



**Juin 2021, Volume 6
N°3, Pages 141 - 219**

**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
Juin 2021, Volume 6,
N°3, Pages 141 - 219

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

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX **Numéros de pages**

- 1) L'ischémie mésentérique aiguë : prise en charge en chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE, au Mali **Traoré A et al**141
- 2) La chambre à cathéter implantable à Ouagadougou : indications, techniques chirurgicales et résultats **Zongo N et al**149
- 3) Étude préliminaire de la symphyse pleurale par vidéo-thoroscopie dans les pleurésies néoplasiques à Dakar **Diatta S et al**156
- 4) Dermatofibrosarcome protuberans de Darier et Ferrand dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de référence de la Commune 3 de Bamako : à propos de 10 cas **Karembe B et al**.....164
- 5) Les lésions iatrogènes du tube digestif lors des laparotomies itératives en urgence **Faye PM et al**.....171
- 6) Le double remplacement valvulaire cardiaque post-rhumatismal au Sénégal : indications et résultats **Ba PO et al**176
- 7) Iléus post-opératoire en chirurgie abdominale : incidence, facteurs de risque et prise en charge au service de chirurgie générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec **Faye PM et al**.....189
- 8) Les amputations de membres à Bobo-Dioulasso : dix ans d'expérience **Zaré C et al**195

CAS CLINIQUES

- 9) Les lymphomes B colo-rectaux au centre national hospitalier universitaire de Cotonou (CNHU-HKM) : à propos de trois cas **Gnangnon FHR et al**202
- 10) Un cas de tumeur desmoïde de la paroi abdominale pris en charge à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du centre national hospitalier universitaire (CNHU- HKM) de Cotonou - Bénin **Gnangnon FHR et al**209
- 11) Schwannome malin de la paroi caecale révélé par une invagination intestinale aiguë chez l'adulte à l'Unité de Chirurgie Oncologique de Donka, CHU de Conakry **Bah M et al**215

EDITORIAL

ORIGINAL ARTICLES **Pages number**

- 1) *Acute mesenteric ischemia: management in general surgery at the Gabriel Toure Teaching Hospital, in Mali* **Traoré A et al**141
- 2) *The implantable catheter chamber in Ouagadougou: indications, surgical techniques and results* **Zongo N et al**149
- 3) *Preliminary study of thoracoscopic pleurodesis during malignant pleural effusion at Dakar* **Diatta S et al**156
- 4) *Dermatofibrosarcoma protuberans of Darier and Ferrand in the general surgery department of Reference health center in commune 3 of the District of Bamako: About 10 cases* **Karembe B et al**164
- 5) *Iatrogenic lesions of the digestive tract during emergency iterative laparotomies* **Faye PM et al**171
- 6) *Post rheumatic mitro aortic valve replacement in Senegal : indications and results.* **Ba PO et al**176
- 7) *Postoperative ileus in abdominal surgery: incidence, risk factors and management in the general surgery department of Aristide Le Dantec hospital.* **Faye PM et al**189
- 8) *Limbs amputations in Bobo-Dioulasso: ten years' experience* **Zaré C et al**195

CASES REPORTS

- 9) *Colorectal B lymphoma at the National university Hospital of Cotonou (CHNU-HKM): report of three cases* **Gnangnon FHR et al**.....202
- 10) *Report of a case of desmoid tumor of the abdominal wall managed at the visceral surgery department of the national university hospital of Cotonou – Benin* **Gnangnon FHR et al**.....209
- 11) *Malignant schwannoma of the cecal wall revealed by acute intestinal intussusception in adults at the oncological surgery unit of Donka, UHC of Conakry* **Bah M et al**215

DERMATOFIBROSACOME PROTUBERANS DE DARIER ET FERRAND DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE 3 DU DISTRICT DE BAMAKO : A PROPOS DE 10 CAS

DERMATOFIBROSACOMA PROTUBERANS OF DARIER AND FERRAND IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF REFERENCE HEALTH CENTER IN COMMUNE 3 OF THE DISTRICT OF BAMAKO: ABOUT 10 CASES

KAREMBE B¹, DIARRA I², TOUNKARA I³, TRAORE B¹, CAMARA A¹, TOURE A¹, COULIBALY A¹, SANOGO S¹, COULIBALY⁴, KANTE L⁴, DEMBELE B.T⁴, TOGO A⁴.

- 1- Centre de Santé de Référence de la Commune 3 (CSREF CIII) de Bamako- Mali
- 2- Centre de Santé de Référence de la Commune 1 (CSREF CI) de Bamako- Mali
- 3- Centre de Santé de Référence de la Commune 2 (CSREF CII) de Bamako- Mali
- 4- Centre Hospitalier- Universitaire Gabriel Touré de Bamako -Mali

Auteur Correspondant : KAREMBE Boubacar Maitre-Assistant à la FMOS.

Mail : boubacarkaremb0@gmail.com / Département de chirurgie, CHU Gabriel Touré

BP : 267, Bamako, Mali / Tel : (00223)76422064/65942572

Résumé

Introduction : Le dermatofibrosarcome protuberans de Darier et Ferrand est une tumeur fibreuse de la peau, de croissance lente, à très haut risque de récurrence locale, mais à potentiel métastatique faible.

Objectif : l'objectif était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette pathologie puis analyser les résultats du traitement.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective de Janvier 2015 à Décembre 2020, incluant les patients opérés pour dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand confirmé à l'histologie.

Résultats : Durant la période d'étude nous avons colligé dix patients porteurs de dermatofibrosarcome. L'âge moyen de nos patients était de 36,3 ans avec des extrêmes de 12 ans et 65 ans. Tous nos patients étaient de sexe masculin. Quatre de nos malades avaient été opérés une fois pour la même tumeur, deux patients étaient à leur deuxième récurrence et quatre autres étaient à leur première consultation. Les tumeurs siégeaient au niveau du tronc dans cinq cas. La taille des tumeurs variait entre 4-cm et 20-cm. Le délai diagnostique était de 3

ans. La prise de décision thérapeutique était basée sur le diagnostic de présomption. La radiographie du thorax réalisée dans le cadre du bilan d'extension était sans particularité. La thérapeutique a été chirurgicale chez tous nos patients. Le geste réalisé a été une exérèse tumorale en zone saine en respectant une marge de résection de 3 à 5 cm chez tous les patients. Une fermeture cutanée immédiate a pu être réalisée chez quatre patients. Nous avons réalisé une auto greffe de peau chez trois patients. L'histologie a confirmé le diagnostic chez tous les patients. Les suites opératoires ont été simples. Sur les dix patients, neuf ont été suivis sur une période de quatre ans sans récurrence.

Conclusion : Le dermatofibrosarcome protuberans de Darier et Ferrand est une tumeur cutanée de récurrence locale très élevée après une exérèse chirurgicale incomplète ; d'où l'intérêt d'une exérèse chirurgicale large.

Mots clés : Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand, tumeurs cutanées, chirurgie.

Abstract

Introduction: *Darier and Ferrand's dermatofibrosarcoma protuberans is a slowly growing fibrous skin tumor with a very high risk of local recurrence, but with low metastatic potential. From a retrospective cross-sectional study from January 2015 to December 2020. We determined the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics and then analyzed the results of the treatment. During the study period we collected ten patients with dermatofibrosarcoma. The average age of our patients was 36.3 years with extremes of 12 years and 65 years. All of our patients were male. Four of our patients had been operated on once for the same tumor, two patients were on their second recurrence and four others were on their first consultation. The tumors were located in the trunk in five cases. The size of the tumors varied between 4-cm and 20-cm. The diagnostic delay was 3 years. The*

chest x-ray taken as part of the extension workup was unremarkable. The therapy was surgical in all of our patients. The procedure performed was tumor resection in a healthy area while respecting a resection margin of 3 to 5 cm in all patients. Immediate skin closure was achieved in four patients. We performed an auto skin graft in three patients. Histology confirmed the diagnosis. The postoperative follow-up was simple. We have not encountered a recurrence.

Conclusion: *Darier and Ferrand dermatofibrosarcoma protuberans is a rare skin tumor with very high local recurrence if surgical excision is not complete; hence interest of a large surgical excision.*

Keywords: *Darier and Ferrand dermatofibrosarcoma, skin tumors, surgery.*

Auteur Correspondant : *KAREMBE Boubacar Maitre-Assistant à la FMOS.*

INTRODUCTION

Le Dermatofibrosarcome protuberans de Darier et Ferrand (DFSP) est un sarcome superficiel à différenciation fibroblastique du derme et du tissu mou sous-jacent, caractérisé par une évolution lente avec un risque majeur de récurrence en cas d'exérèse insuffisante [1]. Il a été décrit par Darier et Ferrand en 1924 et représente 0,1% des tumeurs cutanées malignes et 2 à 6% de tous les sarcomes du tissu mou [2-3]. Au Mali, une étude réalisée dans le laboratoire histopathologique du Centre National d'Appui de la lutte contre la Maladie (CNAM) en 2018 a trouvé une fréquence de 0,41% sur l'ensemble des biopsies analysées [4]. Cette tumeur, survenant surtout chez les adultes jeunes, pose encore, dans nos pays, plusieurs problèmes responsables d'un retard de prise en charge [3, 5-7]. Le diagnostic repose sur l'histologie et l'immuno-histochimie. L'imagerie permet d'établir le bilan

lésionnel et le bilan d'extension [8]. La prise en charge est chirurgicale et demeure le traitement de choix [9]. La thérapie ciblée en traitement néoadjuvant a permis de gros progrès en matière de réduction du volume de la tumeur en rendant des grosses tumeurs non résécables en tumeurs résécables [10]

Ainsi, dans notre contexte, devant la rareté et les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie, nous avons initié cette étude à travers d'une série de 10 cas.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 5 ans allant de Janvier 2015 à Décembre 2020, portant sur les malades opérés dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune III de Bamako pour DFSP.

Nous avons inclus tout le malade, quel que soit leur âge, opérés initialement ou après une récurrence pour DFSP confirmé à l'histologie. Nous avons étudié les paramètres épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

RESULTATS

En 5 ans, nous avons colligé dix patients présentant un dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand. L'âge moyen de nos patients était de 36,3 ans avec des extrêmes

de 12 ans et 65 ans. Notre échantillon était représenté uniquement par le sexe masculin. Quatre de nos malades avaient été opérés une fois pour la même tumeur mais non documentée, deux patients étaient à leur deuxième récurrence et quatre étaient à leur première consultation. Les tumeurs siégeaient au niveau du tronc dans cinq cas, le dos dans deux cas, la ceinture dans deux cas, et la région inguino-pubienne dans un cas. Elles étaient toutes ulcéro- bourgeonnantes (figure 1, 3).

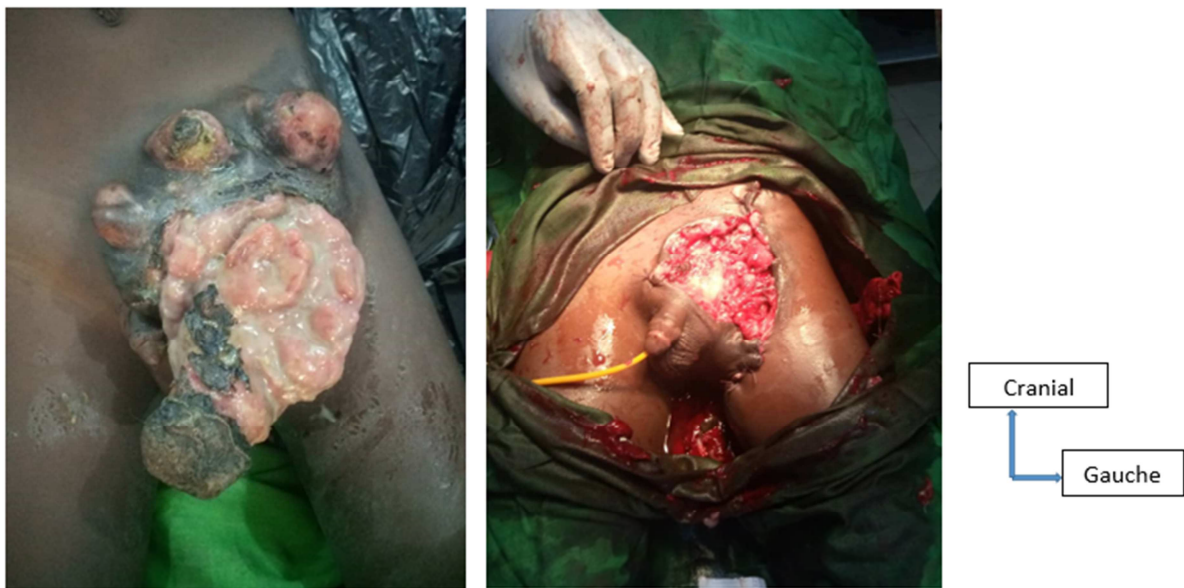


Figure 1 : lésion inguino hypogastrique ulcéro-bourgeonnante chez un enfant de 12 ans avant et après exérèse (Photos prises en pré et per opératoire)



Figure 2 : Etat de la cicatrice six mois après une cicatrisation dirigé

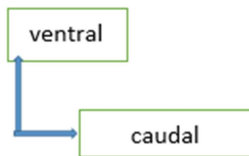


Figure 3 : Lésion ulcéro bourgeonnante de la ceinture débordant sur la hanche droite avant et après chirurgie

La taille des tumeurs variait entre 4 et 20 cm avec une taille moyenne de 7,7 cm (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la taille des tumeurs

Taille des tumeurs	Effectifs
0 à 4 cm	4
5 à 10cm	3
>10 cm	3
Total	10

Le délai diagnostique qui correspondait à la période écoulée entre l'apparition de la lésion et le diagnostic du DFSP était de 3 ans. Nous n'avons trouvé aucun antécédent néoplasique ni facteurs déclenchants associés. Le diagnostic de présomption a été posé sur la base des observations cliniques et confirmé à l'histologie après chirurgie d'exérèse. La radiographie du thorax réalisée chez trois patients dans le cadre du bilan d'extension était sans particularité. La TDM et IRM n'ont pas été réalisées dans notre série. Le traitement a

été chirurgical chez tous nos patients. Le geste réalisé a été une exérèse tumorale en zone saine en respectant une marge de résection de 3 à 5 cm avec une moyenne de 3,5cm. Une fermeture cutanée immédiate a pu être réalisée chez quatre patients, un patient a bénéficié d'une reprise chirurgicale de la marge de résection suite au résultat d'histologie qui avait objectivé une infiltration des berges de résection par des cellules tumorales. Nous avons réalisé une auto greffe dermo-épidermique à distance de la chirurgie d'exérèse chez trois patients (figure 4), une cicatrisation dirigée a été réalisée chez trois patients. Les gestes chirurgicaux effectués sont résumés dans le tableau II.



Figure 4 : Lésion multi nodulaires avec ulcération et état de la cicatrice 4 ans après exérèse et greffe de peau.

Tableau II : Répartition des patients en fonction du mode de cicatrisation après la chirurgie d'exérèse

Type de réparation	Effectifs
Fermeture directe	4
Greffe de peau	3
Cicatrisation dirigée	3
Total	10

Toutes les pièces d'exérèse ont été envoyées à l'examen anatomopathologique avec confirmation du diagnostic chez la totalité de nos patients. La radiothérapie, la chimiothérapie et la thérapie ciblée n'ont pas été réalisées dans notre série. Les suites opératoires immédiates ont été simples. Dans le cadre de la surveillance clinique ; neuf patients ont été revus en consultation une fois par an pendant quatre ans sans récurrence. Un patient est perdu de vue.

DISCUSSION

De toutes les définitions, celle de DEGOS nous semble la plus complète « c'est une tumeur conjonctive dermique à cellules fusiformes, plus ou moins proche par sa structure histologique des tumeurs sarcomateuses, mais qui s'oppose aux fibrosarcomes vrais primitifs par son origine toujours cutanée, et par son évolution très lente. Elle ne comporte

qu'exceptionnellement, et à un stade très tardif, une transformation sarcomateuse franchement maligne métastasiante » [11]. Dans notre contexte, le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand est une tumeur rare de la peau [2]. En cinq ans nous avons colligé dix cas qui représentaient 0,65% de l'ensemble des interventions chirurgicales. Ce taux se rapproche de ceux retrouvés dans la littérature [3,5, 12]. Le DFSP touche Préférentiellement les adultes jeunes [6]. L'âge moyen dans notre série était de 36,3 ans qui est comparable à ceux trouvés par les auteurs Africains et Européens [3, 5, 13]. Le sexe n'est pas un facteur de risque dans la survenue du DFSP, mais notre série était représentée uniquement d'hommes. Les deux sexes étaient représentés dans les séries de Kassé A, au Sénégal, et Hawal Hammas, au Maroc, avec une prédominance masculine 55% et 63% [12,13]. Sur le plan clinique la localisation fréquente de cette tumeur au niveau du tronc a été signalée partout dans la littérature [12,13, 14]. Dans notre série la tumeur siégeait au niveau du tronc chez cinq patients. La prise en charge du DFSP est jusqu'à preuve du contraire chirurgicale consistant à une exérèse large de la tumeur avec respect d'une marge de résection de 5 cm. La technique de Mohs mérite d'être discutée mais dans notre contexte, cette technique n'a pu être réalisée en raison de l'indisponibilité d'anatomopathologiste pour un examen extemporané. La chimiothérapie n'a pas sa place dans le traitement de cette tumeur [15]. La radiothérapie complémentaire donne des bons résultats dans les formes à récurrence multiples ; de marges d'exérèse insuffisantes ou envahies ; de tumeur de grande taille ou dans des localisations empêchant la chirurgie large [15]. La radiothérapie n'a pas été réalisée dans notre étude car elle n'était pas disponible au moment de la prise en charge de nos patients. La thérapie ciblée par l'Imatinib mésylate (Glyvec) est en cours d'évaluation avec des résultats prometteurs

[15]. Dans notre série, le traitement chirurgical à consister à une exérèse large des DFSP chez tous nos patients avec rapprochement cutané immédiat chez quatre patients ayant les DFSP dont la taille ne dépassant pas 4 cm, une auto greffe de peau chez trois patients et une cicatrisation dirigée chez trois autres patients. Ces pratiques ont été réalisées par plusieurs auteurs dans la littérature [13,14].

La reconstitution immédiate par des lambeaux de fascia lata, lambeau pédiculé musculo-cutané du grand dorsal et musculo-cutané du grand droit de l'abdomen a été décrit dans la littérature [14]. Dans notre série aucun patient n'a bénéficié de cette technique opératoire. L'évolution de cette tumeur est marquée par une forte tendance aux récurrences locales si l'exérèse n'est pas complète. Ceci est le reflet des extensions infra cliniques asymétriques de la tumeur qui sont laissées en place au cours d'une

exérèse standard [15]. Les récurrences après une exérèse chirurgicale incomplète surviennent en majorité dans les trois ans après la chirurgie initiale, mais elles peuvent survenir bien des années après ; d'où l'importance d'un suivi à long terme [16]. Le taux de récurrence est de 44% après une exérèse sans marge, et inférieur à 20% après une exérèse large emportant de 3 cm à 5 cm de marge. Il semble encore réduit lorsque l'exérèse est guidée par l'histologie dans la chirurgie microscopique [15]. Dans notre série, après quatre années de suivi ; jusque-là aucune récurrence n'a été retrouvée.

CONCLUSION

Le Dermatofibrosarcome protuberans de Darier et Ferrand est une tumeur cutanée rare. Son évolution est très lente avec une potentielle de récurrence locale très élevée si l'exérèse chirurgicale est incomplète d'où l'intérêt d'une exérèse chirurgicale large.

REFERENCES

1- **Darier J, Ferrand M.** Dermatofibromes progressifs et récidivants ou fibrosarcomes de la peau. *Ann Dermatol Syph* 1924;5:545-62.
2- **Pachet C.** Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand. Dans : Apport de la chirurgie micrographique dans la réduction des marges du dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand : étude de 31 cas comparant l'exérèse large et la chirurgie micrographique et revue de la littérature. Thèse de médecine 2007; 26-58.
3- **Korkolis DP, Liapakis IE, Vassilopoulos PP.** Dermatofibrosarcoma protuberans : Clinicopathological Aspects of an Unusual Cutaneous Tumor. *Anti cancer Research* 27 (3B): 2007;1631-1634.
4- **Coulibaly I.** Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand à propos de 23 cas à Bamako, thèse de Médecine, FMOS, 2018,52-63.

5- **Kneebone RL, Mellissas J, Mannell A.** Dermatofibrosarcoma protuberans in black patients. *S Afr Med J.* 1984 Dec 15;66 (24) :919-21.
6- **Criscione VD, Weinstock MA.** Descriptive epidemiology of dermatofibrosarcoma protuberans in the United States, 1973 to 2002. *J Am Acad Dermatol* 2007;56 :968-73.
7- **Martin L, Combemale P, Dupin M, et al.** The atrophic variant of dermatofibrosarcoma protuberans in childhood: A report of six cases. *Br J Dermatol* 1998;139:719-25.
8- **Kransdorf MJ, Meis-Kindblom JR.** Dermatofibrosarcoma protuberans: Radiologic appearance. *AJR Am JRoentgenol.* 1994; 163: 391-394.

9-Povov P, Bohling T, Asko- Seljavaara S, Tukiamen. Microscopic margins and results of surgery for dermatofibrosarcoma protuberans. *Plast Reconstr Surg* 2007,119 (6) : 1779-1784.

10-Rutkowski P et al. Résultats à long terme du traitement du dermatofibrome protubérans avancé(DFSP) avec le mésylate d'imatinib- impact de la transformation fibrosarcomateuse. *Eur J Surg Oncol (EJSO)*2017 : 01-08

11- Degos H ; Civatte J ; Belaich S. Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand (Dermatofibrosarcome protuberant d'Hoffmann). *Dermatologie-Edition Flammarion Paris, 1981, tome II :875-877*

12- Nawal H, Ikram B, Kaoutar Z, Amal B, Laila C, Hind E, et al. Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand : à propos de 27 cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J.*201;18 :280

13-Kasse A, Dieng M, Deme A , Fall M, Drabo B, Tembely G Diop P.S , Betel E, Dembélé M, NDaw D, Sagna C, Touré P. Les dermatofibrosarcomes de Darier et Ferrand : à propos de 22 cas et revue de la littérature. *Médecine d'Afrique Noire* : 1999,46(4)

14- Driss E, Hatim D, Samira B, Keltoum E, Meriem D , Yassine B, et al. Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand, une tumeur cutanée particulière : à propos de 32 cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J* 2014;19:196.

15- Kaya G. Nouvelles approches moléculaires dans le dermatofibrosarcome protuberans. *Rev Med Suisse* 2009;5 1519-24

16- Mc Peak CJ, Cruz T, Nicastri AD. dermatofibrosarcoma protuberans: An analysis of 86 cases- five with metastasis. *Ann surg* 1967 :809-816.

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 ; Alignement : 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 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, Fall G, Ndiaye A, Seck L, Touré AB, Dieng AC et al. La pneumatoxystique 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'ÉPREUVES, DEMANDES DE REPRODUCTION

L'insertion partielle ou totale d'un document ou d'une illustration dans le manuscrit nécessite l'autorisation écrite de leurs éditeurs et de leurs auteurs. Pour tout manuscrit accepté pour publication, lors de la mise en production, un formulaire de transfert de droits est adressé par courrier électronique par l'éditeur 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 jafrchir@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. »)

Examples 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 ANDREQUESTS 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.