



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2026, Volume 9
N°1, Pages 1 - 136

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoeye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2026, Volume 9,
N°1, Pages 1 - 136

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

LES STOMIES INTESTINALES CHEZ L'ENFANT : INDICATIONS, TECHNIQUES ET RESULTATS EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SYLVANUS OLYMPIO DE LOME (TOGO)

INTESTINAL STOMIES IN CHILDREN: INDICATIONS, TECHNIQUES, AND RESULTS IN PEDIATRIC SURGERY AT THE SYLVANUS OLYMPIO UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN LOMÉ (TOGO)

SALHADINE YACOUB AHMAT¹, KEBALO SOSSO PIHAM¹, GNASSINGBE KOMLAN¹, FOLLY AMAVI², SEKOUDJI KOMLA¹, MOYALBAYE YIRETA¹, ALLOH HOUMAIZOU¹, AGODA-KOUSSEMA LAMA³,

- 1. Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé*
- 2. Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Kara*
- 3. Service de radiologie et imagerie médicale du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé*

Auteur correspondant : Dr Salhadine Yacoub Ahmat, Service de Chirurgie Pédiatrique
Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé.

Email : salestebenyacoub@gmail.com

Résumé

La stomie intestinale est l'abouchement chirurgical d'une partie de l'intestin à la peau afin d'éliminer les selles. Sa réalisation de plus en plus fréquente et ses multiples indications nous ont poussés à faire cette étude. L'objectif général était d'étudier les stomies intestinales chez l'enfant. **Méthodes :** il s'agissait d'une étude rétrospective (1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020) et prospective (1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2024) de type descriptif et analytique d'une durée de 7 ans. Ont été inclus tous les patients de 0 à 15 ans ayant bénéficié d'une stomie intestinale durant cette période. **Résultats :** La malformation ano-rectale était l'indication la plus fréquente chez 44 patients (71%). La colostomie était réalisée chez 54 patients (87,1%). Elle était temporaire et double terminalisée dans la majorité des cas. La couche et le pagne était le mode d'appareillage le plus utilisé chez

55 patients (88,7%). Les opérateurs étaient dans la majorité des médecins inscrits en spécialisation chez 51 patients (82,3%). Les suites opératoires étaient simples chez 51 patients (82,3%). La complication locale la plus rencontrée était l'irritation de la peau péri stomiale chez 4 patients (6,5%) et le prolapsus (3,2%) était le plus fréquent de complication spécifique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 +/- 4,8 jours avec des extrêmes de 4 et 30 jours. Nous avons enregistré 2 décès (3,2%) liés à la stomie. **Conclusion :** les stomies intestinales sont réalisées majoritairement chez les nouveau-nés avec les malformations ano-rectales comme indication principale. L'irritation de la peau péri stomial et le prolapsus étaient les complications spécifiques retrouvées dans notre étude.

Mots clés : Colostomie, iléostomie, chirurgie pédiatrique, complications post opératoires

Summary

*An intestinal stoma is the surgical connection of part of the intestine to the skin in order to eliminate stool. Its increasing frequency and multiple indications prompted us to conduct this study. The overall objective was to study intestinal stomas in children. **Methods:** This was a retrospective (January 1, 2018 to December 31, 2020) and prospective (January 1, 2021 to December 31, 2024) descriptive and analytical study lasting seven years. All patients aged 0 to 15 who underwent intestinal ostomy during this period were included. **Results:** Anorectal malformation was the most common indication in 44 patients (71%). Colostomy was performed in 54 patients (87.1%). It was temporary and double-ended in most cases. Diapers and loincloths were the most commonly*

*used types of appliances in 55 patients (88.7%). The majority of operators were physicians registered in specialization in 51 patients (82.3%). Postoperative complications were minor in 51 patients (82,3 %). The most common local complication was irritation of the peristomal skin in 4 patients (6.5%) and prolapse (3.2%) was the most common specific complication. The average length of hospital stay was 8 +/- 4.8 days, ranging from 4 to 30 days. We recorded 2 deaths (3.2%) related to the stoma. **Conclusion:** Intestinal ostomies are mainly performed in newborns with anorectal malformations as the primary indication. Peristomal irritation and prolapse were the specific complications found in our study.*

Keywords: Colostomy, ileostomy, pediatric surgery, postoperative complications.

INTRODUCTION

La stomie intestinale est un acte chirurgical qui consiste à l'abouchement chirurgical d'une partie de l'intestin à la peau afin d'éliminer les selles. Elle peut être temporaire ou définitive [1]. Les plus couramment pratiquées en pratique chirurgicale sont la colostomie et l'iléostomie [2]. Bien qu'elle soit souvent considérée comme un geste opératoire simple, une stomie peut exposer à de multiples complications précoces ou tardives [3].

La fréquence de ces complications varient de 28 à 74 % dans les pays développés [4, 5] et de 30 à 81,7 % en Afrique [2]. En Afrique, peu d'études ont été consacrées à ce sujet. Cependant en Guinée, Keita B et al avaient retrouvé une fréquence de 6,2% [6]. L'indication la plus fréquente était la malformation ano-rectale dans 57,1%. La

stomie selon la technique de Péna était la plus réalisée dans 88,2% et la complication majeure était l'irritation de la peau péri stomiale dans 8,3% [6].

Au Togo, aucune étude n'a été faite à ce sujet et dans le but de faire le point sur les stomies intestinales. Nous nous sommes intéressés à ce sujet dont l'objectif était de décrire les indications, les techniques et les résultats des stomies intestinales chez l'enfant en chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte rétrospective (1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020) et prospective (1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2024) d'une période 7 ans au

service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé. Ont été inclus tous les dossiers des patients (période rétrospective) et les patients (période prospective) âgés de 0 à 15 ans ayant bénéficié d'une stomie intestinale, suivis au service de chirurgie pédiatrique durant la période d'étude. Ont été exclu de cette étude tous les dossiers incomplets (manque d'information), les stomies réalisées hors du service et qui ont été admis soit pour un rétablissement ou par une complication. Les paramètres étudiés étaient : la fréquence, l'âge, le sexe, le délai d'admission (délai entre la naissance et la première consultation pour les MAR), la situation de réalisation, le délai entre l'admission et la prise en charge chirurgicale, les indications, les éléments de la technique opératoire, les suites opératoires, les complications, le rétablissement de continuité, la durée d'hospitalisation et le décès. Les données ont été saisies sur le logiciel Epi data dans sa version 3.1 et analysées sur le logiciel SPSS dans sa version 25.0. Le test de Khi carré avec un seuil de significativité $\leq 0,05$. L'approbation du comité d'éthique et le consentement éclairé des parents ont été obtenus.

RESULTATS

Sur les 1750 interventions effectuées pendant la période d'étude, 62 enfants avaient bénéficié d'une stomie intestinale soit une fréquence de 3,5%. On notait 43 garçons contre 19 filles avec un sex ratio de 2,2. L'âge médian dans cette étude était de 619 jours +/- 1293 jours avec des extrêmes de 1 et 5475 jours. La période néonatale (1 à 28 jours) était représentée chez 40 patients (64,5%) (Tableau I). Le délai d'admission était moins de 7 jours chez 42 patients

(67,7%) avec un délai moyen de 9 jours +/- 8 jours et des extrêmes de 1 et 30 jours.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Classes d'âge	N	%
Nouveau-né	40	64,5
Nourrisson	10	16,2
Petit enfant	6	9,7
Grand enfant	3	4,8
Adolescent	3	4,8
Total	62	100

Dans cette série, les stomies intestinales ont été réalisées en urgence chez 51 patients (82,3%) et en programme chez 11 patients (17,7%). Cinquante-quatre patients (87,1%) étaient pris en charge chirurgicalement en moins de 3 jours (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients en fonction du délai entre l'admission et la prise en charge chirurgicale (en jours)

Délais (jours)	N	%
<1	28	45,2
[1-3]	26	42
[3-6]	2	3,2
>6	6	9,6
Total	62	100

Délai moyen : 2 +/- 2 jours, extrêmes : 1 et 7 jours.

Les malformations ano-rectales étaient l'indication de colostomie chez 44 patients (71%), suivie de la maladie de Hirschsprung chez 8 patients (12,9%) (Tableau III). La colostomie était le type de stomie intestinale réalisée chez 54 patients (87,1%), l'iléostomie chez 7 patients (11,3%) et la caecostomie chez un patient (1,6%).

Tableau III : Répartition des patients selon l'indication (n=62)

Indications	N	%
Malformation anorectale haute et intermédiaire	33	53,3
Malformation anorectale basse avec fistule	10	16,1
Maladie de Hirschsprung	8	12,9
Péritonite secondaire par lâchage de fil d'anastomose	4	6,5
Péritonite aiguë généralisée par perforation typhique	2	3,2
Plaie anorectale par empalement	2	3,2
Atrésie du grêle	1	1,6
Malformation anorectale forme cloaque	1	1,6
Péritonite aiguë généralisée par perforation diastatique du colon	1	1,6
Total	62	100

La stomie était à caractère temporaire chez 61 patients (98,4%) et à caractère définitif chez un patient (1,6%). Celle définitive était réalisée chez une adolescente de 15 ans qui présentait une MAR forme cloaque. La

variété terminale était réalisée chez 56 patients (90,3%), latérale chez 4 patients (6,5%) et latérale terminalisée chez 2 patients (3,2%). La stomie siégeait dans la région lombaire gauche chez 43 patients (69,4%) (Figure 1).

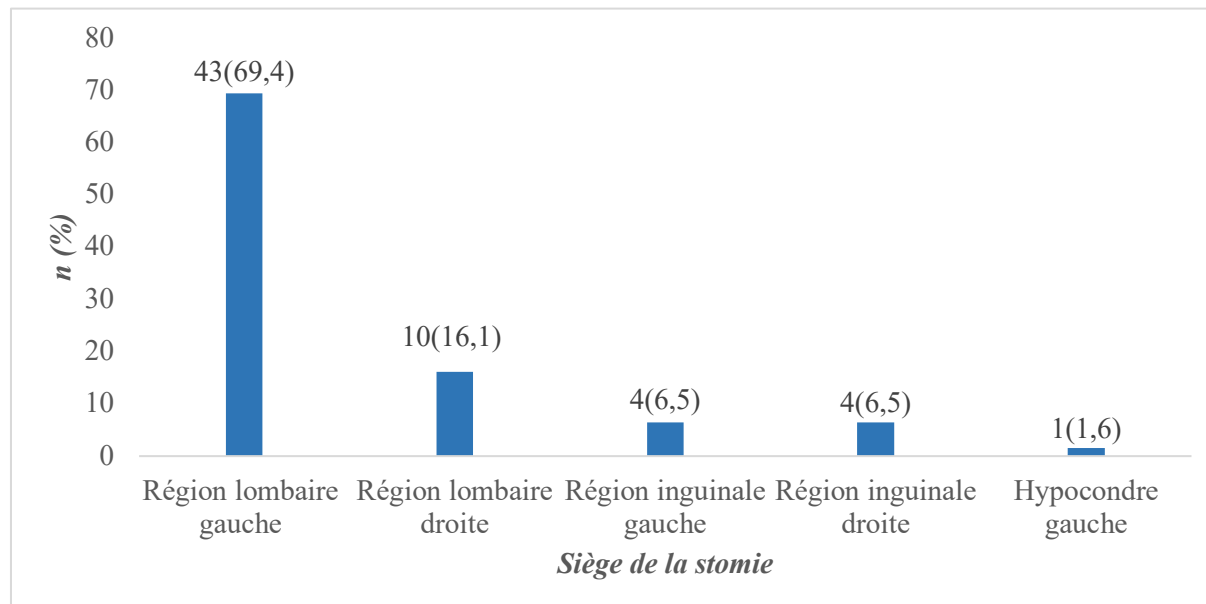


Figure 1 : Répartition des patients selon le siège de la stomie

La stomie double terminalisée était la technique réalisée chez 56 patients (90,3%), la stomie sur baguette chez 4 patients (6,7%) et la stomie en canon de fusil chez 2 patients (3,2%) comme illustré sur la figure 2.

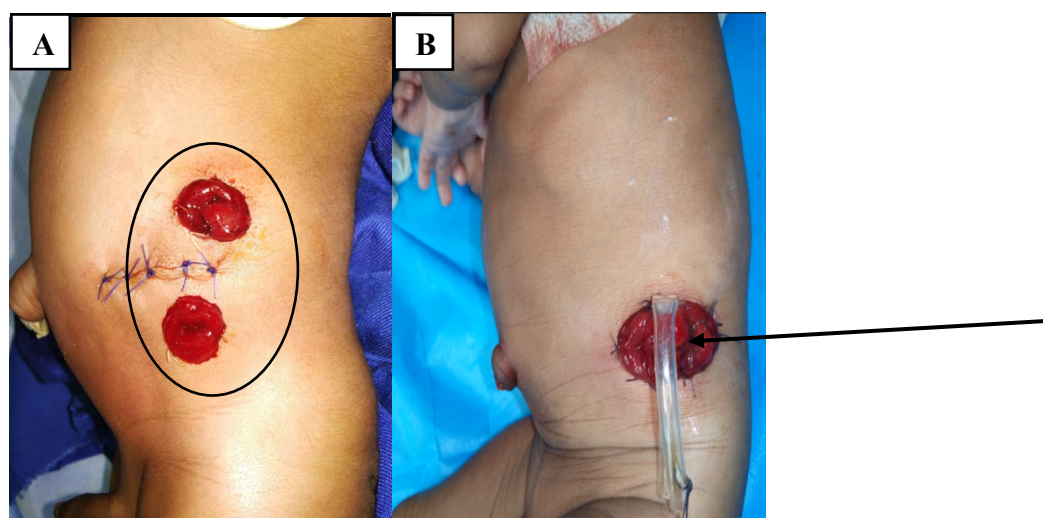


Figure 2 : A : Stomie double terminalisée chez un nouveau-né à J3 de vie et à J1 post opératoire indiquée pour malformation anorectale haute, B : stomie sur baguette chez un nouveau-né à J4 de vie et à J1 post opératoire indiquée pour malformation anorectale intermédiaire

Un appareillage de la stomie a été fait par une poche de stomie chez 7 patients (11,3%), par des couches et des pagnes chez 55 patients (88,7%). Les opérateurs étaient des médecins en spécialisation de chirurgie pédiatrique chez 51 patients (82,3%) et des chirurgiens pédiatres chez 11 patients (17,7%). L'intervention avait duré entre 60 et 120 minutes dans 83% des cas (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des patients selon le temps opératoire

Durée opératoire (minutes)	N	%
< 60	9	14,5
[60-120]	52	83,9
[120-180]	1	1,6
Total	62	100,0

Temps opératoire médian : 70 minutes $\pm$ 20 extrêmes (30 et 150 minutes)

La colostomie était réalisée majoritairement entre 60 et 120 minutes chez 46 patients (74,2%) (Tableau V).

Tableau V : Répartition entre le type de stomies et le temps opératoire (en minutes)

Durée opératoire (minutes)	Colostomie n (%)	Iléostomie n (%)	Caecostomie n (%)	Total n (%)
< 60	8(14,5)	00(00)	1(1,6)	9(14,5)
[60-120]	46(74,2)	6(6,5)	00(00)	52(83,9)
[120-180]	00(00)	1(1,6)	00(00)	1(1,6)
Total	54(87,1)	7(11,3)	1(1,6)	62(100)

Les suites opératoires ont été simples chez 51 patients (82,3%) et compliquées chez 11 patients (17,7%). La complication d'ordre général était la dénutrition chez 6 patients (9,7%) et la déshydratation chez 4 patients (6,5%). Pour les complications locales,

l'irritation de la peau péri stomiale était retrouvée chez 4 patients (6,5%), le prolapsus stomial chez 2 patients (3,2%), la suppuration péri stomiale chez un patient (1,6%), la nécrose du bout stomial chez un patient (1,6%) et la rétraction du bout stomial chez un patient (1,6%) (figure 3).

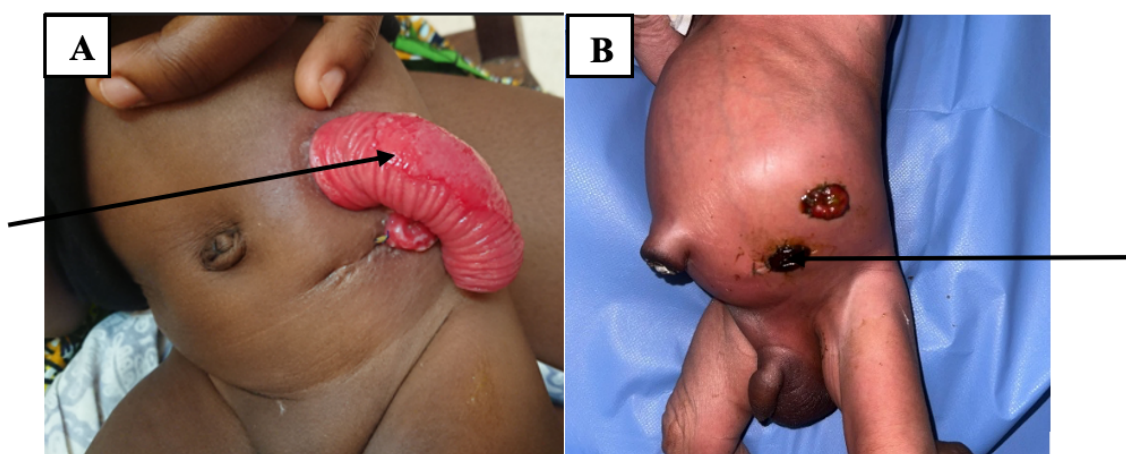


Figure 3 : A : prolapsus stomial chez un nourrisson à 8 mois de vie et à 8 mois post-colostomie ; B : nécrose du bout stomial non productif chez un nouveau-né à J4 de vie et à J3 post-colostomie

Les patients qui étaient appareillés par des pagnes ou des couches étaient plus susceptibles de développer une complication d'ordre local ou général que ceux qui étaient appareillés par une poche de stomie avec un $p = 0,02$. La survenue des complications était indépendante du grade des opérateurs ($P=0,08$).

Les patients qui avaient une iléostomie étaient susceptibles de développer des complications telles que la déshydratation et la dénutrition que ceux qui avaient une colostomie avec un $p = 0,01$. Une reprise de la stomie a été faite chez un patient (1,6%) qui présentait une nécrose du bout stomial productif.

La continuité intestinale était rétablie chez 29 patients (46,8%) majoritairement plus de

9 mois après la réalisation de la stomie (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai entre la stomie et le rétablissement de continuité (en mois)

Délai du rétablissement (mois)	N	%
< 3	4	6,4
[3-6]	9	14,5
[6-9]	0	00
>9	16	25,6
Total	29	46,8

Délai médian : 7 mois $\pm$ 9 mois, extrêmes (1 mois et $\frac{1}{2}$ et 73 mois)

Trente-sept patients (59,8%) avaient séjourné moins de 10 jours (Tableau VII). Nous avons enregistré 2 cas de décès liés à

la stomie soit 3,2% des cas et la cause était la dénutrition.

Tableau VII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation (en jours)

Durée d'hospitalisation (jours)	N	%
<10	37	59,6
[10-20[	23	37,2
>21	2	3,2
Total	62	100

Durée moyenne : 8 jours $\pm$ 4, extrêmes : 4 et 30 jours

DISCUSSION

Les limites de cette étude, étaient les données rétrospectives par manque d'information dans certains dossiers (compte rendu opératoire) et la limitation de l'étude dans un seul centre hospitalier universitaire.

Dans notre étude, la stomie intestinale représentait 3,5% de fréquence hospitalière. Ce résultat est inférieur à ceux de Keita et al. [6] qui avaient rapporté une fréquence hospitalière de 6,2%. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le nombre très élevé des interventions chirurgicales réalisées dans notre service.

Dans cette étude, les stomies intestinales ont été réalisées en urgence chez 51 patients (82,3%) et en chirurgie programmée chez 11 patients (17,7%). Kibonge et al. [7] avaient rapporté un résultat similaire où les stomies ont été réalisées en urgence chez 90,9% (adulte et enfant). Cette fréquence élevée des stomies intestinales réalisée en urgence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des pathologies étaient des urgences chirurgicales à l'origine d'occlusion intestinale et dont la première indication reste la stomie intestinale.

Le délai moyen entre l'admission et la prise en charge chirurgicale était de 2 +/- 2 jours. La majorité (87,1%) des patients était prise en charge chirurgicalement en moins de 3 jours. Ce retard de prise en charge pourrait être dû aux bas niveaux socio-économiques des parents des patients qui avaient souvent du mal à acheter les consommables nécessaires pour la prise en charge. De plus, le circuit de prise en charge des patients en urgence impose souvent l'achat préalable des consommables médicaux avant toute intervention chirurgicale, ce qui entraîne une augmentation significative du délai entre l'admission et la prise en charge chirurgicale.

Les malformations ano-rectales étaient les principales indications d'une stomie intestinale chez 71% des patients (toutes les formes de MAR confondues). Tan et al. aux Philippines [8] avaient retrouvé un résultats similaires où les malformations ano-rectales étaient les premières indications chez 49,4% des patients. Cette fréquence élevée des MAR pourrait s'expliquer par le fait que, les MAR dans la plupart du temps requièrent une stomie de décharge, pour décompresser l'intestin, pour éviter une perforation diastatique et pour protéger les voies urinaires. De plus, elle permet de préparer l'anorectoplastie secondairement dans les bonnes conditions.

La colostomie était le type de stomie intestinale le plus réalisé chez 54 patients (87,1%). Rashed et al. [9] avaient retrouvé dans leurs études la colostomie comme type de stomie le plus fréquent chez 83,3% des patients. Cette fréquence élevée des colostomies pourrait s'expliquer par la forte prévalence des pathologies du côlon.

La stomie était à caractère temporaire chez 61 patients (98,4%) et à caractère définitif chez un patient (1,6%). Bwala et al. [10] qui avaient rapporté le caractère temporaire

chez tous les patients. La rareté de réalisation de la stomie à caractère définitif s'explique par le fait que, ces indications sont souvent rares chez l'enfant.

La variété terminale était la plus réalisée chez 56 patients (90,3%). Kimbugwe et al. [10] avaient réalisé la variété terminale chez 79,4% des patients. La fréquence élevée de la variété terminale dans cette étude pourrait s'expliquer par le fait que cette variété assure un drainage des selles sans risque de passage dans le segment distal. En plus, sa réalisation et fermeture sont faciles.

La stomie double terminalisée était la technique la plus utilisée dans notre contexte, chez 90,3% des patients. Ce résultat est supérieur à ceux de Tan et al. [8] qui avaient rapporté la stomie double terminalisée comme technique la plus utilisée chez 79,6% des patients. La stomie double terminalisée est préférée aux autres techniques car elle permet de protéger une suture chirurgicale et de mettre au repos une portion intestinale. Elle permet aussi de prévenir les infections urinaires en cas de MAR avec fistule recto-urinaire.

Dans notre étude, les suites opératoires étaient simples chez 80,6% des patients. Emeka et al. [11] avaient retrouvé des suites opératoires simples respectivement chez 81,2% des patients. Les suites opératoires simples pourraient s'expliquer par le respect de la technique de réalisation des stomies et par un suivi post-opératoire rigoureux de l'état local de la stomie.

L'irritation de la peau péri-stomiale était la complication locale la plus retrouvée chez 4 patients (6,7%). Alghamdi et al. [12] avaient retrouvé dans leur étude une irritation de la peau péri-stomiale chez 11,8% des patients. La survenue de l'irritation de la peau péri-stomiale s'explique par l'exposition constante de la peau aux matières fécales, aux infections

fongiques et à la digestion enzymatique de la peau, principalement en raison de la non-application d'une poche de stomie et du non-respect de soins locaux par les parents. Les patients qui portaient un pagne ou une couche développaient des complications plus que ceux qui portaient une poche de stomie. Faria et al. [13] avaient rapporté le même résultat. La survenue des complications chez les patients qui portent des couches et des pagnes s'explique par l'absence d'étanchéité des couches et de pagnes, la mauvaise absorption des selles et les mouvements de friction répétés autour de la stomie.

La survenue de complications n'était pas statistiquement corrélée au type de stomie sauf pour la déshydratation et la dénutrition qui sont spécifiques à l'iléostomie. Kimbugwe et al. en Ouganda [10] avaient rapporté une corrélation statistiquement significative entre l'iléostomie et la survenue des complications à type de déshydratation et de dénutrition. La survenue de la déshydratation et de la dénutrition dans l'iléostomie est dû, d'une part par le fait que l'iléostomie entraîne une perte importante de liquides et d'électrolytes. D'autre part par le fait que le système digestif est raccourci, ce qui diminue la possibilité d'absorption optimale des nutriments favorise ainsi les carences et la perte de poids d'où la déshydratation et la dénutrition. La continuité intestinale était rétablie chez 46,8% des patients. Ce résultat est inférieur à ceux de Massenga et al. [2] qui avaient rétabli la continuité intestinale chez 80% des patients (adulte et enfant). Cette différence s'explique par la prédominance des pathologies congénitales chez les patients et les difficultés financières chez les parents qui jouent un grand rôle dans le délai de rétablissement. Le rétablissement de continuité n'a pas été

fait chez 31 patients (50%) qui présentaient une colostomie indiquée pour MAR ; du fait d'un manque de moyens financiers. Deux patients étaient décédés.

CONCLUSION

Les stomies intestinales sont réalisées majoritairement chez les nouveau-nés avec les malformations ano-rectales comme indication principale. La colostomie était le type le plus réalisée avec la variété double terminalisée. L'irritation de la peau péri stomial et le prolapsus étaient les complications spécifiques retrouvées dans notre étude. Nous suggérons la nécessité de généraliser les poches de stomie homologuées en remplacement des couches et pagnes.

REFERENCES

1. **Adamou H, Habou O, Amadou M, Adakal O, Magagi A, Halidou M, et al.** Pattern of Lower Intestinal Ostomies in a Low-Income Country: Case of Southeast of Niger Republic. *World J. Surg.* 2018; 42:1581-9.
2. **Massenga A, Chibwae A, Nuri AA, Bugimbi M, Munisi YK, Mfinanga R, et al.** Indications for and complications of intestinal stomas in the children and adults at a tertiary care hospital in a resource-limited setting: a Tanzanian experience. *BMC Gastroenterol.* 2019 ;19 :157-67.
3. **Guéye D, Cissé M, Pa Bâ, Konaté I, Kâ O, Toure A, et al.** Les complications chirurgicales de stomie digestive : à propos de 25 cas. *J Afr Chir Dig.* 2021; 15:1790-3.
4. **Vriesman M, Noor N, Koppen I, Di Lorenzo C, de Jong J, Benninga M.** Outcomes after enterostomies in children with and without motility disorders: A description and comparison of postoperative complications. *J Pediatr Surg.* 2020; 55:2413-8.
5. **Chanchlani R, Shrivastava D.** Indications and complications of colostomy in newborn: our experience. *Int Surg J.* 2019; 7:194-6.
6. **Keita B, Toure M, Diallo M, Sacko S, Dioubate I.** Indications et devenir de la Stomie digestive chez l'enfant au service de chirurgie pédiatrique du CHU de Conakry, en Guinée. *Ann Afr Med.* 2021; 14:4364-8.
7. **Kibonge A, Bisimwa N, Bagale Y, Kanganda D, Munyantwari E, Tshimbila J.** Indications and complications of digestive stomas in under developed. *Rev Médicale Gd Lacs.* 2019 ;10 :47-52.

8. **Tan A, Deogracias J.** Major Stoma Complications in Pediatric Patients in a Tertiary Hospital in a Low Middle-income Country: A Retrospective Cohort Study. *Pediatr Surg Int.* 2024; 40: 208-11.
9. **Rashed N, Khalifa M, Zein El Dein N, Omar T.** Stoma Care for Children having Colostomy in Menoufia University Hospital. *Menoufia Nurs J.* 2020; 5:47–53.
10. **Kimbugwe G, Kakembo N, Kisa P, Okeny P, Sekabira J.** Prevalence of intestinal stoma complications and associated factors among children in Uganda, a cross sectional study. *International Journal of Biomed Research.* 2023; 21: 2834-5.
11. **Emeka C, Nkiruka O, Unebiki E.** Pediatric Stomas: A Study in a Teaching Hospital, Our Experience. *J Clin Med Rev.* 2023; 2 :1–5.
12. **Alghamdi H, Alqahtani M, Asiri H, Abudasir A, Alshahrani K, Alamer RA, et al.** Investigating colostomy-related morbidity in children following stoma formation and closure in a tertiary hospital, Abha, Saudi Arabia: a retrospective cohort study 2024. *BMC Pediatr.* 2024; 24:630-7.
13. **Faria T, Kamada I.** Ostomy complications and clinical profile of children attending in a reference hospital. *J Enteros Ther.* 2020 ; 18 : 1-8.