



**Décembre 2021, Volume 6
N°4, Pages 220 - 312**

**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 : jafrchir@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**
Paule Aida Ndoeye - **Ophtalmologie**
Mamadou Seck - **Chirurgie Générale**
Yaya Sow - **Urologie-Andrologie**
Alioune Badara Thiam - **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir. Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE (EDITORIAL)

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**)
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**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchémi (**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhammadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Décembre 2021; Volume 6

N°4, Pages 220 - 312

ISSN 2712-651X

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.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 - idy.sy.10@hotmail.com

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX Numéros de pages

- 1) Les facteurs pronostiques des péritonites aiguës généralisées au Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale (CHU-RN) de N'djamena. **Moussa KM et al.**..... **220**
- 2) Cancers cutanés sur peau noire : aspects diagnostiques et thérapeutiques au CHU Yalgado Ouedraogo **Zongo N et al.**..... **227**
- 3) Complications de la Maladie de Crohn : place du scanner et facteurs prédictifs. **BADJI N et al.**..... **235**
- 4) Prise en charge des urgences chirurgicales digestives et pariétales chez les sujets âgés au CHU A. Le Dantec. **AO TOURE et al.**..... **246**
- 5) Sarcomes des tissus mous : caractéristiques et prise en charge dans un service de chirurgie générale du CHU du Point G de Bamako. **Bengaly B et al.**..... **260**
- 6) Pratique de l'hystérectomie d'hémostase obstétricale au Centre Hospitalier National de Pikine **DIOUF AA et al.**..... **269**
- 7) Confrontations échographie – chirurgie dans le diagnostic des appendicites aiguës au centre Hospitalier Régional de Kolda **AKPO LG et al.**..... **274**
- 8) Les cancers primitifs de l'intestin grêle : à propos de 24 cas colligés dans les laboratoires d'Anatomie pathologique de Dakar (2005-2009) **DEGUENONVO GNC et al.**..... **280**
- 9) Comparaison des perforations gastriques et duodénales au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso **Zaré C et al.**..... **291**
- 10) Complications postopératoires précoces en chirurgie générale au Centre Hospitalo-Universitaire Bocar Sidi Sall (CHU BSS) de Kati **Diarra A et al.**..... **296**

CAS CLINIQUES

- 11) Tumeur fibreuse solitaire rétro péritonéale : à propos d'une observation au centre Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (Bénin) **IMOROU SOUAÏBOU Y et al.**..... **303**
- 12) Occlusion Intestinale avec nécrose iléale secondaire à une ascariose massive associée à un diverticule de Meckel : à propos d'un cas. **Tendeng JN et al.**..... **308**

EDITORIAL

ORIGINAL ARTICLES Pages number

- 1) *Prognostic factors of generalized acute peritonitis at the National Reference University Hospital (CHU- RN) of N'djamena.* **Moussa KM et al.**..... **220**
- 2) *Black skin's cancers: diagnostic and therapeutic aspects at the Yalgado Ouedraogo university Hospital.* **Zongo N et al.**..... **227**
- 3) *Complications of Crohn's disease: place of the CT scan and predictive factors.* **BADJI N et al** **235**
- 4) *Management of elderly digestive and parietal emergencies at Le Dantec University Hospital.* **AO TOURE et al.**..... **246**
- 5) *Soft tissue sarcomas: characteristics and cost in a general surgery department at the Point G university hospital Center of Bamako.* **Bengaly B et al.** **260**
- 6) *Practice of obstetrical hemostasis hysterectomy at the National Hospital Center of Pikine* **DIOUF AA et al.**..... **269**
- 7) *Ultrasound and surgery confrontation in acute appendicitis diagnosis at regional hospital center of Kolda* **AKPO LG et al.**..... **274**
- 8) *Primary small bowell cancers: about 24 cases collected in Pathological anatomy laboratories in Dakar* **DEGUENONVO GNC et al.**..... **280**
- 9) *Comparison of gastric and duodenal perforations at the Sourô- Sanou university Teaching Hospital (CHUSS) of Bobo Dioulasso* **Zaré C et al.**..... **291**
- 10) *Early postoperative complications in general surgery at the Bocar Sidy Sall University Hospital Center (CHU BSS) in Kati* **Diarra A et al** **296**

CASES REPORTS

- 11) *Retroperitoneal solitary fibrous tumor: a case report at the Hubert Koutoukou Maga University Hospital of Cotonou (Benin)* **IMOROU SOUAÏBOU Y et al.**..... **303**
- 12) *Bowell obstruction with ileal necrosis secondary to massive ascariasis associated with Meckel's diverticulum: a case report* **Tendeng JN et al** **308**

CANCERS CUTANES SUR PEAU NOIRE : ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES AU CHU YALGADO OUEDRAOGO

BLACK SKIN'S CANCERS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS AT THE YALGADO OUEDRAOGO UNIVERSITY HOSPITAL

Zongo N¹, Guira M², Yaméogo SLC³, Bagué AH¹, Yaméogo PB², Konkobo D², Windsouri M³, NLM Ouédraogo⁴, Niamba P⁵, Traoré A⁵.

Services

1 : Chirurgie générale et digestive, Centre hospitalo-universitaire Yalgado OUEDRAOGO

2 : Institut Joliot-Curie de Dakar

3 : Chirurgie générale, Centre hospitalo-universitaire de Tengandogo

4 : Hôpital Saint Camille de Ouagadougou, pôle chirurgical

5 : Service de dermatologie, CHU Yalgado Ouédraogo

Auteur Correspondant : ZONGO Nayi, Maître de Conférences Agrégé, Cancérologie Chirurgicale, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso, 0022676653977, nayizongo@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Étudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques des cancers cutanés au CHU Yalgado Ouédraogo.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive réalisée sur 9 mois, du 1^{er} mars au 30 novembre 2020. Les services de dermatologie-vénérologie, de chirurgie générale et digestive du CHUYO ont servi de cadre d'étude. Tous les cas de cancers cutanés histologiquement confirmés ont été inclus.

Résultats : Trente cas de cancers cutanés ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 48,5 ans. Le sex-ratio était de 0,6. Les principaux facteurs de risque étaient les plaies chroniques (36,4 %) et l'albinisme (27,6 %). Les ménagères et les cultivateurs représentaient 73,3 % des patients. Le délai de consultation moyen était de 13,4 mois. La taille moyenne de la tumeur était de 9,2 cm. Les tumeurs étaient ulcéro-bourgeonnantes dans 40 % des cas. Les localisations prépondérantes étaient les membres inférieurs dans 36,7 % des cas. L'échographie des parties molles avait été réalisée chez 8 patients qui présentaient

une tuméfaction. Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent (40 %). Un bilan d'extension était réalisé chez 16 patients. La chirurgie était le principal moyen thérapeutique. Elle a été réalisée dans 22 cas. La résection de la tumeur a été associée à un curage inguinal dans 4 cas. L'imatinib à raison de 400mg / jour a été utilisé dans 1 cas de dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand. Les curages se sont compliqués de lymphorrhée dans 3 cas. La survie globale a été de 83 %.

Conclusion : Les cancers cutanés surviennent chez des patients relativement jeunes. Les tailles tumorales sont importantes. Le carcinome épidermoïde est le plus fréquent. Une prise de conscience des populations réduirait les délais diagnostiques et améliorerait le pronostic.

Mots clés : cancers cutanés, peau noire, CHU Yalgado Ouédraogo

Summary

Objective: To study the clinical, diagnostic and therapeutic aspects of skin cancer at the CHU Yalgado Ouedraogo.

Methods: This was a cross-sectional and descriptive study carried out over 9 months, from March 1 to November 30, 2020. The dermatology-venereology, general and digestive surgery departments of CHUYO served as the study framework. All histologically confirmed cases of skin cancer were included.

Results: Thirty cases of skin cancer were collected. The mean age of the patients was 48.5 years. The sex ratio was 0.6. The main risk factors were chronic wounds (36.4%) and albinism (27.6%). Housewives and farmers accounted for 73.3% of the patients. The average consultation time was 13.4 months. The average size of the tumor was 9.2 cm. The tumors were ulcerative in 40% of cases. The predominant locations were the lower

limbs in 36.7% of cases. Soft tissue ultrasound was performed in 8 patients who presented with swelling. Squamous cell carcinoma was the most common histologic type (40%). An extension assessment was performed in 16 patients. Surgery was the main therapeutic means. It was performed in 22 cases. Resection of the tumor was associated with inguinal dissection in 4 cases. Imatinib 400 mg / day has been used in Darier and Ferrand's dermatofibrosarcoma. The dissection was complicated by lymphorrhea in 3 cases. Overall survival was 83%.

Conclusion: Skin cancers occur in relatively young patients. Tumor sizes are important. The most common is squamous cell carcinoma. Raising public awareness of skin health problems would reduce diagnostic times and improve prognosis.

Keywords: skin cancer, black skin, CHU Yalgado Ouedraogo

INTRODUCTION

Le fardeau mondial du cancer est passé de 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès en 2018 à 19,2 millions de nouveaux cas et 9,9 millions de décès en 2020 [1, 2, 3]. Les cancers de la peau ont une incidence croissante et sont classés au 3^{ème} rang de l'ensemble des cancers [4]. Ils sont parmi les plus fréquents en occident [2, 3, 5]. En Australie, les cancers cutanés ont l'incidence la plus élevée au monde avec 33,6 cas / 100000 habitants [5]. Cette fréquence élevée en occident contraste avec sa relative rareté en milieu africain. En effet, les cancers cutanés représentent 7,5% à 11,8% de l'ensemble des cancers en Afrique [6, 7]. Leur prise en charge repose essentiellement sur la chirurgie, mais aussi la radiothérapie, les traitements systémiques et la cryothérapie [2]. Au Burkina Faso, il existe peu de données épidémiologiques et thérapeutiques récentes concernant les cancers de la peau. En outre, il s'agit le plus souvent d'études rétrospectives. Nous

avons initié ce travail prospectif dans le but de décrire les aspects cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques au CHU Yalgado Ouedraogo.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude prospective descriptive couvrant la période du 1^{er} mars 2020 au 30 novembre 2020, soit neuf (9) mois. Elle a concerné tous les cas de cancers cutanés primitifs diagnostiqués durant la période d'étude. Le diagnostic de cancer cutané a été obtenu sur la base de l'examen clinique mené à deux niveaux par un dermatologue et un cancérologue, et de l'histologie. Les services de dermatologie – vénérologie, de chirurgie générale et digestive du CHU Yalgado Ouedraogo ainsi que les laboratoires d'anatomie pathologique de la ville de Ouagadougou nous ont servi de cadre d'étude. La collecte des données a été faite de manière prospective. Une fiche de

recueil de données pré-établie pour chaque patient a été utilisée. Les informations ont été recueillies au cours d’entretien direct avec les patients, à partir des registres de consultation, des registres de compte rendu opératoire, des carnets de santé des patients, et des registres d’anatomie pathologique. Pour chaque patient, ont été pris en compte les aspects socio-démographiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Ces différentes données ont été analysées à l’aide du logiciel Epi info3.5.1 dans sa version française. Avant le début de l’étude, l’accord des responsables des structures sanitaires concernées ainsi que le consentement éclairé des patients ont été pris en compte. L’anonymat et la confidentialité ont été respectés pour tous les patients.

RESULTATS

En 9 mois, 30 cas de cancers cutanés ont été colligés, soit une moyenne de 3 patients par mois. Le sex-ratio était de 0,6. L’âge moyen des patients était de 48,5 ans avec des extrêmes de 15 et 73 ans (tableau I). Parmi les patients de moins de 25 ans, 3 étaient albinos. Les ménagères et les cultivateurs représentaient 73,3% des patients. Les principaux facteurs de risque étaient les plaies chroniques (08) et l’albinisme (06) (tableau I). Le délai moyen de consultation était de 13,6 mois. L’ulcération constituait le motif de consultation dans 66,6% des cas (tableau I). Les lésions étaient, dans 70% des cas, situées sur les zones découvertes (tableau I).

Tableau I : Aspects épidémiologiques et clinico-pathologiques des cancers cutanés

Paramètres	Effectifs	Pourcentage (%)
Tranche d’âge n=30		
[15 – 25[	4	13,3
[25 – 35[	4	13,3
[35 – 45[	5	16,7
[45 – 55 [	5	16,7
[55 – 65[	6	20,0
[65 – 75[	6	20,0
Facteurs de risque n=22		
Plaie chronique	8	36,4
Albinisme	6	27,3
Cicatrice de brûlure	3	13,6
Antécédent de cancer cutané	3	13,6
Immunodépression	2	9,1
Motif de consultation n= 30		
Ulcération	20	66,6
Tuméfaction	6	20
Douleur	2	6,7
Impotence fonctionnelle	2	6,7
Localisation n=30		
Membres inférieurs	11	36,7
Tronc	8	26,7
Tête	6	20,0
Membres supérieurs	4	13,3
Périnée	1	3,33
Type histologique n=30		
Carcinome cutané	15	50
Mélanome	9	30
Fibrosarcome	3	10
Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand	1	3,3
Sarcome sans précision	1	3,4
Histiocytofibrome malin	1	3,3

La taille moyenne des tumeurs était de 9,2 cm avec des extrêmes de 05 et 20 cm. Les tumeurs ulcérées représentaient 73,3 % des cas (figure 1).

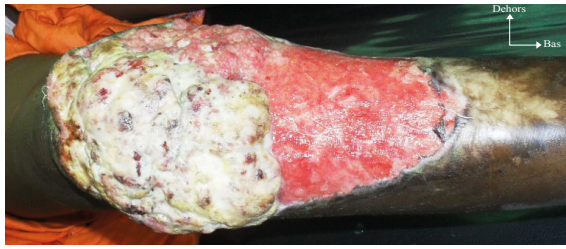


Figure 1 : Tumeur ulcéro-bourgeonnante sur cicatrice de brûlure du genou et de la jambe droite dont l'histologie a confirmé un carcinome spinocellulaire

Vingt-deux patients avaient eu une radiographie. Une atteinte osseuse associée a été retrouvée chez 1 patient. Elle était à type d'ostéolyse. Huit patients ont bénéficié d'une échographie des parties molles. Dans six cas, les masses étaient superficielles, n'atteignant pas les plans musculaires et profonds dans 2 cas. Les limites tumorales étaient irrégulières chez tous les patients. La tumeur était vascularisée au Doppler chez les huit patients.

Les carcinomes cutanés représentaient 50% des types histologiques (tableau I) repartis en spinocellulaire (12 cas), basocellulaires (2 cas) et en carcinome indifférencié (1 cas). La nature mélanocytaire était précisée dans 3 cas. Il s'agissait de 2 cas de mélanome acrolentigineux et 1 cas de mélanome de Dubreuilh. Cliniquement douze patients avaient présenté des adénopathies satellites. Il s'agissait de 5 cas de carcinome spinocellulaire, 5 cas de mélanome, 1 cas de sarcome et 1 cas d'histiocytofibrome. Parmi les 5 cas de carcinome spinocellulaire, 3 étaient associés à des adénopathies inguinales. Dans les 5 cas de mélanome, nous avons noté des adénopathies inguinales chez 4 patients et axillaires chez 1 patient (figure 2).



Figure 2: Adénopathie inguinale nécrotique d'un mélanome de la plante du pied gauche

Le sarcome et l'histiocytofibrome malin du membre inférieur présentaient des adénopathies inguinales. La figure 2 représente une adénopathie inguinale d'un mélanome de la plante du pied gauche.

Un bilan d'extension à type de tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisé chez tous nos patients. Nous avons retrouvé une extension métastatique d'emblée au niveau pulmonaire, hépatique, et ganglionnaire multiple chez une patiente. Celle-ci présentait un mélanome à localisation inguinale et mammaire bilatérale.

Aucun carcinome cutané ne présentait de métastase viscérale (tableau I). Trois cas de mélanomes avaient été classés selon Clark et Mihm en niveau IV (2 cas) et un en niveau II (1 cas). Les fibrosarcomes (3 cas) étaient classés en $T_{2a}N_0M_0$. Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand était de stade $T_{2a}N_0M_0$. L'histiocytofibrome malin était classé stade $T_{2a}N_1M_0$ et le sarcome de stade $T_{1a}N_1M_0$.

Sur le plan thérapeutique, vingt-six (26) cas sur trente avaient une indication chirurgicale. La chirurgie a été réalisée dans 22 cas (tableau II).

Tableau II : répartition des cancers cutanés selon les gestes chirurgicaux, n=22

Gestes	Effectifs	Pourcentage (%)
Exérèse large	16	72,8
Exérèse large + curage ganglionnaire	04	18,2
Amputation + curage ganglionnaire	01	4,5
Désarticulation + curage	01	4,5

Une résection large de la tumeur a été réalisée pour 16 patients. Une désarticulation metatarso-phalangienne du pied a été réalisée dans 1 cas de mélanome acrolentigineux prenant les 4 derniers orteils en association avec un curage crural homolatéral (figure 3).



Figure 3 a : Mélanome plantaire acrolentigineux



Figure 3 b : désarticulation tarsométatarsienne

Figure 3 : Mélanome plantaire traité par désarticulation

Comme gestes associés, nous avons pratiqué une plastie en « z » dans 02 cas et une greffe de la peau dans 01 cas. Un traitement systémique était indiqué chez un patient présentant un mélanome métastatique. Une chimiothérapie adjuvante à base de cysplatine-paclitaxel a été faite dans 5 cas. Le traitement adjuvant était une thérapie ciblée à base d’imatinib à raison de 400mg / jour dans 1 cas de dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand. Les complications post-opératoires étaient au nombre de cinq. Il s’agissait de lymphorrhée dans 3 cas et de la nécrose du greffon dans 1 cas. La survie globale a été de 83 % et aucune récurrence locale n’a été notée durant l’étude.

DISCUSSION

En 8 mois, nous avons colligés 30 cas de cancers cutanés soit une moyenne de 03 patients par mois. Ces données émanant du plus grand CHU du Burkina Faso révèlent malgré que cela ne soit que des données hospitalières la faible fréquence des cancers cutanés sur peau noire. En effet, la prévalence des cancers de la peau aux États-Unis est de 5,4 millions, et leur incidence annuelle en France serait de 65 000 cas [8, 9]. Les cancers cutanés ont l’incidence la plus élevée au monde en Australie avec 33,6 cas / 100000 habitants [5]. La faible fréquence des cancers cutanés est notée aussi par beaucoup d’autres auteurs ouest-africains [6, 7]. Cela s’explique en partie par la quantité importance de mélanine, facteur protecteur, sur peau noire.

L’âge moyen de nos patients (48,5 ans) était plus bas que dans les séries occidentales où la population est vieillissante [10, 11, 12, 13]. L’âge moyen lors du diagnostic des cancers cutanés semble être en corrélation avec l’espérance de vie des différentes populations [8, 9, 10, 11].

Les plaies chroniques ont constitué le principal facteur de risque (36,4 %) dans

notre série. Elles sont responsables de 10,4% des cancers cutanés en France [14]. Cependant, les mécanismes soutenant cette transformation maligne des plaies chroniques en cancers cutanés sont encore mal connus.

Le délai moyen de consultation était de 13,6 mois. Ce long délai de consultation retrouvé dans la plupart des séries africaines est le reflet des pesanteurs socio-culturelles et de l'inaccessibilité aux soins (géographique et financière) [10, 15].

En effet, beaucoup de patients consultaient d'abord les tradipraticiens dans la démarche initiale de la prise en charge de leur pathologie. Cela est conforme aux croyances locales selon lesquelles, la maladie en particulier le cancer relève de la malédiction, du mauvais sort. Une bonne sensibilisation des populations devrait permettre de réduire les délais de consultation et permettre des détections précoces.

La taille moyenne des tumeurs dans notre étude était de 9,2 cm. Elle était de 5,6 cm au Maroc et de 13 cm au Togo [15, 16]. Cette taille moyenne est beaucoup plus petite en Europe du fait de délais raisonnables de consultation [17]. La taille de la tumeur serait donc corrélée à la durée d'évolution de la tumeur. L'extension ganglionnaire a été rarement rapportée dans la littérature occidentale [12, 18, 19]. Du fait des retards diagnostiques, douze de nos patients présentaient des adénopathies satellites. Pour les carcinomes spinocellulaires, cette extension ganglionnaire existe dans 2% des cas pour les localisations cutanées et dans 20% des cas pour les formes muqueuses [19]. Dans le cas des mélanomes, dès un niveau II de Clark et Minh, l'extension ganglionnaire est très probable [19]. Dans notre série, le type histogénétique le plus retrouvé était le carcinome avec une prédominance des carcinomes spinocellulaires. Cette prédominance a également été notée dans plusieurs études africaines [12, 20]. Cela contraste avec d'autres études. En effet aux Antilles françaises et au Maroc, les auteurs

notaient que le carcinome basocellulaire était le plus fréquent représentant respectivement 82% et 49% des cancers cutanés [10, 13].

La chirurgie représente un pan important dans le traitement des cancers cutanés. Ainsi, elle a été réalisée chez 22 de nos patients soit 73,3% des cas. Cela est en accord avec les données de la littérature [10, 21]. En effet, la chirurgie reste le traitement de choix des carcinomes cutanés, des mélanomes et des sarcomes [10, 17, 22, 21]. Une thérapie ciblée avait été indiquée dans la prise en charge du mélanome métastatique mais non réalisée du fait de son inaccessibilité dans notre contexte. La radiothérapie était indiquée chez 4 cas de sarcome. Aucun de ces patients n'avait bénéficié de la radiothérapie car elle n'est pas encore disponible au Burkina Faso. Cependant, elle est importante dans le traitement des cancers cutanés et améliore le contrôle local [8].

Les complications post - opératoires étaient à type de lymphorrhée inguinale dans 3 cas. C'est la complication la plus fréquente. Elle s'explique par la section des troncs lymphatiques lors du curage. Aucune récurrence locale n'a été notée durant notre étude de 8 mois.

Cependant au Maroc, les auteurs ont noté des récurrences dans 2,2 % des cas de chirurgie pour cancers cutanés dans les 4 mois qui ont suivi l'acte chirurgical [16]. Un délai de suivi plus long permettrait de déceler les éventuelles récurrences dans notre contexte de travail sans radiothérapie. Quatre-vingt-trois pour cent des patients étaient en vie à la fin de notre étude. Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature où globalement les cancers de la peau ont une mortalité faible [10, 23]. En effet, malgré une augmentation d'incidence des cancers cutanés de 44% aux états unis entre 2002 et 2011, la mortalité est restée stable [23]. Elle reste toutefois liée aux stades diagnostiques. C'est pourquoi la mortalité est plus forte dans la population hispanique et noire malgré une faible

incidence comparée à la population blanche où l'incidence est plus forte aux Etats Unis [23]. La détection précoce, et un traitement adéquat restent donc les deux éléments qu'il faut promouvoir pour un meilleur pronostic.

CONCLUSION

Les cancers cutanés surviennent chez des patients relativement jeunes. Les tailles tumorales sont importantes. Le carcinome épidermoïde est le plus fréquent. Une prise de conscience des populations sur les problèmes de santé de la peau réduirait les délais diagnostiques et améliorerait le pronostic. En outre, l'avènement de la radiothérapie au Burkina Faso devrait apporter une nette amélioration du pronostic des cancers de la peau.

REFERENCES

1. Centre International de Recherche sur le Cancer. Dernières données mondiales sur les cancers : Globocan 2020. OMS. 2020 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al.** Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidences and Mortality Worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Ca Cancer J Clin.* 2018; 68: 394–424.
3. **Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al.** Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. *Tumeurs solides.* Saint-Maurice : santé publique France, 2019. 372 p. <http://www.santepubliquefrance.fr/>.
4. **Fletcher M, Unni K, Mertens F.** World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone. Lyon : IARC Press, 2002, 29. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-Soft-Tissue-And-Bone-2013>.
5. Australian institute of health and welfare. Health system expenditures on cancer and other neoplasms in Australia, 2000-01. Canberra : AIHW, 2005 ; 60.
6. **Barro-Traoré F, Traoré A, Konaté I, Traoré SS, Sawadogo NO, Soudré BR, Sanou I, Heid A, Grosshans A.** Tumeurs cutanéomuqueuses : aspects épidémiologiques dans le service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Cahier d'études et de recherche francophone santé.* 2003(13) : 101-4.
7. **Nako-Koura G, Pitche P, Tchangai-Walla K, James K, Kpodzro K.** Les cancers cutanés au Togo. *Bulletin du cancer,* 1997 ; 84(9) :877-9.
8. **Amani G, Gharbi A, Mokni S et al.** Les métastases cutanées des cancers profonds : une revue de 27 ans. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie,* , 2014, 141 (12) : 324-326.
9. **Lok C, Vabres P, Aractingi S et al.** Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques, Elsevier Masson SAS 0151-9638, 11 février 2015
10. **Dumond S, Coubret A.** Iatrogénie médicamenteuse et cancers de la peau. Elsevier Masson SAS. *Actualités pharmaceutiques* n° 581, 2018.

- 11. Bolac C, Cordel N, Deschamps L et al.** Étude prospective de l'incidence des cancers cutanés dépistés en pratique dermatologique aux Antilles françaises. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. Elsevier Masson SAS. 2011, 138, 11—16.
- 12. Mateus C, Robert C.** Dermatologie et infections sexuellement transmissibles , 2017, Elsevier Masson SAS.
- 13. Sénet P, Combemélé P, Debure C, et al.** For the Anglo-Dermatology Group of the French Society of Dermatology. Malignancy and Chronic Leg Ulcers. The Value of Systematic Wound Biopsies: A Prospective, Multicenter, Cross-sectional Study. *Arch dermatol*. 2012, 148 (6): 704-8.
- 14. Penel N, El Bedoui S, Robin YM, Decanter G.** Dermatofibrosarcoma: Management. *Bull Cancer* 2018;105(11):1094-1101. doi: 10.1016/j.bulcan.2018.08.008. PMID: 30297237
- 15. Pitche P, Tchamoja S, Napo kG, et al.** Les cancers cutanés en consultation dermatologique à Lomé. *Médecine d'Afrique Noire* : 1997, 44 (1):15-7.
- 16. Bazouti S, Mouzouri N, Zizil N, et al.** Cancers cutanés : mise au point épidémioclinique de la région orientale marocaine. *Journal Marocain des sciences médicales* ; 2009, 16 (3) : 45-48.
- 17. Bonnet blanc JM, Doutren S, Dréno B.** Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. *Ann Dermatol Venerol* 2005 ; 132 :7S127-7S133.
- 18. Fontaine J, Mielczarek S, Meaume S, et al.** Fréquence des cancers cutanés non diagnostiqués en hôpital gériatrique. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2008, 135, 651—655.
- 19. Mabula JB, Chalya PL, Mchembe MD, et al.** Skin cancers among Albinos at a University teaching in Northwestern Tanzania: a retrospective review of 64 cases. *BMC Dermatology* 2012 12 5: 1-7.
- 20. Djilas ID, Prvulovic N, Bogdanovic-S D, et al.** Dermatofibrosarcoma protuberans of the breast: mammographic, ultrasound, MRI and MRS features. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280 (5):827–30.
- 21. Guillot B, Du- Tanh A.** Tumeurs malignes cutanées épithéliales et mélaniques. *La Revue Du Praticien*. 2012 ; 62 :247-254.
- 22. El Fares N, Rachid M, Meteh S, Hocar o, Akhdari N, Amal s, Belaabidia B, Hakkou A, Ben Hari B, Eddafali B.** Les carcinomes épidermoïdes de la région céphalique (étude de 178 cas). *Maroc. J. Afr. Cancer*, 2010, 2 :178-182.
- 23. Watson M, Dawn MH, Maguire-Eisen M .** Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk. *Semin Oncol Nurs*. 2016;32(3):241-54. doi: 10.1016/j.soncn.2016.05.005

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 ; 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 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.