



**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**

**TUMEUR FIBREUSE SOLITAIRE RETROPERITONEALE : A PROPOS D'UNE
OBSERVATION AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT
KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU (BENIN)**

**RETROPERITONEAL SOLITARY FIBROUS TUMOR: A CASE REPORT AT THE
HUBERT KOUTOUKOU MAGA UNIVERSITY HOSPITAL OF COTONOU (BENIN)**

**IMOROU SOUAÏBOU Y¹, GBESSI DG¹, GNANGNON FHR¹, ZOUNON G¹,
MIYANHOUANDE CP¹, OLORYTOGBE J-L¹, MEHINTO DK²**

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

2 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B du Centre National Hospitalier
Universitaire Hubert Koutoucou MAGA, Cotonou, Bénin

*Auteur correspondant : Dr Y. IMOROU SOUAÏBOU Clinique Universitaire de Chirurgie
Viscérale / CNHU-HKM de Cotonou.*

*Email : imorouyacoubou@yahoo.fr / Tel : 229 95630695/ Code postal : 01BP188-Cotonou
Bénin*

Résumé

Introduction : les tumeurs fibreuses solitaires (TFS) se développent habituellement dans la plèvre. Plusieurs localisations extra-pleurales de ces tumeurs ont été rapportées. Nous rapportons un cas de volumineuse TFS rétro-péritonéale.

Observation : il s'agissait d'une patiente de 62 ans admise pour une masse douloureuse du flanc gauche évoluant depuis 6 mois sans autre signe associé. Elle avait un bon état général et une voussure du flanc gauche qui correspondait à une masse ferme, régulière, sensible, non adhérente au plan superficiel, peu mobile par rapport au plan profond et mesurant 10 cm de grand axe. Cette masse était solide et échogène avec une vascularisation importante à l'échographie, et se rehaussait intensément avec une néo-vascularisation péri-lésionnelle au scanner. Sous anesthésie générale, l'exploration chirurgicale, par une laparotomie médiane associée secondairement à une transversale gauche, avait permis de mettre en évidence une masse rétro-péritonéale du flanc et la fosse iliaque gauches d'environ 10 cm de grand axe sans extension aux organes de

voisinage rendant son exérèse complète.

Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce de résection avait conclu à une TFS rétro-péritonéale d'exérèse complète. A l'immuno-histochimie, les cellules tumorales exprimaient fortement le CD34. Elles exprimaient aussi le CD99 et le bcl2. Avec un recul de 2 ans, il n'y a aucun signe de récurrence mais le suivi à long terme reste nécessaire.

Conclusion : La TFS rétro-péritonéale est rare. Son diagnostic était confirmé à l'immuno-histochimie après l'exérèse complète de la tumeur chez notre patiente. Le suivi à long terme reste nécessaire.

Mots clés : Tumeur fibreuse solitaire, Rétro-péritoine, Chirurgie, Immuno-histochimie, Pronostic

Abstract

Solitary fibrous tumors (SFT) usually develop in the pleura. Several extrapleural locations of these tumors have been recently reported. Here we report the case of a large retroperitoneal SFT. This was a 62-year-old patient admitted with a painful left flank mass that had progressed for 6 months with no other associated signs. She presented a good general condition and an arching of the left flank which corresponded to a firm, regular and sensitive mass, not adherent to the superficial plane, little mobile in relation to the deep plane and measuring 10 cm. This mass was solid and echogenic with significant vascularization on ultrasound, and was intensely enhanced with perilesional neovascularization on CT. Under general anesthesia, surgical exploration, by a midline laparotomy associated secondarily with a left

transverse one, revealed a retroperitoneal mass of the left flank and the iliac fossa of about 10 cm long axis without extension to neighboring organs rendering its resection complete. The operative consequences were simple. Pathological examination of the resection piece concluded that a retroperitoneal TFS was completely excised. On immunohistochemistry, tumor cells strongly expressed CD34. They were also positive to CD99 and bcl2. With a follow-up of 2 years, there is no sign of recurrence but long-term follow-up is still necessary. Retroperitoneal SFT is rare. Diagnosis was confirmed by immunohistochemistry after complete tumor removal. Long-term follow-up is still necessary.

Key words: Solitary fibrous tumor, retroperitoneum, Surgery, immunohistochemistry, Prognosis

INTRODUCTION

Les tumeurs fibreuses solitaires (TFS) sont des tumeurs mésenchymateuses bénignes décrites pour la première fois en 1931 par Klemperer et Rabin [1]. Elles se développent habituellement dans la plèvre [1]. Cependant, elles peuvent être malignes et ces dernières années, plusieurs localisations extra-pleurales ont été rapportées. Nous rapportons ici le cas d'une grosse TFS retro-péritonéale et nous insistons sur les aspects morphologiques et immuno-histochimiques

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 62 ans, hypertendue connue sous amlodipine, aux antécédents d'hystérectomie totale pour myomatose utérine. Elle avait consulté pour une masse douloureuse du flanc gauche évoluant depuis 6 mois sans autres signes associés. Elle présentait un bon état général et une cicatrice abdominale médiane sous ombilicale. La voussure du

flanc gauche visible à l'inspection (**Figure 1**) correspondait à une masse ferme, régulière, sensible, non adhérente au plan superficiel, peu mobile par rapport au plan profond et mesurait environ 10 cm de grand axe.



Figure 1 : aspect de l'abdomen (flèche bleue) montrant la voussure du flanc gauche)

Le reste de l'examen somatique était normale. L'échographie abdominale avait

mis en évidence une masse tumorale du flanc gauche d'aspect bilobé, étendue d'environ 10,5 cm de grand diamètre, d'aspect tissulaire avec une vascularisation aussi bien interne que périphérique au doppler (**Figure 2**).

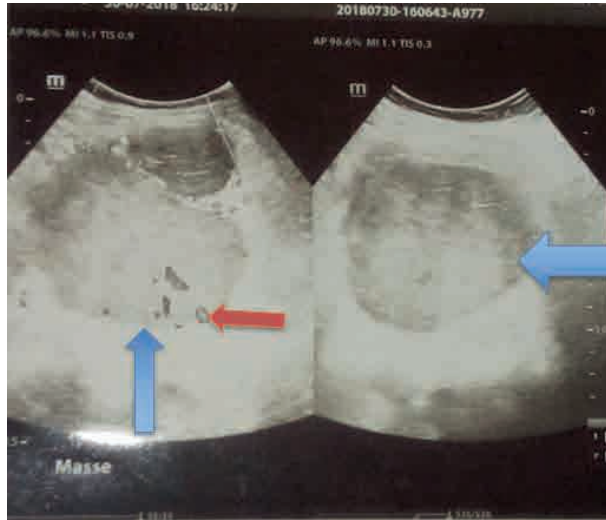


Figure 2 : Cliché échographique montrant la masse (flèche bleue) hyper vascularisée en mode doppler (flèche rouge)

Ses contours étaient réguliers. A la tomodensitométrie la masse tissulaire mesurait environ 12 cm de diamètre et semblait développée en avant du muscle iliopsoas gauche. La lésion présentait un centre nécrotique et une infiltration œdémateuse de la graisse péri-lésionnelle et du muscle ilio-psoas gauche. La lésion se rehaussait intensément et suivait le rehaussement de l'aorte abdominale. Il existait une néo-vascularisation péri-lésionnelle. Il n'y avait aucune lésion secondaire suspecte de malignité à distance de la tumeur. Sous anesthésie générale, l'exploration chirurgicale, par une médiane associée secondairement à une transversale gauche pour une meilleure exposition, avait permis de mettre en évidence une masse retro-péritonéale du flanc et la fosse iliaque gauches d'environ 10 cm de grand axe sans extension aux organes de voisinage rendant son exérèse complète (**Figure 3**).

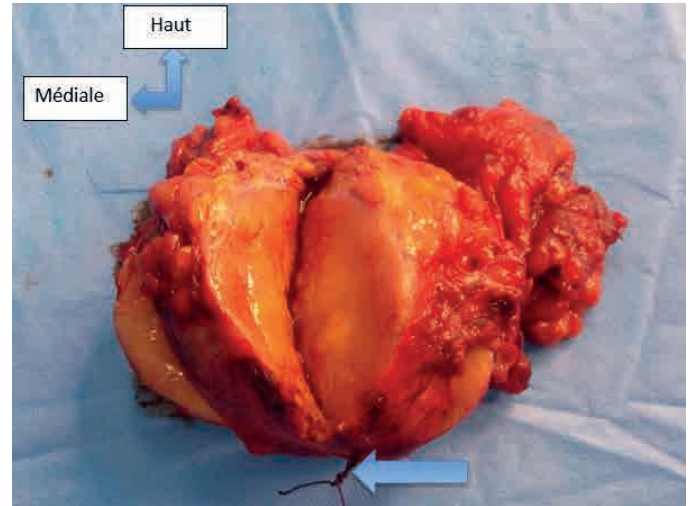


Figure 3 : pièce opératoire orientée par du fil (flèche bleue) et fendue

En effet, cette tumeur avait refoulé le sigmoïde et l'uretère gauche en avant et dedans. En outre, elle est indépendante du rein gauche et reposait sur le muscle psoas iliaque et l'artère iliaque gauches qui ne sont pas envahis. Les vaisseaux (néo-vascularisation décrite à l'échographie et au scanner) de cette tumeur étaient tributaires des vaisseaux iliaques.

Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce de résection avait conclu à une TFS retro-péritonéale d'exérèse complète. A l'immuno-histochimie, les cellules tumorales exprimaient fortement le CD34. Elles étaient positives aussi pour le CD99 et le bcl2. Avec un recul de 2 ans, il n'y a aucun signe de récurrence.

DISCUSSION

La tumeur fibreuse solitaire a été décrite pour la première fois par Klemperer et Rabin en 1931[1]. La TFS, désignée auparavant sous le nom de mésothéliome fibreux, de mésothéliome fibreux localisé, de tumeur fibreuse localisée, de mésothéliome localisé, de fibrome pleural, de mésothéliome fibreux solitaire ou encore de fibrome sous-mésothélial, a longtemps été considérée comme exclusivement à base pleurale [1,2]. La TFS se produit dans n'importe quelle partie du corps, en particulier dans la région

abdomino-pelvienne, le plus souvent dans le rétro-péritoine [3, 4]. Elle a été signalée dans une grande variété de sites extra-pleuraux comprenant l'orbite, les voies respiratoires supérieures, les glandes salivaires, la thyroïde, le péritoine, le foie, le rétro-péritoine, le bassin, les glandes surrénales, les reins, le cordon spermatique, la vessie, la prostate, le col utérin, la moelle épinière, le périoste et les tissus mous [5]. Elle survient de façon indifférente chez les adultes des deux sexes, principalement entre 40 et 70 ans [1,2,5]. Dans notre cas, la patiente avait 62 ans. La circonstance de découverte de ces tumeurs est variable [6,7]. L'hypoglycémie peut être révélatrice dans 10% des cas, et celle-ci serait liée à la production par des cellules tumorales de l'insuline-like growth factor [2]. Chez notre patiente il s'agissait de douleurs abdominales comme dans les 2 cas rapportés par Ouanes et al. [8]. Le caractère solide et échogène de la masse avec une vascularisation importante à l'échographie, la prise de produit de contraste et la nécrose tumorale au scanner étaient retrouvés chez notre patiente comme décrits par certains auteurs [5,9]. Les micro-biopsies guidées par l'imagerie se révèlent souvent non contributives [5] ; vu la rareté du matériel biopsié et la diversité morphologique de ces tumeurs. La biopsie n'a pas été réalisée chez notre patiente du fait de l'insuffisance du plateau technique. Le diagnostic différentiel peut s'avérer plus délicat avec certaines tumeurs malignes telles que les hémangiopericytomes, les mésothéliomes, les histiocytofibromes malins, les fibrosarcomes, les léiomyosarcomes ou encore les rhabdomyosarcomes [5]. Macroscopiquement ce sont des masses blanchâtres, grisâtres, volumineuses, bien limitées mais non toujours encapsulées. Leur taille moyenne est de 5 à 8 cm. La tumeur que nous avons décrite était donc particulièrement volumineuse. La nécrose et l'envahissement des structures adjacentes sont observés dans les tumeurs agressives ou malignes [5].

Histologiquement, il existe le plus souvent une grande variabilité architecturale désignée sous le terme de « patternless-pattern » par Stout [10]. Les cellules rondes ou fusiformes ont une disposition storiforme ou fasciculée, des zones hypercellulaires alternant avec des zones moins cellulaires [7]. Ce qui peut expliquer les difficultés d'analyse d'une biopsie. La tumeur fibreuse solitaire a une origine fibroblastique suggérée. Sur le plan immuno-histochimique, elle est fortement et constamment positive pour le CD34 et dans 75% des cas pour le bcl-2. Ces deux marqueurs apparaissent suffisants pour affirmer le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire [5] comme chez notre patiente. Malgré que la plupart des TFS soient bénignes, l'évolution reste imprévisible. Entre 10 à 15% [11] des TFS sont agressives voire malignes avec la survenue de métastases pulmonaires, hépatiques et osseuses. Les auteurs s'accordent sur la nécessité absolue de réaliser une chirurgie d'exérèse large la plus complète possible afin d'éviter les récurrences locales [11]. Certains auteurs préconisent une embolisation préalable avant la chirurgie pour réduire le risque hémorragique [12] et d'autres la laparoscopie [13]. Le comportement clinique n'est pas toujours prévisible à partir des constatations morphologiques, mais une hypercellularité, un index mitotique élevé et un aspect anaplasique sont des facteurs de mauvais pronostic. L'extirpabilité est le seul et plus important facteur déterminant de l'évolution [2]. L'exérèse chez notre patiente était complète. Dans leur localisation extra-pleurale, les TFS se comportent comme des tumeurs lentement évolutives, plutôt indolentes, dont le taux de récurrence est faible (2 à 15%), lié à la qualité de l'exérèse chirurgicale. Du fait de leur potentiel d'agressivité relativement incertain, il est licite de pratiquer une surveillance radio clinique annuelle au long cours [14]. Ces tumeurs ont un potentiel évolutif plutôt local et des cas de récurrence et de dégénérescence ont été

rapportés [14]. Avec un recul de 2 ans, l'évolution clinique et radiologique est favorable chez notre patiente.

CONCLUSION

Les tumeurs fibreuses solitaires rétro-péritonéales sont rares. La nature et le point de départ de ces tumeurs apparaissent

difficiles à déterminer sur les simples données de l'imagerie en particulier lorsqu'il s'agit de volumineuses tumeurs. Le diagnostic, difficile en préopératoire, repose sur l'examen anatomopathologique et l'immuno-histochimie. L'exérèse chirurgicale la plus complète possible, réalisée dans notre cas, est le traitement de choix. Le pronostic semble bon.

REFERENCES

1. **Klemperer P, Rabin C.B.** Primary neoplasms of the pleura. A report of five cases. *Arch. Pathol*, 1931; 11: 385-412.
2. **Adhami N, Ahmed R, Lento P, Shimshi M, Herman S, Teirstein A.** Fibrous pleural tumor with hypoglycaemia: case study. *Mount Sinai. J. Med*, 2004; 71: 344-46.
3. **Wilky BA, Montgomery EA, Guzzetta AA, Ahuja N, Meyer CF.** Extrathoracic location and "borderline" histology are associated with recurrence of solitary fibrous tumors after surgical resection. *Ann Surg Oncol* 2013;20:4080-9.
4. **Van Houdt WJ, Westerveld CM, Vrijenhoek JE, van Gorp J, van Coevorden F, Verhoef C, et al.** Prognosis of solitary fibrous tumors: a multicenter study. *Ann Surg Oncol* 2013;20: 4090-5.
5. **Bugel H, Gobet F, Baron M, Pfister CH, Sibert L, Grise P** : Tumeur fibreuse solitaire du rein et autres localisations à l'appareil urogénital : caractéristiques morphologiques et immunohistochimiques. *Prog. Urol*, 2003;13: 1397-1401.
6. **Hind C, Zakiya B, Azzouz H, Siham M, Abderrahim E, Fatima M, et al.** Primary solitary fibrous tumor of the retroperitoneum. *Clin Pract*. 2011 Sep 28; 1(4): e137. Published online 2011 Dec 13. doi: 10.4081/cp.2011.e137
7. **Takehiro M, Syotaro F, Kenjiro M, Hiroyuki K, Hitoshi I, Makoto O, et al.** Integrally calcified solitary fibrous tumor in the retroperitoneum: a case report and review of the literature. *Surg Case Rep*. 2016 Dec; 2: 14. Published online 2016 Feb 13. doi: 10.1186/s40792-016-0143-8
8. **Ounaies A, Ouni A, Moussa A, Halila M, Salem B, Jemni M.** La tumeur fibreuse solitaire rétro-péritonéale : à propos de deux observations. *Prog Urol*, 2005,15 :1128-31.
9. **Dario Casas J, Balliu E, Sanchez C, Mariscal A.** Benign solitary fibrous tumor of the retroperitoneum: radiological features cases. 2004; 28: 50-53.
10. **Stout A.P:** Tumors of the pleura. *Harlem Hosp. Bull*, 1971; 5: 54-57.
11. **Chan J.K.C:** Solitary fibrous tumour everywhere, and a diagnosis in vogue. *Histopathology*, 1977; 31: 568-76.
12. **Alejandro R, Javier C, Tatiana B, Alejandro M, Francisco J. I-G, Elisa A, and Carlos S.** Fibrous solitary tumor, a rare and ubiquitous neoplasm *JSCR*, 2020;6, 1-5. doi: 10.1093/jscr/rjaa602
13. **Kouki I, Masahiro N, Megumi Y, Yukari K and Keizo S.** Laparoscopic excision of a solitary fibrous tumor originating from the abdominal wall: a case report. *JSCR*, 2021;3, 1-4. doi: 10.1093/jscr/rjaa602
14. **Galbis Carvajal J.M, Sales Badia J.G, Navarro Hervas M, Mafe Madiueno J.J, Cordero Rodriguez P, Rodriguez Paniagua J.M.** Localized fibrous tumors of the pleura: clinical and surgical evaluation. *Arch. Broncopneumol*, 2004; 40: 419-21.

Le Journal Africain de Chirurgie (**J Afr Chir**) est un organe de diffusion des connaissances relatives à la Chirurgie Générale et aux Spécialités Chirurgicales, sous le mode d'éditorial ; d'articles originaux ; de mises au point ; de cas cliniques ; de notes techniques ; de lettres à la rédaction et d'analyses commentées d'articles et de livres.

L'approbation préalable du Comité de Lecture conditionne et la publication des manuscrits soumis au journal ; avec d'éventuels réaménagements. Les auteurs ont l'obligation de garantir le caractère inédit et l'absence de soumission à d'autres revues des articles proposés à publication.

Les locuteurs non francophones sont autorisés à soumettre des articles en langue anglaise. Le respect des recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki est exigé des auteurs. Si le travail objet de l'article nécessite la vérification d'un comité d'éthique, il doit être fait mention de l'approbation de celui-ci dans le texte. Les auteurs sont priés de respecter les règles de fond et de forme rappelés ci-après.

1-/ SOUMISSION DES MANUSCRITS

Les manuscrits doivent être envoyés en format normalisé (textes ; tableaux ; figures ; photographies) par courriel à l'adresse suivante : jafrchir@gmail.com ; et mettre en copie : madiengd@hotmail.com ; adehdem@gmail.com et alphaoumartoure@gmail.com .

2-/ PRESENTATION DES MANUSCRITS

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

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

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

2.1- PAGE DE TITRE

un titre (court) en français et en anglais ;

les noms des auteurs (nom de famille et initiales du prénom) ; l'adresse postale des services ou des laboratoires concernés ; l'appartenance de chacun des auteurs étant indiquée ;

le nom ; le numéro de téléphone ; de fax et l'adresse e-mail de l'auteur auquel seront adressées les demandes de modifications avant acceptation, les épreuves et les tirés à part (auteur correspondant).

2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

Prendre le titre avant le résumé en français et en anglais. Chaque article doit être accompagné d'un résumé de **250 mots au maximum**, en français et en anglais, **et de mots-clés (5 à 10)** également en français et en anglais.

La structuration habituelle des articles originaux doit être retrouvée au niveau des résumés : but de l'étude ; patients et méthode ; résultats ; conclusion.

2.3- TEXTE

Selon le type d'écrit, la longueur maximale du texte (références comprises) doit être la suivante :

Editorial : 4 pages ;
Article original et mise au point : 12 pages ;
Cas clinique et note technique : 4 pages ;
Lettre à la rédaction : 2 pages.

Le plan suivant est de rigueur pour les articles originaux : introduction ; patients et méthode ; résultats ; discussion ; conclusion références ; L'expression doit être simple, correcte, claire, précise et concise.

Les abréviations doivent être expliquées dès leur première apparition et leur forme conservée tout au long du texte ; elles ne sont pas utilisées dans le titre et le résumé. Elles doivent respecter la nomenclature internationale.

2.4- REFERENCES

Le nombre de références est au maximum de 30 dans les articles originaux et de 50 dans les mises au point. Toute citation doit être suivie d'une référence. La liste des références est consécutive selon leur ordre (numéro) d'apparition dans le texte. Toutes les références doivent être appelées dans le texte. Les numéros d'appel sont mentionnés dans le texte entre crochets, séparés par des tirets quand il s'agit de références consécutives (par exemple 1, 2, 3, 4 = [1-4]) et par des virgules quand les références ne sont pas consécutives [1,4]. Lorsque des auteurs sont cités dans le texte :

s'ils sont un ou deux, le ou les deux noms (sans l'initiale du prénom) sont cités ;
s'ils sont au moins trois, seul le nom du premier auteur est cité, suivi de la mention « et al. »

Les abréviations acceptées de noms de revues correspondent à celles de l'Index Medicus de la National Library of Médecine.

La présentation des références obéit aux normes de la « Convention de Vancouver » (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Fifth edition. N Engl J Med 1997; 336 : 309-16).

Les six premiers auteurs doivent être normalement mentionnés ; au-delà de ce nombre, seuls les six premiers seront cités, suivis d'une virgule et de la mention « et al. »

Exemples de références :

Article de périodique classique

Diop CT, Fall G, Ndiaye A, Seck L, Touré AB, Dieng AC et al. La pneumatoxystique intestinale. A propos de 10 cas. *Can J Surg* 2001;54 :444 -54. (Il n'y a pas d'espaces avant et après les signes de ponctuation du groupe numérique de la référence).

Article d'un supplément à un volume

Fall DF. La lithiase vésiculaire. *Arch Surg* 1990;4Suppl 1:302-7.

Livre (avec un, deux ou trois auteurs)

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

Livre à auteurs multiples avec coordonnateur(s)

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

Chapitre de livre

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

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

2.5- TABLEAUX

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

2.6- ILLUSTRATIONS

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

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

3-/ MISE EN PRODUCTION, CORRECTION D'ÉPREUVES, DEMANDES DE REPRODUCTION

L'insertion partielle ou totale d'un document ou d'une illustration dans le manuscrit nécessite l'autorisation écrite de leurs éditeurs et de leurs auteurs. Pour tout manuscrit accepté pour publication, lors de la mise en production, un formulaire de transfert de droits est adressé par courrier électronique par l'éditeur à l'auteur responsable qui doit le compléter et le signer pour le compte de tous les auteurs et le retourner dans un délai d'une semaine.

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

Les épreuves électroniques de l'article sont adressées à l'auteur correspondant. Les modifications de fond ne sont pas acceptées, les corrections se limitant à la typographie. Les épreuves corrigées doivent être retournées dans un délai d'une semaine, sinon, l'éditeur s'accorde le droit de procéder à l'impression sans les corrections de l'auteur.

Après parution, les demandes de reproduction et de tirés à part doivent être adressées à l'éditeur.

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

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

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

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

1-/ SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be sent in standardized format (texts, tables, figures, photographs) by email to the following address: 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.