



**Juin 2022, Volume 7
N°1, Pages 1 - 76**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoeye- **Ophtalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Jun 2022, Volume 7,
N°1, Pages 1 - 76

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

Sommaire

EDITORIAL (Invité) Dr. S Gentil

ARTICLES ORIGINAUX

Pages

- 1) La ligature intersphinctérienne du trajet fistuleux (LIFT) dans le traitement de la fistule anale cryptogénique : résultats préliminaires sur 15 cas. **Ndong A et al.**.....1
- 2) Urgences gériatriques au Service d'Orthopédie-Traumatologie du CHU Aristide Le Dantec : étude préliminaire **Dembélé B et al.**.....8
- 3) Facteurs de risque et morbidité des péritonites aiguës généralisées par perforation gastrique et duodénale à Bobo Dioulasso. **GLH Belemilga et al.**.....15
- 4) Couverture des pertes de substances du périnée : à propos de 9 patients. **Foba ML et al.**.....21
- 5) Chirurgie des communications interventriculaires isolées avec hypertension artérielle pulmonaire sévère : à propos de 11 cas. **Diop MS et al.**.....26
- 6) Lésions mammaires bénignes chez les femmes de moins de trente ans : aspects socio-démographiques, cliniques et anatomopathologiques dans deux hôpitaux de Yaounde. **Binyom PR et al.**.....33
- 7) Evaluation du pronostic des péritonites aiguës généralisées par le score de gravité de la « World Society of Emergency Surgery ». **MA. HODONOU et al.**.....40
- 8) Fractures pathologiques de membre sur cancer osseux : Dix ans d'expérience à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. **Soulama M et al.**.....47

CAS CLINIQUES

- 9) Insulinome de la queue du pancréas : à propos d'un cas. **A DIOP et al.**..... 57
- 10) Technique de séparation des composants après résection large d'un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand récidivant de la paroi abdominale. **B Diop et al.**.....61
- 11) Perforation intestinale après ingestion de pile bouton chez l'enfant : à propos d'un cas. **Mboup M et al.**.....68
- 12) Tumeur de Buschke-Lowenstein (Condylome acuminé géant) à localisation ano-scrotale à propos d'un cas à VIH au centre hospitalier universitaire (CHU) de Conakry. **Barry AM et al.**.....72

Contents

EDITORIAL (Guest) Dr. S Gentil

ORIGINAL ARTICLES

Pages number

- 1) *Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) in the treatment of cryptogenic fistula: preliminary results on 15 cases.* **Ndong A et al.**.....1
- 2) *Geriatric emergencies at the traumatology and orthopedy department of Aristide Le Dantec teaching Hospital: a preliminary study.* **Dembélé B et al.**.....8
- 3) *Risk Factors and morbidity of generalized acute peritonitis by gastric and duodenal perforation in Bobo Dioulasso.* **GLH Belemilga et al.**.....15
- 4) *Coverage of perineal substance loss: about 9 patients.* **Foba ML et al.**.....21
- 5) *Surgery of isolated ventricular septal defect with severe pulmonary arterial hypertension: about 11 cases.* **Diop MS et al.**.....26
- 6) *Benign breast lesions in women under thirty years: clinical, socio-demographic and anatomopathological aspects in two hospitals in Yaounde.* **Binyom PR et al.**.....33
- 7) *Evaluation of the prognosis of generalized acute peritonitis by the severity score of the World Society of Emergency Surgery (WSES).* **MA. HODONOU et al.**.....40
- 8) *Pathological limb fractures on bone cancer: Ten years of experience in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.* **Soulama M et al.**.....47

CASES REPORTS

- 9) *Pancreas tail insulinoma: a case report.* **A DIOP et al.**.....57
- 10) *Component separation procedure after large resection of a recurrent abdominal wall dermatofibrosarcoma tumor.* **B Diop et al.**.....61
- 11) *Intestinal perforation after ingestion of button battery in children: a case report.* **Mboup M et al.**.....68
- 12) *Buschke-Lowenstein Tumor (giant acuminate condyloma): a case report of an ano-scrotal location with HIV at the university hospital Center of Conakry.* **Barry AM et al.**.....72

TUMEUR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN (CONDYLOME ACUMINE GEANT) A LOCALISATION ANO-SCROTALE A PROPOS D'UN CAS A VIH AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE CONAKRY

BUSCHKE-LOWENSTEIN TUMOR (GIANT ACUMINE CONDYLOMA): A CASE REPORT OF AN ANO-SCROTAL LOCATION WITH HIV AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER (CHU) OF CONAKRY

Barry AM¹, Balde AK¹, Camara FL¹, Baldé H¹, Diakité SY¹, Doumbouya B², SYLLA H¹, Diallo B¹.

1 Service de chirurgie viscérale de l'Hôpital National Donka CHU de Conakry,

2 Service de chirurgie générale de l'Hôpital régional de Faranah

Correspondant : Dr Abdoulaye Korsé BALDE chirurgien viscéral, CHU Conakry. BP : 1084 Conakry, R. GUINEE ; E-mail : baldakor@gmail.com, Tel. : +224 622 010 060

RESUME

L'objectif était de rapporter un diagnostic rare de Tumeur de Buschke-Lowenstein associée au VIH et faire une revue de la littérature. **Observation** : il s'agissait d'un chauffeur de 30 ans, aux antécédents de comportements sexuels à risque sans notion d'homosexualité, sur terrain de VIH sous traitement. Il a été hospitalisé en chirurgie pour tumeur périnéo-ano bourgeonnante d'évolution progressive depuis 2 ans. Elle est devenue gênante à la marche et le siège de saignements et picotements depuis trois mois. A l'examen, on notait de multiples formations bourgeonnantes, grisâtres siégeant au niveau des plis inguinaux, la face ventrale de la verge, du scrotum et du périnée avec un aspect en chou-fleur et une odeur fétide. La plus grande masse siégeait au niveau de la marge anale d'un diamètre d'environ 7 cm. Les aires ganglionnaires et le toucher rectal étaient sans particularités. Les sérologies AgHBs, TPHA et VDRL étaient négatives. L'aspect végétant de la tumeur évoque un condylome acuminé géant. L'indication était une colostomie puis cautérisation et exérèse large de la tumeur respectant la muqueuse anale sans recouvrement cutané, soumis aux bains de siège bétadinés et l'application d'éosine aqueuse sur les lésions. Avec un

recul de huit mois, le patient était sans récurrence. **Conclusion** : la tumeur de Buschke-lowenstein est une pathologie rare provoquée par les papilloma virus observée surtout chez les patients Immuno-déprimés (VIH). La chirurgie est le traitement de choix mais le risque de dégénérescence maligne fait redouter le pronostic.

Mots clés : Tumeur Buschke-Lowenstein, Human papilloma virus, ano-périnéal, scrotum, chirurgie

ABSTRACT

*The objective was to report a rare diagnosis of Buschke-Lowenstein tumor associated with HIV and to review the literature. **Case report**: it was a 30-year-old driver, with a history of risky sexual behavior without any notion of homosexuality, HIV positive under treatment. He was hospitalized in surgery for a budding perineo-anal tumor of progressive evolution for 2 years. She has become difficult to walk and the seat of bleeding and tingling for three months. On physical examination, there were multiple budding, grayish formations located at the level of the inguinal folds, the ventral surface of the penis, the scrotum and the perineum with a cauliflower appearance and*

a fetid odor. The largest mass sat at the level of the anal margin with a diameter of approximately 7 cm. Lymph nodes and digital rectal examination were unremarkable. HBsAg, TPHA and VDRL serologies were negative. The vegetative aspect of the tumor evokes a giant condyloma acuminata. The indication was a colostomy followed by cauterization and wide excision of the tumor respecting the anal mucosa without skin covering, subjected to betadine sitz baths and the application of aqueous eosin to the

lesions. With a follow-up of eight months, the patient was without recurrence. Conclusion: Buschke-Lowenstein tumor is a rare pathology caused by papilloma virus observed mainly in immunocompromised patients (HIV). Surgery is the treatment of choice but the risk of malignant degeneration raises concerns about the prognosis.

Keywords: *Buschke-Lowenstein tumour, Human papilloma virus, ano-perineal, scrotum, surgery*

INTRODUCTION

Le condylome acuminé géant (CAG) ou tumeur de Buschke-lowenstein (TBL) est une maladie sexuellement transmissible qui se développe au niveau des organes génitaux externes et de la région anorectale. C'est une maladie rare d'origine virale liée à l'Human Papilloma Virus [1]. Les CAG ont été décrits pour la première fois au XIXème siècle, puis par BUSCHKE et LOWENSTEIN en 1925 [2]. Était ainsi né le terme de tumeur de BUSCHKE et LOWENSTEIN. La TBL est une tumeur rare, sa fréquence est estimée à 0,1% de la population générale [2]. La chirurgie constitue le traitement de choix avec comme avantage, la possibilité d'effectuer des examens histologiques du spécimen et de s'assurer de l'intégrité des marges chirurgicales [3].

Nous rapportons un cas de TBL développée au niveau péréal et du scrotum à travers lequel seront discutés les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs comparés aux données de la littérature.

Observation : il s'agissait de M. X, 30 ans d'âge, chauffeur de profession, divorcé avec des antécédents de comportements sexuels à risque sans notion d'homosexualité sur terrain de VIH sous traitement ARV à l'Atripla. Il a été hospitalisé en chirurgie pour

des picotements et des saignements apparus 3 mois auparavant, sur une tumeur bourgeonnante de la région périnéo-génitale pré-existante constatée par le patient, associant des difficultés à la marche, le tout évoluant depuis 2 ans. L'automédication appliquée par le patient n'a pas réduit les saignements.

L'examen physique mettait en évidence de multiples tuméfactions bourgeonnantes, grisâtres siégeant au niveau des plis inguinaux, de la face ventrale de la verge, du scrotum, et du périnée avec un aspect en choux-fleurs et une odeur fétide. La plus grande masse de 7 cm de grand axe siégeait au niveau de la marge anale. Les aires ganglionnaires étaient libres et le toucher rectal normal. Les sérologie AgHBs, TPHA et VDRL étaient négatives. Le diagnostic de CAG ou TBL était évoqué face à l'aspect végétant de la tumeur (Fig.1,2).



Figure 1 : aspect clinique des lésions (aspect en choux fleur)



Figure 2 : aspect des lésions après cautérisation

L'indication d'une exérèse large sans recouvrement cutané avec cautérisation et une colostomie a été retenue et réalisée par abord périnéal (fig. 3,4).



Figure 3 : aspect des lésions après résection chirurgicale



Figure 4 : état de la marge anale et du périnée après cicatrisation

Le patient était soumis en post-opératoire aux bains de siège bétadinés et l'application d'éosine aqueuse sur les lésions. La pièce (Fig.5) envoyée pour l'examen anatomopathologique n'a pas révélé de signes de prolifération maligne. La cicatrisation complète des plaies opératoires était obtenue au bout de 3 mois. Le rétablissement de la continuité a été effectué 6 mois après la chirurgie initiale. Les suites opératoires ont été simples. Avec un recul de 8 mois depuis l'exérèse de la TBL, le patient était sans récurrence.



Figure 5 : Pièce opératoire

DISCUSSION

La TBL est une maladie rare, d'origine virale (Human Papilloma Virus) [1]. Elle est transmise par voie sexuelle et est due à HPV [4]. Elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme. Chez la femme, la localisation est

vulvaire dans 80% des cas [3,5]. La localisation périanale est plus fréquente chez l'homme et l'homosexualité en est la principale cause. Elle survient principalement chez les patients non circoncis [3]. Notre patient était un homme circoncis, non homosexuel, mais divorcé et ayant reconnu avoir eu des comportements sexuels à risque. La localisation périanale était conforme à celle des données de la littérature [3,5,6]. La TBL survient le plus souvent sur un terrain immuno- déprimé (HIV, traitement immuno-suppresseur, éthylisme, diabète) [1,2,4]. Notre patient était immuno- déprimé au VIH et sous traitement ARV à l'ATRIPLA.

Sur le plan clinique, les TBL débutent le plus souvent par des lésions arrondies ou filiformes rosées ou de couleur de peau normale. A la phase d'état, on observe une tumeur de grande taille pouvant dépasser 10 cm de grand axe, papillomateuse, irrégulière à surface hérissée de digitations bourgeonnantes en choux-fleurs de couleur blanchâtre ou jaunâtre [1,3,4]. Ces caractéristiques macroscopiques étaient retrouvées chez notre patient où la tumeur était grosse, bourgeonnante et mamelonnée.

La chirurgie représente le traitement de choix de la TBL et consiste en une exérèse large avec une marge de peau saine de 2 cm environ. L'électrocoagulation peut être efficace dans les formes mineures. Il y a d'autres traitements de la TBL comme le laser avec des résultats satisfaisants [3,7]. Notre patient avait bénéficié d'une cautérisation pour les condylomes situés au niveau des plis inguinaux, du scrotum et de la verge, d'une

résection large de celui situé au niveau de la marge anale sans recouvrement cutané et d'une colostomie transitoire. Cette dernière avait pour but d'assurer l'hygiène des plaies opératoires nécessaire à leur cicatrisation chez un sujet immuno-déprimé. La dégénérescence maligne est le risque évolutif le plus à craindre et est marquée par la rupture de la membrane basale et l'envahissement de la *Lamina Propria* sous-jacente par des nids irréguliers de cellules épithéliales kératinisées présentant des atypies cytonucléaires. Sa fréquence est estimée entre 8,5 et 23,8% [2,4,7]. Le pronostic de la TBL est bon en général après une chirurgie d'exérèse large. Toutefois, il peut y avoir une récurrence due à l'infection infraclinique de la peau adjacente ou à l'exérèse incomplète ou limitée aux lésions [3,5,8]. D'où l'intérêt d'une surveillance clinique prolongée qui dépisterait aussi d'autres complications que la dégénérescence maligne, alors qu'elles peuvent atteindre 65% des cas dans les localisations périanales après exérèse initiale [3,5]. Chez notre patient, l'examen anatomo-pathologique n'a pas retrouvé de signes de malignité. Huit mois après l'exérèse nous n'avons pas observé de récurrence.

CONCLUSION

La tumeur de Buschke-lowenstein est une maladie rare, sexuellement transmissible, provoquée par les papilloma virus (HPV) observée surtout chez les patients immuno-déprimés. La chirurgie est le traitement de choix mais le risque de récurrence ou de dégénérescence maligne fait redouter le pronostic.

REFERENCES

1. EL MEJJAD A, DAKIR M, TAHIRI M, ATTAR H, CHERKAOUI A, ARAKI A, ET AL. : Le condylome acuminé géant-Tumeur de Buschke Lowenstein (à propos de 3 cas). Prog Urol 2003;(13):513-517
2. BUSCHKE A., LOEWENSTEIN L. : Uber carcinomähnliche condylomata acuminata der penis. Klin.Wochenschr, 1925 ; 4 : 1726- 1728.
- 3- SANDA G, SOUMANA A. : Le condylome acumine géant ou tumeur de Buschke-Lowenstein: A propos de deux nouveaux cas. Afr J Urol. 2006;12(3):165–169.
4. MERZOUK M, MOUMEN M, BIADILLAH M. : La dégénérescence des condylomes acumines ano-perianaux à propos de 3 cas. Médecine du Maghreb 1992;(36):1821
5. RIMTEBAYE K, SILLONG FD, TASHKAND AZA, KABORO M, NIANG L, GUEYE SM. : Tumeur de Buschke-Löwenstein: à propos de 8 cas et revue de la littérature. Afr J Urol. 2016;22(4):319324.
6. PRISO EB, NJAMEN TN, MBOUDOU E, SAMA AD. : un condylome géant péri-anal et vulvaire traite par excision à l’hôpital général de Douala. Health Sci Dis. 2013;10(2).
7. ELHAMS A, BENTALEB H, KARMOUNI T, TAZI K, ELKHADER K, KOUTANI A, ET AL. : Tumeur de Buschke-Löwenstein A Propos d’un Cas avec Revue de La Littérature. Afr J Urol. 2007;13(2):165–168.
8. VODI C.C, COULIBALY N, GOWE E.E, ABOUNA A.D, GNABRO G.A, KONAN P-G, DEKOU A.H, OUEGNIN G.A:TUMEUR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN SCROTALE : à propos d’une nouvelle observation Uro’Andro 2018;9(1)pp:406-408

Le Journal Africain de Chirurgie (**J Afr Chir**) 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 et 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 : jafrchir@gmail.com ; et mettre en copie : madiengd@hotmail.com ; adehdem@gmail.com et alphaoumartoure@gmail.com .

2-/ PRESENTATION DES MANUSCRITS

Le manuscrit doit être saisi par la Police « Times new roman » ; taille « 12 » ; interligne « 1,5 » ; Couleur : Noir ; Aligment : Gauche ; Titre et sous-titre en gras ; si Puces : Uniformité au choix ; Ponctuation : Rigoureuse ; Numérotation : Bas de page ; Pas de Lien Hypertexte (élément placé dans le contenu et qui permet, en cliquant dessus, d'accéder à un autre contenu) ; Format : Word, Pdf,

Et doit se composer en deux fichiers :
fichier comportant la page de titre

1 fichier comportant les deux résumés (français et anglais) ;
le texte ; les tableaux et les illustrations.

2.1- PAGE DE TITRE

un titre (court) 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 (auteur correspondant).

2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

Reprendre le titre avant le résumé en français et en anglais. 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 :

- Editorial : 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, 2, 3, 4 = [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 Commitee 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, Fall G, Ndiaye A, Seck L, Touré AB, Dieng AC et al. 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;4Suppl 1:302-7.

Livre (avec un, deux ou trois auteurs)

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

Livre à auteurs multiples avec coordonnateur(s)

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

Chapitre de livre

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

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

2.5- TABLEAUX

Les tableaux seront saisis en interligne « 1,5 » ; avec une bordure ne faisant apparaître que les deux lignes encadrant les entêtes et une troisième ligne de bas de tableau ; appelés dans le texte et numérotés selon leur ordre d'apparition par des chiffres romains mis alors entre parenthèses, exemple (Tableau I). Le titre est placé au-dessus et les éventuelles notes explicatives, en-dessous. La présentation des tableaux doit être claire et concise ; et ils seront placés dans le manuscrit, immédiatement après les références sur une page séparée.

2.6- ILLUSTRATIONS

Les figures (graphiques ; dessins ; photographies) doivent aussi être appelées dans le texte et numérotés selon l'ordre d'apparition entre parenthèse, exemple (Figure 1).

Les figures doivent avoir une bonne résolution, avec en dessous, le titre et avant lui une légende expliquant les symboles ou abréviations afin que les figures soient compréhensibles indépendamment du texte. Elles doivent être dans l'un des formats suivants : PNG, JPEG ou TIFF ; et seront placés dans le manuscrit, immédiatement après les références ; ou s'il y'a lieu après les tableaux sur une page séparée.

3-/ 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 à 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.

L'acquisition des tirés-à-part est soumise à un paiement préalable.

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.

The African Journal of Surgery (AJS) is a body of dissemination of knowledge pertaining to General Surgery and to Surgical Specialities, by way of editorials, original articles, keynote papers, clinical reportings, technical contributions, letters to the editorial board and commented analyses of articles or books.

The prior approval of the vetting committee is a prerequisite condition for the publication of manuscripts submitted to the journal, with possible re-arrangements.

The authors must guarantee the non-published character of the item and its non-submission for publication by other reviews or journals. Non-French speaking authors are authorized to submit their articles in the English language. The respect for the ethical recommendations of the Helsinki Declaration is demanded from the authors. If the work intended by the article calls for the vetting of the Ethics Committee, mention must be made of the approval of the latter in the text.

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

1- SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be sent in standardized format (texts, tables, figures, photographs) by email to the following address: frchir@gmail.com; and copy: madiengd@hotmail.com; adehdem@gmail.com and alphaoumartoure@gmail.com

2- PRESENTATION OF THE MANUSCRIPTS

The manuscript must be seized by the Police "Times new roman"; size "12"; line spacing "1.5"; Black color; Alignment: Left; Title and subtitle in bold; if Chips: Uniformity of your choice; Punctuation: Rigorous; Numbering: Footer; No Hyperlink (element placed in the content and which allows, by clicking on it, to access other content); Format: Word, Pdf, And must consist of two files:

- 1 file including the title page
- 1 file containing the two summaries (French and English); the text ; tables and illustrations.

2.1- TITLE PAGE

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

2.2- SUMMARIES AND KEY WORDS

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

2.3- TEXT

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

- The editorial : 4 pages ;
- Original article or keynote paper : 12 pages ;
- Clinical case or technical presentation : 4 pages ;
- Letter to the editorial board : 2 pages.

The following plan is required for original articles : the introduction, the patients and methodology, the outcomes, the discussion, the findings, the references. The writing must be simple, straight forward, clear, precise and pungent. The acronyms should be explained by their first appearance and their abbreviation kept all along the text ; they shall not be used in the title non in the abstract. They must comply with the international nomenclature.

2.4- REFERENCES

The number of references should not exceed **30** in the original articles and **50** in the keynote papers. Any quotation must be following with a reference. The list of references should follow their sequencing in the body of the text. All references must be annotated in the text. The annotation numbers must be mentioned in the text between brackets, separated by dashes when dealing with onsecutive references (for instance [1-4]), and with comas when the references do not follow one another [1,4].

When authors are quoted in the text :

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

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

The presentation of the references comply with the standards of the « Vancouver Convention » (Intl Committe of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical Journal. Fifth Edition. N. Engl J Med 1997; 336 : 309-16).

The first six authors must normally be mentioned ; beyond that figure, only the six first are quoted, followed with a coma or with the caption (« and al. »)

Exemples of references :

- **Conventional periodical article**
Diop CT, Fall G, Ndiaye A, Seck L, Touré AB, Dieng AC et al. Pneumatois, intestine cystic formations. About 10 cases. Can J Surg 2001;54 :444-54. (there is no space after the punctuation symbols of the numerical group of reference).

- **Article of a supplement to a bulletin**
Fall DF. Gall bladder lithiasis. Arch Surg 1990;4 Suppl 1:302-7.

- **Book (with one, two and three authors)**
Seye AB. Pathological fractures. Dakar : University Press;2002.p. 304 (number of pages).

- **Multiple-authors book with one coordinator or several**
Fofana B, Sylla M, Guèye F, Diop L Editors. Bowel obstruction. Dakar : University Press;2005.p. 203.

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

Touré CT, Beauchamp G, Taillefer R, Devito M. Effects of total fundoplication on gastric physiology. In : Siewert JR, Holscher AH, eds. Diseases of the esophagus. New-York : Springer-Verlag;1987.p.118892. 2.5-

2.5-TABLES

Tables will be entered in line spacing "1.5"; with a border showing only the two lines framing the headers and a third line at the bottom of the table; called in the text and numbered according to their order of appearance by Roman numerals then put in parentheses, example (Table I). The title is placed above and any explanatory notes, below. The presentation of the tables must be clear and concise; and they will be placed in the manuscript, immediately after the references on a separate page.

2.6- ILLUSTRATIONS

The figures (graphics; drawings; photographs) must also be called in the text and numbered according to the order of appearance in parenthesis, example (Figure 1). The figures must have a good resolution, with below, the title and before him a legend explaining the symbols or abbreviations so that the figures are comprehensible independently of the text. They must be in one of the following formats: PNG, JPEG or TIFF; and will be placed in the manuscript, immediately after the references; or if applicable after the tables on a separate page.

3- EDITING PROCEDURES, DRAFTS REVISION AND REQUESTS FOR REPRINTS

The partial or total insertion of a document or an illustration in the manuscript requires the written authorization of their editors and their authors. For any manuscript accepted for publication, during production, a rights transfer form is sent by email by the publisher to the responsible author who must complete and sign it on behalf of all authors and the return within one week.

The acquisition of reprints is subject to prior payment.

Electronic proofs of the article are sent to the corresponding author. Substantive changes are not accepted, the corrections being limited to the typography. Corrected proofs must be returned within one week, otherwise the publisher agrees to print without the author's corrections. After publication, requests for reproduction and reprints must be sent to the publisher.