



Décembre 2013 ; volume 2
N°4, pages 180- 240

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE

EDITORIAL ,.....	Pages 180
-------------------------	----------------------------

ARTICLES ORIGINAUX

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES DE L'ENFANT AU CHU DE DAKAR,.....	181
RESULTATS PRELIMINAIRES DE LA CURE ENDOSCOPIQUE DES LOMBOSCIATIQUES PAR HERNIE DISCALE : A PROPOS DE DIX-HUIT CAS,.....	186
LES ABDOMENS AIGUS D'ORIGINE PARASITAIRE : ANALYSE D'UNE SERIE DE 13 CAS A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN,.....	192
TRAUMATISME DE LA RATE DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE DES CHU DE BAMAKO,.....	197
VECU DE LA LIGATURE DES TROMPES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DAKAR,.....	201
PRISE EN CHARGE DES FRACTURES VERTEBRO-MEDULLAIRES PAR LA TECHNIQUE DE LUQUE, A PROPOS DE 7 CAS CLINIQUES,.....	208
MORBIDITE ET MORTALITE LIEES A LA CURE CHIRURGICALE DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ L'ENFANT,.....	212
L'INFECTION PAR LE VIH : UNE REALITE CHEZ LES PATIENTS ADMIS DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE,.....	216

CAS CLINIQUES

OCCLUSION INTESTINALE DUE A UN PHYTOBE- ZOARD : A PROPOS D'UN CAS,.....	222
FISTULES DE LA QUATRIEME POCHE BRANCHIALE :.....	227
CLES DANS LE RHINOPHARYNX : UN CAS D'OBSERVATION AU CHR* DE SAINT LOUIS (SENEGAL),.....	231
LYMPHANGIOME KYSTIQUE CERVICO- MEDIASTINAL: A PROPOS D'UN CAS,.....	234
PERFORATION ISOLEE DE LA VESICULE BILIAIRE PAR CONTUSION ABDOMINALE CHEZ L'ENFANT,.....	238

CONTENTS

Editorial ,.....	Pages 180
-------------------------	----------------------------

ORIGIINAL PAPERS

<i>FOREIGN BODIES OF INFERIOR RESPIRATORY TRACTS ON CHILDREN</i> ,.....	181
<i>PRELIMINARY RESULTS FOR ENDOSCOPIC SURGERY OF LUMBAR DISC HERNIATION : ABOUT EIGHTEEN CASES</i> ,.....	186
<i>ABDOMINAL SURGICAL COMPLICATIONS OF INTESTINAL PARASITES: A REVIEW OF 13 CASES FROM CONAKRY IGNACE DEEN NATIONAL HOSPITAL, GUINEA</i> ,.....	192
<i>SPLEEN TRAUMA IN THE SURGERY DEPARTMENTS OF UNIVERSITY HOSPITAL OF BAMAKO</i> ,.....	197
<i>LIVEDTHTUBAL LIGATION AT UNIVERSITY HOSPITALINDAKAR</i> ,.....	201
<i>MANAGEMENT OF VERTEBRO-MEDULLARY FRACTURE BY THE PROCEDURE OF LUQUE, ABOUT 7 CLINICAL CASES</i> ,.....	208
<i>MORBIDITY AND MORTALITY RELATED TO SURGICAL TREATMENT OF UMBILICAL HERNIA IN CHILDREN</i> ,.....	212
<i>HIV INFECTION: A REALITY AMONG PATIENTS ADMITTED IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT</i> ,.....	216

CASES REPORT

<i>SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE BYE A PHYTOBEZOAR : A CASE REPORT</i> ,.....	222
<i>FOURTH BRANCHIAL POUCH FISTULA: CLINICAL CONSIDERATIONS. A CASE REPORT</i> ,.....	227
<i>KEYS IN THE NASOPHARYNX: A CASE OBSERVATION AT SAINT-LOUIS MEDICAL CENTER (SENEGAL)</i> ,.....	231
<i>CERVICAL AND MEDIASTINAL CYSTIC LYMPHANGIOMA: A CASE REPORT</i> ,.....	234
<i>ISOLATED GALLBLADDER PERFORATION AFTER BLUNT ABDOMINAL TRAUMA IN CHILDREN: A CASE REPORT</i> ,.....	238

ARTICLE ORIGINAL

**LES CORPS ETRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES
DE L'ENFANT AU CHU DE DAKAR
FOREIGN BODIES OF INFERIOR RESPIRATORY TRACTS ON CHILDREN**

**NAO EEM, NDIAYE M, TALL A, DEGUENONVO R, NDIAYE IC, DIALLO BK,
DIOUF R, DIOP EM.**

*Service ORL - Chirurgie Cervico-Faciale de la Faculté de Médecine,
Dakar – Sénégal (Pr. EM. DIOP)*

*Auteur correspondant : Dr Malick NDIAYE BP : 6483 Dakar Etoile SENEGAL
E-mail : malickndiay@yahoo.fr - Tel : + (221) 33.821.50.16*

Résumé

Introduction : Les corps étrangers des voies respiratoires inférieures constituent un accident grave, fréquent en pratique pédiatrique, qui reste d'actualité. **Patients et Méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'hôpital Aristide Le Dantec. Elle a permis de colliger 153 dossiers de jeunes patients ayant bénéficié d'une endoscopie pour une suspicion de corps étrangers des voies respiratoires inférieures. **Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 3,64 ans avec un sex-ratio de 1,18. Le délai moyen d'admission était de 37,12 jours. Le syndrome de pénétration avait été noté chez 77,78% des patients. La nature des corps étrangers était dominée par la graine d'arachide (38,57%). La trachéotomie avait été réalisée chez 28,10% des patients. Nous avons déploré 5 cas de décès (3,26%). **Conclusion :** Accident grave, l'inhalation d'un corps étranger pose des problèmes d'ordre diagnostiques et thérapeutiques dans nos régions. La réduction de sa morbidité et de sa mortalité passe par une formation du personnel et une amélioration du plateau technique.

Mots clés : corps étranger, voies respiratoires, enfants

Summary

Introduction: The foreign bodies of the lower respiratory tracts constitutes an usual accident in paediatric practice which remain of serious preoccupation. **Patients and methods:** It is a retrospective study, realized in the ENT Department of Aristide Le Dantec Hospital, in Dakar (Senegal). It allowed to bring together 153 patients' files having benefited from an endoscopic examination for a suspicion of foreign body. **Results:** The average age of our patients was of 3,64 years with a sex-ratio of 1,18. The average delay of admission was 37,12 days. The "syndrom of penetration" had been noted for 77,78 % of the patients. The nature of the foreign bodies was dominated by peanut (38,57%). A tracheostomy was realized for 28,10 % of the patients. **Conclusion:** The inhalation of a foreign body raises diagnostic and therapeutic problems in our regions. The reduction of morbidity and mortality implies a strong training of the staff and an improvement of the technical environment.

Keywords: foreign bodies, respiratory tracts

INTRODUCTION

L'inhalation d'un corps étranger représente une situation clinique fréquente, actuelle et grave, en pratique pédiatrique. Le diagnostic est évoqué dans la majorité des cas dès l'interrogatoire, sur la notion de syndrome de pénétration recueillie. Les conditions dans lesquelles se déroule cette extraction sont aujourd'hui marquées par un confort et une sécurité indéniables grâce aux progrès accomplis dans le domaine de l'instrumentation et de l'anesthésiologie. Cependant, compte tenu de la sous-médicalisation et du sous-équipement qui caractérisent les pays pauvres, cette extraction reste encore un geste délicat.

Le but de notre travail était de passer en revue les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des corps étrangers des voies respiratoires inférieures.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'hôpital Aristide Le Dantec. Elle a permis de colliger 153 dossiers de patients ayant bénéficié d'une endoscopie pour une suspicion de corps étrangers des voies respiratoires inférieures (VRI) sur une période de 10 ans, du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2006. Les critères étudiés étaient : épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques

RESULTATS

Age et sexe : L'âge des patients variait de 5 mois à 15 ans avec une moyenne de 3,64 ans. Le sex-ratio était de 1,18.

Clinique : Le délai moyen d'admission variait de 1 à 770 jours, avec une moyenne de 37,12 jours. Parmi ces patients, 76% avaient été admis au-delà de 24 heures.

Le syndrome de pénétration avait été noté chez 119 patients (77,78%) à l'admission. Dans 98 cas (64,05%), l'enfant avait été admis pour une dyspnée (laryngée, ou aux deux temps) plus ou moins sévère. Une pneumopathie récidivante ou chronique avait fait l'objet d'une endoscopie chez 22 patients (14,38%).

Examens paracliniques : Soixante huit pour cent (68%) des enfants admis avaient pu bénéficier d'une radiographie du thorax avant l'endoscopie. Dans 54 cas (51,92%), la radiographie était normale. Dans 35 cas (33,65%), cette radiographie avait montré un corps étranger radio-opaque. Une opacité évocatrice d'une pneumopathie avait été retrouvée dans

8 cas (7,70%). Nous avons noté une image d'atélectasie dans 6 cas (5,77%) et une image d'emphysème dans 1 cas (0,96%).

Traitement : Le délai moyen entre, la date d'admission et l'endoscopie était de 1,56 jour. Soixante trois enfants (42,85%) ont bénéficié d'une endoscopie le jour de leur admission. 24 patients (15,68%), avaient eu plus d'une séance d'endoscopie. Cette endoscopie n'avait pas retrouvé de corps étrangers chez 12 patients. Cependant elle avait permis d'objectiver le corps étranger au niveau de la bronche souche droite, 68 fois (48,22%) ; de la bronche souche gauche, 17 fois (12,05%) ; de la trachée, 16 fois (11,35%) et du larynx, 29 fois (20,57%) (Tableau I). La nature du corps étranger avait été précisée dans 140 cas. Quarante vingt trois (65,95%) de ces corps étrangers étaient de nature organique. Dans le premier groupe, prédominaient graines et coques d'arachide, 38,57% de l'ensemble des corps étrangers. Pour les corps étrangers inorganiques, les perles venaient en tête de liste (Tableau II et Figure 1). Quarante trois patients (28,10%) ont bénéficié d'une trachéotomie, dont 32 pour dyspnée avant l'endoscopie, 5 pour trachéotomie d'intubation, 4 pour dyspnée laryngée post-endoscopique et 2 pour trachéotomie de sécurité après extraction laborieuse. Nous avons déploré 5 cas de décès (3,26%). Dans 3 cas, le décès était survenu après un arrêt cardio-respiratoire dont 2 en salle de réveil, et 1 pendant l'endoscopie. Dans 1 cas, le décès était dû à une dyspnée liée à un emphysème et pour 1 cas, les circonstances étaient non précisées.

Tableau I : Répartition selon la localisation du corps étranger

Localisation du corps étranger	Pourcentage
Bronche souche droite (BSD)	48,22
Bronche souche gauche (BSG)	12,05
Larynx (L)	20,57
Trachée (T)	11,36
Les deux bronches (B)	02,12
L + BSD	01,42
T + BSD	0,71
T + B	01,42
L + T	0,71
BLMD	0,71
Non précisée	0,71



Figure 1: Radiographie d'un corps étranger siégeant dans le larynx à type de ressort

Tableau II : Nature des corps étrangers organiques

Organique [n=93 ; 65,95%]	Nombre
Végétaux	73
Graine et coque d'arachide	54
Coque et noyau de tamarin	5
Feuille	4
Noyau de pain de singe	3
Pépin d'orange	2
Graine de riz	1
Graine d'acajou	1
Graine de «alom»	1
Pépin de corosole	1
Noyau de fruit sauvage	1
Animaux	20
Arête et vertèbre de poisson	16
Morceau d'os	4

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques : L'âge moyen de 3,64 ans, et le taux important de patients de moins de 4 ans, rendent compte de la fréquence de cet accident dans l'enfance [1, 2]. La raison est que le risque commence dès que la préhension manuelle est possible, vers l'âge de 5 mois, et que l'enfant a tendance à porter à la bouche les objets. La prédominance masculine trouve son explication dans le tempérament plus vif et l'audace du petit garçon par rapport à la fille.

Aspects cliniques : Le délai moyen d'admission de nos patients avait été particulièrement long. Cette admission tardive a été soulignée par plusieurs auteurs africains [3, 4, 5]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce retard : la sous-médicalisation, un « certain degré d'obscurantisme » évoqué par DIOP et coll. [6] et la négligence des parents.

L'interrogatoire avait permis de mettre en évidence un syndrome de pénétration dans 77,78%. Cette fréquence du syndrome de pénétration est comparable à celle retrouvée dans la littérature [2, 7]. Le diagnostic est parfois posé plusieurs jours, semaines, voire des mois après l'accident, quand se constitue le classique syndrome dit de « séjour », et à l'occasion de complications.

Comme pour notre étude, les données de la littérature, font état d'une prédominance des corps étrangers organiques [2, 7, 8]. Il nous paraît aussi important de souligner la prédominance de l'arachide dans notre série, de même que SISSOKHO et coll. [5]. Les corps étrangers anorganiques sont moins fréquents et extrêmement variés [2, 9].

La localisation bronchique surtout droite était importante dans notre série, comme décrit par la plupart des auteurs [2, 4, 5, 8]. Elle tient à des raisons anatomiques. Cependant, la localisation laryngée reste exceptionnellement élevée (20,57%). Cette fréquence élevée de la localisation laryngée rappelle celle observée au Nigéria [10] et au Sénégal [6, 11].

Aspects radiologiques : La radiographie était normale dans plus de 50% des cas dans notre étude. Cela s'explique aisément par la fréquence des corps étrangers végétaux (52,14% de notre série) qui sont radio-transparents. Ainsi, une radiographie normale après un examen clinique évocateur, ne doit pas faire modifier l'indication d'endoscopie.

Aspects thérapeutiques : La trachéotomie occupe une place centrale dans la prise en charge des

enfants porteurs de corps étranger des voies respiratoires inférieures, selon DIOP et coll. [7]. Durant la période de notre étude, la trachéotomie avait été réalisée chez 28,10% des patients. Cela s'explique essentiellement par nos conditions de travail difficiles, particulièrement l'insuffisance du plateau technique et du personnel [11].

Pour ces raisons, il est préférable, dans certains cas, de réaliser une trachéotomie afin de réunir les conditions anesthésiques et matérielles nécessaires, chez un enfant en détresse respiratoire aiguë. Cette indication est réservée aux corps étrangers de siège laryngé. La trachéotomie peut être un geste délibéré permettant une intubation trachéale pour assurer l'anesthésie générale.

Il s'agit ainsi d'une trachéotomie effectuée par convenance (trachéotomie réglée) d'autant plus utile que nous avons à faire à des anesthésistes qui ne sont pas toujours des médecins. Après extraction d'un corps étranger, il peut s'avérer utile, à titre préventif, de réaliser une trachéotomie dans les cas d'une longue séance d'endoscopie (trachéotomie de sécurité). Enfin, il peut arriver que l'enfant présente une dyspnée aiguë liée à un œdème du larynx dans les suites de l'endoscopie.

La pratique de l'endoscopie dans notre contexte pose des problèmes d'ordre matériel, anesthésique. Nous utilisons le même matériel depuis plus de 25 ans. Ne disposant pas d'un service de maintenance approprié, nous travaillons avec un matériel chroniquement défectueux. Le deuxième problème de

l'examen endoscopique, est d'ordre anesthésique. Dans notre pratique, l'anesthésie est réalisée le plus souvent par des auxiliaires (ne disposant pas de médecin anesthésiste à temps plein).

Nous avons déploré 5 cas de décès. Ce taux de mortalité est voisin de celui de la série de DIOP et coll. [6]. Cette mortalité est liée au corps étranger et DIOP rapporte plusieurs facteurs pronostiques : le volume, le laryngospasme, et l'œdème de la muqueuse sous-glottique [6]. Une surveillance post endoscopique inefficace en est une cause.

Un relèvement du niveau du plateau technique nous permettra d'atteindre l'objectif de PLOYET et coll. [12]. Selon elle, 1 à 2% de décès pré, per et post-endoscopique représente un taux incompressible depuis 1940.

CONCLUSION

L'inhalation d'un corps étranger est donc un accident universel, grave et mortel, qui reste encore d'actualité. La prise en charge des patients porteurs de corps étranger des VRI a connu de nombreux progrès grâce au perfectionnement de l'instrumentation. Ce progrès a permis de diminuer le taux de mortalité et de morbidité lié à cet accident. Cependant, dans les pays sous-développés comme le nôtre, caractérisés par l'insuffisance du plateau technique, l'examen endoscopique pour corps étranger des VRI reste un geste délicat, source de mortalité encore élevée par rapport aux pays du Nord.

REFERENCES

1. **Khaiti M, Couvreur J.** Les corps étrangers bronchiques, aspects actuels et pronostic à long terme. *Med. Infant.* 1984;91(3):225-235.
2. **Traissac L, Attali JP.** Notre expérience sur les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques de l'enfant, à propos de 113 cas. *J.Fr. Oto-Rhino-Laryngol.* 1981;30(9):575-579.
3. **Diop EM, Tall A, Diouf R, Ndiaye IC, Diallo BK.** Trachéotomie chez l'enfant porteur d'un corps étranger des voies respiratoires inférieures. *Dakar Méd.* 1997;42(2):165-168.
4. **Kpemissi E, Agbere A, Kessie K.** Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques au Togo: Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *Med. Trop.* 1995;55:395-396.
5. **Sissokho B, Conessa C, Petrognani R.** Endoscopie rigide et corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant : Réflexions à propos de 200 endoscopies en milieu tropical. *Med. Trop.* 1999;59(1):61-7.
6. **Diop EM, Tall A, Diouf R, Ndiaye IC.** Corps étrangers laryngés: prise en charge chez l'enfant au Sénégal. *Arch pédiatrique.* 2000;7(1):10-5.
7. **Diop EM, Balo KP, Diop LS.** Corps étrangers des voies respiratoires inférieures de l'enfant : Etude Clinique. *Dakar Méd.* 1982;27:493-509.
8. **Ag Mohamed A.** Corps étrangers Laryngo-Trachéo-Bronchiques. A propos de 20 cas. *Bull Soc Path.* 1993;86:369-371.
9. **Fahry K, Ette A, Bamba M, Ehouo F, Kouassi B.** Les corps étrangers en ORL : Bilan d'une série de 200 cas observés en 6 mois au C.H.U de Cocody, Abidjan. *J.Fr. Oto-Rhino-Laryngol.* 1983;32(5):295-299.
10. **Ijaduola GT.** Foreign body in the larynx in Nigeria children. *J.Trop Pediatr.* 1990;32:41-43.
11. **Diouf E, Diop/Ndoye M, Kane O, Beye MD, Ndiaye M, Bignoumba MC, Ndiaye IC, Diouf R, Ka/Sall B, Diop EM.** Anesthésie au cours de l'extraction endoscopique des corps étrangers des voies respiratoires inférieures chez l'enfant. *Dakar Médical.* 2002;47(2):172-175.
12. **Ployet J, Robier A, Goga D, Mercier C.** Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques. *Encyclo.Med.Chir.Oto-Rhino-Laryngologie* .Editions techniques éd., Paris,1987.

Instructions 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'éditorial ; 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 Hospisalières;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.