



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 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

L'INFECTION PAR LE VIH : UNE RÉALITÉ CHEZ LES PATIENTS ADMIS
DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE.[HIV INFECTION: A REALITY AMONG PATIENTS ADMITTED IN A GENERAL
SURGERY DEPARTMENT.]DIENG M¹, BIBOUSSI A¹, GUEYE GAYE A², CISSÉ M¹, KA O¹, KONATÉ I¹, DIA A¹,
MBOUP S², TOURÉ CT¹*1 Service de Chirurgie Générale et Viscérale**2 Laboratoire de Bactériologie-Virologie CHU Aristide Le DANTEC DAKAR – SENEGAL**Correspondance : Pr Madieng Dieng**Clinique Chirurgicale – C.H.U. Aristide Le DANTEC - E-mail : madiengd@hotmail.com***Résumé**

La situation du VIH dans les services de chirurgie, au Sénégal, reste peu connue. **But.** L'objectif de cette étude était de faire le point sur la réalité du phénomène de l'infection par le VIH au niveau du service de chirurgie générale du CHU de Dakar. **Méthodologie.** Nous avons exploité, rétrospectivement, la base de données du Laboratoire de Bactériologie et Virologie, ainsi que les registres de la Clinique Chirurgicale du CHU A. Le Dantec, de janvier 1995 à décembre 2005. Cette étude incluait tous les patients admis au niveau de la Clinique Chirurgicale et pour lesquels une sérologie rétrovirale avait été demandée et revenue positive. La fréquence hospitalière était évaluée et les données socio-démographiques analysées. **Résultats.** Durant cette période d'étude 15 423 patients ont été hospitalisés à la Clinique Chirurgicale et 530 (3,4%) examens sérologiques pour le VIH ont été demandés. Parmi les 530 demandes, 61 (11,5%) sont revenues positives au VIH soit 0,4% des patients hospitalisés. Les 61 patients séropositifs comprenaient 34 hommes (56%) et 27 femmes (44%) avec un âge moyen de 41 ans. Les patients mariés étaient au nombre de 35 (57%) dont 7 (20%) sous le régime de la polygamie ; les veuves étaient au nombre de 5 (8 %) ; les divorcés au nombre de 4 (6,5 %) et les célibataires au nombre de 12 (19 %). Le VIH 1 était identifié chez 53 (87 %) patients ; le VIH 2 chez 6 (10 %) patients et l'association VIH 1 et VIH 2 chez 2 (3 %) patients. Les pathologies observées étaient dominées par les pathologies infectieuses : 25 cas (41 %), suivies de la proctologie : 15 cas (24,6 %), des pathologies digestives : 6 cas (10 %) et d'autres pathologies diverses : 4 (6,5%). **Conclusion.** L'infection par le VIH est une réalité dans le service de chirurgie générale. Une étude des comportements, attitudes et pratiques devant le risque d'AES, des personnels de santé des services chirurgicaux, au Sénégal, est nécessaire pour contribuer à l'amélioration de la sécurité des praticiens et des patients.

Summary

Frequency of HIV infection at the surgical departments in Senegal remains little known. Aim. The objective of this study was to report the reality of HIV infection in patients admitted at the general surgery department of Dakar teaching hospital. Method. We exploited, retrospectively, the data base of the Laboratory of Bacteriology and Virology, as well as the registers of general surgery department of Aristide Le Dantec teaching hospital, from January 1995 to December 2005. This study included all patients admitted at the general surgery department and for which a HIV serology had been required and returned positive. The hospital frequency of HIV infection was evaluated and socio-demographic data were analyzed. Results. During this study period 15, 423 patients were hospitalized at the general surgery department and 530 (3.4%) HIV serology were required. Among the 530 requests, 61 (11.5%) returned positive with the HIV i.e. 0.4% of the hospitalized -patients. The 61 HIV positive patients included 34 men (56%) and 27 women (44%) with an average age of 41 years. The married patients were 35 (57%) including 7 (20%) under the mode of polygamy; the widows were 5 (8 %); divorced 4 (6.5 %) and the single people 12 (19 %). HIV 1 was identified in 53 (87 %) patients; HIV 2 in 6 (10 %) patients and association of both HIV 1 and HIV 2 in 2 (3 %) patients. Diseases observed were dominated by infectious diseases: 25 cases (41 %), followed by anorectal diseases: 15 case (24.6 %), digestive diseases: 6 cases (10 %) and other various diseases: 4 (6.5%). Conclusion. HIV infection is a reality in the general surgery department of Dakar teaching hospital. A study of the behaviours, attitudes and practices, in front of the risk of AES, of the health surgical community, in Senegal, is necessary to contribute to improve safety of practitioners and patients.

Key words: HIV, Surgery, diseases, Dakar

INTRODUCTION

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), responsable du Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) réalise actuellement une pandémie mondiale. En 2005, le SIDA a fait 3,1 millions de décès, dont 570 000 enfants ; et le nombre total des personnes vivant avec le VIH avait atteint son plus haut niveau [1]. Outre le problème de santé, le SIDA pose également un problème économique et social. Elle sévit le plus souvent dans les pays pauvres notamment en Afrique où elle touche la frange la plus active de la population. L'Afrique au sud du Sahara compte près de 25,8 millions de personnes vivant avec le VIH [1].

Au Sénégal, la prévalence du VIH est de 1 à 2 % et son incidence de 0,3% ; ceci grâce à une politique de prévention et de prise en charge dynamique matérialisée par l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) depuis 1998 [2]. Cependant la situation du VIH dans les services de chirurgie au Sénégal reste peu connue. Alors que la chirurgie, thérapeutique sanglante par essence, expose les chirurgiens et leurs collaborateurs au risque de contamination par des infections virales transmissibles par le sang ou les liquides biologiques.

L'objectif principal de cette étude était de faire le point sur la réalité du phénomène de l'infection par le VIH grâce à l'estimation de la fréquence hospitalière de l'infection par le VIH chez les patients pris en charge à la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) de Dakar. Ensuite d'identifier les pathologies associées au terrain VIH positif. Et enfin, saisir l'opportunité que nous offre cette étude, pour rappeler aux professionnels de la santé, en général, la nécessité d'appliquer les mesures de précautions universelles pour la prévention des accidents d'exposition au sang (AES).

MÉTHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive allant du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 2005. Nous avons exploité essentiellement la base de données du Laboratoire de Bactériologie et Virologie de l'HALD, ainsi que certains registres de la Clinique Chirurgicale. Cette étude portait sur tous les patients reçus en consultation ou opérés dans les structures relevant de la Clinique Chirurgicale de l'HALD (ASSALI, FONTAN, Urgences

Chirurgicales, Consultation externe de chirurgie générale) durant cette période, dont le statut sérologique antérieur n'était pas connu et pour lesquels une sérologie rétrovirale avait été demandée et revenue positive. La fréquence hospitalière était évaluée par rapport au nombre de patients hospitalisés et par rapport au nombre de sérologies demandées.

Pour les patients séropositifs, les paramètres suivants ont été analysés: le sexe, l'âge, la profession, la nationalité, la notion de voyage, la situation matrimoniale, la ville d'origine, le type de virus identifié, la pathologie justifiant la consultation en chirurgie.

RÉSULTATS

Fréquence hospitalière

Durant cette période d'étude 15 423 patients ont été hospitalisés à la Clinique Chirurgicale et 530 (3,4%) examens sérologiques pour le VIH ont été demandés pour diverses raisons. Parmi les 530 demandes, 61 (11,5%) sont revenues positives au VIH soit 0,4% des patients hospitalisés.

Sexe - Age

Les 61 patients séropositifs comprenaient 34 hommes (56%) et 27 femmes (44%).

L'âge moyen des patients était de 41 ans avec des extrêmes de 8 et 70 ans.

Le tableau I montre la répartition des patients selon les tranches d'âges.

Profession

La répartition des patients selon leur profession est présentée dans le tableau II qui montre la prédominance des ménagères et des commerçants.

Nationalité

La répartition des patients selon leur nationalité était la suivante: 57 (93,5 %) Sénégalais, 2 (3,3 %) Guinéens, 1 (1,6 %) Rwandais et 1 (1,6%) Libérien.

Notion de Voyage

Les patients ayant voyagé hors du Sénégal étaient au nombre de 30 (49 %) ; les patients qui n'ont jamais voyagé hors du Sénégal au nombre de 28 (46 %) ; et chez 3 (5 %) patients la notion de voyage n'a pas été précisée.

Situation Matrimoniale

Les patients mariés étaient au nombre de 35 (57%) dont 7 (20%) sous le régime de la polygamie ; les veuves étaient au nombre de 5 (8 %) ; les divorcés au nombre de 4 (6,5 %) et les célibataires au nombre de 12 (19 %).

Les patients dont la situation matrimoniale n'a

pas été précisée étaient au nombre de 5 (8 %).

Ville d'origine

La répartition des patients selon leur ville d'origine est présentée dans le tableau III avec près de 79% des patients provenant de Dakar et de sa banlieue.

Le Type de virus identifié

Le VIH 1 était identifié chez 53 (87 %) patients ; le VIH 2 chez 6 (10 %) patients et l'association VIH 1 et VIH 2 chez 2 (3 %) patients.

Pathologies ayant motivées l'admission en chirurgie

Les pathologies suivantes ont été identifiées :

- **Pathologies proctologiques:** 15 cas (24,6 %) dont 5 cas d'hémorroïdes ; 5 cas de fistule anale; 3 cas d'abcès anal et 2 cas de gangrène du périnée.

- **Pathologies infectieuses** (non proctologique): 25 cas (41 %) dont 7 cas de pleurésies ; 6 cas d'abcès ou de phlegmon de paroi ; 5 cas de mycoses oropharyngées ou œsophagiennes ; 3 cas de pelvi-péritonites ; 2 cas d'abcès du foie ; 1 cas d'abcès pulmonaire et 1 cas d'abcès du cul-de-sac de Douglas.

- **Pathologies digestives** (non infectieuse): 6 cas (10 %) dont 3 cas de lithiases biliaires; 2 cas de syndrome douloureux abdominal avec une sub-occlusion et 1 cas d'événement sous-ombilicale non étranglée.

- **Autres pathologies :** 4 (6,5%) autres pathologies ont été identifiées avec 1 cas (1,6%) pour chacune d'elles. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine (GEU) rompue, d'une dysurie avec rétention aiguë d'urines, d'une gangrène du membre inférieur amputée avec secondairement une nécrose du moignon d'amputation ; et d'une tentative d'autolyse dont les circonstances et le mécanisme n'ont pas été précisés.

- Chez 11 (18%) patients le motif de consultation n'a pu être retrouvé.

- **Pathologies associées :** nous avons noté 5 cas de dermatoses dont 1 cas de zona, 1 cas de maladie de Kaposi et 11 autres cas d'altération de l'état général (AEG), associées de façon variable, chez certains patients, aux pathologies ci-dessus citées.

DISCUSSION

Cette étude rétrospective sur 11 ans a retrouvé une fréquence hospitalière de 11,5 % concernant l'infection par le VIH chez les patients admis en chi-

urgie générale, taux rapporté aux 530 demandes de sérologie effectuées durant cette période. Ce taux peut paraître élevé mais il faut le relativiser car il y'a certainement un biais de sélection en ce sens que les sérologies ont été demandées devant des suspicions cliniques le plus souvent. En plus très peu de nos patients ont été testés: 530 sur 15 423 soit 3,4 % des patients hospitalisés durant la période d'étude considérée. Lorsque cette fréquence est exprimée par rapport au nombre de patients hospitalisés, nous trouvons un taux de 0,4%. Ce taux est proche de l'incidence nationale qui est de 0,3% et très en deçà de la prévalence nationale qui est de 1 à 2% [2].

Dans ce cas également le biais de sélection intervient du fait que seuls les patients les plus suspects ont été testés. Donc il nous faut éviter de tomber dans une fausse sécurité en pensant que la prévalence est très faible. Notre attitude serait plutôt de péché par excès en considérant le taux de 11,5% qui voudrait dire qu'environ 1 patient sur 10 suspects est réellement séropositif. Même si cela paraît faible à l'échelle du dixième, on ne peut pas à priori préjuger parmi ces dix patients, lequel est vraiment porteur du virus sachant que la très grande majorité de ces sérologies ont été demandée en post-opératoire devant une suspicion clinique. Partant de ces considérations, nous nous devons d'attirer l'attention de tous les praticiens officiant dans les services de chirurgie sur la réalité du phénomène de l'infection par le VIH chez nos patients.

Dans une étude menée sur des patients admis en chirurgie en Zambie, Consten et coll. avaient rapporté une séroprévalence du VIH de 22,3 % [3]. Nos patients ont été testés sur la base d'une suspicion clinique, qui ne suffit pas pour recruter tous les cas d'infection à VIH, comme l'ont démontré Kwesigabo et coll. qui ont noté que 11,3 % seulement des patients séropositifs auraient été testés d'après la suspicion clinique dans leur étude [4]. Seule une réalisation systématique du test sérologique à tout patient admis en chirurgie aurait permis d'obtenir les taux réels de la prévalence du VIH/SIDA. Mais cela est difficile à appliquer et se heurterait aussi bien à la législation qui exige un consentement éclairé et volontaire, qu'au refus des malades, même si le taux d'acceptation du test est élevé au Sénégal, de l'ordre de 81 % [5]. Dans notre étude la plupart des sérologies ont été demandées après counselling et accord des patients.

Dans cette étude, le sex-ratio est favorable aux

hommes contrairement aux données du Conseil National de Lutte contre le Sida qui note, à Dakar, un sex-ratio de 1,3 en faveur des femmes [6]. Cette différence très variable selon les études est jugée peu significative dans la littérature [4].

Nous rapportons un âge moyen de 41 ans avec près de 75% de nos patients qui ont un âge compris entre 20 à 50 ans. Cette atteinte des patients jeunes est également notée dans la littérature avec un âge moyen compris entre 33 et 35 ans [7,8,9]. Ces constatations constituent les témoins de l'impact social et économique qu'occasionne la pandémie du VIH/SIDA, en affectant la frange la plus jeune et la plus active de la population. Cependant les âges extrêmes de 8 et 70 ans retrouvés dans cette étude nous rappellent que l'infection à VIH concerne tous les âges.

Il semble logique que la quasi-totalité des patients de cette étude soit de nationalité sénégalaise. Par contre près de la moitié d'entre eux avait déjà voyagé hors du Sénégal. Les commerçants étant connus pour être de grands voyageurs, il n'est pas étonnant qu'ils fassent partie des catégories socio-professionnelles les plus représentées, même si la taille de la série n'est pas très importante. Cependant toutes les catégories socio-professionnelles sont intéressées, aussi bien les femmes au foyer ou ménagères que les chômeurs, entre autres. Nous avons noté le cas d'un infirmier séropositif dont nous ne pouvons affirmer l'origine professionnelle de sa contamination.

Les patients de cette étude sont en majorité mariés, veufs ou divorcés avec relativement peu de polygames ou de femmes avec co-épouses. Au Mali, Diarra et coll. rapportent les mêmes caractéristiques épidémiologiques et socio-professionnelles [10]. La présence de 19 % de célibataires pose le problème du mode de contamination. La transfusion sanguine étant assez sûre au Sénégal, il reste la possibilité d'une consommation par les drogues intraveineuses, non signalée dans les registres consultés, ou alors la contamination par voie sexuelle à partir des travailleuses du sexe. Ces dernières ont, au Sénégal comme ailleurs, des taux de séropositivité plus élevés que dans le reste de la population [11]. A Dakar, cette prévalence est de 20,9 % [6]. La majorité des patients de cette étude étant originaires de Dakar et de sa banlieue, mais aussi des autres grandes villes du Sénégal comme Touba, Thiès, Kaolack, Diourbel, Louga. Ceci s'explique par le fait que Dakar est une grande

ville et que l'HALD est un CHU et constitue l'hôpital de référence dans plusieurs domaines.

Le VIH 1 prédomine largement dans notre étude sur le VIH 2 comme à l'échelle nationale ou mondiale. Toutefois le taux d'infection au VIH 2 de 10 % dans notre étude est supérieur aux valeurs nationales pour Dakar à savoir 3,2 % [6]. Ceci est certainement lié à la petite taille de l'échantillon d'étude. Le VIH 2 sévit à l'état endémique en Afrique de l'Ouest et Centrale mais est très rarement retrouvé ailleurs dans le monde [1].

Les pathologies infectieuses et ano-rectales dont une grande partie est d'origine infectieuse ont été les principaux motifs de consultation en chirurgie. L'immunodépression due au VIH favorise en effet les infections de toutes sortes. La fréquence des pathologies ano-rectales est bien documentées en Occident dans les séries comportant surtout des homosexuels masculins [9]. Dans notre contexte ces pratiques sont encore taboues et donc inavouées [5,6]. La pathologie proctologique non infectieuse est représentée par les hémorroïdes. Nous n'avons pas noté de condylomes ni de fissures anales chroniques citées par Yuhan et coll. comme les plus fréquemment liées au terrain VIH dans sa série [9]. Cette fréquence des pathologies infectieuses et proctologiques sur le terrain VIH a déjà été soulignée par certains auteurs chez des patients admis en chirurgie [7,11]. Les autres pathologies sont représentées par les mycoses oropharyngées et œsophagiennes, les infections pariétales et les suppurations intra-abdominales dont 2 cas d'abcès du foie qui doivent toujours faire rechercher un terrain d'immunodépression. Pour les pathologies hépatobiliaires, hormis les abcès amibiens du foie ou à germes banaux surtout au stade SIDA; une obstruction biliaire par les infections opportunistes ou une inflammation avec cholangite sclérosante peuvent se voir [12]. La fréquence de la cholécystite lithiasique est la même que chez les patients séronégatifs ; mais la cholécystite alithiasique survient plus fréquemment chez les sujets VIH/SIDA [12]. Dans cette étude, nous avons noté 3 cas de patients pris en charge pour lithiase biliaire.

Un des patients de cette série avait été pris en charge pour gangrène mixte du membre inférieur avec une composante infectieuse et ischémique. Il avait présenté une nécrose du moignon d'amputation en post-opératoire, ce qui laisse supposer une atteinte vasculaire importante. Les vascularites surtout des

grands vaisseaux sont fréquents sur ce terrain [12].

La grande majorité des patients ont été reçus dans un contexte d'urgence comme en témoigne les pathologies identifiées chez nos patients. Il est important d'attirer l'attention des praticiens qui évoluent aux urgences sur la nécessité de respecter les précautions universelles du CDC pour la prévention des infections transmissibles par le sang et les liquides biologiques [13]. Les praticiens évoluant aux urgences sont le plus souvent des chirurgiens en formation qui semblent être les plus exposés au risque d'AES d'après une étude nigériane [14]. Il nous paraît primordial de veiller à l'application des mesures de précaution universelles en toutes circonstances [13,14,15]. Le respect de ces mesures est

rendu difficile dans de nombreux pays en développement à cause d'un défaut de matériel adéquat en qualité et en quantité. Cependant l'amélioration de la sécurité des soignants et des soignés passe nécessairement par l'information et la formation continue adaptées du personnel, mais aussi par la disponibilité d'un plateau technique adéquat et du matériel adapté.

Une étude des comportements, attitudes et pratiques devant le risque d'AES, des chirurgiens et des personnels de santé des services de chirurgie au Sénégal, est nécessaire pour contribuer à l'amélioration de la sécurité des praticiens et des patients.

Tableau I: Répartition des patients selon les tranches d'âges.

Age	Nombre	Pourcentage
< 20 ans	1	2
20 - 29 ans	10	16
30 - 39 ans	17	28
40 - 49 ans	19	31
50 - 59 ans	9	15
≥ 60 ans	5	8
Total	61	100 %

Tableau II: Répartition de nos patients selon leur profession.

Profession	Nombre	Pourcentage
Ménagère	13	21,3
Commerçant	9	14,9
Chômeurs	6	10
Arabisant	1	1,6
Cordonnier	2	3,3
Infirmier	1	1,6
Hôtelier	1	1,6
Cultivateur	2	3,3
Couturier	2	3,3
Marabout	1	1,6
Menuisier	1	1,6
Imprimeur	1	1,6
Photographe	1	1,6
Boulangier	1	1,6
Chauffeur	1	1,6
Boucher	1	1,6
Elève	1	1,6
Ouvrier	3	5
Non précisée	13	21,3
Total	61	100 %

Tableau III: Répartition des patients selon leur ville d'origine.

Ville	Nombre	Pourcentage
Dakar	48	78,8
Touba	3	5
Thiès	2	3,3
Diourbel	1	1,6
Mbacké	1	1,6
Mbour	1	1,6
Kaolack	1	1,6
Louga	1	1,6
Somone	1	1,6
Non précisée	2	3,3
Total	61	100 %

Références

- 1- **ONUSIDA / OMS.** Le point sur l'épidémie de SIDA: 2005.Genève
ONUSIDA/05.19F décembre 2005:96p.
 - 2- **Saindou N S A.** Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-SIDA. Evaluation de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance. A propos de 127 cas à l'Hôpital Principal de Dakar. Thèse Méd.: Dakar, 2004, n° 19
 - 3- **Consten EC, Van Lanschot JJ, Henny PC, Tinnemans JG, van der Meer JT.** A prospective study on the risk of exposure to HIV during surgery in Zambia. *AIDS* 1995;**9**:585-8.
 - 4- **Kwesigabo G, Killewo JZ, Sandstrom A, Winani S, Mhalu FS, Biberfeld G, Wall S.** Prevalence of HIV infection among hospital patients in north west Tanzania. *AIDS Care* 1999;**11**:87-93.
 - 5- **Mboup S, Gueye-Gaye A, Gueye Ndiaye A, Diouf O.** Données épidémiologiques du VIH/SIDA au Sénégal: 2004 – 2005. Dakar: Laboratoire de Bactériologie et de Virologie du CHU Aristide Le Dantec, 2006:71 p.
 - 6- **Mboup S, Gueye-Gaye A, Diouf O.** Bulletin Séro-Epidémiologique n° 11 de surveillance du VIH, septembre 2004. Dakar: Laboratoire de Bactériologie et de Virologie du CHU Aristide Le Dantec,2004: 44p.
 - 7- **Batungwanayo J, Taelman H, Allen S, Bogaerts J, Kagame A, Van de Perre P.** Pleural effusion, tuberculosis and HIV-1 infection in Kigali, Rwanda. *AIDS* 1993 Jan;**7**: 73-9.
 - 8- **Bondo M, Modiba MC, Becker P.** HIV infection in general surgical patients at the Ga-Rankuwa / MEDUNSA complex South Africa. *East Afr Med J* 2001 Aug; **78**: 395-7
 - 9- **Yuhan R, Orsay C, Delpino A, Pearl R, Pulvirenti J, Kay S, Abcarian H.** Anorectal disease in HIV-infected patients. *Dis Colon Rectum* 1998; **41**: 1367-70.
 - 10- **Diarra M, Konaté A, Minta D et al.** Aspects épidémiologiques de la co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine et les virus des hépatites. *Mali Médical* 2006;XXI :27-30
 - 11- **Watters DA.** Surgery, surgical pathology and HIV infection: lessons learned in Zambia. *P N G Med J* 1994;**37**:29-39.
 - 12- **Saltzman DJ, Williams RA, Gelfand DV, Wilson SE.** The surgeon and AIDS: twenty years later. *Arch Surg* 2005;**140**:961-7.
 - 13- **Centers for Disease Control.** Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other blood-borne pathogens in health-care settings. *MMWR* 1988;**37**:377-82.
 - 14- **Obi SN, Waboso P, Ozumba BC.** HIV/AIDS: occupational risk, attitude and behaviour of surgeons in southeast Nigeria. *Int J STD AIDS* 2005;**16**:370-3.
 - 15- **Johanet H, Tarantola A, Bouvet E, et le GERES.** Moyens de protection au bloc opératoire et risques d'exposition au sang. Résultats d'une enquête nationale. *Ann Chir* 2000 ;**2**: 107-12
-

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.