



**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 Ndoye - **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 Ouédraogo **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

**PRATIQUE DE L'HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE OBSTETRICALE AU
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE**

**PRACTICE OF OBSTETRICAL HEMOSTASIS HYSTERECTOMY AT THE
NATIONAL HOSPITAL CENTER OF PIKINE**

DIOUF AA, DIALLO M, SENE C, DIA A, GUEYE K, DIOUF A.

Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine

Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Abdoul Aziz Diouf

Adresse : Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine

Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal / Tel : 00221776514015 / Email : dizzefr@yahoo.fr

Résumé

Introduction : L'hystérectomie d'hémostase est une étape clé dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum qui reste la première cause de mortalité maternelle dans le monde.

Les objectifs étaient d'apprécier la fréquence de ce geste chirurgical, les principales indications et évaluer le pronostic de ces patientes.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive de 52 dossiers de patientes colligées de Janvier 2014 à Décembre 2018. Elle concernait les parturientes admises au service de Gynécologie-Obstétrique et ayant subi une hystérectomie d'hémostase. Les caractéristiques cliniques, les données de l'intervention et le devenir maternel et fœtal étaient étudiés.

Résultats : Les résultats étaient les suivants : les hystérectomies d'hémostase représentaient 0,29% des accouchements. Les principales indications étaient l'atonie utérine (44,2%), l'hématome rétro-placentaire (26,9%) et la rupture utérine (19,2%). Les primigestes (17,3%) voyaient s'échapper le rêve d'être mère un jour. La létalité maternelle était de 17,3%. La survie de la femme dépendait de l'état hémodynamique et de l'organisation du transfert. Les limites essentielles étaient le

manque de renseignements sur les complications tardives.

Conclusion : L'hémorragie du post-partum par atonie utérine était la principale raison de l'hystérectomie d'hémostase dans notre étude. La surveillance de la grossesse et l'identification à temps des risques pourrait réduire le risque d'hystérectomie d'hémostase.

Mots clés : hystérectomie, hémostase, hémorragie

Abstract

Introduction: Hemostasis hysterectomy is a key step in the management of postpartum hemorrhage, which remains the leading cause of maternal mortality in the world.

The objectives were to assess the frequency of this surgical procedure, the main indications and to evaluate the prognosis of these patients.

Material and method: This was a retrospective descriptive study of 52 patient files collected from January 2014 to December 2018. It concerned parturients admitted to the Department of Gynecology-Obstetrics and who underwent a hemostasis hysterectomy. Clinical characteristics, procedure data and maternal and fetal outcome were studied.

Results: The results were as follows: hysterectomies for hemostasis represented

0.29% of deliveries. The main indications were uterine atony (44.2%), retroplacental hematoma (26.9%) and uterine rupture (19.2%). Primigravida (17.3%) saw the dream of being a mother one day slip away. Maternal lethality was 17.3%. The survival of the woman depended on the hemodynamic state and the organization of the transfer. The main limitations were the lack of information on late complications.

Conclusion: Postpartum hemorrhage due to uterine atony was the main reason for hemostasis hysterectomy in our study. Pregnancy monitoring and early identification of risks could reduce the risk of hemostasis hysterectomy.

Key words: hysterectomy, hemostasis, hemorrhage

INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) reste un problème de santé publique et est source de mortalité et de morbidité maternelles non négligeables [1,2]. Les moyens de lutte sont limités et le taux de mortalité maternelle élevé [3]. De nouvelles techniques conservatrices telles que les ligatures vasculaires et les compressions utérines se développent et l'incidence de l'hystérectomie d'hémostase a nettement diminué dans les pays développés [2]. Les objectifs de ce travail étaient d'apprécier la fréquence de ce geste chirurgical, les principales indications et d'évaluer le pronostic de ces patientes ayant subi une hystérectomie d'hémostase dans notre service.

PATIENTES ET METHODES

Cette étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine qui enregistre actuellement 4000 accouchements par an. Il s'agissait d'une cohorte rétrospective sur un total de 17323 accouchements. Elle concernait toutes les femmes admises dans le service pour accouchement. Nous avons colligé tous les cas d'hystérectomie d'hémostase après une grossesse. Nous n'avons pas inclus les hystérectomies d'hémostase pour grossesse molaire (1 cas) et les dossiers non retrouvés (2 cas). Les paramètres étudiés étaient la fréquence, les aspects cliniques, les données de l'intervention et le devenir maternel et fœtal. Les données extraites

étaient analysées d'abord sur Microsoft Excel 2018 puis SPSS 21.

RESULTATS

Sur cette cohorte historique de 17323 accouchements, nous avons enregistré 320 cas (1,84%) d'hémorragie du post-partum immédiat. Parmi ces patientes présentant cette complication, 52 avaient bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase, ce qui représente une fréquence de 0,3%. Les hystérectomies d'hémostase représentaient 16,25% des hémorragies du post partum.

L'âge moyen des parturientes était de 31,7 ans avec une prédominance des tranches d'âge 31-40 ans (57,7%) et 19 - 30 ans (30,8 %). Les multipares étaient les plus concernées (65,4%). Toutefois, les primipares représentaient 17,3% des cas. Les principaux antécédents retrouvés étaient l'avortement (23%), la mort fœtale in utero (15,3%), et la césarienne (25%).

Les parturientes étaient référées par d'autres structures sanitaires dans 73,1% (tableau I) ; et parmi elles, 19,2% étaient reçues après avoir accouché ailleurs. La pré-éclampsie était la pathologie de la grossesse la plus fréquente (38,4%), suivies de la macrosomie fœtale (13,5%). Les patientes avaient accouché par césarienne dans 48,1%, et les grossesses étaient à terme (37 à 40 semaines d'aménorrhée) dans 65,4% des cas.

Tableau I. Caractéristiques générales des patientes

	Nombre (n = 52)	Pourcentage %
Age maternel (ans)		
< 19	2	3,8
19 – 30	16	30,8
31 - 40	30	57,7
> 40 SA	1	1,2
Parité		
Primipare	9	17,3
Paucipare	9	17,3
Multipare	16	30,8
Grande multipare	18	34,6
Age de la grossesse (SA)		
24-30	3	5,8
31-36	12	23
37-40	34	65,4
> 40	3	5,8
Type d'admission		
Évacuées	38	73,1
Non évacuées	14	26,9
Type d'hystérectomie		
Subtotale inter-annexielle	42	80,8
Subtotale avec annexectomie	3	5,8
Totale inter annexielle	7	13,4

Parmi les complications qui ont conduit au recours à la chirurgie d'hémostase, nous avons l'hémorragie du post-partum immédiat secondaire à une inertie utérine (44,2%), l'hématome rétro-placentaire (26,9 %) et la rupture utérine (19,2%). L'intervention était décidée en moins de 4 heures dans 69,2% des cas. Dans 86,7% des cas, l'hystérectomie était subtotale, avec ou sans conservation des annexes.

Les suites opératoires étaient simples dans 82,7% des cas et nous avons noté 9 cas de décès maternel, soit une létalité de 17,3% des cas. Les décès étaient survenus chez des patientes opérées des suites d'une

atonie utérine (3 cas), d'une rupture utérine (2 cas), d'un hématome rétro-placentaire (2 cas), du placenta accreta (1 cas) et une coagulopathie sur terrain de drépanocytose (1 cas). Concernant les nouveau-nés, ils étaient bien portant dans 51,9%, alors que les mort-nés représentaient 36,6 % des cas.

DISCUSSION

En Afrique, l'hystérectomie d'hémostase obstétricale reste une pratique courante. Le pourcentage varie considérablement d'un pays à l'autre. La fréquence de cette intervention est encore élevée dans notre pratique à l'instar de quelques pays africains comme le Niger ou la Nigéria. (Tableau II).

Tableau II. Incidence des hystérectomies dans quelques pays

Pays	Incidence	Références
Notre étude (Sénégal)	0,29%	-
Sénégal	0,45%	[9] Diouf
Niger	1,25%	[5] Nayama
Madagascar	0,32%	[6] Rakotoson
Nigeria	0,51%	[11] Abasiattai
Chine	0,22	[10] Peng

Mayi-tsonga retrouvait une fréquence de 0,07% des accouchements soit une hystérectomie pour 1431 accouchements au centre hospitalier de Libreville [4].

Les patientes étaient évacuées dans 73,1 % par des structures de santé environnantes. Cette situation pose le problème des besoins non couverts en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence. En effet, une césarienne effectuée dans les délais pourrait permettre de réduire de manière significative les gestes mutilants tels que l'hystérectomie. Nous retrouvons à

peu près les mêmes proportions des références dans d'autres études effectuées dans les pays en développement. La majorité des patientes au Niger provenaient des structures périphériques, ce qui n'était pas le cas au Madagascar (22,2%) [5, 6]. L'inertie utérine constituait l'indication la plus fréquente et retrouvée dans 44,2% des

cas (tableau III), suivie de l'hématome rétro-placentaire dans 26,9 % puis les ruptures utérines dans 19,2%. Nous avons retrouvé un taux bas de placenta accreta, contrairement aux pays développés où les facteurs étiologiques tels que l'interruption volontaire de grossesse et la césarienne sont plus fréquentes [7].

Tableau III : Indications des hystérectomies selon dans quelques pays

Pays	Atonie utérine	HRP	RU	Placenta accreta	Placenta praevia	Hellp syndrome	Référence
Notre étude	44,2	26,9	19,2	5,8	-	3,84	
Madagascar	13,3	11,1	42,2	24,5	-	-	[6]
Chine	37,5	-	17,5	53,1	-	-	[10]
Inde	25		17,9	21	-	-	[12]
Nigéria	-	-	93,2	-	-	-	[11]

HRP : hématome rétroplacentaire – RU : rupture utérine – HELLP : Hemolysis, Low Platelet, Liver Enzyme

Dans 86,7% des cas, l'hystérectomie était subtotale. Cette dernière présente les avantages de facilité, de réduction du temps opératoire, et comporte moins de risque d'infections et de lésions urétéro-vésicales. Certains auteurs recommandent cependant une hystérectomie totale afin d'éviter les difficultés de surveillance du moignon cervical restant [6,8].

La létalité maternelle est élevée dans notre série, à l'image de plusieurs études réalisées en Afrique subsaharienne. Cependant, la létalité est souvent nulle dans les pays occidentaux [9]. La survie de la femme dépend de la prise de décision

au moment opportun, mais surtout du plateau technique avec une bonne organisation des transferts entre hôpitaux.

CONCLUSION

Malgré son caractère mutilant, l'hystérectomie d'hémostase est une pratique de dernier recours qui permet d'assurer la survie de la mère. Cependant, pour qu'elle soit efficace, il faut qu'elle soit réalisée dans un cadre respectant une bonne organisation des références, mais surtout disposant un plateau technique adéquat.

RÉFÉRENCES

1. **Tournoux AS, Debord MP, Doussin JF, Cotton F Berland M.** Hémorragie du post partum : conduite à tenir. In: Lansac J, Descamps P. Pratique de l'accouchement. 5ème édition Paris : Elsevier Masson ; 2011:375-391.
2. International Confederation of Midwives (Icm), International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). Déclaration commune, prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum : nouvelle approche visant les milieux aux ressources restreintes. *J Gynecol Obstet Can* 2000;22(4):282-294.
3. World Health Organization (WHO). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf;jsessionid=C40A2AC79E3247349976FC6C205486FE?sequence=1. Consulté le 28/07/2019.
4. **Mayi tsonga S, Pither S, Meye JF, Ndombi I, Nkili MT, Ogowet N.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence À propos de 58 cas au Centre hospitalier de Libreville. *Cahiers Etudes Rech Fr Santé* 2004;14(2):89-92.
5. **Nayama M, Moulaye AA, Djibril B, Garba M, Idi N, Boukerrou M.** Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipé : un geste vital. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(10):900-905.
6. **Rakotoson N.** Hystérectomie d'hémostase en obstétrique au service de gynécologie obstétrique Befelatanana : à propos de 45 cas [Thèse Médecine]. Antananarivo : Université d'Antananarivo ; 2009, n°7914.
7. **Sentilhes L, Vayssiere C, Mercier FJ, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet MP, et al.** Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations (texte court). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014;43(10):1170-1179.
8. **Antoine JM.** La transplantation d'utérus : quelles indications ? *Méd Reprod* 2013;15(2):153-156.
9. **Diouf A, Faye EO, Moreira P, Guissé A, Sangaré M, Cissé CT, et al.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence. *Contracept Fertil Sex* 1998; 26(2):167-172.
10. Peng Y, Chen L, WU DB, HU WP, LI H. Analysis on 50 cases of emergency hysterectomy. *Biomed Res* 2017;28(17):7454-7457.
11. **Abasiattai AM, Umoiyo AJ, Utuk NM, Inyang-Etoh EC, Asuquo OP.** Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in southern Nigeria. *Pan Afr Med J* 2013; 15:60.
12. **Chawla J, Arora CD, Paul M, Ajmani SN.** Emergency obstetric hysterectomy: A retrospective study from a teaching hospital in North India over eight years. *Oman Med J* 2015; 30(3):181-186.

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 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'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: frchir@gmail.com; and copy: madiengd@hotmail.com; adehdm@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.