



**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 Zinzindouhoue (**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

**UN CAS DE TUMEUR DESMOÏDE (TD) DE LA PAROI ABDOMINALE PRIS EN CHARGE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE CHIRURGIE VISCÉRALE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CNHU-HKM) DE COTONOU -BÉNIN.**

**REPORT OF A CASE OF DESMOID TUMOR OF THE ABDOMINAL WALL MANAGED AT THE VISCERAL SURGERY DEPARTMENT OF THE NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL (CNHU-HKM) OF COTONOU -BENIN.**

**GNANGNON FHR<sup>1</sup>, IMOROU SOUAIBOU Y<sup>1</sup>, GBESSI DG<sup>1</sup>, TAKIN R<sup>2</sup>, MEHINTO DK<sup>1</sup>, ATTOLOU SGR<sup>1</sup>, FAGNON K<sup>1</sup>, LAWANI I<sup>3</sup>, DOSSOU FM<sup>3</sup>**

1 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA, Cotonou, Bénin

2 Centre Hospitalier de Troyes, Troyes, France

3 Clinique Universitaire de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Universitaire Ouémé-Plateau, Porto-Novo, Bénin

**Auteur correspondant : Dr Freddy H.R. GNANGNON , email : fredngang@yahoo.fr, Adresse postale : 01 BP 188. Cotonou – Bénin**

---

## **Résumé**

### **Introduction**

Les tumeurs desmoïdes sont des tumeurs rares localement invasives, mais sans potentiel métastatique. Nous rapportons un cas de tumeur desmoïde localement avancée, récidivée, de la paroi abdominale antérieure. Nous discutons, également, de la place de la chirurgie et des traitements systémiques dans la prise en charge.

### **Observation**

Il s'agissait d'une patiente âgée de 51 ans, admise à la clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale du CNHU-HKM en janvier 2021 pour la prise en charge d'une tumeur récidivée de la paroi abdominale antérieure. La récurrence est intervenue 3 ans après une première chirurgie d'exérèse réalisée en 2008. La masse était centrée sur l'ombilic estimée à 24 cm de grand axe, ulcérée et hémorragique. Elle a bénéficié d'une exérèse large. L'anatomie pathologique était en faveur d'une tumeur desmoïde ulcérée. Les suites opératoires étaient simples. Huit mois après la résection, elle ne présente pas de signe clinique de récurrence.

### **Conclusion**

Nous avons présenté un cas de tumeur desmoïde récidivée de la paroi abdominale. Même si les indications de la chirurgie ont été restreintes au cours de ces dernières années, elle reste néanmoins un traitement essentiel pour des patients bien sélectionnés.

**Mots clés:** Tumeur desmoïde , paroi abdominale , Exérèse large.

## **Abstract**

### **Background**

*Desmoid tumors are rare locally invasive tumors, but without metastatic potential. We report a case of recurrent locally advanced desmoid tumor of the anterior abdominal wall. We discuss the place of surgery and systemic treatments in the management of desmoid tumors.*

### **Report**

*A 51-year-old woman presented at the Visceral Surgery Department of The National University Hospital (CNHU-HKM) in January 2021 for a recurrent anterior abdominal wall tumor. The recurrence occurred 3 years after a first*

*resection performed in 2008. The mass was centered on the umbilicus and was estimated 24 cm, ulcerated and hemorrhagic.*

*She underwent a wide resection. Pathology report concluded to an ulcerated desmoid tumor. The postoperative course was uneventful. Eight months after resection, she showed no clinical signs of recurrence.*

### **Conclusion**

*We presented a case of recurrent desmoid tumor of the abdominal wall. Although the indications for surgery have been restricted in recent years, it remains essential treatment for well selected patients.*

**Key words:** *Desmoid tumor, abdominal wall, wide resection.*

---

## **INTRODUCTION**

Les tumeurs desmoïdes (TD) sont des néoplasmes myofibroblastiques monoclonaux constitués de fibroblastes bien différenciés inclus dans une matrice de collagène [1]. Les TD sont des tumeurs rares localement invasives et récidivantes, mais sans potentiel métastatique [2]. La chirurgie était historiquement le traitement de première intention. Même si les indications de la chirurgie ont été restreintes au cours de ces dernières années [3], elle garde une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique ; notamment dans les pays à ressource limitée où l'accès aux thérapies systémiques est faible. Nous rapportons un cas de tumeur desmoïde localement avancé de la paroi abdominale en vue de discuter de la place de la chirurgie et des traitements systémiques dans la prise en charge.

## **OBSERVATION**

Il s'agissait d'une patiente âgée de 51 ans, sans antécédent familial ou personnel particulier, qui avait présenté 13 ans avant son admission, une masse para-ombilicale gauche, augmentant lentement de volume. Elle a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de cette masse en 2008. L'évolution a été marquée après 03 années par une récurrence

s'étendant progressivement vers l'ombilic, puis la région para-ombilicales droite. L'ulcération de la masse, a motivé une consultation à la Clinique Universitaire de Chirurgie viscérale (CUCV) du CNHU-HKM en octobre 2020. La masse était centrée sur l'ombilic estimée à 24 cm de grand axe. Elle était ulcérée à son pôle inférieur barrant la région ombilicale de la droite vers la gauche et de haut en bas, de consistance ferme, indolore, peu mobile par rapport au plan musculaire, saignant par intermittence (**Figure 1 A**).



**A :** Aspect à la première consultation au décours d'une biopsie chirurgicale (octobre 2020)

**Figure 1 :** Aspect macroscopique d'une tumeur desmoïde ulcérée de la paroi antérieure de l'abdomen chez une patiente âgée de 51 ans

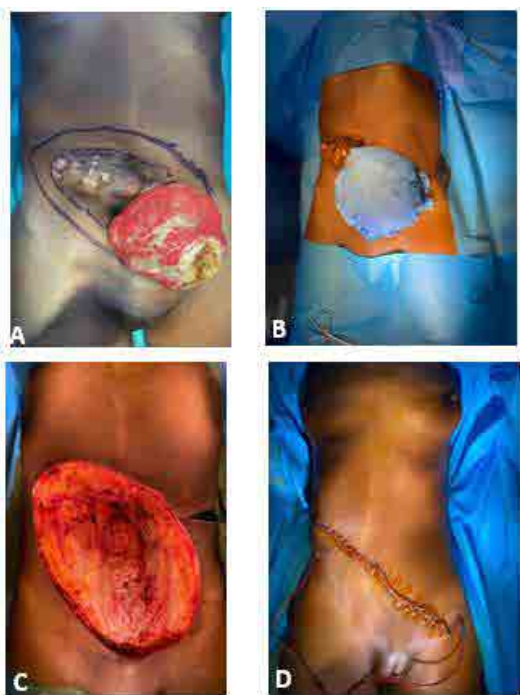
Avant cette consultation, la patiente avait bénéficié d'une biopsie chirurgicale dans un hôpital périphérique. L'examen anatomopathologique, réalisé à la Clinique Dubois de Cotonou mettait en évidence une lésion fusocellulaire d'architecture vaguement storiforme faites de cellules fibroblastiques et myofibroblastiques sans atypie nucléaire et sans mitose. Cet aspect évoquait une tumeur desmoïde. Le bloc tumoral adressé à l'Hôpital de Troyes (France) pour étude l'immunohistochimique mettait en évidence une positivité de la  $\beta$ -caténine. Une demande d'avis adressé à l'institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole évoquait aussi le diagnostic de tumeur desmoïde mais la mauvaise qualité de l'ADN (conditions pré-analytiques) n'a pas permis une confirmation par une étude en biologie moléculaire (FISH et NGS). Dans l'attente de ces résultats, l'évolution a été marquée par une augmentation rapide de volume de la masse devenue hémorragique (**Figure 1B**).



**B :** Aspect 4 mois après : augmentation rapide de taille et ulcération (janvier 2021)

**Figure 1:** Aspect macroscopique d'une tumeur desmoïde ulcérée de la paroi antérieure de l'abdomen chez une patiente âgée de 51 ans

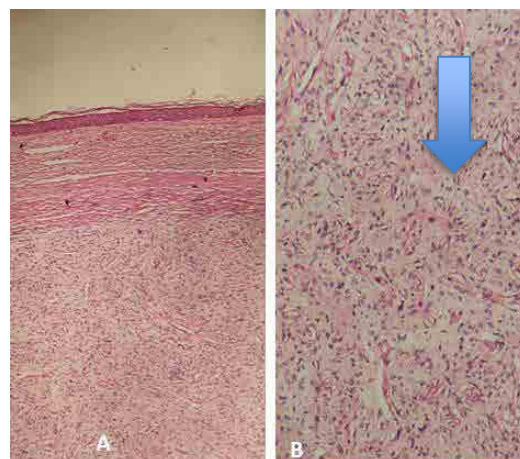
La patiente a été réadmise en janvier 2021. Elle a bénéficié d'une exérèse large, monobloc, emportant le feuillet aponévrotique antérieur des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen et l'ombilic ; et d'une abdominoplastie (**Figure 2**).



**A :** Limites de la tumeur (pointillés noirs) et tracé de l'incision (trait plein noir)  
**B :** protection des lésions ulcérées  
**C :** Aspect après exérèse large emportant le feuillet antérieur des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen et l'ombilic (réparé et repéré par un fil et une pince)  
**D :** Aspect final (deux drains de Redon ont été laissés en place)

**Figure 2 : Exérèse large de la tumeur**

Les suites opératoires ont été simples avec un exéat au 6<sup>ème</sup> jour post opératoire. L'examen anatomopathologique confirmait un aspect identique à celui de la biopsie pré-opératoire sur l'ensemble de la tumeur et était en faveur d'une tumeur desmoïde ulcérée (**Figure 3**).



**A :** Lésion sous-cutanée à faible grossissement (x 5). Versant cutané repéré par la flèche bleue

**B :** Cellules myofibroblastiques et inflammatoires (grossissementx20)

**Figure 3 : Coupe histologique d'une tumeur desmoïde**

L'exérèse était complète (R0). Huit mois après l'intervention, l'examen de la patiente ne montre aucun signe clinique de récidence.

## **DISCUSSION**

Le terme desmoïde a été inventé en 1838 par Mueller et découle du terme grec « desmos » qui signifie « tendon » . Cependant, la première description de la maladie a été faite en 1832 par Mac Farlane [4]. Les TD (également appelées fibromatose agressive) sont des néoplasmes fibroblastiques bénins à croissance lente sans potentiel métastatique mais avec une propension à la récidence locale, même après une résection chirurgicale complète. Bien qu'ils soient histologiquement bénins, ils sont localement infiltrants et peuvent entraîner la mort par invasion et destruction des structures et organes vitaux adjacents [5]. Il s'agit de tumeurs rares, dont l'incidence annuelle est estimée à 2 à 4 cas par million d'habitants, soit 0,03 % de toutes les tumeurs et 3 % des tumeurs des tissus mous. Les TD surviennent préférentiellement avant 40 ans (80% des cas) avec une prédominance féminine [1]. Notre patiente, âgée de 51 ans, avec une tumeur évoluant depuis 13 ans, cadre avec

ce profil. Les localisations les plus fréquentes sont : les membres, la région cervicale, les parois du thorax et de l'abdomen. Les formes intra-abdominales, de moins bon pronostic, sont les plus rares (8 % des TD) [6]. Les TD sont dans plus de 90% des cas, sporadiques. Les 5 à 10% restants présentent un modèle héréditaire lié à la polypose adénomateuse familiale (PAF) ou au syndrome de Gardner (associant PAF, multiples ostéomes, kystes sébacés de la face et TD) [6]. Le fait que notre patiente n'ait aucun antécédant personnel ou familial, associé à l'argument de fréquence plaide plutôt pour une forme sporadique chez cette dernière. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est l'examen d'imagerie de référence [1,6]. Cet examen était malheureusement peu accessible dans notre contexte au moment de la prise en charge de cette patiente. Les traumatismes locaux, notamment chirurgicaux figurent au premier rang des facteurs de risque [6]. Même la biopsie est susceptible d'accélérer leur évolution [6]. Ainsi, la biopsie chirurgicale, réalisée chez notre patiente dans un hôpital périphérique, avant sa première consultation à la CUCV pourrait expliquer la progression rapide entre deux consultations (Figure 1). L'European Society for Medical Oncology (ESMO) recommande plutôt des biopsies percutanées avec une aiguille coaxiale de 16 Gauges de diamètre [3]. La biopsie percutanée à l'aiguille coaxiale, bien qu'elle soit de réalisation courante au CNHU de Cotonou, est peu disponible dans les hôpitaux périphériques de notre pays ; ce qui peut expliquer qu'une biopsie chirurgicale ait été réalisée chez notre patiente en première intention. Sur le plan immunohistochimique, les cellules expriment la  $\beta$ -caténine (marquage nucléaire dans 70 à 75% des cas). L'actine musculaire lisse est exprimée de manière variable. Il n'y a pas d'expression de la desmine et de la PS100 [2]. Des tests moléculaires pour une recherche de mutation des gènes  $\beta$ -caténine et APC doivent être effectués. Ces tests ne sont pas

disponibles dans notre contexte et les prélèvements de notre patiente ont dû être acheminés en France.

La chirurgie a historiquement été le traitement de première intention des TD [3,7]. Par conséquent, les chirurgiens sont souvent à l'avant-garde face aux patients référés pour résection [3]. C'était le cas de notre patiente. Cependant, les indications ont grandement évolué au cours de ces dernières années [3]. En effet, de nombreuses études ayant démontré que la moitié des TD peuvent régresser ou se stabiliser après une progression initiale, les consensus internationaux recommandent désormais, en dehors du contexte d'urgence, l'instauration d'une surveillance active ou d'un traitement médical en première intention [3]. Même dans un contexte d'urgence (occlusion, péritonite), se discute l'attitude de ne traiter que la complication en laissant en place une TD abdominale si son exérèse doit entraîner des résections digestives mutilantes. Toutefois, les patients présentant une TD entraînant des préjudices esthétiques majeurs, ou invalidants sont des candidats potentiels pour un traitement chirurgical [3,7]. Le cas de notre patiente satisfaisait à ces conditions ; de plus, le caractère hémorragique des lésions mettait en jeu son pronostic vital.

En revanche, la grande taille de la tumeur au moment du diagnostic n'est plus, à elle seule, une indication de chirurgie. En effet, des régressions spontanées ont été observées indépendamment de la dimension initiale et de la localisation [7]. L'impact des marges chirurgicales est controversé dans la littérature. Cependant, il n'est pas recommandé de procéder à une ré-excision en cas d'excision marginale (R1) [3]. Dans le cas de notre patiente, l'exérèse était complète (R0). La radiothérapie adjuvante doit être discutée compte tenu du risque de récurrence élevé [3]. Cette modalité thérapeutique n'est pas disponible dans notre pays, comme dans de nombreux pays d'Afrique au Sud du Sahara. Les thérapies systémiques



comprennent : la chimiothérapie cytotoxique (doxorubicine, dacarbazine, methotrexate, vinblastine), les inhibiteurs de la tyrosine kinase (sorafenib, pazopanib, imatinib), l'hormonothérapie (tamoxifen, raloxifen) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (sulindac) [5,8]. Les indications courantes de ce traitement systémique en première intention sont [5] :

- les TD non résécables mais progressant,
- les récidives locorégionales multiples malgré une thérapie locale adéquate,
- les TD symptomatiques pour lesquelles la chirurgie serait d'une morbidité inacceptable,
- le traitement non chirurgical initial d'une tumeur desmoïde intra-abdominale en croissance ou symptomatique.

Notre patiente, avec un recul de 08 mois, ne présente aucun signe évident de récurrence.

Cependant, une surveillance active est indiquée du fait du risque important de récurrence [2,7].

En effet, en milieu africain, la taille importante au moment du diagnostic et les récurrences sont les caractères communs de ces tumeurs [9]. Selon Traoré et al., une histologie préalable et une chirurgie initiale dans les centres de référence pourraient permettre d'améliorer le pronostic de ces tumeurs sur le continent [9].

## CONCLUSION

Nous avons réséqué une tumeur desmoïde extra abdominale récidivée et localement avancée et hémorragique chez une patiente âgée de 51 ans. La chirurgie a toutefois vu ses indications se restreindre progressivement au profit de la surveillance active qui peut se révéler être une bonne alternative pour des patients bien sélectionnés.

## RÉFÉRENCES

1. **Beyer-Berjot L, Berdah S.** Prise en charge des tumeurs desmoïdes. La lettre de l'hépatogastroentérologue 2013; 16(5); 220-05.
2. **Garcia-Ortega DY, Martin-Tellez KS, Cuellar-hubbe M, Martinez-Said H, Alvarez-Cano A, et al.** Desmoid-Types Fibromatosis, Cancers 2020; 12: 1851. doi: 10.3390/cancers1207851
3. **Improta L, Bonvalet S, Tzanis D, Abdelhafidh k, Bouhadiba T.** Desmoid tumours in the surveillance era: What are the remaining indications for surgery? European Journal of Surgical Oncology 2020; 46. doi.org/10.1016/j.ejso.2020.04.025
4. **Cotte E, Glehen O, Monneuse O, Cotton F, Vignal J, et al.** Tumeur desmoïdes associées à la polypose adénomateuse familiale. Gastroenterol Clin Biol 2004; 28: 574-81
5. **Ravi V, Patel R. S, Maki R, Shah S.** Desmoid tumors: Systemic therapy. In: Post TW, éditeur. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2021.
6. **Dufay C, Abdelli A, Le Pennec V, Chichea L.** Diagnostic et traitement des tumeurs mésentériques. Journal de Chirurgie Viscérale 2012; 149: 271-284. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2012.05.005>.
7. **Marinozzi F, Carleo F, Novelli S, Di Martino M, Cardillo G, et al.** 3D Reconstruction Model of an Extra-Abdominal Desmoid Tumor: A Case Study. Frontiers in Bioengineering and Biotechnology. June 2020 (8) 518. doi: 10.3389/fbioe.2020.00518
8. **Desmoid Tumor Working Group.** The management of desmoid tumours: a joint global consensus-based guideline approach for adult and paediatric patients. Eur J Canc 2020 Mar;127:96e107.
9. **Traore B, Zongo N, Diallo TM, Dem A, Sanou A, et al.** Aspects anatomocliniques et thérapeutiques des tumeurs malignes primitives de la paroi abdominale dans deux services de chirurgie de l'Afrique de l'Ouest. Rev Afr Chir Spéc 2014;01:39-45. <https://www.ajol.info/index.php/rac/article/view/126891>.

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'éditoriaux ; 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](mailto:jafrchir@gmail.com) ; et mettre en copie : [madiengd@hotmail.com](mailto:madiengd@hotmail.com) ; [adehdem@gmail.com](mailto:adehdem@gmail.com) et [alphaoumartoure@gmail.com](mailto: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 Hospisalières;2007.p.102-15.

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

#### **2.5- TABLEAUX**

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 [jafrchir@gmail.com](mailto:jafrchir@gmail.com); and copy: [madiengd@hotmail.com](mailto:madiengd@hotmail.com); [adehdem@gmail.com](mailto:adehdem@gmail.com) and [alphaoumartoure@gmail.com](mailto: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 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.