

Sommaire

Contents

	Pages		Pages
EDITORIAL			
ARTICLES ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) Fractures embarrures : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à l'ère du scanner Etude rétrospective portant sur 111 observations	66-74	1) Embarrures fractures: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects in the era of scanner. retrospective study regarding 111 cases	66-74
2) Les occlusions intestinales aiguës néonatales. A propos de 30 cas à Ouagadougou	75-79	2) The neonatal bowel obstructions: about 30 cases in Ouagadougou	75-79
3) Fractures de verge : résultats de la prise en charge au niveau de la région de Thiès à propos de 13 cas	80-84	3) Penile fracture: results of treatment at the Thies region	80-84
4) La chimiothérapie néoadjuvante améliore-t-elle le taux de chirurgie conservatrice et la survie dans les carcinomes lobulaires infiltrants du sein ?	85-89	4) Neoadjuvant chemotherapy increases the rate of conservative surgery and survival in breast invasive lobular carcinoma?	85-89
5) Prothèse totale de hanche. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques .	90-93	5) Total hip prosthesis: epidemiological and pathological aspects	90-93
6) Lésions périnéales au cours de l'accouchement	94-101	6) Perineal lesions during childbirth	94-101
7) Le traitement chirurgical des tumeurs mandibulaires. A propos de 16 cas	102-105	7) Surgical treatment of mandibular tumors about 16 cases	101-105
8) Cholécystite xanthrogranulomateuse	106-109	8) Xanthogranulomatous cholecystitis	106-109
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
9) La rupture utérine spontanée sur utérus non cicatriciel en cours de grossesse : à propos de deux observations et revue de la littérature	110-114	9) The spontaneous uterine rupture on unscarred gravid uterus: report of 2 cases and literature review	110-114
10) Perforation gastrique inhabituelle par corps étrangers métalliques	115-118	10) Unusual gastric perforation by multiple metallic foreign bodies	115-118
11) ...Lipome occipital congénital à propos d'un cas	119-121	11) Congenital occipital lipoma a case report	119-121
12) Un cas de syndrome de Zollinger Ellison compliqué d'une péritonite découverte autopsique à Dakar	122-124	12) A case of complicated Zollinger Ellison syndrome a peritonitis discovery autopsy	122-124

ARTICLE ORIGINAL

LESIONS PERINEALES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

PERINEAL LESIONS DURING CHILDBIRTH

CISSE.CT, NIANG.M, ABDALLAH.K, FAYE.EO

*Auteur correspondant Pr Cheikh Tidiane CISSE**ct.cisse@hotmail.fr***Résumé**

Objectifs : Préciser le profil épidémiologique, déterminer les facteurs associés et évaluer le pronostic des lésions périnéales au cours de l'accouchement. Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude prospective exhaustive de type cas-témoins menée à la maternité IHS à Dakar entre le 04 Mai 2009 et le 03 Mai 2010. Après la réparation de la lésion périnéale, chaque patiente a ensuite fait l'objet d'un suivi post-natal (au 8ème jour, au 15ème jour, à la fin du 1er mois et du 3ème mois).

Résultats : 1399 lésions périnéales ont été répertoriées parmi 3853 accouchements par voie basse, soit une prévalence de 36,3%. Il s'agissait de 1087 épisiotomies et 312 déchirures périnéales. Le profil épidémiologique était celui d'une femme jeune (24 ans), primipare (66,9%), avec des antécédents de mutilation génitale (19,2%) et porteuse d'une grossesse à terme (96,8%). Les modes d'accouchement étaient les suivants : voie basse naturelle (94,3%), ventouse (5%) et forceps (0,7%). Quatre types de lésions périnéales étaient observées: épisiotomie médio-latérale (77,7%), déchirures incomplètes (21,4%), déchirures complètes (0,6%) et de déchirures complètes et compliquées (0,3%). Lors du suivi post-natal, nous avons noté une complication à type de désunion des sutures (3,6%) ou d'infection du périnée (3,7%). La morbidité à 3 mois était essentiellement représentée par la dyspareunie (4,4%). L'accouchement. L'analyse multivariée a montré que le risque de lésions périnéales était corrélé de façon significative avec les paramètres suivants: âge maternel, parité, existence d'une mutilation génitale féminine, nature de la présentation, mode d'accouchement, durée de la phase expulsive, qualification de l'accoucheur et périmètre crânien du nouveau-né.

Conclusion: Les lésions périnéales au cours de l'accouchement concernent un nombre important et croissant de parturientes. Leur morbidité n'est pas négligeable et recommande une meilleure formation des accoucheurs pour bien poser les indications d'épisiotomies et éviter les déchirures périnéales.

Mots-clés : épisiotomie - déchirure périnéale – accouchement par voie basse

Summary

Objectives: Specify the epidemiological profile; identify associated factors and assessing the prognosis of perineal tears during childbirth. Materials and methods: This is a comprehensive prospective study of case-control study maternity IHS Dakar between 4 May 2009 and 3 May 2010. Following repair of perineal injury, each patient was then the 'monitored post-natal (the 8th day, 15th day, at the end of the first month and the third month).

Results: 1399 perineal lesions were identified among 3853 vaginal deliveries, a prevalence of 36.3%. It was 1087 episiotomies and perineal tears 312. The epidemiological profile was that of a young woman (24 years), primiparous (66.9%), with a history of genital mutilation (19.2%) and carrying a pregnancy to term (96.8%). The modes of delivery were: natural vaginal (94.3%), cup (5%) and forceps (0.7%). Four types of perineal lesions were observed: mediolateral episiotomy (77.7%), incomplete tears (21.4%), complete tear (0.6%) and complete and complex tears (0.3%). During post-natal monitoring, we noted a some complications like of dehiscence (3.6%) or infection of the perineum (3.7%). Morbidity in 3 months was essentially represented by dyspareunia (4.4%). childbirth. Multivariate analysis showed that the risk of perineal lesions was significantly correlated with the following parameters: maternal age, parity, existence of female genital mutilation, nature of the presentation, mode of delivery, duration of the expulsive stage, qualification of the obstetrician and head circumference of newborns.

Conclusion: The perineal tears during childbirth affect a large and growing number of women during childbirth. Their morbidity is not negligible and recommends better training for midwives to ask good indications for episiotomy and prevent perineal tears.

Keywords: episiotomy - perineal tear - vaginal delivery

INTRODUCTION

Le périnée maternel est souvent exposé à divers traumatismes lors de l'accouchement ; il peut s'agir d'épisiotomies ou de déchirures accidentelles du périnée. Ces lésions périnéales peuvent être responsables de complications immédiates graves comme les hémorragies du post-partum, mais également d'une morbidité à long terme à type de troubles de la sexualité (dyspareunie, frigidity), d'incontinence fécale et de troubles urinaires.

Depuis quelques années, à travers nos statistiques et celles rapportées par les principales maternités de Dakar, on observe une tendance à la hausse des accouchements associés à une lésion périnéale. Cette inflation est-elle en rapport avec une mauvaise qualité de la prise en charge des accouchements ou s'agit-il d'une évolution normale de notre pratique obstétricale? Pour répondre à cette question, nous avons mené cette étude dont l'objectif d'évaluer notre pratique dans ce domaine.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective et exhaustive de type cas-témoins menée sur une période de 12 mois (04 Mai 2009-03 Mai 2010) dans la maternité de l'IHS à Dakar. Les cas étaient constitués par les accouchées ayant eu une lésion périnéale. Les témoins étaient choisis parmi les accouchées sans lésions périnéales enregistrés à la même période et dans la même structure. Chaque cas a été apparié à un témoin.

Pour chaque parturiente, nous avons consigné, juste après l'accouchement, les paramètres suivants: caractéristiques socio-démographiques, antécédents, données de l'examen obstétricale à l'entrée en salle de naissance, déroulement de l'accouchement, données paracliniques, résultats de la périnéorraphie.

Après la réparation de la lésion périnéale, chaque patiente a ensuite fait l'objet d'un suivi post-natal (au 8ème jour, au 15ème jour, à la fin du 1er mois et du 3ème mois).

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Sphinx Millennium version 4.5. Nous avons d'abord réalisé une analyse descriptive afin de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques ; ensuite nous avons fait une analyse multi-variée pour déterminer les facteurs associés à la survenue de lésions périnéales au cours de

l'accouchement. Le test de Chi2 a été utilisé à cet effet avec un seuil de significativité de 0,05.

RESULTATS

ETUDE DESCRIPTIVE

Fréquence et types de lésions périnéales

Durant la période de l'étude, nous avons enregistré 1399 lésions périnéales parmi 3853 accouchements par voie basse, soit une prévalence de 36,3%. Elles étaient réparties comme suit: 1087 épisiotomies médio-latérales (28,2% des accouchements) et 312 déchirures périnéales (8,1% des accouchements).

Les indications d'épisiotomie (tableau I) étaient dominées par l'hypotrophie fœtale (24%) et le périnée cicatriciel (16,3%). Dans 37,8% des cas, cette épisiotomie n'a pas été justifiée par l'accoucheur.

Les déchirures périnéales quant à elles correspondaient à : 300 cas de déchirures incomplètes (21,4%), 8 cas de déchirures complètes (0,6%) et 4 cas de déchirures complètes et compliquées (0,3%).

Caractéristiques des parturientes

L'âge des patientes variait entre 13 et 46 ans avec une moyenne de 24 ans, la tranche d'âge 20-30 ans était la plus représentée (57,1%). Les primipares étaient les plus concernées (66,9%). Dans notre série, les antécédents particuliers suivants ont été notés : épisiotomie (28,7%), déchirure périnéale (2%) et mutilation génitale féminine (19,2%).

Particularités du travail et de l'accouchement

Au moment de l'accouchement, l'âge gestationnel des patientes était compris entre 27 et 42 semaines d'aménorrhée (SA), avec une moyenne de 39 SA. Dans la majorité des cas la présentation était en position de sommet (97%) suivie par le siège (2,6%) et la face (0,4%). Dans notre série, la durée moyenne de la phase expulsive était de 17 minutes. Les variétés de dégagement étaient le plus souvent antérieures (98,5%). Le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse naturelle (94,3%). Quatre vingt extractions instrumentales ont été réalisées (5,7%), dont 10 forceps de Tarnier (0,7%) et 70 ventouses (5%).

Qualification de l'accoucheur

La majorité des accouchements (82%) était réalisée par des sages-femmes et des élèves sages-

femmes ; 18% des patientes ont été prises en charge par les gynécologues, les médecins en spécialisation et les étudiants en médecine.

Etat des nouveau-nés

Nous avons enregistré 22 mort-nés soit 15,7‰ naissances vivantes et 1377 naissances vivantes. Pour les naissances vivantes, le score d'Apgar à la première minute était normal (compris entre 7 et 10) dans 92,8% des cas. Dans 105 cas (7,2%) les nouveau-nés présentaient une souffrance fœtale avec un score d'Apgar inférieur à 7. Le score d'Apgar moyen était de 7,5.

La majorité des nouveau-nés (1142) avait un poids normal soit 81,6%, 204 étaient hypotrophes (14,6%) et 53 étaient macrosomes (3,8%). Le poids moyen était de 2950 grammes. Quant au périmètre crânien des nouveau-nés, il était en moyenne de 33 cm avec des extrêmes de 26 et 39 cm.

Suivi post natal

A J1 post-partum, 646 accouchées dans le groupe «épisiotomie » (46,2%) se plaignaient de douleur périnéale contre 138 accouchées dans le groupe «déchirure périnéale» (9,9%). Lors de la consultation du 3ème mois, nous avons enregistré 62 cas de dyspareunies (4,4%), 3 cas d'incontinence urinaire (0,2%) et une incontinence anale (0,07%) (Tableau II).

ETUDE ANALYTIQUE

Les résultats de l'étude analytique montrent l'existence de certains facteurs associés aux lésions périnéales ; ces facteurs sont rapportés dans le tableau III.

DISCUSSION

La fréquence des lésions périnéales est diversement appréciée selon les auteurs (Tableau IV). Dans notre série, nous avons enregistré 28,2% d'épisiotomie et 8,1% de déchirures périnéales. Notre taux d'épisiotomie est comparable à ceux enregistrés par Moubarak [14] au Sénégal (29,4%), Van Den Bergh [18] au Zimbabwe (27%) et Ying Lai [20] en Chine (26,8%).

Ce taux est plus faible que celui de 47 % rapporté en France en 2005 par le CNGOF [3]. Par contre, il apparaît relativement élevé si on le compare aux chiffres rapportés par Eckman [6] en France (3,4%) et Morhe [13] au Ghana (17,4%).

Les indications des épisiotomies varient selon les auteurs et les pays. Concernant les indications justifiées, nos chiffres sont comparables à ceux de la maternité du CHU le Dantec rapportés par Moubarak [14]. Dans notre série, 411 épisiotomies (37,8%) ont été réalisées sans indication justifiée. Aux Etats Unis, Weber [19] avait fait le même constat avec 20% d'épisiotomies non justifiées dans sa série. Peut-on alors qualifier ces épisiotomies «d'abusives»? Il est difficile de trancher cette question, car il n'existe pas actuellement un consensus sur la pratique de l'épisiotomie. A la suite des recommandations pour la pratique clinique du Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [3], Riethmuller [16] a publié une analyse de la littérature qui ne montre pas de bénéfices d'une politique libérale de l'épisiotomie versus une utilisation plus restrictive. Par conséquent, chaque équipe adopte une politique dictée plutôt par ses habitudes de travail et par l'expérience de ses membres. C'est ainsi que dans beaucoup de situations obstétricales considérées comme à risques (extractions instrumentales, siège, gémellité), la lésion périnéale peut être plus ou moins évitée grâce à l'expertise clinique de l'accoucheur.

L'inexpérience de l'accoucheur est certainement un facteur de risque, en effet les lésions périnéales étaient plus fréquentes lorsque l'accouchement était fait par un étudiant en médecine ou une élève sage-femme ($p=0,001$). Le même constat a été fait par Anthony [1] et Moubarak [14].

Dans notre série, le jeune âge des patientes (< 24 ans) était associé de manière significative au risque de déchirure du périnée et au recours à l'épisiotomie ($p=0,001$). Ce constat avait déjà été fait par Tebeu [17] au Cameroun. En outre, chez les primipares, nous avons enregistré 62,7% d'épisiotomie (versus 4,2% chez les multipares) et 6,5% de déchirure périnéale (versus 8,9 % chez les multipares) avec un lien statistiquement significatif ($p=0,001$). En France, Barbier [2] avait montré que la primiparité était un facteur de risque de lésion périnéale sévère au cours de l'accouchement par voie basse (71% contre 43 % avec $p=0,001$). Nous avons également retrouvé que l'excision exposait les parturientes à un risque plus élevé de lésions périnéales ($p=0,001$). Au Burkina Faso, Millogo-Traoré [12] avait enregistré un taux d'épisiotomie de 41,9% chez les femmes excisées contre 24,7%

chez les femmes non excisées ($p < 0,0001$) et un taux de déchirure périnéale de 10,13% chez les femmes excisées contre 5,73% chez les femmes non excisées ($p = 0,008$).

De notre étude, il ressort que certaines modalités d'accouchement pourraient accroître le risque de lésions périnéales. En effet, il en est ainsi de l'accouchement instrumental par forceps ou ventouse associé respectivement à 100% et 97,2% d'épisiotomie ; alors que seuls 35% des patientes ayant accouché par voie basse naturelle avait subi une épisiotomie ($p = 0,001$). En France, Koskas [8] avait noté dans une étude portant sur 5409 accouchements par voie vaginale que l'application de la ventouse était associée à 87,53% d'épisiotomie en 2004 et 73,20% en 2006. Il a également fait le même constat concernant le forceps avec 99,1% de risque d'épisiotomie en 2004 et 98,36% en 2006. Cette proportion importante de lésions périnéales que nous avons enregistrée relève pour notre part de notre choix de faire systématiquement une épisiotomie préventive en cas de forceps. Par contre, la fréquence de l'épisiotomie en cas d'extraction par ventouse ne nous semble pas justifiée ; car dans ce cas le risque périnéal n'est pas le même et ne justifie pas l'adoption d'une attitude préventive systématique. Nous devons faire une mise à niveau pour inverser cette tendance.

Nous avons aussi observé que plus la phase expulsive était longue (≥ 60 minutes), plus le taux de

lésion périnéale était élevé avec une différence statistiquement significative ($p = 0,001$). Le Ray [10] avait déjà montré qu'une phase expulsive prolongée était associée à un risque accru de déchirure périnéale secondaire. La lésion périnéale est alors favorisée par la fragilisation du périnée suite à une infiltration œdémateuse.

Parmi nos parturientes, la morbidité des lésions périnéales est globalement peu sévère, essentiellement à type de dyspareunie. Cette dyspareunie, en rapport avec la fibrose cicatricielle, est plus fréquente en cas d'épisiotomie versus déchirure simple du périnée. Ce constat rejoint ceux rapportés par Moubarak [14], McArthur [21], Larsson [22], N'Guessan [23] et Sartore [24].

CONCLUSION

Le recours à l'épisiotomie est de plus en plus fréquent dans notre pratique obstétricale. Cette inflation semble être favorisée par une politique plutôt libérale par rapport à l'épisiotomie et par la délégation de tâches à des accoucheurs encore inexpérimentés.

Des progrès importants ont été notés par rapport dans la prise en charge de ces lésions; mais, il faut inverser la tendance actuelle à travers l'instauration d'une politique plus sélective de l'épisiotomie et une meilleure formation des accoucheurs aux techniques de dégagement fœtal.

RÉFÉRENCES

1. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, Van Rijssen EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1994; 101: 1064-1067.
2. Barbier A, Poujade O, Faye R, Thiébau GO, Levardon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? *Gynéc. Obstet. Fertil.* 2007; 35: 101-106.
3. CNGOF L'épisiotomie : Recommandations pour la pratique clinique. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2006; 35 (1): 1s77-1s80.
4. Cravchik S, Munoz D, Bortman M. Indicaciones de episiotomia en maternidad de públicas de Neuquen, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 1998; 4: 26-31.
5. Dolo A, Traore M, Diabate Diallo FS, Diarra I, Mounkoro N. L'accouchement chez la femme excisée: pronostic materno-fœtal. *Journal de la SAGO* 2001; 2 (1): 22-26
6. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, Martina A, Cossa S, Maillet R, Riethmuller D. Evaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2010; 39 (1): 37-42
7. Gandzien PC Les déchirures périnéales obstétricales à l'hôpital de base de Talangaï- Brazzaville *Méd Afrique Noire* 2005; 52 (10): 564-566.
8. Koskas M, Caillod AL, Fauconnier A, Bader G. Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Etude à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2009; 37: 697-702
9. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement. Masson, Paris, 2001, 273-280.
10. Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. *Rev Sage-Femme.* 2008; 7: 217-220.
11. Meye JF, Nkone-Asseko G, Engongah-Beka T, Moussavou-Mouyama A. Suivi prénatal et accouchement chez l'adolescente à Libreville : à propos de 275 cas. *J.SAGO* 2001; 2 (1): 13-16.
12. Millogo-Traore F, Kaba STA, Thieba B, Akotionga M, Lankoande J. Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2007; 36: 393-398.
13. Morhe ESK, Sengretsi S, Danso KA. Episiotomy in Ghana. *J. Gynecol. Obstet.* 2004; 86: 46-47.
14. Moubarak MO. Les déchirures spontanées du périnée au cours de l'accouchement et les épisiotomies à propos de 200 cas. *Mémoire DES Gynécologie-Obstétrique, Dakar,* 2006.
15. Otoide VO, Ogbonmwan SM, Okonofua FE. Episiotomy in Nigeria. *J. Gynecol. Obstet.* 2000 ; 68: 13-17.
16. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. Recommandation pour la pratique clinique : Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie? *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2006; 35 (1): 1s32-1s39.
17. Tebeu PM, Mbu R, Kongnyuy E, Foumane P, Nana Njotang P, Doh AS. Influence du jeune âge maternel sur l'issue de l'accouchement à l'hôpital provincial de Maroua, Nord Cameroun, de 2003 à 2005. *Méd Trop* 2008; 68 (5): 553.
18. Van Den Bergh JE, Sueters M, Segaar M. Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. *Acta.Obstet. Gynecol. Scand.* 2003; 82 (10): 966-968.
19. Weber AM, Leslie M. Episiotomy Use in the United States, 1979–1997. *Obstet. Gynecol.* 2002; 100: 1177- 82.
20. Ying Lai C, Wah Chung H, Tzu Hsi Lao T, Kin Lau T, Yeung Leung T. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *J Maternal-Fetal and Neonatal Med,* December 2009; 22(12): 1116-1121.
21. McArthur AJ, Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1199-1204.
22. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsternsson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991; 31:213-216.
23. N'guessan E, Guie P, Bamba B, Djanhan L, Toffe B, Anongba S. Utilisation du Dakin pour les soins locaux en suites de couches des épisiotomies et des déchirures du périnée. *Méd Afr Noire* 2008; 55(3): 129-131.
24. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino. S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103:669-6673.

Tableau I: Répartition selon les indications de l'épisiotomie des parturientes ayant accouché à la maternité de l'IHS entre le 4 Mai 2009 et le 3 Mai 2010 (N = 1087)

Indications	Effective	Fréquence (%)
Non justifié	411	37,8
Périnée cicatriciel	177	16,3
Périnée court	11	1
Prématurité	29	2,7
Hypotrophie fœtale	261	24
Macrosomie fœtale	51	4,7
Présentation de la face	5	0,5
Présentation du siège	25	2,3
Souffrance fœtale aigue	37	3,4
Forceps	10	0,9
Ventouse	70	6,4
Total	1087	100

Tableau II: Répartition selon la morbidité post-partum des patientes ayant subi une lésion périnéale lors de leur l'accouchement à la maternité de l'IHS entre le 4 Mai 2009 et le 3 Mai 2010 (N= 1399)

Evolution	J8	J15	M1	M3
Douleur périnéales	339	58	12	5
Désunion incomplète	21	3	-	-
Désunion complète	30	9	-	-
Infection	53	6	22	-
Inflammation	-	6	-	-
Dyspareunie	-	-	-	62
Incontinence urinaire	-	-	-	3
Incontinence anale				
Absence de morbidité	956	1317	1365	1328
Total	1399	1399	1399	1399

Facteurs de risque	Lésion périnéale		p
	oui	non	
Age maternel (ans)			0,001
< 15	8 (80%)	2 (20%)	
[15 – 20[	349 (49,4%)	358 (50,6%)	
[20 – 25[	381 (43,2%)	633 (56,8%)	
[25 – 30[	317 (31,1%)	701 (68,9%)	
[30 – 35[	144 (25%)	431 (75%)	
≥ 35	100 (23,3%)	329 (76,7%)	
Parité			0,001
Primipare	936 (69,2%)	416 (30,8%)	
Paucipare	385 (19,2%)	1520 (79,8%)	
Multipare	78 (12,1%)	518 (86,9%)	
Statut matrimonial			0,001
Mariée	1378 (36%)	2453 (64%)	
Célibataire	19 (95%)	1 (5%)	
Divorcée	2 (100%)	0	
Terme de la grossesse			0,001
≤ 32	2 (10%)	18 (90%)	
33 – 36	42 (15,4%)	230 (84,6%)	
33 – 36	1355 (38,1%)	2206 (61,9%)	
Mutilation génitale féminine			0,001
Oui	269 (77,7%)	77 (22,3%)	
Non	1130 (32,2%)	2377 (67,8%)	
Nature de la présentation			0,014
Sommet	1357 (36%)	2412 (64%)	
Face	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Siège	37 (48,1%)	40 (51,9%)	
Mode d'accouchement			0,001
Voie basse naturelle	1319 (35%)	2452 (65%)	
Forceps	10 (100%)	0	
Ventouse	70 (97,2%)	2 (2,8%)	
Durée phase expulsive (minutes)			0,001
< 10	372 (45,8%)	440 (54,2%)	
[10 – 30[	809 (32,6%)	1674 (67,4%)	
[30 – 60[	207 (37,8%)	340 (62,2%)	
≥ 60	11 (100%)	0	
Qualification de l'accoucheur			0,001
Gynécologue-obstétricien	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
DES en gynécologie-obstétrique	88 (26,3%)	247 (73,7%)	
Sage femme	1080 (34,4%)	2056 (65,6%)	
Etudiant en médecine	159 (60,9%)	102 (39,1%)	
Elève sage femme	57 (60,9%)	43 (39,1%)	
Périmètre crânien (cm)			0,033
< 32	133 (31,3%)	292 (68,7%)	
32 – 37	1252 (36,8%)	2147 (63,2%)	
≥ 38	14 (48,3%)	15 (51,7%)	

Tableau IV: Fréquence des lésions périnéales après accouchement par voie basse

Type de lésion périnéale	Année	Auteur	Pays	Fréquence (%)
Épisiotomie	2009	Ying Lai [20]	Chine	26,8
	2003	Van Den Bergh [18]	Zimbabwe	27
	2000	Otoide [15]	Nigeria	46,6
	1998	Cravichik [4]	Argentine	45,9
	2005	CNGOF [3]	France	47
	2010	Eckman [6]	France	3,4
	2004	Morhe [13]	Ghana	17,4
	2010	Notre série	Sénégal	28,2
Déchirure périnéale	2006	Moubarak [14]	Sénégal	7
	2001	Meye [11]	Gabon	7,5
	2004	Morhe [13]	Ghana	17,1
	2001	Lansac [9]	France	19
	2005	Gandzien [7]	Congo	0,91
	2001	Dolo [5]	Mali	5,5
	2010	Notre série	Sénégal	8,1

Recommandations aux auteurs

Le Journal Africain de Chirurgie (JAC) est un organe de diffusion des connaissances relatives à la Chirurgie Générale et aux Spécialités Chirurgicales, sous le mode d'éditoriaux ; d'articles originaux ; de mises au point ; de cas cliniques ; de notes techniques ; de lettres à la rédaction et d'analyses commentées d'articles et de livres. L'approbation préalable du Comité de Lecture conditionne la publication des manuscrits soumis au journal ; avec d'éventuels réaménagements. Les auteurs ont l'obligation de garantir le caractère inédit et l'absence de soumission à d'autres revues des articles proposés à publication. Les locuteurs non francophones sont autorisés à soumettre des articles en langue anglaise.

Le respect des recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki est exigé des auteurs.

Si le travail objet de l'article nécessite la vérification d'un comité d'éthique, il doit être fait mention de l'approbation de celui-ci dans le texte. Les auteurs sont priés de respecter les règles de fond et de forme rappelés ci-après.

1-/ SOUMISSION DES MANUSCRITS

Les manuscrits doivent être envoyés en format normalisé (textes ; tableaux ; figures ; photographies) par courriel à l'adresse suivante : affaire741@yahoo.fr.

Les informations suivantes sont nécessaires :

- titre de l'article (indiquer la rubrique) ;
- coordonnées complètes (adresse ; téléphone ; fax ; e-mail) ;
- noms et affiliation ; adresse des co-auteurs ;
- mots-clés.

Les documents suivants sont requis :

- un fichier pour la page de titre ;
- un fichier pour le manuscrit complet (sans page de titre et sans figures) ;
- un fichier par figure ou tableau.

2-/ PRESENTATION DES MANUSCRITS

Le manuscrit, qui doit comporter 250 mots ou 1500 signes par page, doit se composer des éléments suivants.

2.1- PAGE DE TITRE

- un titre en français et en anglais ;
- les noms des auteurs (nom de famille et initiales du prénom) ; l'adresse postale des services ou des laboratoires concernés ; l'appartenance de chacun des auteurs étant indiquée ;
- le nom ; le numéro de téléphone ; de fax et l'adresse e-mail de l'auteur auquel seront adressées les demandes de modifications avant acceptation, les épreuves et les tirés à part.

2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

Chaque article doit être accompagné d'un résumé de 250 mots au maximum, en français et en anglais, et de mots-clés (5 à 10) également en français et en anglais. La structuration habituelle des articles originaux doit être retrouvée au niveau des résumés : but de l'étude ; patients et méthode ; résultats ; conclusion.

2.3- TEXTE

Selon le type d'écrit, la longueur maximale du texte (références comprises) doit être la suivante :

- éditorial : 4 pages ;
- article original et mise au point : 12 pages ;
- cas clinique et note technique : 4 pages ;
- lettre à la rédaction : 2 pages.

Le plan suivant est de rigueur pour les articles originaux : introduction ; patients et méthode ; résultats ; discussion ; conclusion ; références. L'expression doit être simple, correcte, claire, précise et concise.

Les abréviations doivent être expliquées dès leur première apparition et leur forme conservée tout au long du texte ; elles ne sont pas utilisées dans le titre et le résumé. Elles doivent respecter la nomenclature internationale.

2.4- REFERENCES

Le nombre de références est au maximum de 30 dans les articles originaux et de 50 dans les mises au point. Toute citation doit être suivie d'une référence. La liste des références est consécutive selon leur ordre (numéro) d'apparition dans le texte. Toutes les références doivent être appelées dans le texte. Les numéros d'appel sont mentionnés dans le texte entre crochets, séparés par des tirets quand il s'agit de références consécutives (par exemple [1-4]), et par des virgules quand les références ne sont pas consécutives [1,4].

Lorsque des auteurs sont cités dans le texte :

- s'ils sont un ou deux, le ou les deux noms (sans l'initiale du prénom) sont cités ;
- s'ils sont au moins trois, seul le nom du premier auteur est cité, suivi de la mention « et al. »

Les abréviations acceptées de noms de revues correspondent à celles de l'Index Medicus de la National Library of Médecine.

La présentation des références obéit aux normes de la « Convention de Vancouver » (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Fifth edition. N Engl J Med 1997; 336 : 309-16).

Les six premiers auteurs doivent être normalement mentionnés ; au-delà de ce nombre, seuls les six premiers seront cités, suivis d'une virgule et de la mention « et al. »

Exemples de références :

Article de périodique classique

Diop CT. La pneumatose kystique intestinale. A propos de 10 cas. Can J Surg 2001;54 :444-54. (Il n'y a pas d'espaces avant et après les signes de ponctuation du groupe numérique de la référence).

Article d'un supplément à un volume

Fall DF. La lithiase vésiculaire. Arch Surg 1990;4 Suppl 1:302-7.

Livre (avec un, deux ou trois auteurs)

Seye AB. Fractures pathologiques. Dakar : Presses Universitaires;2002.p. 304 (nombre de pages).

Livre à auteurs multiples avec coordonnateur(s)

Fofana B, Sylla M, Guèye F, Diop L editors. Les occlusions intestinales. Dakar : Presses Universitaires;2005.p. 203.

Chapitre de livre

Sangaré D, Koné AB. Cancer de l'hypopharynx. In : Diop HM ; Diouf F, editor (ou eds). Tumeurs ORL, volume 2. Bamako : Editions Hospitalières;2007.p.102-15.

Touré CT, Beauchamp G, Taillefer R, Devito M. Effects of total fundoplication on gastric physiology. In : Siewert JR, Holscher AH, eds. Diseases of the esophagus. New-York : Springer-Verlag;1987.p.1188-92.

2.5- TABLEAUX

Chaque tableau est présenté en page séparée, numéroté en chiffre arabe par lequel il est appelé dans le texte, mis alors entre parenthèses. Le titre est placé au-dessus et les éventuelles notes explicatives, en-dessous. Le tableau doit être saisi en double interligne sur une page.

3-/ ILLUSTRATIONS

Les figures (graphiques ; dessins ; photographies) numérotées en chiffres arabes sont appelées dans le texte par ordre numérique (numéro entre parenthèses) et fournies sur un fichier distinct. Le titre est placé en-dessous.

Il est recommandé de soumettre des figures en formats TIFF (.tiff) ; EPS (.eps) ou PDF (.pdf) .

Pour l'identification faciles des figures transmises, il est nécessaire de nommer les fichiers en indiquant le numéro de la figure et le format utilisé ; par exemple : figure 1 : .tiff, pour le fichier.

La résolution minimale des figures doit être de 200 DPI pour les photographies en noir et blanc et de 300 DPI pour les graphiques ou schémas.

S'il est impossible à l'auteur de soumettre son manuscrit et ses illustrations par l'Internet, il est prié d'envoyer ses différents fichiers sur CD-rom.

4-/ MISE EN PRODUCTION, CORRECTION D'EPREUVES, DEMANDES DE REPRODUCTION

L'insertion partielle ou totale d'un document ou d'une illustration dans le manuscrit nécessite l'autorisation écrite de leurs éditeurs et de leurs auteurs.

Pour tout manuscrit accepté pour publication, lors de la mise en production, un formulaire de transfert de droits est adressé par courrier électronique par l'éditeur ou l'auteur responsable qui doit le compléter et le signer pour le compte de tous les auteurs et le retourner dans un délai d'une semaine.

Vingt tirés à part sont fournis à prix coûtants aux auteurs.

Les épreuves électroniques de l'article sont adressées à l'auteur correspondant. Les modifications de fond ne sont pas acceptées, les corrections se limitant à la typographie. Les épreuves corrigées doivent être retournées dans un délai d'une semaine, sinon, l'éditeur s'accorde le droit de procéder à l'impression sans les corrections de l'auteur.

Après parution, les demandes de reproduction et de tirés à part doivent être adressées à l'éditeur.

Instructions for Authors

The African Journal of Surgery (AJS) is a body of dissemination of knowledge pertaining to General Surgery and to Surgical Specialities, by way of editorials, original articles, keynote papers, clinical reportings, technical contributions, letters to the editorial board and commented analyses of articles or books. The prior approval of the vetting committee is a prerequisite condition for the publication of manuscripts submitted to the journal, with possible re-arrangements.

The authors must guarantee the non-published character of the item and its non-submission for publication by other reviews or journals.

Non-French speaking authors are authorized to submit their articles in the English language.

The respect for the ethical recommendations of the Helsinki Declaration is demanded from the authors. If the work intended by the article calls for the vetting of the Ethics Committee, mention must be made of the approval of the latter in the text.

Authors must comply with the rules of substance and form mentioned hereinafter.

1-/ SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be sent in a standardized format (texts, tables, charts, pictures) by e-mail to the following address : affaire741@yahoo.fr.

The following information are requested :

the title of the article (indicate the item for insertion) ;
the full particulars (address ; telephone ; fax ; e-mail) ;
names and functions ; address of the co-authors ;
the keywords.

The following documents are requested :

a texte file for the front page ;
a list file for the whole manuscript (without the front page nor the charts) ;
a listing of the charts or tables.

2-/ PRESENTATION OF THE MANUSCRIPTS

The manuscript, which is to include no more than 250 words or 1500 signs per page, must be made of the following items :

2.1- TITLE PAGE

a title in French and English ;
the names of the authors (family name and initials of the forename), the postal address of the services or laboratories concerned, the positions of each one of the authors should be clearly spelt-out ;
the name, telephone number, fax number and e-mail of the author to which should sent the requests for amendments before the acceptance stage, the drafts and print-outs.

2.2- SUMMARIES AND KEY WORDS

Each article should be coupled with a summary of 250 words utmost, in French and English, of key-words (5 to 10) also in French and English. The usual make-up of original articles should reflected in the composition of the summaries : aim of the study, patients and methodology, results and outcomes, conclusions and findings.

2.3- TEXT

Depending on the type of submission, the maximum length of a text (references and references) must be as follows :

the editorial : 4 pages ;
an original article or keynote paper : 12 pages ;
a clinical case or technical presentation : 4 pages ;
a letter to the editorial board : 2 pages.

The following plan is required for original articles : the introduction, the patients and methodology, the outcomes, the discussion, the findings, the references.

The writing must be simple, straight forward, clear, precise and pungent. The acronyms should be explained by their first appearance and their abbreviation kept all along the text ; they shall not be used in the title nor in the abstract. They must comply with the international nomenclature.

2.4- REFERENCES

The number of references should not exceed 30 in the original articles and 50 in the keynote papers. Any quotation must be following with a reference. The list of references should follow their sequencing in the body of

the text. All bibliographical references must be annotated in the text. The annotation numbers must be mentioned in the text between brackets, separated by dashes when dealing with consecutive references (for instance [1-4]), and with comas when the references do not follow one another [1,4].

When authors are quoted in the text :

if they are one or two, the one name or the two names (without the initial of the forename) must be quoted ;
if they are at least three, only the name of the first author is mentioned, following with the caption « and al. »

The acknowledged abbreviations of the names of reviews/journals correspond to those of the Medicus Index of the National Library of Medicine.

The presentation of the references comply with the standards of the « Vancouver Convention » (Intl Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical Journal. Fifth Edition. N. Engl J Med 1997; 336 : 309-16). The first six authors must normally be mentioned ; beyond that figure, only the six first are quoted, followed with a coma or with the caption (« and al. ») :

Examples of references :

Conventional periodical article

Diop CT. Pneumatosis, intestine cystic formations. About 10 cases. Can J Surg 2001;54 :444-54. (there is no space after the punctuation symbols of the numerical group of reference).

Article of a supplement to a bulletin

Fall DF. Gall bladder lithiasis. Arch Surg 1990;4 Suppl 1:302-7.

Book (with one, two and three authors)

Seye AB. Pathological fractures. Dakar : University Press;2002.p. 304 (number of pages).

Multiple-authors book with one coordination or several

Fofana B, Sylla M, Guèye F, Diop L Editors. Bowel obstruction. Dakar : University Press;2005.p. 203 (number of pages).

Book chapter

Sangaré D, Koné AB. Hypopharyngeal cancer. In : Diop HM ; Diouf F, Editors (or eds). ORL tumours, volume 2. Bamako : Hospital Edition;2007.p.102-15.

Touré CT, Beauchamp G, Taillefer R, Devito M. Effects of total fundoplication on gastric physiology. In : Siewert JR, Holscher AH, eds. Diseases of the esophagus. New-York : Springer-Verlag;1987.p.1188-92.

2.5- TABLES

Each table is presented on a separate page, numbered in Arabic figure through which it is annotated in the body of the text, and then put between brackets. The title is put above and the possible explanatory note put under. The table must also be captioned in double spacing on one page.

3-/ ILLUSTRATIONS

Figures (graphs, drawings, pictures) numbered in Arabic figures are annotated in the text by numerical sequencing (the number between brackets) and provided on a separate file. The title shall be put underneath.

It is recommended to submit figures in TIFF formats (.tiff) ; EPS (.eps) or PDF (.pdf) .

For easy reference of the figures sent, one must name the files by indicating the figure number and the format used, for instance figure 1 : .tiff, for the file listing.

The minimum number of figures should be of 200 DPI's for pictures in black and white and 300 DPI's for graphs or charts.

If it is impossible for the author to submit their manuscript and illustrations via the net, he or she is requested to sent their various files ou CD-roms.

4-/ EDITING PROCEDURES, DRAFTS REVISION AND REQUESTS FOR REPRINTS

The partial or total insertion of a document or of an illustration into the manuscript calls for the prior written consent of their editors or authors.

For any manuscript admitted for publication, during the editing phase, a form of copy rights shall be sent by e-mail by the editor or the author in charge who must fill it and sent it back within a week. Twenty print-outs shall be provided at cost prices to the authors.

The e-copies are sent to the corresponding author. Amendments of substance shall not be accepted, corrections shall be limited to typos. The corrected drafts shall be sent back within a week, other wise the Editor will make it a point of duty to print the text out without the correction of the very author.

Once the item is published, requests for reprints and separate print-outs must be addressed to the Editor.