Département femme-mère-enfant
Chirurgie enfant-adolescent
Bâtiment hospitalier / BH 11.951
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne

Dr Eleuthere Stathopoulos
Médecin associé
Secrétariat : 021.314.13.29
chp.visceraltho@chuv.ch

Réf. LS/al

Lausanne, le 22.11.2025

Compte-rendu du séjour de coopération béninoise et suisse au CHD Zou et Collines, Abomey, Bénin.

Ce compte-rendu est distribué aux Dr Natacha Nouwakpo, Dr Espérance Houménou, M. Eny Carlos, Prof Associé Anthony De Buys, Dr Mirko Dolci.

La coopération a impliqué du côté suisse le Dr Sylvain Mauron, anesthésiste pédiatre et Dr Lefteris Stathopoulos, chirurgien pédiatre. Tous deux travaillent au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, à Lausanne, en Suisse.

Cette coopération s'est déroulée au CHD Zou et Collines, à Abomey Bénin du lundi 22 au samedi 27 septembre 2025.

Le but de cette coopération est de renouveler une mission de coopération de courte durée, visant la prise en charge de patients souffrant de pathologies colorectales, ayant jusqu'à présent nécessité une évacuation sanitaire. Il s'agit d'une deuxième mission, après celle de septembre 2024. Cette année l'équipe est étoffée du côté béninois par un anesthésiste béninois, formé en anesthésie pédiatrique, le Dr Farid Sanma.

En dehors des efforts considérables fournis pour nos collègues béninois, cette mission est possible grâce au soutien financier et logistique du CHUV et de la Fondation Chirurgie pour l'Enfance Africaine (FCEA, Prof Anthony De Buys et Dr Mirko Dolci).

Ce rapport est le point de vue du chirurgien visiteur (Dr Lefteris Stathopoulos). Le Dr S. Mauron a fait un rapport séparé pour l'anesthésie. Il se fait à deux mois de notre retour. Ce retard d'émission est dû en partie au long délai rencontré pour l'analyse des pièces opératoires par le service d'anatomo-pathologie.

1. <u>Sélection et pré-planification opératoire</u>

Neuf enfants, d'origine béninoise, de provenance diverses ont été présélectionnés par le Dr Espérance Houménou. La planification opératoire a été faite sur ses constatations et les bilans disponibles, en collaboration avec l'anesthésie (Drs Mauron et Sanma). Un planning a ainsi été préétabli sur la base des pathologies des enfants, du temps opératoire nécessaire et de la stratégie anesthésique.

Sur la base de la planification, le matériel chirurgical nécessaire, le matériel *consommable*, surtout les fils de suture, a été commandé et pris depuis la Suisse. Les instruments chirurgicaux proviennent du bloc du CHD, hormis le cystoscope.

2. <u>Planification opératoire sur place</u>

Trois nouveaux cas se présentent depuis la période de pré-planification. Le jour du début de la mission, deux fillettes nées avec une malformation anorectale ne se présentent pas. Elles seront remplacées sur le planning par les trois nouveaux cas.

Toutes les familles sont vues, le bilan passé en revue, l'opérabilité et la stratégie chirurgicale discutée, dans l'équipe et avec les familles. Pour la prise en charge des enfants atteints de maladie de Hirschsprung, le bilan correspond aux standards internationaux et est adéquat. Il manque l'échographie abdominale et des voies urinaires dans le bilan des enfants avec une malformation anorectale. Ceci est important dans le cadre de la prise en charge globale, plus que de la planification opératoire.

Ainsi, dix cas seront agendés sur 4 jours et un demi-après-midi.

3. Déroulement des opérations

Neuf enfants seront opérés durant ces jours. Un des cas ajoutés sera d'abord repoussé puis annulé par manque de temps.

Voici une liste des interventions effectuées (9) :

- Fermeture d'omphalocèle géante (>5 cm) chez une fillette de 5 mois,
- Cystoscopie et cure de malformation anorectale de type fistule recto-urétrale bulbaire par abord sagittal postérieur, garçon 10 mois,
- Cystoscopie et cure de malformation anorectale de type fistule recto-urétral prostatique par abord combiné, laparotomie et sagittal postérieur, garçon 19 mois,
- Réfection de colostomie, chez un garçon de 12 mois, avec une malformation anorectale de type fistule recto-urétrale et une dénutrition,
- Fermeture de colostomie, fillette de 19 mois
- Cure de malformation anorectale de type fistule vestibulaire chez une fillette de 14 mois,
- Examen sous anesthésie générale d'une fillette avec une malformation anorectale de type cloaque, avec canal commun court,
- Cures de maladie de Hirschsprung long chez deux enfants de 9 et 32 mois, par abord transanal et laparotomie.

Une fillette de 5 mois avec une omphalocèle et un probable syndrome de Beckwith-Wiedeman a été reportée pour une question de manque de temps, comme mentionné.

3.1. Matériel

Il n'y a pas eu de problème de matériel. Le matériel nécessaire standard est à disposition. Il y a eu des frayeurs (bistouris électriques) qui ont été résolues avec des solutions locales, sans dépense supplémentaire. Les fils de suture ont un coût considérable, actuellement assumé par l'aide du CHUV et de la FCEA.

3.2. Installation

Le traitement chirurgical de plusieurs enfants demandait des abords variés, pouvant combiner cystoscopie, abord périnéal et, ou abord abdominal. Tous les types d'installation requis étaient possibles et se sont bien déroulés. Ceci comprend le lavage, la désinfection, le champtage, le positionnement et le changement de position ; ceci est important car cela prend du temps. Il n'y a pas eu de complications liées à l'installation. L'éclairage du champ opératoire est adéquat avec le casque à lumière froide, très ergonomique. Il pourrait être amélioré avec l'emploi d'un second sialytique. L'enfant était protégé pour qu'il ne se refroidisse pas et sa température monitorée. Il n'y a pas eu d'hypothermie. Le temps consacré à l'installation est approprié et ne se prolongeait pas.

3.3. Assistance opératoire, instrumentation

Après la défection de Mme DANGBE Destiny, nous avons demandé, à la dernière minute, à la Drsse Gaia Grigorov de nous accompagner. Ceci a été possible grâce au soutien du CHUV et de la FCEA. Un tel planning opératoire ne peut pas se faire sans instrumentation et aide opératoire.

3.4. Complications per-opératoire

Il n'y a pas eu de complication per-opératoire notable. Il faut notre le prolongement du temps opératoire lors de la prise en charge d'une fillette de 14 mois avec une fistule recto-vestibulaire (+ 3 heures).

4. Suivi post-opératoire et complications

Les visites post-opératoires sont assurées par le Dr E. Houménou. Il s'agit d'un travail considérable, qui augmente au cours de la semaine de mission et ne se termine, au plus tôt, qu'une semaine après l'opération du dernier cas.

Lors de la visite de sortie du 26.09, plusieurs éléments de nursing et de surveillance à améliorer sont mis en évidence (soins de sonde vésicale, emploi de voies veineuses).

Il y a eu un sepsis à gram négatif sur un lâchage partiel d'une anastomose colo-anale chez un enfant de 32 mois, traité pour une maladie de Hirschsprung, par un abord mixte. Son traitement a nécessité une reprise au bloc opératoire, un traitement antibiotique par voie parentérale et un prolongement de son hospitalisation (complication IIIb, selon Clavien-Dindo).

Il n'y a pas eu de complication hémorragique ou infectieuse autre. Tous les enfants sont actuellement suivis par le Dr E. Houménou, avec des suites simples. Les rapports d'anatomopathologie ont démontré des zones d'abaissement ganglionnaires normales, validant notre stratégie de prise en charge des enfants avec des maladies de Hirschsprung.

5. Analyse succincte

Les enfants pris en charge pour des malformations anorectales devraient tous avoir une échographie abdominale ou des voies urinaires. C'est la seule remarque que je puis faire concernant les bilans préopératoires et la planification.

La prise en charge chirurgicale au sens strict correspond aux standards internationaux.

La surveillance et les soins post-opératoires sont les domaines de développement qui pourraient être favorisés. Cela implique la formation du personnel pour le dépistage précoce des complications et les soins post-opératoires standards. Avec l'augmentation de la casuistique et de la complexité, une telle charge ne peut reposer sur les épaules du seul Dr E. Houménou.

6. Conclusion et perspectives

Par cette deuxième mission, nous démontrons que la prise en charge chirurgicale de pathologies malformatives colorectales courantes, y compris complexe ou sévère, est faisable au CHD Zou et Collines, d'Abomey, avec l'apport des anesthésistes pédiatres et les suppléments de matériel consommable. Par rapport à la mission de 2024, nous avons augmenté le nombre de cas pris en charge, de complexité comparable, élevée. La planification et l'organisation ont été améliorées. Le corollaire de ceci est que nous sommes exposés à plus de complications potentielles. Le Dr E. Houménou et son équipe ont démontré les ressources nécessaires à la prise en charge de ces complications et ceci est un élément très favorable pour l'avenir.

Dr E. Stathopoulos
Médecin associé

Rapport adressé à :

- Dr Natacha Nouwakpo, Cheffe du service de pédiatrie, Centre Hospitalier Départemental – Zou/Collines (CHD/Z-C), 52M8+38Q Ctre Hospitalier du Zou (CHD), RNIE4, Abomey, Bénin
- M. Carlos Eny, Directeur du Centre Hospitalier Départemental – Zou/Collines (CHD/Z-C), 52M8+38Q Ctre Hospitalier du Zou (CHD), RNIE4, Abomey, Bénin
- Dr Espérance Houménou, Responsable de l'unité de chirurgie pédiatrique, Centre Hospitalier Départemental – Zou/Collines (CHD/Z-C), 52M8+38Q Ctre Hospitalier du Zou (CHD), RNIE4, Abomey, Bénin
- Prof. Anthony De Buys Roessingh, Médecin chef, Chirurgie de l'enfant et de l'adolescent, Unité de chirurgie pédiatrique, BH-11/955, CHUV
- Dr Mirko Dolci, Médecin adjoint, Anesthésiologie, BH-10/317, CHUV