



# Journal Africain Francophone de Chirurgie Pédiatrique

LA LUXATION CONGÉNITALE DE HANCHE N'EST ELLE-PAS UNE PATHOLOGIE DU NOIR AFRICAIN ?  
RÉSULTATS D'UN DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE  
DANS QUATRE MATERNITÉS DE COTONOU  
(**BÉNIN**).

TRAITEMENT DES PIEDS BOTS VARUS ÉQUINS  
CONGÉNITAUX PAR LA MÉTHODE DE PONSETI :  
RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES À PROPOS DE 18 CAS  
AU CHU PÉDIATRIQUE CHARLES DE GAULLE DE  
OUAGADOUGOU (**BURKINA-FASO**).

LA CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE CHEZ L'ENFANT  
À L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY- NIGER  
(**NIGER**)

LE SPINA BIFIDA AU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO DE  
OUAGADOUGOU (**BURKINA FASO**).

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN D'UN  
NOUVEAU-NE AU COURS DE LA CESARIENNE.  
(**TOGO**)



## COMITE DE PATRONAGE

BABUT J.M. (Rennes)  
FEKETE (Paris)  
REVILLON Y (Paris)  
LORTAT-JACOB (Paris)  
GALIFER R-B. (Montpellier)  
COUPRIS L. (Paris)

## RÉDACTEURS EN CHEF

TEKOU Hubert  
BP: 8877 Lomé - Togo  
Tel: (00228) 90 05 56 69  
(00228)22 26 90 40  
E-mail: hatekou@tg.refer.org

## COMITE DE LECTURE

TEKOU H.A. (Lomé), AGUEHOUNDE C. (Abidjan),  
ANOMA da SILVA S. (Abidjan), BALDE I. (Guinée),  
FALL B. (Dakar), N'DOYE M. (Dakar), DICK R. (Abidjan),  
BANKOLE R. (Abidjan), WANDAOGO A. (Ouagadougou),  
OUATTARA O. (Abidjan), KOUAME D.B. (Abidjan).

## SOMMAIRE

### Articles originaux

- LA LUXATION CONGÉNITALE DE HANCHE N'EST ELLE-PAS UNE PATHOLOGIE DU NOIR AFRICAIN ? RÉSULTATS D'UN DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DANS QUATRE MATERNITÉS DE COTONOU (BÉNIN). MA FIOGBE et coll.....
- TRAITEMENT DES PIEDS BOTS VARUS ÉQUINS CONGÉNITAUX PAR LA MÉTHODE DE PONSETI : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES À PROPOS DE 18 CAS AU CHU PÉDIATRIQUE CHARLES DE GAULLE DE OUAGADOUGOU (BURKINA-FASO). E BANDRÉ et coll..... 37
- LA CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE CHEZ L'ENFANT À L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY-NIGER 45
- LE SPINA BIFIDA AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO). A KABRÉ et coll..... 50

### Faits Cliniques

- PLAIE PENETRANTE DE L'ABDOMEN D'UN NOUVEAU-NE AU COURS DE LA CESARIENNE. GK AKAKPO-NUMADO et coll.....
- 54
- 59

# TABLE OF CONTENTS

## Original articles

CONGENITAL CLUBFOOT (TALIPES EQUINOVARUS) TREATMENT WITH THE PONSETI METHOD: PRELIMINARY RESULTS OF 18 CASES AT THE PEDIATRIC UNIVERSITY HOSPITAL “CHARLES DE GAULLE OF OUAGADOUGOU (BURKINA-FASO)”. E BANDRÉ and al.....	37
<b>LAPAROSCOPIC SURGERY IN CHILDREN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF NIAMEY-NIGER</b>	
PROBLEMATIC OF THE MANAGEMENT OF SPINA BIFIDA AT THE YALGADO OUEDRAOGO TEACHING HOSPITAL (YOTH) OF OUAGADOUGOU (BURKINA FASO). A KABRÉ and al.....	45
	50

## Cases Reports

PENETRATIVE ABDOMINAL WOUND IN A NEWBORN BABY DURING CAESAREAN SECTION. GKAKAKPO-NUMADO and al.....	54
	59

ARTICLE ORIGINAL

LA LUXATION CONGÉNITALE DE HANCHE N'EST ELLE-PAS UNE PATHOLOGIE  
DU NOIR AFRICAIN ? RÉSULTATS D'UN DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DANS  
QUATRE MATERNITÉS DE COTONOU (BÉNIN)

MA FIOGBE<sup>1</sup>, AS GBENOU<sup>2</sup>, E GOUDJO<sup>2</sup>, L BAGNAN-TOSSA<sup>3</sup>

1- Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique CNHU-HKM de Cotonou, Avenue Jean Paul II, 01BP 386 Cotonou.

2- Service de Chirurgie Pédiatrique Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) Cotonou

3- Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale, CNHU-HKM de Cotonou, Avenue Jean Paul II, 01BP 386 Cotonou.

RÉSUMÉ

**Introduction :** La LCH, problème de santé publique en Occident a une incidence variable d'une région à l'autre, allant de 20‰ naissances en France à 188,5‰ naissances au Canada. Le but de notre étude était d'évaluer l'incidence de la LCH au sein des malformations congénitales cliniquement visibles et en rechercher les facteurs de risque.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective (Mars-Juillet 2011), concernant des nouveau-nés jamais portés au dos, examinés dans 4 maternités de Cotonou.

**Résultats :** Sur 2030 nouveau-nés noirs, dont les hanches ont été examinées, nous n'avons objectivé aucune hanche luxée, et ceci même chez les nouveau-nés (77,04%) qui présentaient un ou plusieurs facteurs de risque de LCH. Par ailleurs 54 d'entre eux (2,66%) portaient une ou plusieurs malformations congénitales. L'âge moyen des nouveau-nés malformés était de 2 jours  $\pm$  1,76 et le sex ratio était égal à 1,25. Les malformations des membres étaient les plus fréquentes (63,93%), puis venaient les malformations du tube neural (11,48%), urogénitales (11,48%), de la face et de la cavité buccale (9,83%) et du système digestif (3,28%).

**Conclusion :** Aucun cas de LCH chez des nouveau-nés jamais mis au dos avant l'examen clinique dans notre série n'a été notée malgré la présence de facteurs risques chez la majorité d'entre eux. Le port habituel des bébés africains au dos n'est donc pas un facteur déterminant pour expliquer la rareté de cette affection dans notre étude. Elle serait probablement le fait de prédispositions génétiques voire environnementales à élucider par des travaux ultérieurs.

**Mots clés :** Luxation congénitale de hanche, Malformations congénitales cliniquement visibles.

SUMMARY

**Introduction:** Congenital dislocation of the hip (CDH) is a public health problem in developed countries. His incidence varies from one area to another, with 20% births in France and 188.5%0 births in Canada. This study aimed at assessing the incidence of CDH in clinically visible congenital malformations, and seeking risk factors.

**Methods:** It is a prospective study (March-July 2011), concerning neonatal never brought back, examined in 4 maternity of Cotonou.

**Results:** After 2030 black neonates hips examinations, we did not find any dislocated hip, neither in newborns (77.04%) who had one or more risk factors for CDH, nor in those who had one or more congenital malformations (54; 2.66%). The average age of malformed infants was 2 days  $\pm$  1.76 and the sex ratio was 1.25. The limb defects were the most frequent (63.93%), followed by the defects of neural tube (11.48%), urogenital system (11.48%), face and oral cavity (9.83%) and digestive system (3.28%).

**Conclusion:** The CDH is not a black African disease. The usual port on the back of babies is not a determining factor to explain the rarity of this disease in Africa. It would probably be the fact of genetic or environmental predisposition that would be elucidated by further work.

**Keywords:** Congenital dislocation of the hip; congenital clinically visible diseases.

Tirés à part:

FIOGBE Michel Armand

02 BP 8229 Cotonou

E-mail: michfiogbe@yahoo.fr

Tel : 00 229 94 05 41 49 / 90 90 15 19

ARTICLE ORIGINAL

TRAITEMENT DES PIEDS BOTS VARUS ÉQUINS CONGÉNITAUX PAR LA MÉTHODE DE PONSETI : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES À PROPOS DE 18 CAS AU CHU PÉDIATRIQUE CHARLES DE GAULLE DE OUAGADOUGOU (BURKINA-FASO)

CONGENITAL CLUBFOOT (TALIPES EQUINOVARUS) TREATMENT WITH THE PONSETI METHOD: PRELIMINARY RESULTS OF 18 CASES AT THE PEDIATRIC UNIVERSITY HOSPITAL "CHARLES DE GAULLE OF OUAGADOUGOU (BURKINA-FASO)"

E BANDRÉ, A WANDAOGO\*, A KORSAGA\*, I OUÉDRAOGO\*, B BÉRÉ\*, WT TAPSOBA\*, SF OUEDRAOGO\*, K THIOMBIANO\*, SNO GANAMÉ\*, A KABORÉ\*\*

\*Service de chirurgie pédiatrique \*\* service de pédiatrie médicale Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou BP 1198 (Burkina Faso)

RESUME

**Introduction :** La prise en charge du pied bot varus équin (PBVE) reste controversée. La méthode de Ponseti semblerait donner de meilleurs résultats que la méthode fonctionnelle. Au Burkina-Faso, à ce jour, aucune étude n'a encore été menée sur la prise en charge des PBVE selon cette méthode.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée sur une période de 07 mois, soit du 1er Octobre 2010 au 30 Avril 2011 dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Pédiatrique Charles- De-GAULLE de Ouagadougou et portait sur 18 pieds chez 10 enfants.

**Résultats :** L'âge moyen était de 53,6 jours avec un sex ratio de 1. Le niveau socio-économique était moyen chez 7 des parents. La méthode de Ponseti a été appliquée à tous les cas et les résultats évalués par le score de Diméglio. Quatre plâtres en moyenne ont été réalisés avant la ténotomie. Deux complications liées au plâtre ont été notées. Aucune complication due à la ténotomie n'a été observée. L'impossibilité de porter l'enfant au dos était la principale cause de mauvaise compliance au port de l'attelle. Les résultats à moyen terme (6 mois) étaient bons (18 cas).

**Conclusion :** Ces résultats sont encourageants et la méthode de Ponseti mériterait d'être vulgarisée dans nos pays en développement évitant l'évolution de ces pieds bots vers des complications.

**Mots clés :** Pied bot varus équin, Ponseti, enfant, Burkina Faso

SUMMARY

**Introduction:** Congenital clubfoot management is still controversial. The Ponseti method seems to yield better results than the functional method. At the best of our knowledge, no study on the management of congenital clubfoot with the Ponseti method has been conducted yet in Burkina Faso; hence the importance of the present study in order to assess this method feasibility.

**Methods:** During 7 months (from October 1st 2010 to April 30th 2011) we prospectively recorded data on 18 feet of 10 children in the surgical unit of the "CHU Pédiatrique Charles- De-GAULLE de Ouagadougou".

**Results:** The mean age of the children was 53.6 days and the sex-ratio 1. The socio-economic level was average for 7 parents. Ponseti method was used for all the cases and the results were evaluated using Dimeglio's score. Four (4) plasters in average have been needed before tenotomy. We noticed 2 complications due to plasters and no complication following tenotomy. The impossibility to carry the children on one's back was the main reason for poor compliance to bracing. The middle term results were satisfactory for 18 mild and/or moderate cases.

**Conclusion:** The results are interesting and the Ponseti method must be used early for clubfeet especially in developing countries, in order to avoid complications.

**Keywords:** Clubfoot, Ponseti, child, Burkina Faso

Tirés à part:

Bandré E Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou. Burkina Faso  
BP 1198 tel. (00226)50366776/77 Mail: brice52001@yahoo.fr

ARTICLE ORIGINAL

LA CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE CHEZ L'ENFANT À L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY- NIGER

LAPAROSCOPIC SURGERY IN CHILDREN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF NIAMEY- NIGER

RESUME

Introduction: We reported the results of our experience in laparoscopic surgery in children in Niger

METHODS: It's a prospective study covering a period of 7 years from July 2004 to June 2011; all patients less than 15 years admitted in general and digestive surgery unit of the National Hospital of Niamey who underwent laparoscopic surgery where included.

RESULTS: forty eight (48) laparoscopies were performed on 10 males (20.8%) and 38 females (79.2%); the sex ratio was 0.27. The age ranged from 9 to 14 years and 1/2. The indications were: gallstones due to sickle cell disease in 22 cases (45.8%), biliary cyst in 6 cases (12.5%), hepatic abscess and hydatid cyst in one case each (2.1%) acute abdominal pain in 5 cases (10.5%) and chronic abdominal pain in 11 cases (22.9%). Laparoscopic findings in abdominal pain were appendicitis (n=2), haemorrhagic ovarian cyst and peritoneal effusion (n=2) and adherence (n=10). The main surgical procedures were cholecystectomies (n=22), adhesiolysis (n=10), appendectomies (n=2) and for the 2 ovarian cysts after excision, cauterization of the remaining cyst floor (bipolar diathermy knife) and a deroofting of biliary cyst (n=6). No death occurred. We noticed one (4.5%) conversion to laparotomy in cholecystectomy.

CONCLUSION: Laparoscopy in children can be carried out in our work environment. It's a safe procedure in diagnosis of abdominal pain and treatment of gallstones, appendicitis, ovarian and hepatic cyst. Our challenge is to widen the indications to young children.

SUMMARY

INTRODUCTION: Nous rapportons les résultats de notre expérience en laparoscopie chez l'enfant au Niger.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de 7 ans de juillet 2004 à juin 2011 sur des patients opérés par laparoscopie, dont l'âge était inférieur à 15 ans, dans le service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital National de Niamey.

RESULTATS : Quarante-huit (48) laparoscopies ont été réalisées chez 38 patients de sexe féminin (79,2%) et 10 patients (20,8%) de sexe masculin (Sex-ratio : 0,27). Leur âge était compris entre 9 et 14 ans 1/2. Les indications chirurgicales étaient : la lithiase vésiculaire dans 22 cas (45,8%), les kystes biliaires dans 6 cas (12,5%), le kyste hydatique et l'abcès du foie dans un cas chacun (2,1%), les douleurs abdominales aiguës dans 5 cas (10,4%), et chroniques dans 11 cas (22,9%). Les causes de ces douleurs étaient des appendicites (n=2), des kystes ovariens hémorragiques (n=2) et des adhérences (n=10). Les principaux gestes chirurgicaux étaient la cholécystectomie (n=22), l'adhésiolyse (n=10), l'appendicectomie (n=2) ; pour les 2 kystes de l'ovaire, une excision et cautérisation ont été effectuées. Les kystes biliaires (n=6) ont été traités par une exérèse de leur dôme saillant. Aucun décès n'a été enregistré. Un cas (4,5%) de laparoscopie a été converti en laparotomie ; il s'agissait d'une cholécystectomie.

CONCLUSION : La laparoscopie chez l'enfant est une technique fiable dans notre contexte, pour le diagnostic et/ ou le traitement des douleurs abdominales, de la lithiase biliaire, de l'appendicite et des kystes ovariens ou hépatiques. Notre défi est d'élargir nos indications et de pouvoir opérer des patients de plus

Tirés à part:

## ARTICLE ORIGINAL

### LE SPINA BIFIDA AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

#### PROBLEMATIC OF THE MANAGEMENT OF SPINA BIFIDA AT THE YALGADO OUEDRAOGO TEACHING HOSPITAL (YOTH) OF OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

A KABRÉ\*, E BANDRÉ\*\*, A WANDAOGO\*\*, I OUÉDRAOGO\*\*, RAF KABORÉ\*\*, I SAWADOGO\*, B BÉRÉ\*\*, WT TAPSOBA\*\*, SF QUADRAOGO\*\*, K THIOMBIANO\*\*, SNO GANAMÉ\*\*.

\*Service de neuro chirurgie CHUYO Ouagadougou BP 7020 Burkina Faso

\*\*Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou BP 1198 Burkina Faso

## RESUME

**Introduction:** dans les pays en développement le spina bifida pose des problèmes de prise en charge. Au Burkina Faso, aucune donnée n'est jusqu'à présent disponible sur cette malformation ; d'où l'intérêt de cette étude.

**Objectif :** décrire les aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique du spina bifida dans le service de neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHU-YO).

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas de spina bifida enregistrés dans le service de Neurochirurgie sur une période de 5 années allant du 1er Décembre 2006 au 30 Novembre 2011. Parmi 122 cas recensés 81 cas ont été inclus. Pour ces patients, les renseignements cliniques, paracliniques, thérapeutiques, et les antécédents familiaux ont été collectés et analysés.

**Résultats :** Outre vingt onze cas ont été colligés. L'âge moyen était de 5 mois et le sex-ratio de 0,88. La répartition selon l'anatomie pathologique des lésions était la suivante : 57 cas de myéломéningocèles (70,37%), 22 cas de méningocèles (27,16%) et 2 cas de spina-lipomes (2,47%). Au plan clinique les patients ont présenté des déficits moteurs (65,43%), des troubles sensitifs (58%), des troubles sphinctériens (64,19%) ; des déformations orthopédiques (44,44%). Les explorations radiologiques réalisées comprenaient une TDM du rachis (87,65%), une TDM cérébrale (39,50%), une échographie transfontanelle (8,64%) et une radiographie du rachis (6,17%). Une hydrocéphalie a été retrouvée chez 44 patients (54,32%). La cure de la malformation a été réalisée chez 48 patients (59,3%). Une dérivation d'hydrocéphalie a été nécessaire chez 14 patients (31,81% des hydrocéphalies). Quarante cinq patients ont été opérés. Les suites opératoires étaient défavorables chez 23 patients d'entre eux (persistance des troubles neurologiques, orthopédiques).

**Conclusion :** Le spina bifida est relativement fréquent au CHU-YO de Ouagadougou. Son diagnostic et son traitement neurochirurgical sont possibles au CHU-YO. Sa prise en charge différée reste encore dévolue aux seuls neurochirurgiens. Une prise en charge précoce et multidisciplinaire impliquant surtout des chirurgiens pédiatriques permettrait d'améliorer son pronostic.

**Mots clés :** Spina bifida ; Burkina Faso

## SUMMARY

**Introduction:** In developing countries, there are issues in the management of spina bifida. Up to date there's no available data on this malformation in Burkina Faso; stressing the importance of this study.

**Objective:** Describe the epidemiologic, diagnostic, therapeutic aspects of spina bifida in the neurosurgery department of YOTH.

**Materials and Methods:** We report data from a retrospective study on spina bifida cases recorded at the neurosurgery department over a 5 years' time period (From December 1st 2006 to November 30th 2011). Among 122 recorded cases, 81 have been included in the study. For those patients, clinical, paraclinical, therapeutic as well as family history information have been collected and analyzed.

**Results:** The mean age was 5 months and the sex-ratio was 0.88. Predominant risk factors were nutritional factors, hyperthermia in early pregnancy and consanguinity. The pathological anatomy distribution of the lesions was as following: 57 cases of myelomeningoceles (70.37%), 22 cases of meningoceles (27.16%) and 2 cases of spinal lipomas (2.47%). Clinically, the patients presented motor deficits (65.43%), disturbed sensation (58%), sphincter disorders (64.19%) and orthopedic deformities (44.44%). Radiological explorations comprised spinal CT (87.65%), cerebral CT (39.50%), cranial ultrasonography (8.64%) and cranial X-ray (6.17%). 44 patients (54.32%) presented a hydrocephalus. The defect treatment has been realized for 48 patients (59.3%). A hydrocephalus shunt has been necessary for 14 patients (31.81% of the hydrocephalus). The immediate surgical outcomes were favorable for 45 patients (93.75%) and 3 patients died.

**Conclusion:** Spina bifida is relatively common at YOTH. The diagnosis of lesions and neurosurgical treatment are possible. A multidisciplinary approach would improve the prognosis.

**Keywords:** Spina bifida; Burkina Faso.

#### Tirés à part:

Bandré Emile Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou. Burkina Faso BP 1198 tel. (00226)50366776/77 Mail: brice52001@yahoo.fr

## FAIT CLINIQUE

### PLAIE PENETRANTE DE L'ABDOMEN D'UN NOUVEAU-NE AU COURS DE LA CESARIENNE.

#### PENETRATIVE ABDOMINAL WOUND IN A NEWBORN BABY DURING CAESAREAN SECTION

GK AKAKPO-NUMADO<sup>1</sup>, MA OURO-BANG'NA<sup>2</sup>, MA BOUME, KA MIHLUEDO-AGBOLAN, H TEKOU<sup>1</sup>

1 Service de Chirurgie Pédiatrique du CHU Tokoin de Lomé.  
2 Service d'Anesthésie Réanimation du CHU Tokoin de Lomé.

## RESUME

: Les traumatismes obstétricaux du nouveau-né sont multiples et variés, mais la plaie pénétrante de l'abdomen du nouveau-né au cours d'une césarienne n'a pas encore été décrite. Nous en rapportons le premier cas. Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe féminin, née par césarienne le 19 février 2007 après 30 semaines et 1 jour de gestation ; la césarienne était indiquée pour rupture prématurée des membranes, compliquée de souffrance foetale aiguë. Il s'agissait d'une césarienne itérative, les deux étant séparées de 3 ans. L'intervention était marquée par des difficultés liées aux multiples adhérences empêchant l'identification du segment inférieur ; une hystérotomie corporelle fut faite, permettant d'extraire le nouveau-né avec un score d'Apgar de 4-4-6, pesant 1600 g sur 360 g de placenta, et présentant une éviscération quasi-complète du grêle. Il y avait sur l'abdomen, 3 plaies « chirurgicales » légèrement obliques, mesurant 4, 2 et 1 cm. La plus longue était pénétrante, sus-ombilicale et l'éviscération s'était faite par elle. Il n'y avait pas de lésion viscérale associée. Le nouveau-né fut conduit au bloc opératoire où la réparation pariétale a été faite. Les suites opératoires ont été simples.

La césarienne qui était censée extraire le nouveau-né de la souffrance foetale s'était avérée pour lui plus dangereuse. Un surplus de prudence est donc indiqué lors des hystérotomies, particulièrement chez les prématurés ; la perte importante de liquide amniotique avant la césarienne, et l'antécédent de césarienne étant les facteurs de risque supplémentaires ayant conduit à ce traumatisme exceptionnel.

**Mots clés :** Césarienne ; traumatisme obstétrical ; plaie pénétrante de l'abdomen ; nouveau-né ; prématuré.

## SUMMARY

Birth traumas are multiple, but the penetrative abdominal wound of the newborn during caesarean section is not described in the literature. We report herein, the first case. The newborn, female, was born on 19 February 2007 after a pregnancy of 30 weeks and 1 day. The caesarean section was indicated for premature rupture of membranes associated with acute neonatal distress. It was a repeated caesarean section 3 years after the first. The operation was difficult because of multiple adhesions, preventing from recognizing the lower segment of the uterus. A corporeal hysterotomy was performed finally. The newborn's Apgar score was 4-4-6. She weighed 1600 g with 360 g of placenta, and had on the abdomen, 3 surgical wounds. The wounds were lightly oblique, and measured 4, 2 and 1 cm. The longest was supra-umbilical and was a penetrating wound with evisceration. No viscera were wounded. The newborn was taken to the surgical operating room, where her abdominal wall was repaired. The post operative course was uneventful.

The caesarean section which must save this newborn, became for here more dangerous.

Obstetrician must increase their caution during the hysterotomy particularly for prematures. The important loosing of the amniotic liquid, and the antecedent of caesarean section are additional factors that favoured this exceptional complication.

**Keywords:** caesarean section; birth trauma; penetrative abdominal wound; premature newborn baby.

#### Tirés à part:

Pr Ag AKAKPO-NUMADO G. Komlatsè 08 BP 80025 Lomé 8 - TOGO  
00(228)9932560 Fixe : 00(228)3202098 Service : 00(228)2224894

Téléphones : Portable : 00(228)9493007 /  
Email : akanugregoire@yahoo.fr

# CONDITIONS DE PUBLICATION

(Conforme aux recommandations de vancouver in Gastroenterol Clin Bio, 1973, 17VIII-XIV)

Le journal africain francophone de chirurgie pédiatrique publie:

- 1- des «éditoriaux», qui sont des prises de position personnelles sur des sujets d'actualité;
- 2- des «revues générales», qui sont des descriptions exhaustives de maladie ou des syndromes ou bien encore de certains de leurs aspects avec une bibliographie étendue;
- 3- des «mises au point» qui sont des synthèses d'expérience personnelles ou de publications faisant état de faits nouveaux sur un sujet habituellement limité;
- 4- des «articles et mémoires originaux», qui sont des publications représentant des faits inédits dans le domaine de la clinique chirurgicale;
- 5- des «faits cliniques», qui relatent des observations particulières par leurs caractères cliniques mais qui ne représentent cependant pas une acquisition suffisante pour les classer dans la rubrique «articles et mémoires originaux»;
- 6- des «notes de technique», qui sont des communications ou des prises de positions très succinctes, susceptibles d'être imprimées rapidement;
- 7- des «actualités chirurgicales», qui apportent des précisions sur le traitement chirurgical d'une maladie viscérale.

**NB:** Les articles proposés ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ou de proposition simultanée à d'autres revues.

## LONGUEUR DES ARTICLES

Les manuscrits seront dactylographiés en doubles interlignes. Le nombre de lignes par page étant limité à 25.

- Les éditoriaux ne doivent pas dépasser 08 pages dactylographiées
- Les revues générales: 20 pages
- Les mises au point: 10 pages
- Les articles et mémoires originaux: 15 pages
- Les faits cliniques: 08 pages
- Les notes de technique: 04 pages

(L'iconographie, les tableaux, la bibliographie sont compris dans le nombre maximal de pages indiqué.)

## TRAVAUX PAR MAIL OU SUR DISQUETTE INFORMATIQUE

Les travaux peuvent être adressés par e-mail ou sur disquette (double face, haute densité, format 3"1/2) en utilisant le traitement de texte Word pour PC, de préférence. L'envoi des mails ou des disquettes, qui accélérera les éventuels travaux de correction, doit être accompagné de l'envoi des manuscrits selon les modalités exposées ci-dessous.

## PRESENTATION DES MANUSCRITS

Les manuscrits complets sous forme de «sortie imprimante» d'excellente qualité seront remis en triple exemplaire (y compris résumé, bibliographie, tableaux, légendes des figures). Un quatrième exemplaire sera conservé par les auteurs pour la correction des épreuves.

Les pages seront numérotées. Les notes et paragraphes à composer en caractères différents du reste du texte seront indiqués de manière très précise. Les titres et sous titres, de même valeur seront présentés de façon identique tout au long du texte. Il est préférable, dans la mesure du possible, de se limiter à une gamme de trois valeurs de titres.

Sur la première page devront figurer:

- Le titre,
  - le nom précédé de l'initial du prénom de tous les signataires,
  - le nom et l'adresse complète (code postal) du service ou du centre où a été effectué le travail,
  - éventuellement le nom et l'adresse complète de celui des signataires à qui devront être adressées les demandes de tirés à part, au cas où ce ne serait pas le premier signataire.
- L'orthographe des noms propres sera soigneusement vérifiée. En particulier, on veillera à ce que l'orthographe des noms d'auteurs cités soit bien le même dans le texte et la bibliographie.

Les sigles ou unités de mesure seront conformes au système international. Les abréviations doivent être évitées au maximum; au cas où leur emploi s'avérerait indispensable, leur signification sera indiquée dès le premier emploi dans le texte.

## RESUME

Un résumé structuré de 250 mots au plus; en français et en anglais devra accompagner chaque article. Il sera

suffisamment explicite pour donner non seulement une idée d'ensemble de l'article mais aussi l'exposé objectif de son contenu avec l'essentiel des résultats apportés. Ce résumé est d'une importance capitale pour la diffusion internationale de l'article.

#### **MOTS-CLES**

Cinq ou six-mots clés seront choisis par les auteurs uniquement parmi ceux du MESH.

#### **REFERENCE**

La bibliographie doit être limitée aux travaux cités dans le texte. Ces travaux seront classés par ordre de citation des noms d'auteurs et numérotés. Chaque numéro de référence devra être appelé dans le texte.

La présentation des références devrait être conforme aux normes suivantes:

##### *1- POUR LES ARTICLES DE REVUES:*

- a - Noms des auteurs suivis des initiales des prénoms.
- b -Titre du travail dans la langue originale.
- c- Nom de la revue abrégée suivant les normes internationales; si l'abréviation est inconnue, indiquer le titre de la revue en entier d'année de parution.
- d-Tome.
- e- Première et dernière pages de l'article.

Exemple:

1 KOFFI KP, DIAGNE M, BOUZEARAR.

Pulmonary fibrosis and artificial ventilation. Amer J Physiol 1999; 159, 1494-1501

##### *2-POUR LES OUVRAGES:*

- a-Noms des auteurs suivis des initiales des prénoms.
- b-Titre de l'ouvrage dans la langue originale (en précisant éventuellement le tome ou «è» ou «è» édition).
- c-Ville de la maison d'édition.
- d-Nom de cette maison d'édition.
- e-Année de parution.

Exemple: 1 LAWSON F, MOUSSA PO- La maladie des membranes hyaline. In N'DIAYE M.B. Pathologie chirurgicale, 2è éd, vol 2.pp 132-136 Paris. expansion scientifique. 1999

#### **ILLUSTRATION**

Elle comprendra au maximum trois tableaux ou figures à la charge de l'éditeur (figures, schémas au trait, prêts

à la reproduction, ou photographiques sur papier. Tableaux peuvent être composés par l'imprimeur).

Les figures ou tableaux supplémentaires, justifiés pour certains travaux, seront en principe, limités à cinq et la charge des auteurs.

Pour une iconographie en couleur, il sera demandé aux auteurs une participation forfaitaire de 10 000 Fcfa hors taxes par page.

Les figures seront numérotées en chiffres arabes selon l'ordre de leur citation dans le texte, sans distinction entre les schémas, les photographies, etc. Pour chaque figure, fournir une légende, en français et en anglais. Les légendes seront sur un feuillet séparé à la suite du texte.

Les tableaux devront comporter un titre et être numérotés en chiffres romains selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Leur appels dans le texte seront bien indiqués.

Les manuscrits doivent être adressés à:

La rédaction du journal Africain Francophone de Chirurgie Pédiatrique  
BP 8877 Lomé-TOGO ou  
hatekou@tg.refer.org

#### **CONDITIONS D'ACCEPTATION DES ARTICLES**

Tous les articles sont soumis à l'appréciation d'au moins deux membres du comité de lecture et éventuellement à celle d'un spécialiste n'appartenant pas au comité. Les éventuelles corrections ou modifications sont portées à la connaissance des auteurs. Ces auteurs disposent de trois (3) mois pour renvoyer la deuxième version qui sera de nouveau soumise aux lecteurs. Passé ce délai de 3 mois l'article retourné est considéré par la Rédaction comme s'il était soumis pour la première fois.

Une fois que l'article est accepté, les auteurs recevront, avant publication, des épreuves d'imprimerie qu'ils doivent vérifier dans les délais indiqués. Aucune modification ne pourra être apportée à ce stade de fabrication, où seules les erreurs peuvent être rectifiées. Le bon à tirer donné pour publication dans la revue est également valable pour d'éventuels tirés à part. Ces tirés à part seront à la charge des auteurs.

**Journal** *Africain Francophone*  
de **Chirurgie Pédiatrique**

**TARIF ABONNEMENT**  
(2 Numéros)

**PAYS AFRICAIN: 10000 FCFA**  
**ETUDIANTS: 5000 FCFA**  
**AUTRES PAYS: 15000 FCFA**  
**ETUDIANTS: 7500 FCFA**

M, Mme, Mlle (Rayer les mentions inutiles)

NOM: /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/

Prénom: /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/

Adresse: /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/

Code postal: /---/---/---/---/---/---/---/

Ville : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/

--	--	--	--

**A Retourner à**

La société Africaine Francophone  
de Chirurgie Pédiatrique. (SAFCHID)

Service Abonnement :  
BP: 8877 Lome - TOGO  
Tél :(228) 22 22 48 94  
Fax :  
E - mail : hatekou@syfed.org

Conception et mise en pages

JUJU CREATION  
Tel: (228) 90 28 59 58 / Moov: (228) 99 02 75 64

Souscription d'un an (2 numéro)  
**Journal Africain Francophone de  
Chirurgie Pédiatrique**  
Ci-joint un règlement de:

A l'ordre de : La société Africaine Francophone  
de Chirurgie Pédiatrique.

Chèque Bancaire : /---/---/---/---/---/---/---/

Chèque postal : /---/---/---/---/ Date : /---/---/---/

Union Togolaise de Banque



**La référence de l'excellence**

[www.dafrapharma.com](http://www.dafrapharma.com)



**FORTALINE<sup>®</sup> Plus**  
**Oméga3**

**LE SOUTIEN ESSENTIEL  
DES FORCES VITALES**

**100% NATUREL**

**Capsules  
améliorées**



**SUPPLÉMENT DE QUALITÉ  
EXCEPTIONNELLE  
À BASE D'OMÉGA 3**

**Santé ■ Equilibre ■ Bien-être**  
*enfants - adultes - grossesse et allaitement*



**AMIFER<sup>®</sup>**  
*fer + acide folique + Vit B12*

**LE GÉNÉRATEUR SANGUIN**  
**Santé de fer pour tous les âges**



**TRAITEMENT ET  
PRÉVENTION DE  
DÉFICIENCE EN FER  
ET L'INSUFFISANCE EN  
ACIDE FOLIQUE**