



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- MEDIASINAL: 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 OFVERTEBRO-MEDULLARY FRACTUREBY THE PROCEDURE OF LUQUE, ABOUT7CLINICAL 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**VECU DE LA LIGATURE DES TROMPES AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE DAKAR****LIVED THE TUBAL LIGATION AT UNIVERSITY HOSPITAL IN DAKAR**

PM MOREIRA, M GUEYE, ME FAYE DIEME, M MBAYE, O GASSAMA, A DIA, JC MOREAU

*Clinique Gynécologique et Obstétricale, 1, Avenue Pasteur, BP 3001, Dakar, Sénégal**Auteur correspondant : Pr Philippe M MOREIRA Téléphone : 00221338218370**Courriel : phmoreira66@yahoo.fr***Résumé**

Objectifs : Apprécier le vécu psycho-social chez les couples ayant pratiqué la ligature des trompes. **Patientes et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, réalisée à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec comportant une enquête menée par le biais d'interviews incluant les couples ayant bénéficié ou ayant renoncé à la ligature des trompes. **Résultats :** 127 couples avaient accepté de participer à l'enquête : 100 couples ayant bénéficié de la LT et 27 couples ayant désisté. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 45 à 66 ans. La ligature des trompes était une méthode très peu connue surtout chez les femmes qui avaient désisté (4% versus 31%). Dans 85% des cas, les clientes savaient qu'elles ne pourraient pas être enceintes après la stérilisation. Plus de la moitié des clientes (63%) avaient accepté la LT pour des raisons de santé et 29% pour des raisons liées à une situation économique difficile. Parmi les 100 femmes ayant bénéficié d'une LT, 8 d'entre elles avaient regretté le choix de cette méthode de contraception. Le sentiment d'avoir été obligée de subir l'intervention était retrouvé dans 75% des cas chez les femmes qui avaient regretté leur choix et dans 21% des cas chez celles qui n'avaient pas regretté. La peur de la chirurgie était plus fréquemment retrouvée comme cause du désistement (44,4%), suivie des raisons familiales (29,6%). **Conclusion :** Le problème du regret suite à la stérilisation existe chez un petit nombre de femmes, quels que soient le contexte ou l'étape de développement du pays où elles habitent. Un counseling complet et minutieux de la part des prestataires des services médicaux est la clé de la prévention du regret post-stérilisation.

Mots clés : Ligature des trompes, Vécu, Sénégal**Summary**

Objectives: Appreciate psycho-social effects among couples who underwent tubal ligation. **Patients and methods:** This was a prospective study conducted at the Obstetrical and Gynaecologic Clinic of Aristide Le Dantec Teaching Hospital through interviews including both couples having benefited and who have renounced to tubal ligation. **Results:** 127 couples agreed to participate in the survey: 100 couples who underwent tubal ligation and 27 couples who withdrew. The age group most represented was the 45 (years) to 66 years. Information on tubal ligation was less known among women who had renounced (4% versus 31%). In 85% of cases, clients knew they could not get pregnant after sterilization. More than half of clients (63%) had accepted tubal ligation for health reasons and 29% for reasons related to economic hardship. Among the 100 who underwent tubal ligation, 8 had regretted the choice of this method of contraception. The feeling of being forced to undergo surgery was found in 75% of cases in women who regretted their choice and 21% among those who did not regret it. Fear of surgery was more frequently found as the cause of the withdrawal (44.4%) followed by family reasons (29.6%). **Conclusion:** Regret after sterilization is real among a small number of women. A complete counselling from providers of medical services is the key to prevent post-sterilization regret.

Keywords: Tubal Ligation, Regret, Senegal

INTRODUCTION

La stérilisation féminine apparaît aujourd'hui comme la méthode de contrôle de la fécondité la plus répandue dans le monde [1]. Durant les vingt dernières années, l'intérêt de la stérilisation chirurgicale volontaire a évolué rapidement, essentiellement du fait du développement de la laparoscopie et de la minilaparotomie.

Au Sénégal, la technique de ligature des trompes (LT) par minilaparotomie sous anesthésie locale, a été introduite au Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Dakar depuis 1989 [2]. La relative simplicité du geste opératoire ne doit cependant pas faire perdre de vue les répercussions émotionnelles ou comportementales liées au caractère spécifiquement irréversible de la méthode. Dans l'ensemble, les conséquences socio-psychologiques à long terme de la stérilisation sont encore peu connues car les études ne sont pas nombreuses et posent d'importantes difficultés méthodologiques. Toutefois, le regret, peu fréquent (2 à 7% selon les études et la définition du regret), affecte en priorité les femmes stérilisées avant 30 ans [3].

Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer le degré de satisfaction des conjoints par rapport aux services de la contraception chirurgicale volontaire féminine et d'apprécier le vécu psycho-social de la ligature des trompes.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, réalisée à la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du CHU Aristide Le Dantec comportant une enquête menée par le biais d'interviews à l'aide d'un questionnaire structuré. D'une part, nous avons interrogé les patientes qui, après avoir bénéficié d'un counseling, avaient choisi et bénéficié d'une LT. Leurs conjoints étaient également interrogés quand ils étaient disponibles.

D'autre part, nous avons interrogé les couples ayant bénéficié du counseling mais qui avaient secondairement renoncé à la LT. Il s'agissait d'un entretien direct avec la cliente et/ou son conjoint à domicile ou au téléphone. Un consentement verbal du couple était obtenu avant de débiter l'enquête. La cliente et son conjoint étaient interviewés séparément. Notre questionnaire comprenait quatre (04) parties relevant respectivement les données sociodémographiques, le vécu chez les couples ayant béné-

ficié d'une LT, les motivations du refus des couples ayant renoncé et les avis des conjoints. Les enquêtes ont eu lieu entre le 1^{er} Janvier et le 31 Décembre 2010.

Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Sphinx. Les variables continues étaient comparées à l'aide du test ANOVA et les variables en échelle à l'aide du test de Khi 2 ou du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu était de 0,05.

RESULTATS

Cent vingt sept (127) couples avaient accepté de participer à l'enquête : 100 couples ayant bénéficié de la LT et 27 couples ayant désisté. Toutes les femmes étaient interrogées ; 44 conjoints dans le groupe LT et 10 conjoints dans l'autre groupe ont également répondu au questionnaire.

Données sociodémographiques et économiques

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 45 à 66 ans aussi bien chez les clientes qui avaient bénéficié de la LT (58%) que chez les clientes qui avaient désisté (66,7%). Dans les deux groupes, les Wolofs, ethnie dominante au Sénégal, étaient plus représentés avec respectivement 65% et 51,9%. Il n'y avait pas de différence significative dans les deux groupes en ce qui concerne le niveau d'étude et le revenu mensuel.

Dans les deux groupes de femmes, le nombre moyen d'enfants par couple de sexe masculin et de sexe féminin était respectivement de 3,5 et 4 et paraissait satisfaisant. L'âge moyen était de 25 ans chez les aînés et 6 ans pour les cadets.

Les grossesses contractées en moyenne dans chaque groupe étaient de 7 et 8. On a enregistré un nombre plus important de grossesses non désirées (29,6 %) chez les femmes qui avaient désisté que celles qui avaient bénéficié d'une contraception chirurgicale volontaire (21 %).

Connaissance des méthodes contraceptives

Concernant les méthodes contraceptives, la pilule était la méthode la plus connue et la plus utilisée dans les deux groupes de femmes. La ligature des trompes était une méthode très peu connue surtout chez les femmes qui avaient désisté (4% versus 31%).

Connaissances relatives à la LT

Dans 85% des cas, les clientes savaient qu'elles ne pourraient pas être enceintes après la stérilisation, cependant, 7,5% pensaient le contraire.

Tableau I : Paramètres ayant conduit à la prise de décision de LT

Paramètres		Nombre	Pourcentage
Personne ayant pris la décision	Mari	10	10%
	Couple	57	57%
	Agent de santé	20	20%
	Marabout	1	1%
Sentiment d'avoir pris la bonne décision	Oui	55	55%
	Non	15	15%
	Non précisé	30	30%
Motivation	Problème de santé	46	63%
	Problèmes avec les autres méthodes	6	6%
	Progéniture satisfaisante	15	15%
	Problèmes économiques	29	29%
	Autres	4	4%
Sentiment d'avoir été obligée de subir l'opération	Oui	19	19%
	Non	51	51%
	Non précisé	30	30%
Délai de réflexion	Suffisant	81	81%
	Insuffisant	13	13%
	Non précisé	6	6%

Couples ayant bénéficié de la LT

Décision de subir la LT

Certaines clientes (57%) pensaient que c'était au couple de prendre la décision de ne plus avoir d'enfant d'un commun accord. D'autres (20%) pensaient que c'était à l'agent de santé de décider. Seules 12% des clientes estimaient que cette décision devait venir de la femme.

Motivations de la LT

Plus de la moitié des clientes (63%) avaient accepté la LT pour des raisons de santé, 29% pour des raisons liées à une situation économique difficile (tableau I).

Dix-neuf pour cent (19%) des clientes avaient le sentiment d'avoir été obligées de subir cette opération.

La ligature des trompes était réalisée 19 fois au cours d'une césarienne ou dans le post-partum immédiat et 81 fois en période gynécologique.

Vécu de la LT

Satisfaction

Un total de 68 clientes était satisfait du déroulement de l'intervention. Soixante sept (67) clientes étaient satisfaites du suivi post-opératoire alors que 29 autres n'avaient pas émis de réponse concernant le suivi après la LT. Certaines clientes (60%) auraient recommandé cette méthode à une amie.

Problèmes et regret

Parmi les 100 clientes ayant bénéficié d'une LT, 61 n'avaient pas regretté le choix de cette méthode de contraception. Toutes les femmes qui avaient regretté étaient dans un mariage monogame tandis que 51% de celles qui n'avaient pas regretté étaient dans un mariage polygame. Dans 65% des cas, les clientes étaient prêtes à refaire le même choix si elles devaient recommencer tandis que 3% auraient choisi une autre méthode contraceptive.

Le sentiment d'obligation (à subir l'intervention) était retrouvé dans 75% des cas chez les femmes qui avaient regretté leur choix comme l'indique le tableau II.

pour plus de la moitié des femmes n'ayant pas
Tableau II : Répartition socioéconomique des femmes ayant subi la LT selon le regret

Caractéristiques	Présence ou absence de regret	
	Regret (n=8)	Pas de regret (n=61)
Age moyen (ans)	42	42
Nombre d'enfants moyen	6	7
Statut matrimonial	Mariée monogame	100 %
	Mariée polygame	0
	Divorcée/séparée	0
Niveau de scolarisation	Scolarisée	62,5 %
	Non scolarisée	37,5 %
Revenu mensuel	< 50 000	37,5 %
] 50 000 – 100 000]	12,5 %
] 100 000 – 150 000]	37,5 %
] 150 000 – 200 000]	0
	>200 000	12,5 %

Par ailleurs, le pourcentage de clientes qui avaient un long délai de réflexion était plus important chez les femmes qui n'avaient pas eu de regret (90,2%) que chez celles qui en avaient ressenti (62,5%).

La période post-partum n'était pas un facteur de regret. La LT était réalisée en période de post-partum

regretté d'avoir subi la LT (54,1%), alors que 75% des femmes ayant regretté la LT, celle-ci était réalisée en période gynécologique.

Le tableau III rapporte la répartition des femmes selon le regret en fonction de leur connaissance, attitude et perception de la contraception.

Tableau III : Répartition des femmes selon le regret en fonction de leur connaissance, attitude et perception de la contraception

Caractéristiques		Présence ou absence de regret	
		Regret (n=8)	Pas de regret (n=61)
Connaissance de méthodes contraceptives	Oui	75 %	90,16 %
	Non	25 %	9,84 %
Sentiment d'avoir été obligée	Oui	75 %	21,3 %
	Non	25 %	79,7 %
Motivation	Santé	87 %	80 %
	Nombre et sexe des enfants	13 %	10 %
	Situation économique	0	18 %
	Autres	12 %	10 %
Personne ayant pris la décision	Couple	50 %	61 %
	Agent de santé	50 %	39 %
	Conjoint	0	8 %
	Cliente	0	17 %
Délai de réflexion	Court	25 %	8,2 %
	Long	62,5 %	90,16 %
	Aucun	12,5 %	1,64 %
Période LT	Gynécologique	75 %	45,92 %
	Post-partum	25 %	54,08 %
Satisfaction du déroulement de la LT	Oui	75 %	81,97 %
	Non	25 %	10,03 %
Satisfaction du suivi postopératoire	Oui	75 %	81,97 %
	Non	25 %	10,03 %

Conjoints de femmes ayant bénéficié de la LT

Parmi les 44 conjoints interrogés, 32 connaissaient certaines méthodes contraceptives et 12 n'en connaissaient aucune. La méthode contraceptive la plus connue par les conjoints était la pilule (31%).

La ligature des trompes était connue dans une proportion de 10,8%.

Vingt-six (26) conjoints parmi les 44 interrogés étaient satisfaits des prestations de service liées à la LT. La possibilité de refaire le même choix était envisagée par 28 conjoints.

Couples ayant désisté

Conditions du désistement

La moitié des clientes (55,5%), avaient désisté juste avant l'intervention. Plus du quart des clientes (29,6%) avaient désisté précocement, dès le premier counseling. Quant aux raisons du désistement, la peur de la chirurgie était plus fréquemment retrouvée (44,4%), suivie des raisons familiales (29,6%).

La plupart des clientes qui avaient désisté, n'avaient pas discuté avec leur conjoint avant de renoncer (59,2%). Parmi celles qui avaient discuté avec leur conjoint (9 clientes), 6 étaient influencées par cette discussion dans leur prise de décision.

Vécu du désistement

Plusieurs événements avaient marqué le vécu du désistement : la survenue d'une grossesse (7,4%); le sentiment de regret (14,8%) et l'incitation d'une proche à subir une LT. En effet, 81,5% des clientes encourageraient une amie à opter pour une ligature des trompes.

Opinions des conjoints

Parmi les 10 conjoints de clientes qui avaient désisté, l'enquête avait révélé qu'ils connaissaient presque tous (9) les raisons du désistement de leur épouse : 18,5% des conjoints étaient convaincus du bien-fondé du désistement.

DISCUSSION

Données sociodémographiques et économiques

Le profil épidémiologique de nos clientes était celui d'une femme d'âge mûr (45,7 ans), mariée dans un régime polygame, multipare et scolarisée (23%). Ce profil présentait quelques particularités. En effet, Kavathekar [4] et Kouam [5] avaient retrouvé un âge moyen de 33 ans, relativement plus jeune que celui enregistré dans notre série. L'âge avancé retrouvé dans notre étude pouvait s'expliquer par une politique nataliste chez ces femmes qui vivaient souvent dans un régime polygame. Cette polygamie était souvent source de concurrence quant

au nombre d'enfants par épouse et les femmes avaient tendance à faire des grossesses jusqu'à un âge assez avancé.

Concernant le niveau d'instruction, 26 % des femmes ayant bénéficié de la LT et 37 % des femmes ayant désisté, avaient atteint le niveau secondaire. Seules 3% des femmes qui avaient bénéficié de la LT avaient atteint le niveau universitaire. Le taux de scolarisation était inférieur à celui retrouvé par Nair en Inde [6] de l'ordre de 56 % pour le niveau secondaire et de 4 % pour le niveau supérieur. Le taux de scolarisation enregistré dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que dans nos sociétés africaines, la place de la femme était surtout au foyer même si quelques femmes avaient la chance d'être scolarisées.

Le niveau socio-économique était bas dans notre série avec un revenu mensuel compris entre 50 000 et 150 000 FCFA chez 26 % des femmes qui avaient bénéficié d'une LT et 33,3% chez celles qui avaient désisté. Ce bas niveau socio-économique constituait l'une des sources de motivation (29%) dans la prise de décision de subir la LT. En effet, la plupart des couples n'avaient plus la possibilité de prendre en charge de façon convenable leur progéniture.

Facteurs de motivation

La gestité importante constitue d'une manière générale la principale raison du choix de la contraception définitive [5, 7]. Cependant, la forte natalité ne constituait pas dans notre série la première source de motivation ayant conduit les couples à demander la LT. Celle-ci était surtout motivée par des problèmes d'ordre médical (46% des cas). Il s'agissait de femmes qui souffraient de pathologies médicales chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les cardiopathies, ou avaient eu des césariennes itératives dans leurs antécédents obstétricaux. A côté de ces raisons médicales, la seconde source de motivation était représentée par le faible niveau de vie socio-économique (29%). Dans la littérature, les mêmes indications étaient retrouvées par Dao [8] qui, dans sa série, avait enregistré 50% de LT pour des raisons médicales. Par contre, Alami avait retrouvé un faible niveau de vie socio-économique comme principale source de motivation (93%) [9].

Dans notre étude, le nombre important de femmes qui avaient regretté leur décision et qui avaient le sentiment d'avoir été obligée de subir la LT (75%) montre l'insuffisance du counseling lors des consultations de planification familiale.

Facteurs de désistement

Pour les clientes qui avaient désisté, la plupart (55,5%) l'avaient fait au dernier moment, juste avant l'intervention. Ainsi, la peur de l'intervention constituait la première cause du désistement (44,4%), suivie des raisons familiales (29,6%), du nombre insuffisant d'enfants vivants ou de la répartition des sexes dans la progéniture et de l'âge jeune de la patiente au moment de la demande de la ligature (âge < 30 ans). L'analyse de ces différentes raisons du désistement nous avait permis de remettre en cause l'efficacité du counseling au niveau de ce groupe de femmes. Certaines femmes, chez qui la principale raison était la peur de la chirurgie avaient cherché des renseignements sur la ligature des trompes dans leur entourage.

Connaissances et pratiques contraceptives

Nous avons noté que chez toutes les clientes, la pilule constituait la méthode contraceptive la plus connue mais aussi la plus utilisée. La stérilisation volontaire était la méthode la moins connue. En effet, selon 25 enquêtes démographiques et sanitaires effectuées dans les pays en développement, 5 femmes mentionnaient la stérilisation féminine comme méthode contraceptive alors que 2 seulement l'avaient subie. Cette différence se réduisait presque à zéro quand les enquêteurs mentionnaient les méthodes et demandaient aux femmes si elles en avaient entendu parler [10].

Conjoints

Nous avons constaté que les conjoints des femmes ayant bénéficié de la LT étaient mieux renseignés sur les techniques ou méthodes de planification familiale que les conjoints des femmes ayant désisté. Ainsi, la méconnaissance des méthodes de planification familiale pourrait être un facteur favorisant la décision de ne pas recourir à la LT.

Vécu de la décision prise

Le regret pourrait être défini, dans le cadre de notre travail, comme un sentiment d'affliction éprouvé pour avoir fait (ou ne pas avoir fait) la LT. Parmi les 100 femmes qui avaient bénéficié de la LT, 8 regrettaient cette intervention alors que chez les femmes qui avaient désisté, 14,8% avaient regretté leur désistement. De plus, un antécédent de grossesse non désirée chez les femmes ayant désisté était plus fréquent que chez les femmes ayant bénéficié de la LT. Cela signifie qu'autant le counseling devrait être efficacement mené pour aboutir à une décision éclairée avec moins de risques de regrets, autant il devrait permettre de convaincre efficacement les candidates

à la contraception chirurgicale volontaire par LT. Dans notre série, 7,4% des femmes avaient eu une grossesse non planifiée après avoir renoncé à la LT.

Le tiers des conjoints des clientes ayant désisté (9/27) connaissaient les raisons du désistement de leurs femmes. En effet, il serait préférable de mieux faire comprendre aux clientes que la contraception dans le couple, était une décision à prendre à deux, surtout dans le cadre de la stérilisation chirurgicale, du fait de son caractère définitif et irréversible. Pour minimiser, le taux de désistement chez les candidates à la LT comme méthode contraceptive, il serait souhaitable que les conjoints assistent au moins à une séance de counseling pour une meilleure adhésion du couple. La sensibilisation de ces derniers permettrait en outre d'atteindre un faible taux de regret.

Zabin [11] avait retrouvé dans sa série 20% de femmes qui avaient regretté la méthode contraceptive, alors que Nervo [12] avait enregistré un taux plus faible de 10%. Les circonstances amenant les patientes à consulter, après avoir regretté, en vue de l'obtention d'une nouvelle grossesse étaient le changement de partenaire ou un remariage [11].

Wilcox [1], dans le cadre d'une étude prospective portant sur 7590 femmes américaines suivies pendant 5 ans, avait constaté que les femmes de moins de 30 ans au moment de la stérilisation étaient deux à trois fois plus susceptibles de regretter la stérilisation que celles stérilisées entre 30 et 35. Cependant, Wilcox affirme que cet effet était indépendant du nombre d'enfants vivants ou de la situation matrimoniale au moment de la stérilisation.

Par contre, dans notre étude, l'âge et le nombre d'enfants ne constituaient pas des facteurs de regret. De même, les regrets étaient généralement plus fréquents chez les femmes stérilisées au cours d'une césarienne qu'après un accouchement vaginal [7]. Dans notre étude, 19 clientes ont eu une ligature des trompes au cours d'une césarienne ou en post-partum immédiat, alors que 81% en ont bénéficié en période gynécologique.

CONCLUSION

Le problème du regret suite à la stérilisation existe chez un petit nombre de femmes, quels que soient le contexte ou l'étape de développement du pays où elles habitent. Un counseling complet et minutieux de la part des prestataires des services médicaux est la clé de la prévention du regret post-stérilisation.

REFERENCES

- 1 Wilcox LS, Chu SY, Eaker ED et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *FertilSteril* 1991; 55 (5):927-33.
 - 2 Cissé C T, Kerby K, Cissé M L et al. Ligature tubaire par mini laparotomie sous anesthésie locale. A propos de 800 cas au CHU de Dakar. *Contraception FertilSex* 1997; 25 (4): 10-15.
 - 3 Smith EM, Friedrich E, Pribor EF. "Psychosocial consequences of sterilization: a review of the literature and preliminary findings". *ComprehensivePsychiatry* 1994; 35 (2): 157-163.
 - 4 Cheng C, Deborah G, Shyam T. La stérilisation tubaire pendant l'hospitalisation post-partum; rapport d'expériences aux Etats-Unis et à l'étranger. *FamilyHealth International* 1993;(1):1-11.
 - 4 Kavathekar PW, Kavathekar YP. A Profile of laparoscopic tubal ligations in selected districts in Madhya, Pradesh, India. *J Repr Med* 1986; 31, 7: 610-610
 - 5 Nair TN. A follow up study of women who have undergone tubectomy in a rural community. *Indian J Public Health*. 1991, 35(4):126-7.
 - 6 Cheng C, Dorothy BJ. Le regret chez les femmes suite à la stérilisation (incidence, facteurs de risque et prévention): une analyse internationale mise à jour à partir d'une perspective épidémiologique. *ObstGynec Survey* 1994; 49(10):721-732.
 - 7 Dao B, Touré B, Bambara M. La stérilisation féminine au Burkina Faso; à propos de 142 cas. *Contraception Fertil Sex* 1997; 25 (5): 392-395.
 - 8 Alami AM, Tazi Z, Bezaïd R. Pratique de la régulation des naissances au Maroc; à propos de 200 cas de ligature tubaire par cœlioscopie avec les anneaux de Yoon. *Contraception Fertil Sex* 1998; 26, (2): 6-11.
 - 9 Cathleen A, Church M H S, Judith S Geller. La stérilisation féminine volontaire en tête de liste. *Pop Rep Cont* 1990; 18 (4):1-22.
 - 10 Zabin LS, Cushner IM, Smith EA. A study of women requesting interval contraceptive sterilization who do and do not return for surgery. *Fertil Steril* 1986; 46, (5): 876-884.
 - 11 Neuhaus W, Bolte A. Prognostic factors for preoperative consultation of women desiring sterilization: findings of a retrospective analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16 (1):45-50.
-

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'ÉPREUVES, 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.