

Prise en charge d'une iléostomie hyperproductive

Service de chirurgie digestive Pr BRIGAND - Hôpital Hautepierre

Vincent Pfirsch / Aurélien Villemin

Février 2024

Généralités

- 3 à 16 % des stomies sont hyperproductives
- Incidence UK : 28000/ans
- **Définition controversée** : > 1,5L à 2L /24h
- Taux de réadmission pour déshydratation ou IRA à J30 iléostomie : 17%
- Chirurgie colorectale +++

Variations du débit stomial :

- Type de stomie : colostomie vs iléostomie
- Sécrétions gastro-intestinales
- Prise alimentaire



Physiopathologie

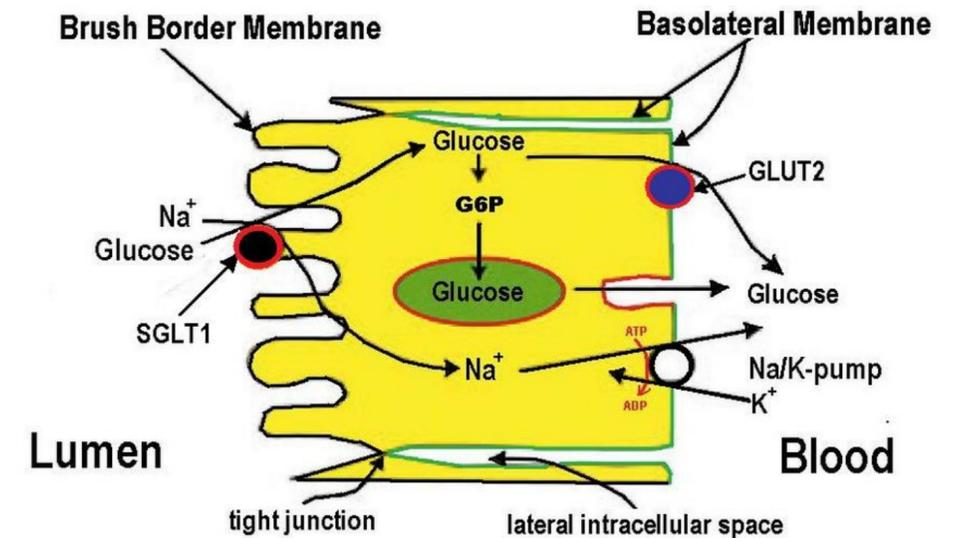
8 à 10L/j passe l'angle de Treitz

1 à 1,5L/j passe la valvule iléo-caecale

Adaptation physiologique après réalisation d'une iléostomie :

- **Hypertrophie / hyperplasie muqueuse**
- **Changement hormonaux** + modification de fonctionnement des **canaux sodiques**
- Diminution de la **motilité**

Hyperdébit précoce puis **normalisation durant le premier mois**



Physiopathologie

Iléal Brake

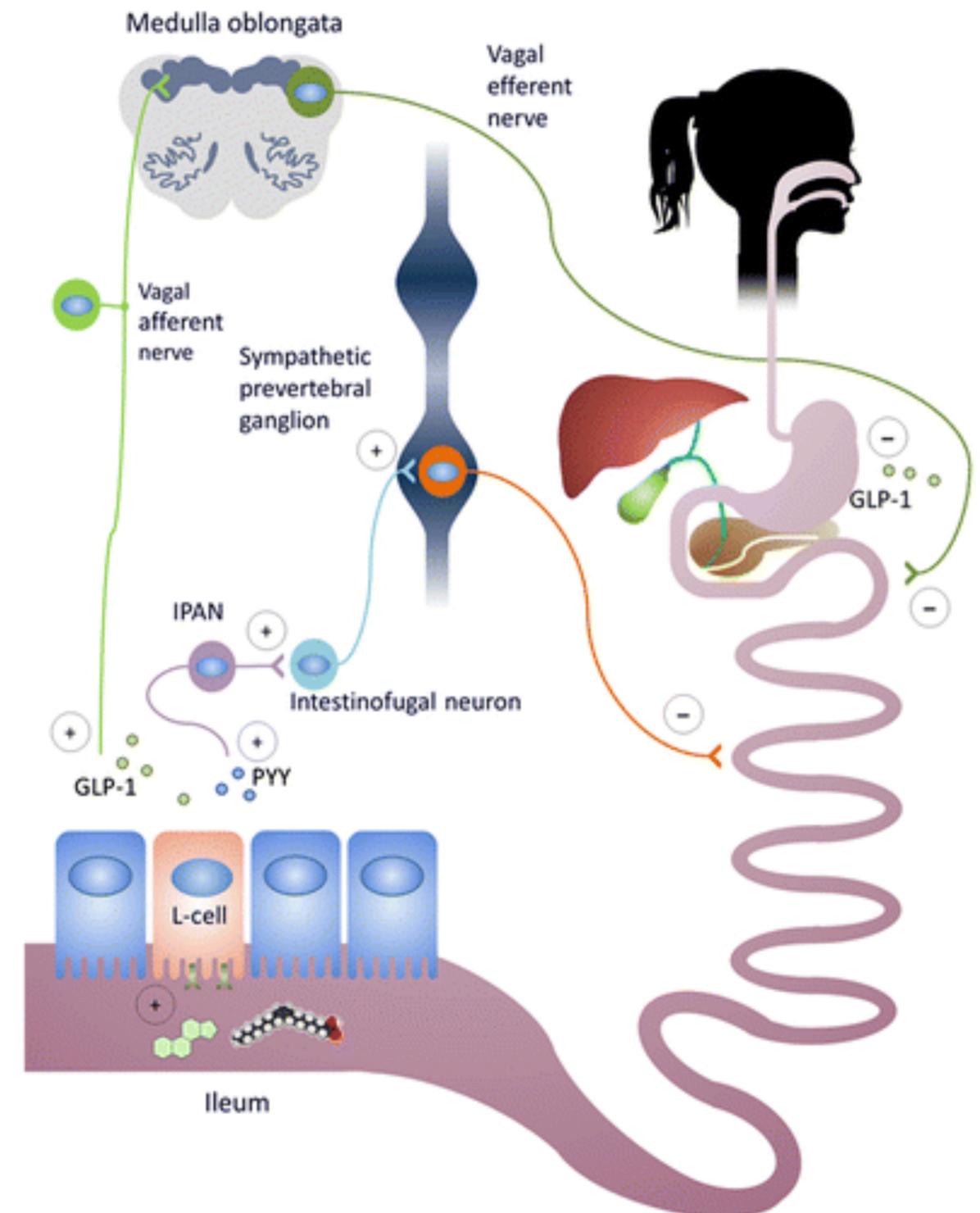
Retard de la vidange gastrique

Réduction :

Sécrétions pancréatiques

Sécrétions intestinales

Adaptation 4-6 semaines



Hyperdébit stomial

Echec d'adaptation (précoce) :

- Longueur de résection = grêle court
- Intestin grêle inflammatoire = pas de possibilité d'adaptation
- Responsable d'un hyperdébit stomial chronique

Post adaptation (tardif) :

- Infection intestinale : Gastro-entérite, infection à Clostridium Difficile
- Sepsis intra-abdominal : fistule post-opératoire, diverticulite, récurrence d'une maladie inflammatoire
- Syndrome obstructif (pullulation bactérienne) : sténose radique ou inflammatoire, sténose orifice stomial
- Mésusage médicamenteux : Prokinétiques (métoclopramide, laxatif, érythromycine)
- Diarrhée osmotique et erreurs alimentaires

Conséquences

Perte NaCl et H₂O : déshydratation

Insuffisance rénale aiguë

Malnutrition

Trouble trophique

Hypomagnésémie, hypokaliémie,
hypocalcémie



**Comment bien prendre en charge
un hyperdébit stomial ?**

Techniques in Coloproctology (2023) 27:1139–1154

<https://doi.org/10.1007/s10151-023-02830-1>

REVIEW



Clinical management of high-output stoma: a systematic literature review and meta-analysis

H. Lederhuber^{1,4} · L. H. Massey² · V. E. Kantola¹ · M. R. S. Siddiqui³ · A. E. Sayers¹ · F. D. McDermott¹ ·
I. R. Daniels¹ · N. J. Smart¹

Received: 4 March 2023 / Accepted: 1 June 2023 / Published online: 18 June 2023

© Springer Nature Switzerland AG 2023

Revue de la littérature

Revue de la littérature

Etudes incluses :

- P : Adulte avec hyperdébit stomial (> 1500ml / 24h)
- I : toute chirurgie, médicaments, interventions nutritionnelles
- C : placebo, autres interventions, standard de prise en charge ou absence d'intervention
- O : débit stomie ou changement débit de stomie
- S : essais contrôlés randomisés, non randomisés, études observationnelles

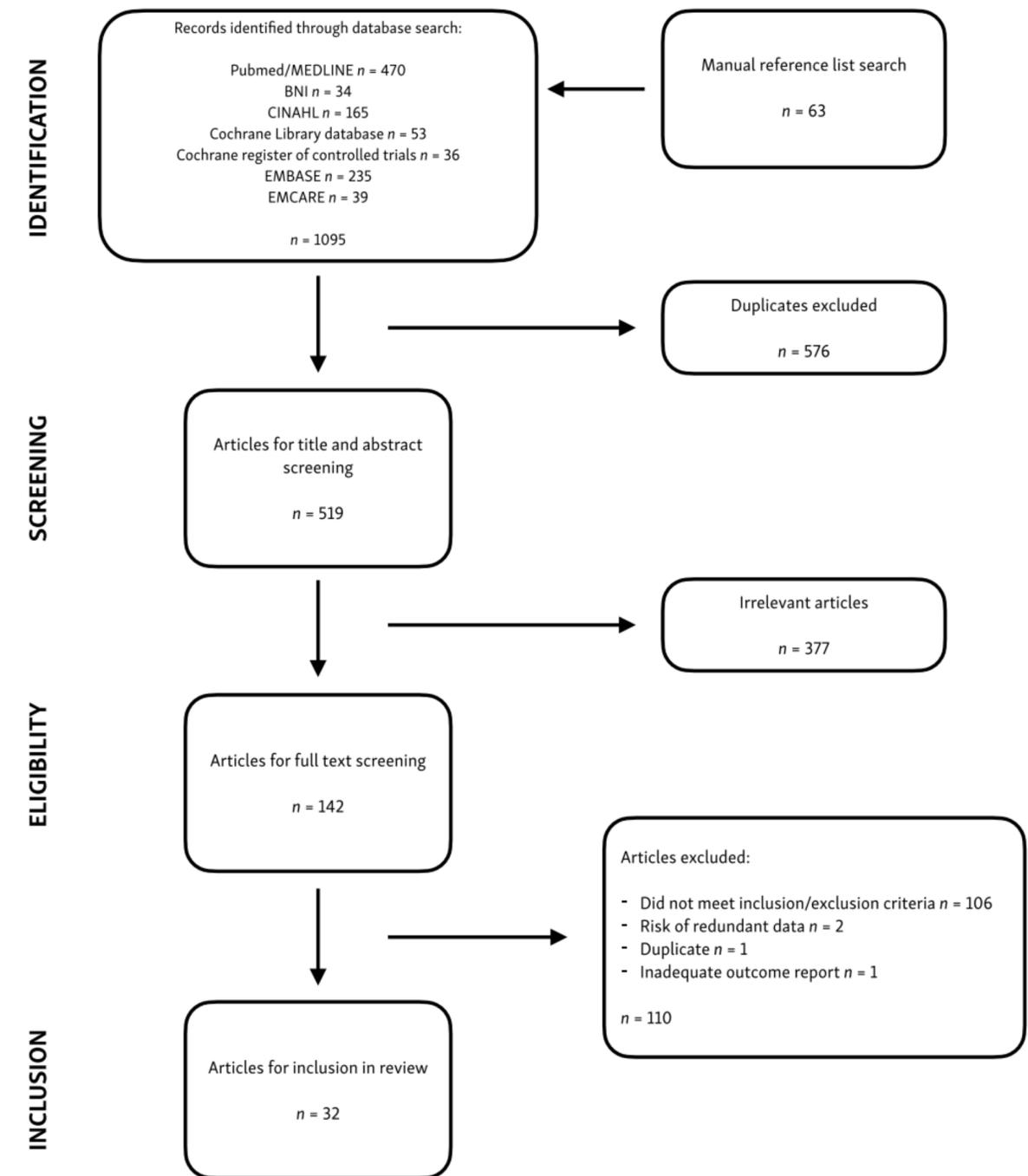
Etude exclues :

- Etude expérimentale sur l'animal
- < 18 ans
- Fistule entéro-cutanée
- Etudes cas-témoins
- Etudes n'apportant pas de conclusion sur le critère de jugement principal

Revue de la littérature

Revue de la littérature et méta-analyse sur 32 articles :

- 15 études randomisées contrôlées
- 13 études prospective non randomisées
- 4 études de cohortes rétrospectives



Biais

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	RoB
Aly et al. 1980	—	+	+	+	—	+	X
Beaugerie et al. 1991	—	X	+	+	+	—	X
Clarebrough et al. 2015	+	+	—	+	+	+	—
Culkin et al. 2021	+	+	—	+	+	—	X
Ecker et al. 2003	—	■	+	+	+	—	X
Heydorn et al. 1999	X	—	X	+	—	+	X
Jeppesen et al. 1998	—	+	+	+	+	—	X
King et al. 1982	—	+	+	+	+	—	X
Kristensen et al. 2017	+	+	X	—	+	+	X
Kusuhara et al. 1992	—	X	+	+	+	—	X
Mesli et al. 2021	+	■	—	+	+	X	X
Naimi et al. 2019	+	+	+	+	+	+	+
Rodrigues et al. 1989	—	—	+	—	+	—	X
Tytgat et al. 1975	—	X	+	+	+	—	X
Tytgat et al. 1977	—	X	+	+	+	—	X

D1: Randomisation process
 D2: Carryover effects
 D3: Adhering to intervention
 D4: Missing outcome data
 D5: Outcome measurement
 D6: Reporting results

X High
 — Some
 + Low
 ■ Not applicable

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	MS
Buchmann et al. 2006	2	0	2	1	0	2	0	0	1	2	1	1	12
Chia et al. 2017	1	2	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	7
Cooper et al. 1986	2	0	2	1	0	1	2	0	2	2	1	1	14
Ecker et al. 2005	1	0	2	1	0	2	0	0	1	2	1	1	11
Hvistendahl et al. 2016	2	1	2	1	0	2	2	0	1	2	1	1	15
Jacobsen et al. 1986	2	0	2	1	0	0	2	0	1	2	1	1	12
Jeppesen et al. 2005	1	1	2	1	0	2	0	0	1	2	1	1	12
Lévy et al. 1983	0	0	2	1	0	2	2	0	2	2	1	1	13
Liu et al. 2021	2	1	2	2	0	2	2	0	1	2	1	2	17
Nehra et al. 2001	2	0	2	1	0	2	2	0	1	2	1	1	14
Nightingale et al. 1989	2	0	2	1	0	0	2	0	1	2	1	0	11
Nightingale et al. 1991	1	0	0	1	0	2	2	0	1	2	1	1	11
O'Keefe et al. 1994	2	0	2	1	0	2	2	0	1	2	1	1	14
Picot et al. 2020	1	2	2	2	0	2	1	0	0	0	0	2	12
Scribano et al. 2015	2	2	1	1	0	0	1	0	1	2	1	0	11
Sobocki et al. 2020	2	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	2	8
Zaczec et al. 2022	2	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	2	9

D1 Clear aim
 D2 Consecutive patients
 D3 Prospective data collection
 D4 Appropriate endpoints
 D5 Unbiased assessment
 D6 Appropriate follow-up
 D7 Loss of follow-up < 5%
 D8 Prospective study size calculation
 D9 Adequate control group
 D10 Contemporary groups
 D11 Baseline group equivalence
 D12 Adequate statistical analysis

■ Individual items: 0 points
 Global score: ≤ 8 points
 ■ Individual items: 1 points
 Global score: 9–16 points
 ■ Individual items: 2 points
 Global score: > 16 points

Méta-Analyse

Population

Adulte > 18 ans qui présentaient un hyperdébit stomial

Caractéristiques de la population étudiée :

711 patients dont 315 femmes et 396 hommes

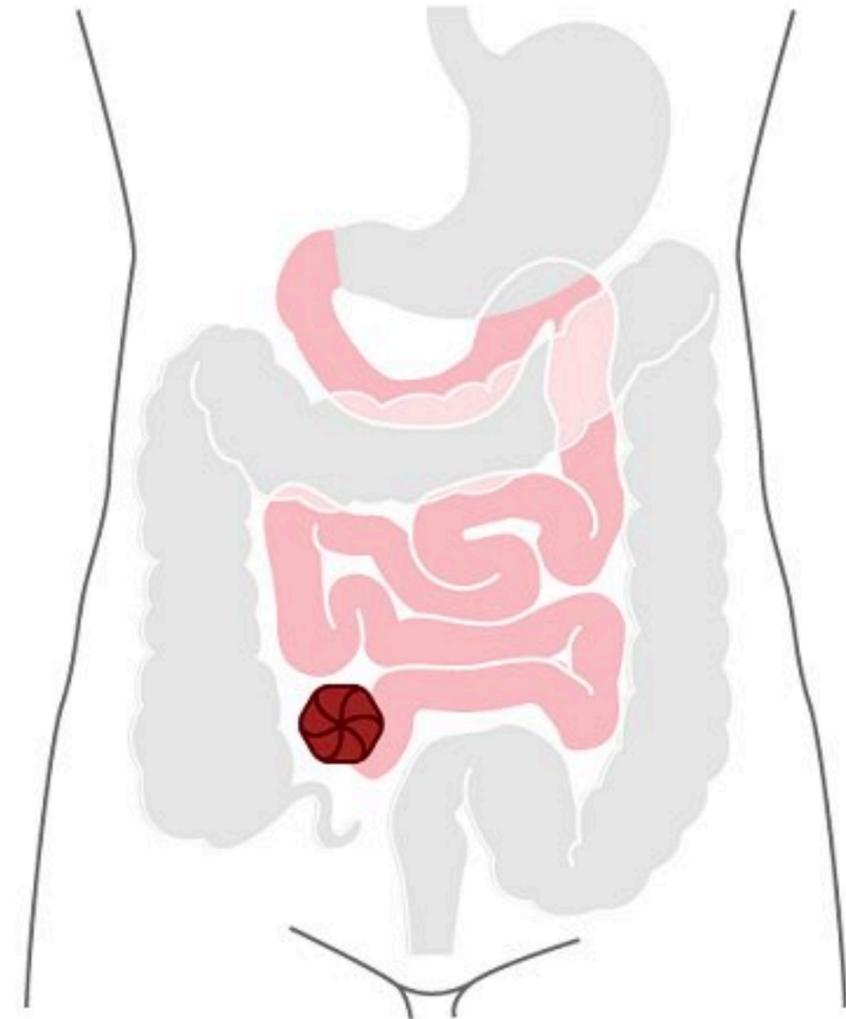
- **248 iléostomies**
- 132 jéjunostomies
- 328 stomies grêliques non spécifiées

Recueil :

Longueur grêlique résiduelle : seulement 18 études sur 32

Etiologie à l'origine de la réalisation de l'iléostomie :

- Maladie inflammatoire
- Cancer colo-rectal
- Ischémie mésentérique
- Syndrome occlusif
- Complication chirurgicale



Intervention thérapeutique

18 interventions différentes :

- Lopéramide
- Réhydratation NaCl
- Analogue de la Somatostatine
- Antagoniste H2
- Soluté salé hypertonique
- Oméprazole
- Repos digestif
- Analogue GLP1/2
- Budésonide



Critère de jugement principal

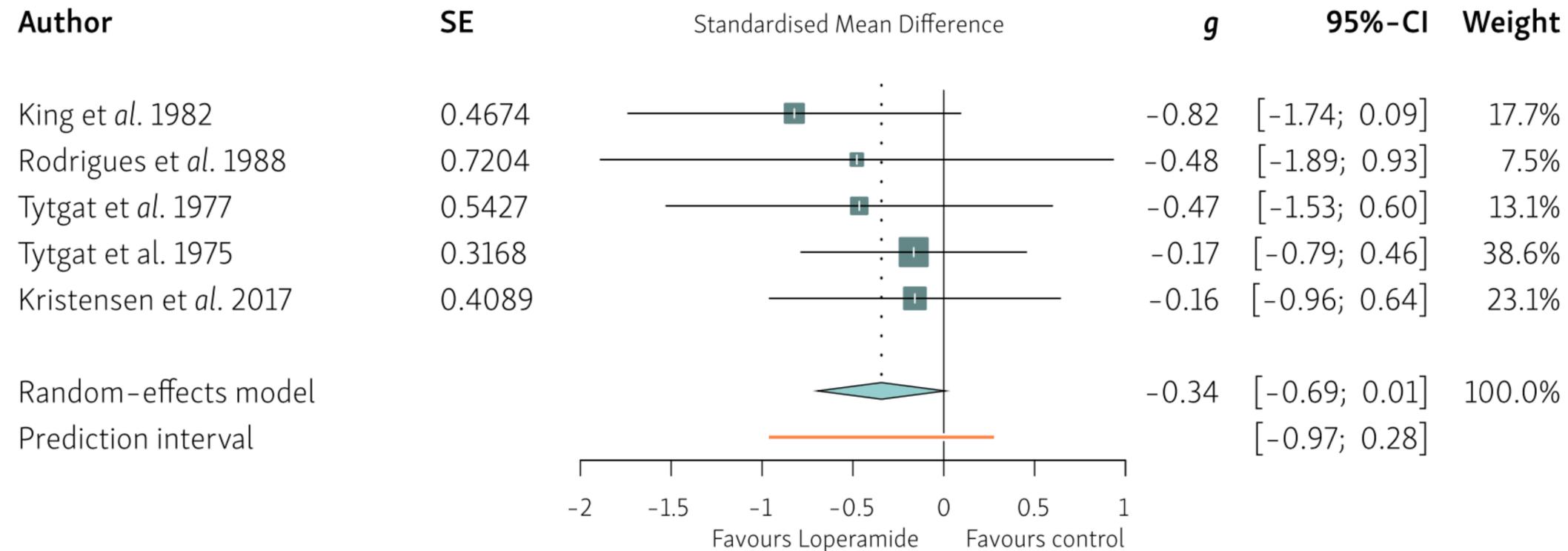
Critère de jugement principal : débit stomial ou le changement de débit

- 26 études rapportant le critère « débit stomial »
- 19 études rapportant le critère « changement débit stomial »
- 13 études avec les deux critères simultanément

Résultats

Lopéramide

a) Loperamide vs. control



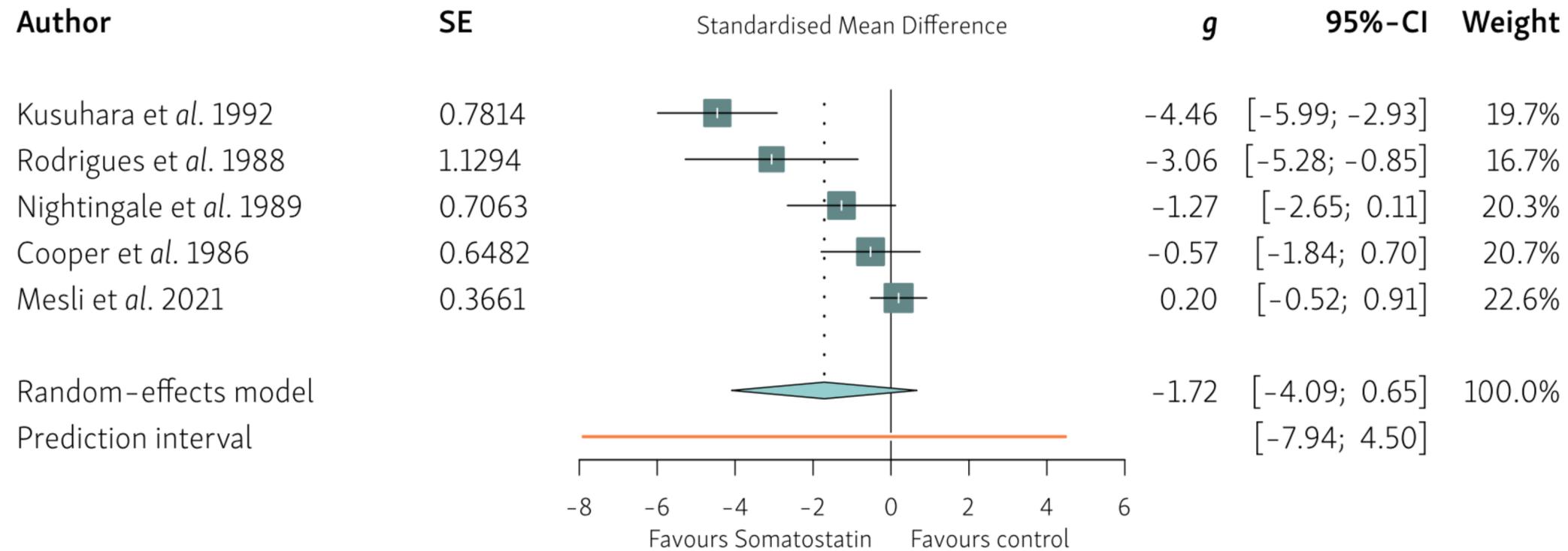
Heterogeneity: $I^2 = 0\%$, $\tau^2 = 0$, $\chi^2_4 = 1.66$ ($p = 0.80$)

Test for overall effect: $t_4 = -2.71$ ($p = 0.05$)

→ 4 RCT et 1 non RCT (n=53) **absence de différence significative** ($g = -0.34$, 95% CI -0.69 to 0.01 , $p = 0.05$)

Analogue de la Somatostatine

b) Somatostatin vs. control



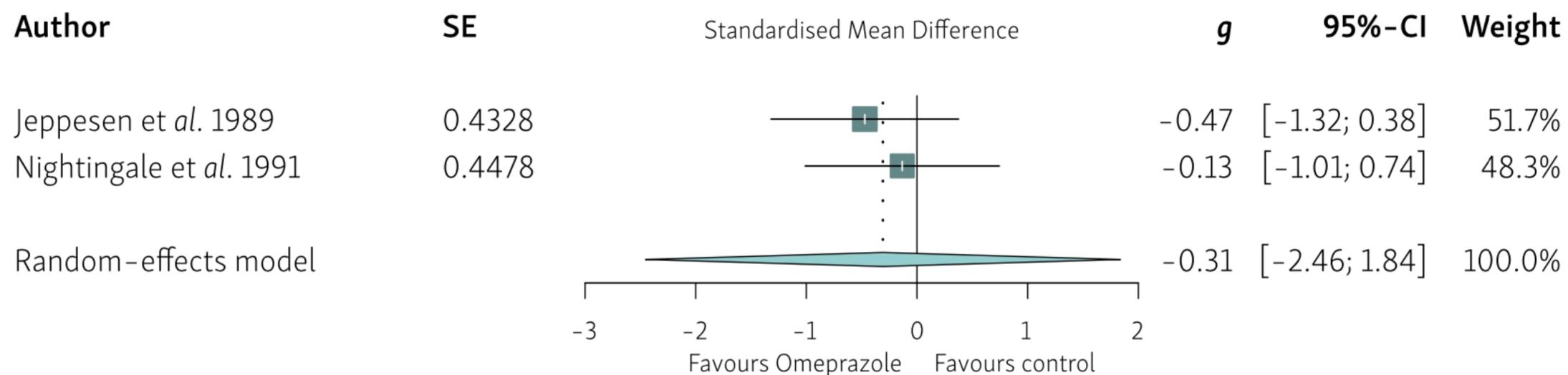
Heterogeneity: $I^2 = 88\%$, $\tau^2 = 3.09$, $\chi^2_4 = 33.83$ ($p < 0.01$)

Test for overall effect: $t_4 = -2.02$ ($p = 0.11$)

→ 2 RCT et 3 non RCT (n=41) **absence de différence significative** (g - 1.72, 95% CI - 4.09 to 0.65, p = 0.11)

Oméprazole

c) Omeprazole vs. control



→ 2 RCT (n=21) **absence de différence significative** ($g = -0.31$, 95% CI – 2.46 to 1.84, $p = 0.32$)

Conclusion

Absence d'évidence significative sur l'utilisation des agents pharmacologique pour la prise en charge d'un hyperdébit stomial dans cette étude

Limites :

- Etudes avec une fiabilité statistique insuffisante
- Nombreux biais
- Données manquantes (longueur d'intestin restant, exclusion des fistules entéro-cutanées) et population hétérogène
- Interventions de prise en charge trop nombreuses et variées
- Evaluation des données différentes : médianes / moyennes
- Effectifs faibles

Ne pas ignorer la nature intuitive de l'utilisation empirique de certains agents (Lopéramide, Oméprazole) pour aider à réduire un hyper débit stomial

Pratique très influencée par l'expérience et les habitudes des services



Journal of Investigative Surgery

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/iivs20>

Is Lanreotide Really Useful in High Output Stoma? Comparison between Lanreotide to Conventional Antidiarrheal Treatment Alone

Yannis Mesli, Lise Holterbach, Jean-Baptiste Delhorme, Zaher Lakkis, Pablo Ortega-Deballon, Sophie Deguelte, Serge Rohr, Cécile Brigand, Nicolas Meyer & Benoit Romain

Etude et population

Etude prospective, multicentrique,
randomisée

Durée : 02/2015 – 03/2018

Critères d'inclusion :

- Patients > 18 ans
- < J10 pose iléostomie avant inclusion
- > 1,5L /24h pendant 1 jour avant inclusion

Nombre de sujet nécessaire : n = 84

Critères d'exclusion :

- Grossesse, allaitement
- Administration antérieure des traitements évalués
- Allergie aux traitements évalués
- Lithiase vésiculaire
- Colite hémorragique
- Diarrhée sanglante
- Fièvre associée
- Clostridium difficile
- Laxatif, prokinétique avant inclusion
- Diabète non contrôlé HbA1c > 7%

Intervention thérapeutique

Groupe LAN + TAD = analogue de somatostatine + traitement anti-diarrhéique :

Somatuline 120 mg: 1 injection intramusculaire à J0

Diosmectite (3g) 6 fois/jours pendant 72h (J0 à J3)

Lopéramide (2mg) 6 fois/jours pendant 72h (J0 à J3)

Groupe TAD = traitement anti-diarrhéique seul :

Diosmectite (3g) 6 fois/jours pendant 72h (J0 à J3)

Lopéramide (2mg) 6 fois/jours pendant 72h (J0 à J3)

Données

Données recueillies :

- Débit stomial sur 24h J1 à J6
- Urée, créatinine J0, J2, J4, J6
- Sortie d'hospitalisation : débit sur 30 jours relevé par le patient
- J15, J30, J60, J90 : débit stomial et effets secondaires

Critère de jugement principal : Débit de l'iléostomie après 72h

Critères de jugements secondaires :

- Débit iléostomie après 6 jours
- Urée, créatinine plasmatique J0, J2, J4, J6
- Durée d'hospitalisation
- Effets secondaires sévères J0 à J6 et J30

Résultats

Échec de l'étude à montrer effet bénéfique significatif TAD + LAN à J3

Arrêt prématuré de l'étude par manque de patients inclus : 15 sur 85

- Faible incidence d'iléostomies hyperproductives : 5%
- Petite échelle et faible puissance

Synthèse de la prise en charge d'une
iléostomie hyperproductive

Conduite à tenir

Confirmation et **quantification** de l'hyperdébit stomial

Identification de la cause

Traitement :

- Prise en charge **nutritionnelle**
- Traitement **étiologique** : immunosuppresseurs, antibiotiques, arrêt médicaments favorisants ...
- **Réduction des pertes** hydro-électrolytiques = traitements médicamenteux
- **Réhydratation** gluco-saline orale et / ou intraveineuse
- Correction de l'hypomagnésémie
- Fermeture précoce de l'iléostomie

Education thérapeutique et prévention

Identification d'un hyperdébit stomial



Patient à domicile lors du diagnostic +++

Nécessité d'un suivi régulier par **IDE et/ou médecin traitant** +/- contrôle biologique régulier

Formation et information des différents intervenants +++

Apprendre aux patients les signes cliniques de déshydratation

Quantification du débit / 24h : nombre de poche de stomie ou volume en mL

Hyperdébit chronique ou aigu ?

Multicenter Study > Support Care Cancer. 2023 Dec 7;32(1):12.

doi: 10.1007/s00520-023-08228-x.

Knowledge, attitudes, practices and associated factors regarding high output stoma of ileostomy among colorectal surgical nurses: a multicentre cross-sectional study

Qing Zhang ^{# 1}, Jianan Sun ^{# 1}, Dongxue Wang ¹, Quan Wang ¹, Haiyan Hu ²

Affiliations + expand

PMID: 38060050 DOI: 10.1007/s00520-023-08228-x

Evaluation clinique du patient

Constantes :

- Tension artérielle = **hypotension orthostatique**
- Fréquence cardiaque = tachycardie, bradycardie (troubles ioniques) + **ECG**
- Température = fièvre (sepsis)
- Poids = **perte de poids rapide**
- **Bilan entrée / sortie ++++ et diurèse/24h**



Interrogatoire :

- Quantification du **débit stomial** des derniers jours
- Calendrier des **prises alimentaires et hydriques** des derniers jours
- Evolution du poids sur les derniers jours
- Sensation de **soif** ?
- **Traitement médicamenteux et modification éventuelle récente**
- Douleurs ou distensions abdominale
- Nausées, vomissements
- Fatigue, asthénie
- Désorientation, troubles de la conscience, modification du comportement
- Retour de voyage

Examen clinique :

- Inspection : **pli cutané, examen des muqueuses et de la langue, distension abdominale, couleur des urines, troubles trophiques, examen minutieux de l'orifice stomial et de la peau péri-stomiale**
- Auscultation : bruits hydro-aériques
- Percussion : météorisme abdominal
- Palpation : douleur abdominale, hépato-splénomégalie, adénopathies, orifices herniaires
- **Toucher stomial : recherche sténose**
- Toucher rectal et examen de la marge anale : douleurs, abcès, sepsis ou signes inflammatoires

Examens paracliniques et diagnostic étiologique

Biologie :

- NFS, plaquettes, **CRP**
- **Ionogramme sanguin (Sodium, potassium), urée, créatinine, DFG**
- **Phosphore, magnésium, calcium**
- Albumine, Pré-albumine
- Ionogramme urinaire
- **Coproculture + recherche de Clostridium Difficile +++**
- Examen parasitologie des selles si contexte associé
- Si diarrhées chroniques : Dosage Anticorps anti-transglutaminase (maladie coeliaque), Calprotectine fécale, TSH

Electrocardiogramme : si troubles ioniques ou anomalies fréquence cardiaque

Imagerie : recherche de foyer infectieux intra-abdominal

- **Scanner abdomino-pelvien** +/- injection en fonction de la fonction rénale
- **Entéro-IRM ou IRM pelvienne** : orienté selon diagnostic initial et les antécédents



Prise en charge nutritionnelle / diététique

Majoration apport hydrique, en **sel et glucose**

- Chips, biscuit salé, bouillon salé, sel de table

Limiter **aliments riches en fibres**

- Fruits et légumes crus, produit complet

Apport hydrique :

- Boisson (max 0,5L) : eau, thé, café —> limiter fluide hypotonique +++
- **Boisson salé** +++ : bouillon salé, soupe instantanée, soluté de réhydratation oral +++

Surveillance du poids

En cas de dénutrition associée : **CNO, nutrition parentérale** souvent nécessaire



Pharmacologie

Arsenal thérapeutique diversifié et complémentaire

Traitement **étiologique** : immunosuppresseurs, corticothérapie, antibiothérapie, arrêt de certains traitements médicamenteux

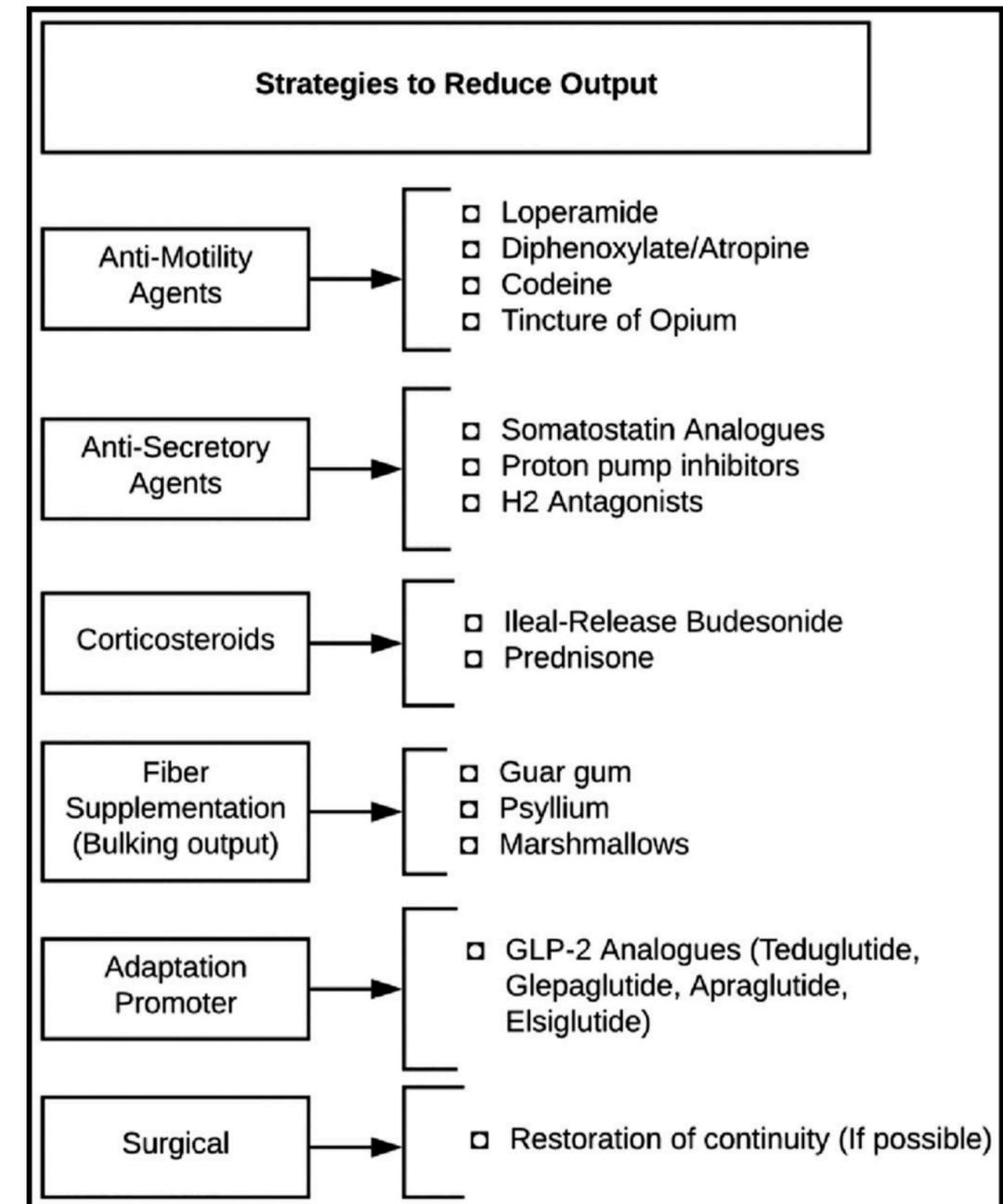
Traitement **ralentisseur du transit**

Traitement **anti-sécrétoire**

Fibres épaississantes

Analogue GLP2

Supplémentation ionique : potassium, magnésium, sodium, calcium



Lopéramide (Imodium)

Analogue structurel des opiacés sans effet sur le système nerveux

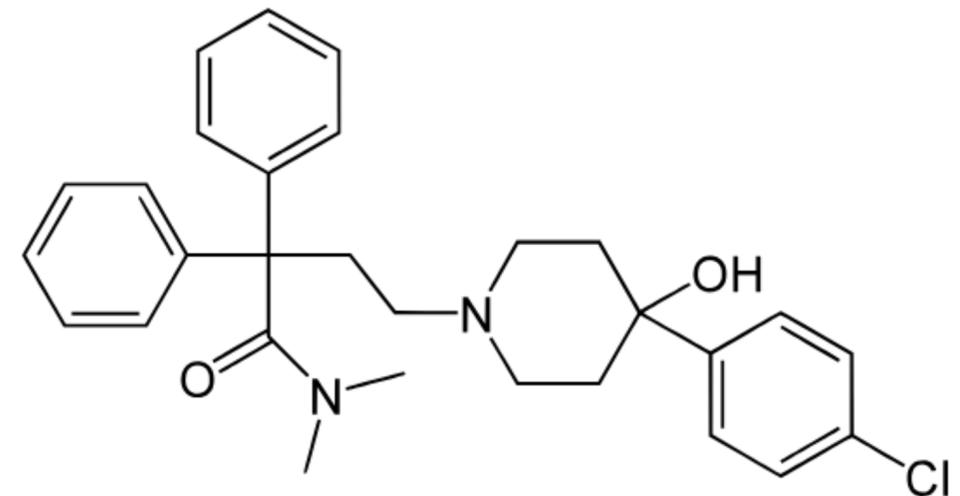
- Activité antisécrétoire par augmentation du flux hydro-électrolytique de la lumière intestinale vers le pôle plasmatique de l'entérocyte et réduction du flux inverse
- Ralentissement du transit intestinal

Posologie : Lopéramide 2mg = **1 à 6 gélules par jour**

- **30 minutes à 1h avant les repas**
- Majoration progressive : adapter au débit stomial

→ **Réduction du débit stomial jusqu'à 30%**

Surdosage: effets cardiaques (allongement QT et QRS, torsades de pointes, autres arythmies ventriculaires graves)



Diosmectite (Smecta)

Adsorbant intestinal

- Adsorbe les gaz intestinaux
- Restaure la perméabilité normale de la muqueuse intestinale
- Pouvoir couvrant important de la muqueuse digestive
- **Réduction significative des selles en 72h**

Reste dans la lumière digestive, **pas d'absorption ni de métabolisation**. Elimination dans les selles

Posologie : Smecta 3g = **1 à 6 sachets par jour**

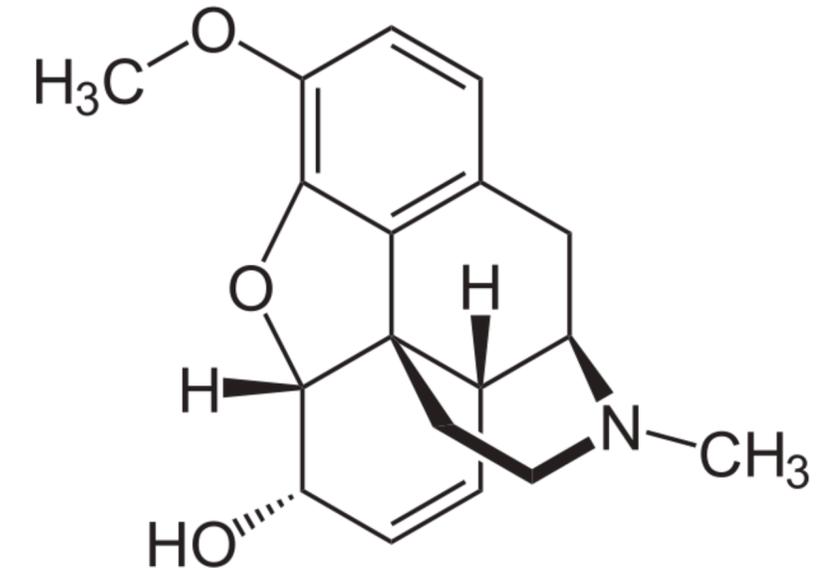


Morphiniques / Opioïdes

Paderyl (Codéine) 19,5 mg : 1 à 2 comprimés, à renouveler, si besoin, au bout de 6 heures, sans dépasser 8 comprimés par jour

- Action sur les récepteurs périphériques aux opiacés des muscles digestifs lisses
- Augmentation du tonus des muscles lisses dans l'antre de l'estomac et dans le duodénum
- Réduction de la motilité : diminution des ondes péristaltiques propulsives dans l'intestin grêle et le côlon

==> Ralentissement du transit et meilleure absorption intestinale



Oméprazole / Pantoprazole

Inhibiteur de la pompe à protons : inhibe l'enzyme H⁺/K⁺ ATPase

Réduction de la sécrétion gastrique

Absorption dans le duodénum et grêle proximal : **administration IV si < 50cm de jéjunum** restant

Effet secondaire:

- Infection de Clostridium difficile
- Anomalie de la fonction hépatique
- Ostéopénie/ostéoporose
- Infarctus du myocarde
- Insuffisance rénale
- Hypomagnésémie
- Déficit en vitamine B12

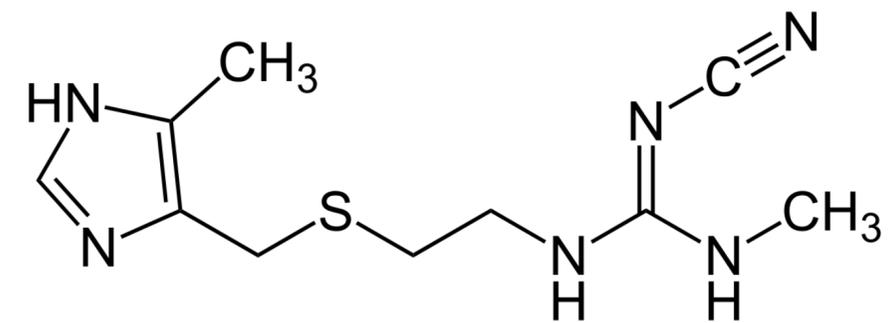
Efficacité **peu documentée sur la réduction des pertes digestives**



Anti histaminiques - antagonistes des récepteurs H2

Cimétidine 200mg : 1 à 3 comprimés par jour

- **Inhibe la sécrétion acide** maximale stimulée par l'histamine, la pentagastrine, l'insuline, la caféine ou par les aliments et abaisse le débit total de pepsine par diminution du volume du suc gastrique.
- N'altère pas la production de mucus, ne modifie pas l'évacuation gastrique, n'affecte pas la sécrétion pancréatique et est sans effet sur le sphincter œsophagien inférieur.



Analogues GLP2

GLP-2 : entéro-peptide qui semble être impliqué dans l'adaptation morphologique et l'amélioration de l'absorption chez les sujets syndrome du grêle court (SGC)

Téduglutide : 0,05 mg/kg de poids corporel une fois par jour

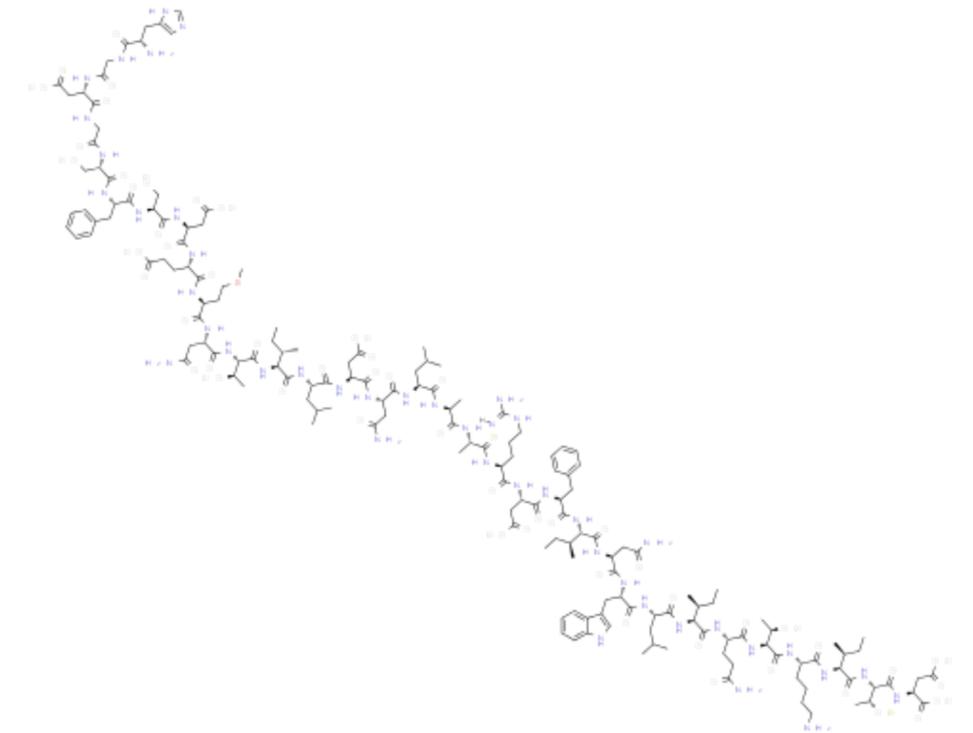
Administration pendant 6 à 12 mois = **réduction du débit de selles de 750 ml/j**

- Entraîne une adaptation morphologique villositaire significative : **augmentation de la hauteur des villosités et de la profondeur des cryptes.**
- Augmente le débit sanguin intestinal et portal, **inhibe la sécrétion gastrique acide et diminue la motilité intestinale.**
- Diminution significative des volumes de perfusion hebdomadaire (perfusion et nutrition parentérale)

Prix très élevé : **17 000 euros /mois**

La recherche sur les autres entéro-hormones est moins développée, mais tout aussi prometteuse.

Une étude réalisée sur 5 patients avec SGC sous NP, a montré qu'un traitement par un analogue stable du GLP-1, en inhibant l'activité contractile continue du tube digestif et donc en augmentant le temps de contact du chyme avec la surface de la muqueuse absorbante, améliorerait l'absorption des nutriments et permettait le sevrage de 3 patients sur 5.



Fibres épaississantes

Gomme de Guar :

- Composée principalement de galactomannane, une **fibre végétale soluble et acalorique**
- Extraite de la graine du haricot de guar, *Cyamopsis tetragonoloba*.
- Sa fonction dans la graine est de servir de réserve d'aliments et d'eau utilisée comme **épaississant, stabilisant et émulsifiant** dans les aliments grâce à sa texture uniforme et ses propriétés pour **former des gels**

Psyllium ou Ispaghul :

- Plantes médicinales utilisées par les Égyptiens
- Récoltées à partir de plusieurs plantes : *Plantago ovata*, *Plantago ispaghula*, *Plantago psyllium*
- Graines enveloppées d'une cosse (le son ou téguments) de fibres solubles capables de retenir l'eau = **absorbent jusqu'à huit fois leur volume en eau**
- Utilisé dans le traitement de la **constipation** (en retenant l'eau des aliments digérés, elles ramollissent les selles) et la **diarrhée** (en transformant l'eau des selles en gel, elles les rendent plus consistantes).
- Dans l'estomac, les fibres des graines de psyllium **forment un gel** avec les liquides pris lors d'un repas
- Capacité à fixer le cholestérol = **diminuer l'absorption du cholestérol** contenu dans les aliments
- Régule la glycémie des personnes diabétiques (**diminue les pics glycémiques**)
- Soulage les personnes qui souffrent de syndrome du **côlon irritable ou de colite ulcéreuse**



Hydratation et correction des troubles hydro-électrolytiques

Soluté de réhydratation oral

- **Glucides** complexes ou glucose 2% et 50 à 90 mmol/L de **sodium**
- 1 sachet pour un litre d'eau
- OMS : 2,6 g de sel (NaCl), 2,9 g de citrate de sodium déshydraté, 1,5 g de chlorure de potassium (KCl) et 13,5 g de glucose anhydre par litre d'eau.

Soda non recommandées : trop de glucides et trop peu de sodium pour tirer avantage du co-transport Na/Glucose

Voie intraveineuse

- **1L d'Isosfundine** : apport en électrolytes variés
- **1L de Bionolyte 5% + 2g KCL + 1,5g Mg** : apport en glucose et potassium
- Compensation des pertes digestives : **500ml de Ringer tous les 500ml dans l'iléostomie**

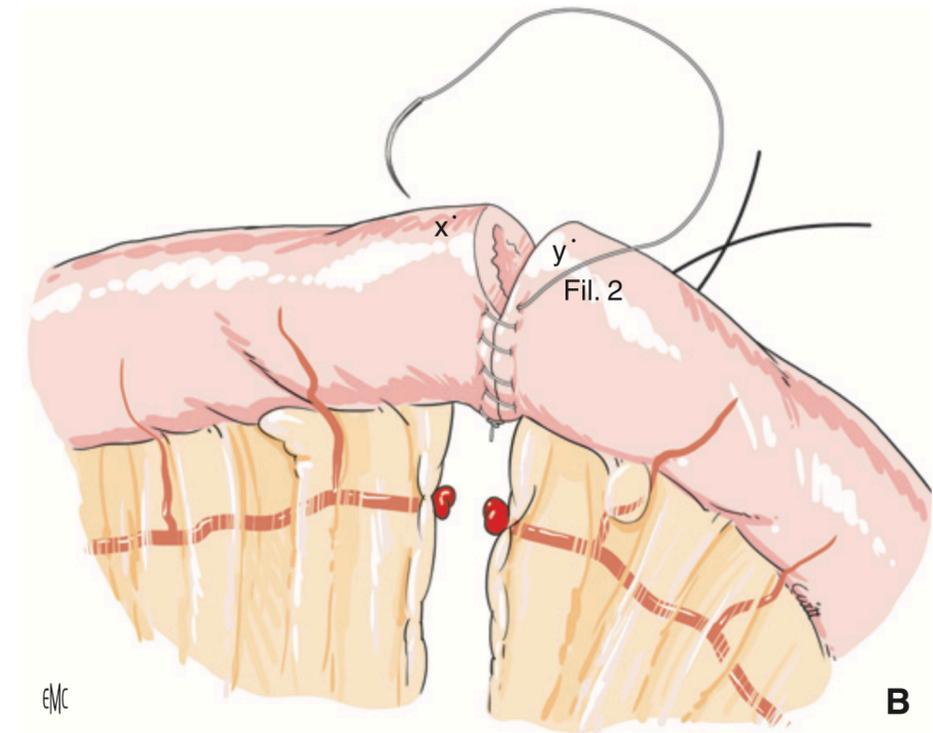
Nécessité de réaliser un **bilan entrée / sortie** et une surveillance de la **diurèse stricte**



Chirurgie

Fermeture précoce de l'iléostomie (< 6 semaines)

- Absence de différence significative concernant le taux de complication ou de fistule anastomotique
- Non indiqué en première intention
- Si techniquement possible



International Journal of Colorectal Disease
<https://doi.org/10.1007/s00384-020-03761-1>

REVIEW

Safety of early ileostomy closure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Protocole de traitement de l'hyperdébit stomial

<u>Biologie</u>	<ul style="list-style-type: none">- NFS, plaquettes, CRP- Ionogramme sanguin (Sodium, potassium), urée, créatinine, DFG- Phosphore, magnésium, calcium- Albumine, Pré-albumine- Ionogramme urinaire- Coproculture + recherche de Clostridium Difficile +++- Examen parasitologie des selles si contexte associé- Si diarrhées chroniques : Dosage Anticorps anti-transglutaminase (maladie coeliaque), Calprotectine fécale, TSH
<u>Imagerie</u>	<ul style="list-style-type: none">- Scanner abdomino-pelvien +/- injection en fonction de la fonction rénale- Entéro-IRM ou IRM pelvienne : orienté selon diagnostic initial et les antécédents
<u>Traitement oral</u>	<ul style="list-style-type: none">- Antalgiques si nécessaire- Diffu K 600mg : 1 à 6 gelules/jour selon kaliémie- Ondansétron 4mg : 3 fois par jours si nausées et/ou vomissements- Pantoprazole 40mg : 1 comprimé par jour- Lopéramide 2 mg : 1 comprimé 3 fois par jour- Smecta 3g : 1 sachet 3 fois par jour
<u>Traitement intra-veineux</u>	<ul style="list-style-type: none">- 1L d'Isofundine : apport en électrolytes variés- 1L de Bionolyte 5% + 2g KCL + 1,5g Mg : apport en glucose et potassium- Compensation des pertes digestives : 500ml de Ringer tous les 500ml dans l'iléostomie- Nutrition parentérale si dénutrition importante : 25 kcal/kg/jour
<u>Surveillance et soins</u>	<ul style="list-style-type: none">- Soins de stomie- Quantification des pertes digestives / 24h et Compensation des pertes digestives- Diurèse / 24h- Bilan entrée / sortie toutes les 24h- Pesée toutes les 48h- Consultation Diététicienne- Régime constipant- Consultation stomathérapeute

Réévaluation quotidienne

<u>Biologie</u>	<p>Réévaluation biologique toutes les 24-48h selon troubles ioniques :</p> <ul style="list-style-type: none">- NFS, plaquettes- Ionogramme sanguin (Sodium, potassium) créatinine, DFG <p>Réévaluation biologique toutes les semaines :</p> <ul style="list-style-type: none">- Albumine, pré-albumine- Magnésium, calcium- Bilan hépatique si nutrition parentérale
<u>Traitement oral</u>	<ul style="list-style-type: none">- Pantoprazole 40mg : possibilité d'augmentation à 2 comprimé par jour- Lopéramide 2 mg : possibilité d'augmentation à 2 comprimé 3 fois par jour- Smecta 3g : possibilité d'augmentation à 2 sachet 3 fois par jour- Lanréotide LP 60 mg : 1 injection SC par mois- Padéryl (Codéine) 19,5 mg : 1 cp 3 fois par jour- Discuter traitement : fibres épaississantes, analogues GLP2 (grêle court), anti-H2
<u>Traitement intra-veineux</u>	<ul style="list-style-type: none">- Adaptation des perfusions au bilan entrée / sortie- Compensation des pertes digestives : 500ml de Ringer tous les 500ml dans l'iléostomie
<u>Surveillance et soins</u>	<ul style="list-style-type: none">- Quantification des pertes digestives / 24h et Compensation des pertes digestives- Diurèse / 24h- Bilan entrée / sortie toutes les 24h- Pesée toutes les 48h

Bibliographie et liens utiles

Bibliographie :

1. Lederhuber, H. et al. Clinical management of high-output stoma: a systematic literature review and meta-analysis. Tech. Coloproctology 27, 1139–1154 (2023).
2. Mesli, Y. et al. Is Lanreotide Really Useful in High Output Stoma? Comparison between Lanreotide to Conventional Antidiarrheal Treatment Alone. J. Investig. Surg. Off. J. Acad. Surg. Res. 34, 1312–1316 (2021).
3. Zhang, Q., Sun, J., Wang, D., Wang, Q. & Hu, H. Knowledge, attitudes, practices and associated factors regarding high output stoma of ileostomy among colorectal surgical nurses: a multicentre cross-sectional study. Support. Care Cancer Off. J. Multinat. Assoc. Support. Care Cancer 32, 12 (2023).

Liens utiles

Signes d'alertes et quantification du volume stomial :

https://www.hollister.ca/-/media/files/pdfs-for-download/ca/hol_os_caretip_highoutput_ileostomy_fre_r3.ashx

Vidéos et documents d'information et gestion d'une stomie :

<https://www.hollister.ca/fr-ca/ostomycare/educationaltools>

Merci de votre attention