



**Juin 2022, Volume 7
N°1, Pages 1 - 76**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoeye- **Ophtalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Jun 2022, Volume 7,
N°1, Pages 1 - 76

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

Sommaire

EDITORIAL (Invité) Dr. S Gentil

ARTICLES ORIGINAUX

Pages

- 1) La ligature intersphinctérienne du trajet fistuleux (LIFT) dans le traitement de la fistule anale cryptogénique : résultats préliminaires sur 15 cas. **Ndong A et al.**.....1
- 2) Urgences gériatriques au Service d'Orthopédie-Traumatologie du CHU Aristide Le Dantec : étude préliminaire **Dembélé B et al.**.....8
- 3) Facteurs de risque et morbidité des péritonites aiguës généralisées par perforation gastrique et duodénale à Bobo Dioulasso. **GLH Belemilga et al.**.....15
- 4) Couverture des pertes de substances du périnée : à propos de 9 patients. **Foba ML et al.**.....21
- 5) Chirurgie des communications interventriculaires isolées avec hypertension artérielle pulmonaire sévère : à propos de 11 cas. **Diop MS et al.**.....26
- 6) Lésions mammaires bénignes chez les femmes de moins de trente ans : aspects socio-démographiques, cliniques et anatomopathologiques dans deux hôpitaux de Yaounde. **Binyom PR et al.**.....33
- 7) Evaluation du pronostic des péritonites aiguës généralisées par le score de gravité de la « World Society of Emergency Surgery ». **MA. HODONOU et al.**.....40
- 8) Fractures pathologiques de membre sur cancer osseux : Dix ans d'expérience à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. **Soulama M et al.**.....47

CAS CLINIQUES

- 9) Insulinome de la queue du pancréas : à propos d'un cas. **A DIOP et al.**..... 57
- 10) Technique de séparation des composants après résection large d'un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand récidivant de la paroi abdominale. **B Diop et al.**.....61
- 11) Perforation intestinale après ingestion de pile bouton chez l'enfant : à propos d'un cas. **Mboup M et al.**.....68
- 12) Tumeur de Buschke-Lowenstein (Condylome acuminé géant) à localisation ano-scrotale à propos d'un cas à VIH au centre hospitalier universitaire (CHU) de Conakry. **Barry AM et al.**.....72

Contents

EDITORIAL (Guest) Dr. S Gentil

ORIGINAL ARTICLES

Pages number

- 1) *Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) in the treatment of cryptogenic fistula: preliminary results on 15 cases.* **Ndong A et al.**.....1
- 2) *Geriatric emergencies at the traumatology and orthopedy department of Aristide Le Dantec teaching Hospital: a preliminary study.* **Dembélé B et al.**.....8
- 3) *Risk Factors and morbidity of generalized acute peritonitis by gastric and duodenal perforation in Bobo Dioulasso.* **GLH Belemilga et al.**.....15
- 4) *Coverage of perineal substance loss: about 9 patients.* **Foba ML et al.**.....21
- 5) *Surgery of isolated ventricular septal defect with severe pulmonary arterial hypertension: about 11 cases.* **Diop MS et al.**.....26
- 6) *Benign breast lesions in women under thirty years: clinical, socio-demographic and anatomopathological aspects in two hospitals in Yaounde.* **Binyom PR et al.**.....33
- 7) *Evaluation of the prognosis of generalized acute peritonitis by the severity score of the World Society of Emergency Surgery (WSES).* **MA. HODONOU et al.**.....40
- 8) *Pathological limb fractures on bone cancer: Ten years of experience in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.* **Soulama M et al.**.....47

CASES REPORTS

- 9) *Pancreas tail insulinoma: a case report.* **A DIOP et al.**.....57
- 10) *Component separation procedure after large resection of a recurrent abdominal wall dermatofibrosarcoma tumor.* **B Diop et al.**.....61
- 11) *Intestinal perforation after ingestion of button battery in children: a case report.* **Mboup M et al.**.....68
- 12) *Buschke-Lowenstein Tumor (giant acuminate condyloma): a case report of an ano-scrotal location with HIV at the university hospital Center of Conakry.* **Barry AM et al.**.....72

**URGENCES GERIATRIQUES AU SERVICE D'ORTHOPEDIE
TRAUMATOLOGIQUE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC : ETUDE
PRELIMINAIRE**

**GERIATRIC EMERGENCIES AT THE TRAUMATOLOGICAL ORTHOPEDIC
DEPARTMENT OF ARISTIDE LE DANTEC TEACHING HOSPITAL: A
PRELIMINARY STUDY**

**DEMBÉLÉ. B ; DIOUF. A.B ; BELLA. M ; DIA. R ; SARR .L ; DAFFE. M ;
DIEME. C B**

Service Orthopédie-Traumatologie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar-Sénégal

Auteur correspondant : Dr Badara DEMBELE

Adresse postale : 3001 Avenue Pasteur Dakar Sénégal

Tel : 00 221 77 541 85 14 / Email : badaradembele81@gmail.com

RESUME

Introduction

Les urgences gériatriques constituent l'un des motifs de consultation orthopédiques les plus fréquents au service d'urgence. Il s'agit d'une situation pathologique dans laquelle, un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement afin d'éviter la survenue de complications fonctionnelles ou vitales au sein du service d'orthopédie traumatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec.

Patients et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale réalisée au service d'orthopédie traumatologie de l'HALD sur une période d'1 an, allant de Janvier 2013 à Décembre 2013. Ont été inclus tous les patients âgés de plus 60 ans et présentant au moins une lésion ayant nécessité une prise en charge médicale et/ou chirurgicale en urgence.

Résultats

Durant cette période d'étude 12,3% de l'ensemble des patients soit 419 cas ont été recrutés.

L'âge moyen des patients était de 71 ans avec un sex-ratio de 0,86 pour 100 hommes et 115 femmes. La majeure partie des patients résidaient dans la banlieue de Dakar soit 30,5%. Les patients étaient majoritairement autonomes avec des antécédents dominés par l'HTA.

Les pathologies traumatiques étaient le plus souvent retrouvées avec 90,7% des cas avec une prédominance des fractures de l'extrémité proximale du fémur. A côté des traumatismes, les pathologies non traumatiques représentaient 9,3% des cas dominées par les dermo-hypodermes bactériennes.

Le traitement orthopédique était le plus souvent indiqué en cas de fracture soit dans 56,2% (pour 99 patients sur les 176 cas). Chez ces patients les complications les plus souvent rencontrées sont ceux liées au décubitus et à la neuro-algodystrophie.

Conclusion

Les lésions fracturaires sont le plus souvent localisées au niveau de l'extrémité proximale du fémur et les circonstances de survenu sont dominées par les accidents domestiques. Quelle que soit la prise en charge elle vient s'ajouter sur un terrain de poly médication.

Mots clés : urgences-sujets âgées-orthopédie traumatologie

ABSTRACT

Introduction

Geriatric emergencies are one of the most frequent reasons for orthopedic consultation in the emergency department. This is a pathological situation in which a diagnosis and treatment must be carried out very quickly in order to avoid the

occurrence of functional or vital complications within the traumatology orthopedic department of the Aristide Le Dantec.

Patients and Method

This is a retrospective, descriptive and cross-sectional study carried out in the traumatology orthopedic department of the HALD over a period of 1 year, from January 2013 to December 2013. All patients aged over 60 were included. years and presenting at least one lesion requiring emergency medical and/or surgical treatment.

Results

During this study period, 12.3% of all patients, i.e. 419 cases, were recruited.

The average age of the patients was 71 years old with a sex ratio of 0.86 for 100 men and 115 women. Most of the patients lived in the suburbs of Dakar, i.e. 30.5%. The patients were mostly autonomous with a history dominated by hypertension.

Traumatic pathologies were most often found with 90.7% of cases with a predominance of fractures of the proximal end of the femur. Besides trauma, non-traumatic pathologies accounted for 9.3% of cases, dominated by bacterial dermo-hypodermatitis.

Orthopedic treatment was most often indicated in the event of a fracture, i.e. in 56.2% (for 99 patients out of the 176 cases). In these patients, the complications most often encountered are those related to decubitus and neuroalgodystrophy.

Conclusion

Fracture lesions are most often located at the level of the proximal end of the femur and the circumstances of occurrence are dominated by domestic accidents. Whatever the treatment, it is added to a field of poly medication.

Keywords : *emergencies-elderly subjects-orthopedics traumatology*

INTRODUCTION

Les urgences gériatriques constituent l'un des motifs de consultation les plus fréquents au service d'urgence d'orthopédie traumatologie (fréquence de 12,3%) [1,2]. Tout médecin devrait pouvoir décider du type d'urgence et de la stratégie de prise en charge qui correspond selon les indications. Pour prendre cette décision, il doit connaître la prévalence, l'expression clinique et paraclinique des différentes pathologies selon l'âge, le sexe, le contexte médical particulier [3].

Les personnes âgées du fait de leur âge, constituent une population très souvent négligée. L'absence de données sur la prise en charge des urgences gériatriques en Orthopédie-Traumatologie au Sénégal nous a amené à initier ce travail. Cela conduit malheureusement à une sous-évaluation et une prise en charge insuffisante de cette population surtout dans les services d'accueil et d'urgence.

Le but de notre travail était de faire un état de lieux sur les urgences orthopédiques et traumatologiques du sujet âgé, en étudiant les données épidémiologiques et sociodémographiques, les aspects cliniques et évaluer les modalités de la prise en charge thérapeutique.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et transversale réalisée au service des urgences d'orthopédie traumatologie de l'hôpital Aristide Le DANTEC durant la période du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2013. Elle avait concerné tous les patients reçus aux urgences âgés au moins de 60 ans et présentant au moins une lésion ayant nécessité une prise en charge médicale ou chirurgicale.

Les données ont été recueillies à l'aide de fiches d'enquête comportant :

- les données épidémiologiques et sociodémographiques ;
- les aspects cliniques ;
- les aspects thérapeutiques et les contraintes de cette étude

RESULTATS

Au total 215 patients étaient retenus sur un total de 3399 patients reçus aux urgences durant cette période. Il s'agit de 115 femmes et de 100 hommes. L'âge moyen était de 71 ans avec des extrêmes de 60 et 107 ans. Les circonstances de survenu étaient dominés par les accidents domestiques par chute soit 64% suivi des accidents de travail (18%) et des accidents de la voie publique (18%).

Les personnes âgées représentent 12,3% (215/3399) de l'ensemble des patients reçus aux urgences durant cette période. Et parmi elles 51,3% répondaient à nos critères.

Le sex-ratio était de 0,86 (53% des femmes et 47% des hommes). La majeure partie des

patients résidait dans Dakar et sa banlieue soit 74,4%. Le reste venait des autres régions du Sénégal. L'autonomie mentale était conservée chez 93% des patients et l'autonomie physique antérieure au traumatisme dans 84,1% des cas. Plusieurs patients présentaient des tares (42,3% des cas). L'hypertension artérielle était la plus fréquente (26%) suivie du diabète (11,1%), de l'asthme (3,2%) et de la drépanocytose (1,9%).

Les pathologies rencontrées étaient traumatiques dans 90,7% des cas. Parmi elles, les fractures représentaient 90%, suivies des plaies traumatiques (8%) et enfin des luxations et entorses (1% chacune soit 2 cas).

On note une plus grande fréquence des fractures de l'extrémité proximale du fémur (43,8%) suivi des fractures de l'extrémité distale du radius (42,7%). La répartition des fractures selon leur siège est représentée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition selon le siège des fractures

Siège	Type de fractures	Effectifs	Pourcentages %
Membre thoracique	Fracture de l'extrémité distale du radius	75	42,7
	Fracture des métacarpiens	6	3,4
	Fracture des phalanges	3	1,7
	Fracture de l'acromion	3	1,7
	Fracture de l'omoplate	2	1,1
Rachis	Fracture du rachis lombaire	4	2,2
Membre pelvien	Fracture de l'extrémité proximale du fémur	77	43,8
	Fracture des 2 os de la jambe	6	3,4
Total		176	100

S'agissant des luxations, elles étaient toutes de l'épaule (n=2) et les entorses siégeaient à la cheville dans les 2 cas.

Les pathologies non traumatiques étaient représentées par les pathologies infectieuses avec un pourcentage de 9,3% (n=20). Il s'agissait de dermo-hypodermes

bactériennes (n=8), de phlegmons de la main (n=5), de panaris (n=5) et de gangrènes (n=2). Parmi ces patients, 11 étaient diabétiques et 2 hypertendus.

Sur le plan thérapeutique la prise en charge était fonction de la lésion observée chez nos patients :

- les fractures étaient traitées orthopédiquement dans 56,2% des cas, chirurgicalement dans 37,5% et fonctionnellement dans 6,2% des cas. Soixante-six cas de fracture de l'extrémité proximale du fémur sur les 77 cas ont été pris en charge chirurgicalement par 23 prothèses intermédiaires, 40 vis-plaques dynamiques et 3 vissages ;
- tous les patients présentant des plaies traumatiques ont été pris en charge par des soins locaux, sérovaccination antitétanique et par des antibiotiques ;
- enfin, tous les patients qui présentaient des infections ont été pris en charge chirurgicalement par débridement associé ou non à une nécrosectomie sous anesthésie. Ces gestes étaient accompagnés de sérovaccination antitétanique, d'antalgiques et d'antibiotiques.

DISCUSSION

Les urgences gériatriques représentent près de 15% de l'ensemble des urgences au sein des services de traumatologie [4, 5]. Cela pourrait s'expliquer par la tendance de la population vers la vieillesse ainsi que l'absence de soutien et l'inadaptation des lieux d'habitation pour cette tranche particulière de la population.

Ces pathologies touchent le plus souvent les femmes comme le constate notre étude et confirmé par les données de la littérature qui rapportent une fréquence féminine variant entre 61,5% et 63% [6, 7]. Cette prédominance pourrait s'expliquer par l'apparition de l'ostéoporose et des maladies osseuses qui touchent les 2 sexes,

mais majoré par la ménopause du fait de la carence ostéogénique.

Ces traumatismes touchent le plus souvent les gérontins avec un âge environnant les 60 ans parce qu'ils représentent la tranche la plus active parmi les personnes âgées dans nos pays [8, 7]. Par contre, dans les pays développés, les vieillards occupent la première place dans ces traumatismes [9, 10, 11, 12].

En ce qui concerne le terrain, le risque de démence augmente fortement avec l'âge. Il peut atteindre 25 à 30% des personnes âgées de plus de 85 ans selon les données de la littérature [13]. Ceci n'est pas superposable à notre étude qui retrouve une autonomie mentale et physique antérieure au traumatisme chez notre population d'étude. Ces personnes sont le plus souvent porteuses de plusieurs tares comme l'ont rapporté les données de la littérature et confirmé par notre étude [14, 15, 16, 17]. Les pathologies sont principalement représentées par l'hypertension artérielle, le diabète, les pathologies cardiovasculaires ainsi que leurs complications [8, 13]. Dans les affections cardiovasculaires, par exemple, les troubles de conduction auriculo-ventriculaire et les troubles du rythme cardiaque (tachycardies, bradycardies) expliqueraient certains malaises chez le sujet âgé responsables des chutes. Les modifications des chiffres tensionnels seraient à l'origine de ces malaises qui, par la suite, entraîneraient des chutes chez le sujet âgé. Une hypotension peut être la manifestation principale de certaines nécroses myocardiques non douloureuses du sujet âgé.

Le diabète chez le sujet âgé, lorsqu'il n'est pas bien suivi, entraîne des crises d'hypoglycémie qui peuvent être responsables d'accidents domestiques. La prévention des complications semble capitale chez le sujet âgé vulnérable. En effet, il est raisonnable de penser que les complications du diabète comme une plaie du pied, un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral auront un impact encore plus néfaste, notamment en

termes de perte d'autonomie et de recours aux soins chez un sujet âgé [13].

L'existence de ces tares peut être liée aux conséquences de la sénescence chez cette catégorie d'âge. Cette sénescence entraîne une altération de toutes les fonctions et organes du corps humain avec comme finalité une dégradation de l'état de santé. La prise en charge aussi bien diagnostique que thérapeutique devient pluridisciplinaire avec un impact socio-économique élevé ou important.

Les traumatismes représentent les pathologies les plus souvent rencontrées dans les services d'urgences traumatologiques aussi bien en Afrique que dans le monde. Plusieurs études l'ont rapporté et cela concerne toutes les tranches d'âge [1, 2, 8, 18, 19, 20].

Chez les personnes âgées, les circonstances de survenue de ces traumatismes sont dominées par les accidents domestiques par chute qui présentent plus de 35% des cas avec des mécanismes de faible énergie [21, 22, 23]. Les facteurs de risque sont liés à leur terrain particulier ou à des facteurs en rapport avec les lieux d'habitation.

La topographie de ces lésions est dominée par le membre pelvien avec une prédominance des lésions fracturaires siégeant au niveau de l'extrémité proximale du fémur (col et per-trochanterien), aussi bien en Afrique que dans le reste du monde. Ceci s'explique par la présence des troubles de la marche et de l'équilibre secondaire à la vieillesse [24, 25, 26, 27, 28]. Nos

résultats viennent conforter les données de la littérature.

Après les lésions traumatiques viennent celles des parties molles qui surviennent volontiers chez les diabétiques et les patients polytarés car ceci entraîne une défaillance du système immunitaire, ainsi que les artériopathies oblitérantes qui compliquent aussi bien le diabète que l'hypertension artérielle.

La prise en charge thérapeutique a été le plus souvent orthopédique en ce qui concerne les fractures siégeant au membre supérieur par contre au niveau du fémur proximal les choix étaient plus chirurgicaux. Cette prise en charge chirurgicale permet de lutter contre les risques de décubitus et autorise une mobilisation précoce des personnes âgées [7, 8, 29, 30].

CONCLUSION

Les urgences gériatriques constituent des pathologies très fréquentes aussi bien en Afrique que dans le monde. Ceci, du fait du vieillissement de la population. Les personnes âgées étant le plus souvent polytarées leur prise en charge doit donc être pluridisciplinaire. Pour ce faire cela doit passer par des campagnes nationales d'information, d'éducation et de communication. Ainsi que la mise en place de modules de gériatrie durant la formation des orthopédistes et d'unités de consultation gériatrique dans les centres de santé, districts et hôpitaux régionaux.

REFERENCES

- 1- Diémé C B.**
Urgences traumatiques opérées.
Bilan préliminaire des quinze premiers mois d'activité au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec.
Thèse Med Dakar, 1999, n° 23
- 2- Niquille M, Ardigo S**
Traumatismes chez le patient âgé
Rev Med Suisse 2012 ; 8 :1554-1558
- 3- Sost G, Jouanny P**
Urgences gériatriques.
Emc-Med 2005 ; 2(2) :137-143
- 4- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.**
Projet de mise en œuvre du système de solidarité « SESAME » en faveur de personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal.
Direction de la Santé. Bureau de la santé des personnes âgées.
Mai 2006

- 5- **Vanpee D, Swine C, Vandenoosche P, Gillet J B.**
Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of university hospital.
Eur J Emerg Med 2001; 8(4):301-4
- 6- **Erpi.**
Le vieillissement du tissu osseux.
Disponible sur <http://www.erpi.com/elm.le>
vieillissement du tissu osseux (consulté le 10/09/2014)
- 7- **Niane A A.**
Les urgences gériatriques dans le service orthopédique et traumatologique du CHU de Gabriel Touré.
Thèse Med Bamako, 2011 n°001
- 8- **Gogoua R D, Fal A, Kouame M, Guedegbe F, Kone B, Varango G G.**
Les urgences gériatriques en orthopédie traumatologique au CHU de Treichville.
Med Af Noire 2004, 51(10) : 535-539
- 9- **Bradley C, Harrison J.**
Descriptive epidemiology of traumatic fractures in Australia.
Injury Research and Statistics, 2004; 17: 203-14
- 10- **Court-Brown C N, Caesar B**
Epidemiology of adult fractures: a review.
Injury 2000; 37(8): 691-7
- 11- **Singer B R, Mc Lauchlan G J, Robinson C M, Christie J.**
Epidemiology of fractures in 1500 adults.
J Bone Joint Surg, 1998; 80-B : 243-248
- 12- **Stan Van T F, Dennerson E M, Leufkens H G, Cooper C.**
Epidemiology of fractures in England and Wales.
Bone 2001; 30 (4): 517-22
- 13- **OMS.**
Vieillissement et qualité de la vie.
Faits marquants sur le vieillissement.
Disponible sur : <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr> (consulté le 10/09/2014)
- 14- **Diouf C N.**
Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'HTA du sujet âgé. A propos d'une étude réalisée au centre médico-social de l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES)
Thèse Med Dakar, 1998 n°36
- 15- **Fall A.**
La santé des retraités en milieu urbain dakarois. Facteurs professionnels et environnementaux.
Thèse Med Dakar, 1998 n°8
- 16- **Ka O.**
Gérontologie-Gériatrie au Sénégal- Emergence des problèmes- Recherche des solutions.
Thèse Med Dakar, 1995 n°5
- 17- **Marzoughi Z.**
Les urgences chez le sujet âgé, profil épidémiologique, prise en charge dans une structure d'urgence polyvalente.
Thèse Med Tunis, 1998 n° 62
- 18- **Diallo M F.**
Evaluation de la prise en charge des urgences traumatiques à l'hôpital de Kati à propos de 184 cas.
Thèse Med Bamako, 2006 n° 006
- 19- **Dondelinger R.**
Module de gériatrie.
Vernazobres-Gregio, Paris 2012 ;1 :384.
- 20- **Seye S I L**
Le péril traumatique
Thèse Med Dakar, 1979 n° 50
- 21- **Lahrech A.**
Prise en charge des fractures au CHU Aristide Le DANTEC : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.
Thèse Med Dakar, 2011 n°16
- 22- **Nadir A.**
Contribution à l'étude des lésions ostéo-articulaires de l'appareil locomoteur liées aux accidents domestiques au CHU Aristide Le Dantec de Dakar.
Thèse Med Dakar, 2012 n°51

- 23- Ndoye E.**
Fractures chez le sujet âgé à l'établissement public de santé hospitalier Aristide Le Dantec : étude préliminaire.
Thèse Med Dakar, 2006 n° 59
- 24- Da S C , Ouédraogo S, Diemé C, Kafando H, ZAN A, Nacoulma S I, Ouédraogo R K.**
Fractures des membres aux urgences traumatologiques à Ouagadougou.
J Sci 2008, 8(3) : 1-9
- 25- Dictionnaire français.**
.Disponible sur <http://www.larousse.fr/> (consulté le 10/10/2014)
- 26- Horusitzky A .**
Fractures du sujet âgé.
Disponible sur <http://www.sgoc.fr/SBG/Mars%202007%20Dinan/ost%C3%A9oporose.pdf> (Consulté le 10/10/2014)
- 27- Konaté M.**
Prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré.
Thèse Med Bamako 2005, n°238.
- 28- Liepzig R M, Cumming R G, Tinetti M E.**
Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis cardiac and analgesic drugs.
Jam Geriatr Soc 1999, 47(1): 40-50
- 29- Forestier A.**
La chirurgie orthopédique et traumatologique chez le sujet âgé.
Disponible sur : <http://fcordier.pagesperso-orange.fr/EPU%20du%2023%20fev%2099.htm> (consulté le 10/12/2015)
- 30- Utheza G, Chiron P, Toullec E.**
In Fractures de l'extrémité supérieure du fémur.
Collection de pathologie locomotrice 20.
Masson-Paris, 18-27

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'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; 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.