

*Travail de chirurgie :  
caecostomie et  
lavements  
évacuateurs chez  
l'enfant.*

*Hoffman Céline*  
*Spécialisation en pédiatrie*

# **Table des matières.**

## **I. Introduction**

## **II. Opération de Malone**

***a. Définition***

***b. Schéma anatomique***

***c. Indications***

***d. Inconvénients et avantages de l'opération***

***e. Préparation pré-opératoire***

***f. Complications possibles et que faire en cas de problème ?***

## **III. Soins post-opératoires, éducation de l'enfant et des parents**

***A. Avant la sortie de l'hôpital l'infirmière doit***

***B. Composition du lavement***

***C. Matériel nécessaire***

***D. Durée du lavement***

***E. Comment réaliser le lavement à domicile ?***

## **IV. Pronostic et évolution**

## **V. Une alternative à l'opération de Malone**

## **VI. Conclusion**

## **VII. Bibliographie**

# **I. Introduction**

**La constipation chronique ainsi que l'incontinence fécale est très embêtante chez l'enfant. Elle provoque un retrait social, et une démotivation personnelle.**

**Chez certains enfants, avec un handicap notamment, les constipations résistent à tout traitement et il est donc nécessaire de réaliser une opération chirurgicale afin d'évacuer les selles accumulées dans le colon.**

**Il est important d'expliquer à ces enfants ainsi qu'à leurs familles en quoi consiste l'opération et quels seront les soins à réaliser au domicile.**

**Toute cette prise en charge est sujet de ce travail et sera développé au fur et à mesure de cette recherche.**

## **II. Opération de Malone**

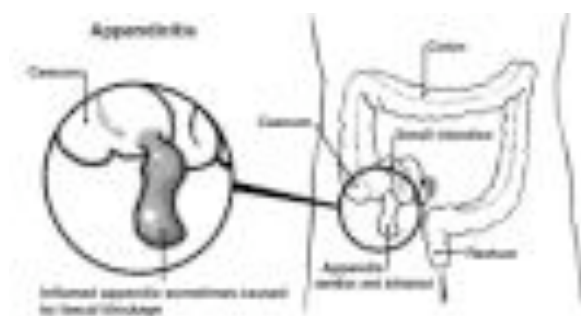
### **a. Définition :**

Réalisation d'une caecostomie cutanée trans-appendiculaire. Cette technique dérivée permet l'abouchement dans le fond de l'ombilic avec un lambeau de grêle abouché au colon transverse. Elle a été décrite par Malone en 1991. Cette technique est également une appendico-caecostomie cutanée continente.

### **b. Schéma anatomique**

#### **Anatomie normale du caecum**

#### **Opération de Malone**



### **c. Indications**

- **Spina bifida**
- **Malformations anorectales**
- **Maladie de Hirschprung**
- **Incontinence anale ou constipation chronique**
- **Malformation cloacale**
- **Agénésie sacrée**
- **Vessie neurologique associée à une constipation sévère**

- **Paraplégie séquellaire de myélite**
- **Pathologies neurologiques**
- **Constipation rebelle résistante aux traitements**

#### **d. Inconvénients et avantages de l'opération**

##### **Avantages :**

- **Changement de la vie des enfants et de leur famille : amélioration du confort de vie.**
- **Augmentation de l'indépendance des enfants et de la vie familiale, autonomie des soins**
- **Bien être familial, personnel et social**
- **Réalisation des lavements 2 à 3 fois par semaines uniquement**
- **Pas de traces de selles entre les lavements**

##### **Inconvénients :**

- **douleur à l'émission des selles**
- **difficulté pour certains patients à se motiver pour réaliser les lavements**
- **risque de céphalées et de fatigue après les lavements (dus à une hyponatrémie)**
- **durée du lavement de 30 minutes à une heure**

#### **e. préparation pré-opératoire :**

##### **Préparation psychologique de l'enfant et de ses parents :**

- **expliquer à l'enfant et à ses parents que l'opération est réversible, il sera hospitalisé une semaine**
- **expliquer l'opération avec des mots compréhensibles adaptés à l'âge de l'enfant et à son éventuel handicap**
- **il est important d'utiliser un support éducatif : photos, dessins, diapositives**
- **la décision de l'opération doit être prise par l'enfant et ses parents.**
- **Répondre aux questions de l'enfant**

**Préparation physique de l'enfant :**

- l'enfant doit rester à jeun
- préparation colique
- suivre prescriptions médicales pour la narcose

**f. Complications possibles et que faire en cas de problème ?**

- **douleurs de type colique au cours du lavement : elles peuvent persister durant les premières semaines post-opératoires. Elles ne doivent pas décourager l'enfant et ses parents. Des antalgiques et antispasmodiques peuvent être prescrits par le médecin. L'utilisation de colopeg par exemple peut diminuer ces douleurs par ramollissement des selles et en évitant les épisodes de blocage des matières. L'addition de phosphates peut avoir un effet positif. Sinon, la réalisation de la caecostomie sur le colon transverse ou le colon gauche diminuerait les douleurs et le temps des lavements.**
- **Impossibilité d'introduire la sonde : Il n'est pas rare qu'il y ait une sténose des orifices qui justifie un calibrage préventif. Ceci est à discuter avec le chirurgien. Il est conseillé dès lors d'introduire chaque jour une sonde dans l'orifice afin d'en vérifier la perméabilité. Une introduction 2 à 3x par semaine est suffisante si aucun problème n'est constaté. En cas de problème les parents de l'enfant doivent prendre contact avec leur infirmière référente qui contactera le chirurgien pour voir la conduite à tenir.**
- **Céphalées et fatigue après le lavement : dus aux lavements réalisés à l'eau pur. Cela provoque une réabsorption d'eau par le colon ce qui entraîne une hyponatrémie par dilution. Il est donc conseillé d'ajouter dans le lavement une cuillère à café de sel de table par litre d'eau.**

### **III. les soins post-opératoires et éducation de l'enfant et de ses parents.**

- l'hospitalisation est de 7 jours
- les lavements évacuateurs sont commencés à partir du quinzième jour
- il faut 10 jours pour une cicatrisation correcte.

#### **a. Avant la sortie de l'hôpital l'infirmière doit :**

- veiller à chaque détail car toute difficulté peut décourager l'enfant et ses parents
- fixer les rythmes de lavements, de l'horaire (de préférence en soirée)
- réfléchir avec l'enfant et ses parents sur l'organisation des lavements au domicile (où ? comment accrocher le boc ? durée du lavement, composition et quantité du lavement ?)
- retirer la sonde en place dans l'orifice de Malone en présence du chirurgien

#### **b. composition du lavement :**

- Il est de 3 litres en moyenne. L'enfant doit réaliser le lavement jusqu'à ce que les selles soient complètement expulsées et que le liquide revienne clair
- Il est soit composé d'eau tiède du robinet uniquement, il peut y être ajouté du sel de table, de l'huile de paraffine, du normacol ( dihydrogénophosphate et hydrogénophosphate de sodium) ou encore du colopeg (macrolog et solutions d'électrolytes).

#### **c. Matériel nécessaire :**

- sondes pré lubrifiées de charrière 10 ou 12
- chaise percée ou WC
- boc à lavement et de quoi le suspendre en hauteur



#### **d. durée du lavement :**

**La durée du lavement varie d'un enfant à un autre selon la quantité d'eau. Il est en moyenne de 45 minutes à une heure. Il doit être réalisé 2 à 3 fois par semaine.**

#### **e. comment réaliser le lavement à domicile ?**

- **préparer l'eau pour le lavement dans sa quantité correcte**
- **l'enfant s'installe sur le wc ou la chaise percée**
- **il introduit lui-même la sonde pré lubrifiée qui va lui permettre de réaliser le lavement**
- **surélever le boc à lavement, l'hyperpression va permettre à l'eau de circuler. L'intestin va se vidanger en s'évacuant par le rectum.**
- **Attendre que le liquide redevienne clair**

## **IV. Pronostic et évolution**

**Le pronostic de l'enfant après l'opération est assez favorable. Selon l'enquête réalisée par la clinique de chirurgie infantile de Rouen, tous les patients disent avoir amélioré leur confort personnel, social et familial.**

**L'opération est réversible.**

**Les lavements sont effectués 2X par semaines et il n'y a pas de souillure de selles en général entre les lavements même chez les enfants ayant un gros handicap et étant en fauteuil roulant.**

**L'opération peut être combinée au traitement chirurgical de l'incontinence urinaire, l'opération de Mitrofanoff.**

**La conduite appendiculaire serait la meilleure voie de conduit pour accéder au colon gauche.**

## **V. Une alternative à l'opération de Malone**

**Une alternative à l'opération de Malone a été proposée par Tait et Shanding qui serait une manœuvre moins lourde et qui aurait moins de complications.**

**Ceux-ci proposent de mettre sous contrôle radiologique, une caecostomie sur bouton de Chait placé de façon percutanée.**

**Il peut-être posé sous une courte laparoscopie chez des enfants qui auraient de malformations multiples ou auraient étaient multiopérés au niveau de l'abdomen.**

**Le caecum est maintenu par une pince, deux sutures sont réalisées d'ancrage percutané par ponction transcutanée. Un cathéter est mis en place de façon temporaire.**

**Les opérations sont plus courtes que l'opération de Malone, soit 20 à 35 minutes. Les irrigations peuvent être commencées dès le huitième jour.**

**Le cathéter est changé après six semaines et un bouton de Chait est mis en consultation.**

**Cette technique est simple, réversible et beaucoup plus facile au niveau technique.**

## **VI. Conclusion**

**La technique de Malone a « révolutionné » dans le problème de l'incontinence anale ou de la constipation chronique.**

**Grâce à cette technique opératoire et les soins au quotidien, de nombreux enfants ont pu se réintégrer dans leur vie sociale, familiale. Leur confort est favorisé et rares sont les souillures de selles entre les lavements.**

**Toutefois, une prise en charge correcte et adéquate est primordiale. L'explication de l'opération, l'éducation aux lavements et la recherche de détails pratiques sont cruciaux pour une vie quotidienne de qualité pour ces enfants avec en général un handicap au préalable.**

## **VII. Bibliographie.**

### **Site internet :**

**[http://www.chirpediatic.org/index1.php?pageID=chirped\\_resum\\_cae\\_costomie](http://www.chirpediatic.org/index1.php?pageID=chirped_resum_cae_costomie)**

### **Enquête :**

**- LIARD, BOCQUET, BACHY, MITROFANOFF, *Enquête sur la satisfaction des patients porteurs d'une caecostomie continente de Malone, Progrès en urologie, Clinique chirurgicale infantile, hôpital Charles Nicole, Rouen, France, 2002, p 1256-1260.***

### **Article :**

**- PROT Christine, rôle éducatif de l'infirmière avant et après une intervention pour une incontinence urinaire et fécale, revue de l'infirmière, décembre 1998, numéro 44, p39-42.**

