, puis appuyer légèrement sur la barrière cutanée de 2 à 5 minutes pour la faire adhérer à la peau. On peut humecter avec de l'eau tempérée pour faciliter l'adhérence.

Conseil : On peut placer de la ouate à l'intérieur du sac pour absorber les effluents liquides et réduire les risques de fuites sous la barrière cutanée. La ouate peut ensuite être pesée, comme une couche, pour déterminer le volume exact des effluents évacués afin de prévoir le remplacement des liquides perdus. Dès que le sac est au tiers plein, le vider dans une bassine ou au moyen d'une seringue. Nettoyer l'intérieur de l'orifice avec des serviettes ou de la gaze.

Pour les enfants plus âgés : leur enseigner, ainsi qu'à leurs frères et sœurs, la mise en place du sac en utilisant un personnage-jouet ou une peluche. S'appuyer sur des stratégies appropriées au stade de développement de l'enfant, telles que partitionner les tâches à apprendre : par exemple, un autocollant, à placer sur un tableau, peut représenter une tâche à apprendre par semaine. En outre, il est conseillé de laisser l'enfant décider, dans les limites du raisonnable, quelles personnes il mettra au courant de la présence de sa stomie.

9. Fermer le sac et se laver les mains.

Conseil : Si l'on choisit un sac opaque, plier la barrière cutanée en deux et appliquer la partie inférieure d'abord, puis la déplier autour de la stomie et sur la peau au-dessus de la stomie.

Tableau de diagnostic des problèmes potentiels liés à la mise en place d'un appareillage pour stomies



Problème	Causes possibles	Symptômes courants	Suggestions*
Épiderme arraché : épiderme arraché par inadvertance, avec ou sans le derme, par des moyens mécaniques, surtout du ruban ou d'autres produits adhésifs	Traumatisme mécanique causé par un produit adhésif enlevé sans avoir réussi à bien protéger l'épiderme	Érythème par plaques ou peau ouverte, à vif et suintante	<p>Éviter les rubans adhésifs non essentiels</p> <p>Réduire au minimum le traumatisme causé à la peau pendant le retrait de la barrière cutanée en appuyant légèrement sur la peau environnante pendant qu'on soulève lentement et délicatement la barrière cutanée et qu'on décolle les produits adhésifs</p> <p>Dans la mesure du possible, utiliser des produits à base de pectine pour protéger l'équipement médical; retirer seulement au besoin</p> <p>Envisager de donner à l'enfant un bain avec des produits astringents indiqués pour soulager l'inflammation de la peau, ce qui favorise l'assèchement de la peau à vif et suintante. Obtenir une ordonnance du médecin.</p>
Présence d'infections cutanées candidosiques, le plus souvent à Candida albicans	Facteurs prédisposants comprennent la présence d'un milieu humide, la prise d'antibiotiques, la présence possible, résultant de fuites sous la barrière cutanée, de selles en contact direct prolongé avec la peau	Caractéristiques : éruption érythémateuse accompagnée de papules et de pustules satellites (situées à l'extérieur du contour de l'éruption) souvent associées à un prurit	<p>Onguent antifongique topique prescrit par le médecin</p> <p>Appliquer une poudre antifongique et des produits d'étanchéité sans alcool. Cesser l'utilisation de la pâte Stomahesive® et remplacer la barrière cutanée au moyen d'un protecteur cutané malléable avec pectine (Eakin Cohesive®). Façonner l'anneau afin qu'il épouse bien la base de la stomie, puis appliquer le sac directement sur le protecteur. Ne PAS utiliser de teinture ni de benjoin, caustiques pour la peau.</p> <p>Envisager de donner à l'enfant un bain de farine d'avoine colloïdale, indiquée pour soulager les démangeaisons et l'irritation cutanées, souvent présentes dans les cas d'érythèmes candidosiques à levures (monilia). Obtenir une ordonnance du médecin.</p>
Dermatite (eczéma) allergique de contact	Sensibilité à un produit entraînant une réaction inflammatoire	Survenue possible d'urticaire et d'enflure	<p>Si possible, retirer et ne plus utiliser le produit en cause. Traiter par un agent stéroïde topique doux, s'il est prescrit après un examen médical</p> <p>Tester un autre produit sur des zones cutanées ailleurs sur le corps de l'enfant; prendre note du produit utilisé et de l'emplacement, puis examiner cette zone 24 heures plus tard</p>
Dermatite irritante	Contact direct avec matières fécales ou urine enzymatique ou avec des dissolvants	L'état de la peau péristomiale érythémateuse risque de s'aggraver : la peau peut s'ouvrir, devenir à vif et suinter	<p>Lorsque l'épiderme est à vif, envisager des bains avec des produits astringents lors des changements de sacs; appliquer ensuite de la poudre Stomahesive® et rendre étanche au moyen d'une serviette protectrice</p> <p>Envisager de donner à l'enfant un bain avec des produits astringents, indiqué pour soulager l'inflammation cutanée, ce qui favorisera l'assèchement de la peau à vif et suintante. Obtenir une ordonnance du médecin</p> <p>Surveiller étroitement l'apparition d'un érythème à Candida coexistant; le cas échéant, traiter par onguent antifongique topique prescrit par un médecin</p>
Durée de port du sac trop courte (< 24 heures)	<p>Protubérance excessive de la stomie, consistance des effluents, activités du patient, appareillage inadéquat ou vidange du sac à intervalles trop éloignés</p> <p>Fuite d'effluent sous la barrière cutanée suite aux fréquents changements de sacs.</p>	Intégrité de la peau péristomiale compromise ou peau à vif	<p>Envisager de cesser l'utilisation de la pâte Stomahesive® et de la remplacer par un morceau d'anneau protecteur à base de pectine (protecteur cutané Eakin Cohesive®), plus facile à retirer et laissant un résidu minimal. Façonner l'anneau afin qu'il épouse bien la base de la stomie, puis appliquer le sac directement sur le protecteur.</p> <p>Envisager l'utilisation d'autres appareillages</p> <p>Ne PAS utiliser de teinture ni de benjoin, caustiques pour la peau.</p>
Adhérence insuffisante de la barrière cutanée	Fuites de selles s'infiltrant sous la barrière cutanée causées par une surface cutanée irrégulière (cicatrices, plis, bourrelets)	Intégrité de la peau péristomiale compromise ou peau à vif	<p>Remplir les irrégularités cutanées avec de la pâte Stomahesive® au moyen d'une seringue de 5 à 10 cc pour obtenir une bonne étanchéité ou envisager de cesser l'utilisation de la pâte Stomahesive® et de la remplacer par un morceau d'anneau protecteur à base de pectine (protecteur cutané Eakin Cohesive®). Façonner l'anneau afin qu'il épouse bien la base de la stomie, puis appliquer le sac directement sur le protecteur.</p> <p>Envisager l'utilisation d'autres appareillages</p> <p>Ne PAS utiliser de teinture ni de benjoin, caustiques pour la peau</p>
Décollement des bords de la barrière cutanée	L'urine ou l'eau des bains risque de réduire l'adhérence	Fuites de selles sous la barrière cutanée	Appliquer un pansement transparent tout autour des bords de la barrière cutanée peut augmenter la durée de port. Généralement, cette pratique rend les bords plus étanches dans les cas où l'enfant prend un bain ou une douche tous les jours

Un appareillage qui épouse bien les formes uniques du corps de bébé

Obtenir un ajustement optimal au petit ventre de bébé peut sembler une tâche difficile. C'est pourquoi nous avons créé Little Ones® de ConvaTec.

Nous avons conçu les appareillages Little Ones® de ConvaTec en suivant les conseils de spécialistes reconnus en stomathérapie pédiatrique, qui savent que les bébés ne sont pas de « petits adultes » ; en effet, nos appareillages allient confort et protection tout en épousant les formes uniques de tous les ventres, même les plus petits. Un adhésif qui n'endommage pas la peau et des sacs plus plats contribuent également à un meilleur ajustement. Des sacs vidables dotés d'un dispositif de fermeture amélioré sont offerts dans la plupart des tailles et permettent de vider facilement le sac. Les bords des sacs, doux pour la peau, et les tailles plus petites ajoutent encore au confort de l'enfant.



● Technologie de couplage adhésif Little Ones®

Offert en tailles très petites (pour bébés de moins de 4,5 kg/10 lb) et standard (pour bébés de plus de 4,5 kg /10 lb)

- La technologie de couplage adhésif vous permet de retirer le sac sans avoir à retirer la barrière cutanée. Cela simplifie les changements de sacs, n'endommage pas la peau sensible de l'enfant et vous permet de voir la stomie, toujours sans retirer la barrière cutanée.
- Une barrière cutanée très petite, sans ouverture prédécoupée, aide à mieux l'ajuster à la stomie de l'enfant, en lui assurant un plus grand confort.
- La barrière cutanée Stomahesive® est mince, flexible et suit les mouvements du ventre du bébé, diminuant ainsi l'inconfort.
- Un système filtrant perfectionné laisse s'échapper le gaz, réduisant ainsi le gonflement du sac.
- Le revêtement du sac est doux, coloré et ses coins arrondis sont confortables pour la peau sensible du bébé.
- Le dispositif de fermeture InvisiClose® facilite la vidange du sac tout en offrant deux niveaux de fermeture sécuritaire auxquels vous pouvez vous fier.
- Cet appareillage est offert avec des sacs vidables ou fermés.



⦿ Appareillage à une pièce de format très petit Little Ones®

Offert en tailles très petites (pour bébés de moins de 4,5 kg/10 lb)

- La technologie Stomahesive® est une garantie que l'appareillage épousera fidèlement les formes du corps de l'enfant et offrira la protection requise tout en restant confortable.
- Cet appareillage est doté d'un guide de mesure intégré, sans ouverture prédécoupée pour vous permettre de la tailler sur mesure.
- Le dispositif de fermeture InvisiClose® facilite la vidange du sac tout en offrant deux niveaux de fermeture sécuritaire auxquels vous pouvez vous fier.
- Les sacs sont dotés d'un côté transparent, permettant ainsi de voir les selles pendant la période postopératoire; ils sont doux pour la peau du bébé.



⦿ Appareillage à une pièce Little Ones® de format standard

Pour enfants de plus de 4,5 kg/10 lb

- Cet appareillage est plat, léger et facile à mettre en place.
- La barrière cutanée Stomahesive® modifiée est douce sur la peau sensible d'un enfant.
- Les dimensions de l'appareillage sont réduites, pour le confort des tout-petits.
- Les sacs sont doux au toucher, bloquent le bruit des gaz et les odeurs et sont discrets sous les vêtements.
- L'appareillage est offert avec un sac vidable ou un sac pour urostomies.



⦿ Appareillage à deux pièces Little Ones® de format standard

Conseillé pour les enfants de plus de 4,5 kg/10 lb

- La barrière cutanée Stomahesive® exclusive est douce sur la peau sensible d'un enfant.
- Les dimensions de l'appareillage sont réduites, pour le confort des tout-petits.
- La collerette exclusive réduit au minimum le risque que le sac se détache non intentionnellement.
- Un « clic » audible indique que la barrière cutanée est bien fixée au sac.
- Les sacs sont doux au toucher, bloquent le bruit des gaz et les odeurs et sont discrets sous les vêtements.
- L'appareillage est offert avec un sac vidable, fermé ou un sac pour urostomies.



Produits qui offrent protection et confort tout en répondant aux besoins de l'enfant

Prendre soin d'un tout-petit présente déjà suffisamment de défis. Il est donc important de trouver facilement un appareillage antifuite et confortable. C'est ici qu'entre en scène l'une des gammes de produits de ConvaTec, conçue pour les enfants.

Nous avons conçu les appareillages Little Ones® de ConvaTec en suivant les conseils d'infirmières en pédiatrie, d'infirmières spécialistes en soins néonataux et de stomathérapeutes afin de répondre aux besoins particuliers des bébés. Nos appareillages allient donc confort et protection tout en s'ajustant parfaitement aux formes uniques de chaque enfant; ils s'enlèvent facilement en causant le minimum d'inconfort possible.

Pour obtenir plus d'information sur les produits Little Ones® de ConvaTec, il suffit d'appeler au **1 800 465-6302**.

Information sur les produits

Appareillage	Code	Capacité	Longueur du sac lorsqu'il est fermé (approx.)	Ouverture de la barrière cutanée (approx.)	Filtre	Type de pellicule	Fermeture	Panneau confort	Pellicule anti-odeurs / gaz	Utiliser avec barrière cutanée ou sac
Une pièce, très petit, vidable	411633	56 ml	10,6 cm (4,2 po)	0 à 23 mm (0 po - 7/8 po)	Non	Transparent	Dispositif de fermeture InvisiClose®	D'un côté, tissu imprimé	Oui	S/O
Une pièce, standard, vidable	020922	218 ml	18,5 cm (7,3 po)	8 mm à 50 mm (5/16 po à 2 po)	Non	Transparent	Vidable, avec attache	D'un côté	Oui	S/O
Une pièce, standard, pour urostomies	020917	142 ml	15 cm (5,9 po)	8 mm à 50 mm (5/16 po à 2 po)	Non	Transparent	Valve avec 2 adaptateurs pour drainage nocturne	Non	Oui	S/O
Deux pièces, standard, fermé	401930	263 ml	16,2 cm (6,4 po)	32 mm (1 ¼ po)	Non	Opaque	Fermé	Des deux côtés, tissu	Oui	401925
Deux pièces, standard, vidable	401927	S/O	18,5 cm (7,3 po)	32 mm (1 ¼ po)	Non	Transparent	Vidable, avec attache	D'un côté	Oui	401925
Deux pièces, standard, vidable	401928	S/O	18,5 cm (7,3 po)	45 mm (1 ¾ po)	Non	Transparent	Vidable, avec attache	D'un côté	Oui	125259
Deux pièces, standard, pour urostomies	401929	142 ml	15 cm (5,9 po)	32 mm (1 ¼ po)	Non	Transparent	Valve avec 2 adaptateurs pour drainage nocturne	D'un côté	Oui	401925
Barrière cutanée flexible, deux pièces	401925	S/O	S/O	32 mm (1 ¼ po)	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	401927, 401929, 401930
Technologie de couplage adhésif, très petit, vidable	411631	56 ml	10,6 cm (4,2 po)	0 à 23 mm (0 po à 7/8 po)	Non	Transparent	Dispositif de fermeture InvisiClose®	D'un côté, tissu imprimé	Oui	411632
Technologie de couplage adhésif, standard, fermé	411639	72 ml	14,5 cm (5,7 po)	4,8 à 31 mm (3/16 po à 1 ¼ po)	Oui	Opaque	Fermé	Des deux côtés, tissu imprimé	Oui	411641, 411642
Technologie de couplage adhésif, standard, fermé	411640	72 ml	14,5 cm (5,7 po)	4,8 à 31 mm (3/16 po à 1 ¼ po)	Oui	Transparent	Fermé	D'un côté, tissu imprimé	Oui	411641, 411642
Technologie de couplage adhésif, standard, vidable	411637	255 ml	21,2 cm (8,3 po)	Jusqu'à 31 mm (1 ¼ po)	Oui	Transparent	Dispositif de fermeture InvisiClose®	D'un côté, tissu imprimé	Oui	411641, 411642
Technologie de couplage adhésif, standard, vidable	411638	255 ml	21,2 cm (8,3 po)	Jusqu'à 31 mm (1 ¼ po)	Oui	Opaque	Dispositif de fermeture InvisiClose®	Des deux côtés, tissu imprimé	Oui	411641, 411642
Barrière cutanée Stomahésive®, technologie de couplage adhésif, standard	411641	S/O	S/O	4,8 à 31 mm (3/16 po à 1 ¼ po)	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	411637, 411638, 411639, 411640
Barrière cutanée Stomahésive® flexible, technologie de couplage adhésif, standard, avec collet hydrocolloïde adhésif	411642	S/O	S/O	4,8 à 31 mm (3/16 po à 1 ¼ po)	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	411637, 411638, 411639, 411640
Barrière cutanée Stomahésive®, technologie de couplage adhésif, très petite	411632	S/O	S/O	0 à 23 mm (0 po à 7/8 po)	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	411631