



**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

LESIONS MAMMAIRES BENIGNES CHEZ LES FEMMES DE MOINS DE TRENTE ANS : ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES CLINIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIQUES DANS DEUX HOPITAUX DE YAOUNDE

BENIGN BREAST LESIONS IN WOMEN UNDER THIRTY YEARS: CLINICAL SOCIODEMOGRAPHIC AND ANATOMOPATHOLOGICAL ASPECTS IN TWO HOSPITALS IN YAOUNDE

BINYOM PR¹, NGAHA YJ³, YABRÉ N², BÉLEMLILGA GLH², MAFO KC², SANDO Z³, ZARÉ C², NGOWÉ NGOWÉ M⁴.

¹*Service de chirurgie générale de l'hôpital sakbayeme, yaoundé, cameroun. Institut supérieur de technologie médicale (istm) yaoundé cameroun*

²*Service de chirurgie générale et viscérale centre hospitalier universitaire sourô sanou. Bobo dioulasso, burkina faso*

³*Faculté de médecine et des sciences biomédicales de Yaoundé.*

⁴*Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques de Douala*

Auteur correspondant : Cyprien ZARE, Service de chirurgie générale et Viscérale, CHU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ; Mail : zyprien@yahoo.fr. Téléphone : 00 226 70 08 91 87

RESUME

But : étudier les aspects sociodémographiques, cliniques et anatomopathologiques des lésions mammaires bénignes et de rechercher une association entre les signes cliniques et le risque de dégénérescence maligne.

Patients et méthode : nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique à collecte rétrospective sur une période de 5 ans allant du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2021 à l'hôpital Général de Yaoundé et l'hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé ; incluant toutes les patientes de 30 ans ou moins, présentant une lésion mammaire bénigne confirmée par l'examen anatomopathologique. Les données sociodémographiques, cliniques et anatomopathologiques ont été collectées. Une association entre les caractéristiques cliniques et les lésions mammaires bénignes avec risque de dégénérescence maligne a été recherchée.

Résultats : nous avons recruté 297 patientes dont l'âge médian était de 24 ans ± 3. La tranche d'âge la plus concernée était celle de 25 à 30 ans. Les élèves et étudiantes étaient les plus représentées.

L'histopathologie des lésions mammaires bénignes était dominée par les tumeurs bénignes du sein (82,5%) suivies des lésions inflammatoires (17,5%). Les lésions mammaires bénignes connues comme ayant un risque potentiel de malignité étaient dominées par la maladie fibrokystique sans atypie (15,1%) ou avec atypie (0,3%). Aucune caractéristique clinique n'avait une association significative avec les lésions mammaires bénignes connues comme présentant un risque de malignité.

Conclusion : l'histopathologie des mastopathies bénignes est dominée par les tumeurs bénignes et les lésions inflammatoires. Aucune association significative n'est démontrée entre les caractéristiques cliniques et les lésions mammaires bénignes avec risque de malignité.

Mots clés : mastopathies bénignes, histologie, risque de malignité, Yaoundé.

ABSTRACT

But: to study the sociodemographic, clinical and anatomopathological aspects of benign breast lesions and to look for an association between the clinical signs and the risk of malignant degeneration.

Patients and method: we conducted a descriptive and analytical cross-sectional study with retrospective collection over a period of 5 years from January 1, 2016 to December 31, 2021 at the General Hospital of Yaoundé and the Gyneco-obstetrics and pediatric hospital of Yaoundé; including all patients 30 years of age or younger with a benign breast lesion proven by pathological examination. Sociodemographic, clinical and pathological data were limited. An association between clinical characteristics and benign breast lesions with risk of malignant degeneration was sought.

Results: we had recruited 297 patients whose median age was 24 ± 3 years. The

most affected age group was [25-30] years. Pupils and students were the most represented. The histopathology of benign breast lesions was dominated by benign breast tumors (82.5%) followed by inflammatory lesions (17.5%). Benign breast lesions known to have a potential risk of malignancy were dominated by fibrocystic disease without atypia (15.1%) or with atypia (0.3%). No clinical feature had a significant association with benign breast lesions known to be at risk for malignancy.

Conclusion: the histopathology of benign mastopathies is dominated by benign tumors and inflammatory lesions. No significant association was demonstrated between clinical characteristics and benign breast lesions with risk of malignancy.

Key words: benign mastopathies, histology, risk of malignancy, Yaoundé.

INTRODUCTION

Les mastopathies bénignes représentent un vaste ensemble hétérogène, regroupant toutes les lésions qui ne présentent pas de caractère histologique de malignité [1]. Elles sont plus fréquentes chez les femmes en âge de procréer, avec un pic entre 30 et 50 ans [2,3]. Elles représentent 90 % des problèmes du sein chez ces femmes selon l'American Congress of Obstetrics and Gynecology (ACOG) et l'American Cancer Society (ACS) [4]. Une étude tanzanienne avait rapporté une prévalence de 73,7% des lésions mammaires bénignes chez les femmes de moins de 30 ans [5]. Cependant, ces mastopathies bénignes sont une entité négligée dans les pays en voie de développement alors qu'elles constituent la majorité des plaintes mammaires. Dans le but d'actualiser les données afin de permettre le diagnostic et la prise en charge appropriée des lésions mammaires bénignes, nous nous sommes proposé de

faire une étude sur les aspects sociodémographiques, cliniques et anatomopathologiques des lésions mammaires bénignes chez les femmes de moins de trente ans, mais aussi de rechercher par des analyses multivariées, une association entre les signes cliniques et le risque de dégénérescence maligne de ces mastopathies bénignes dans deux structures hospitalières de Yaoundé.

PATIENTS ET METHODE

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective, que nous avons menée dans les services d'anatomopathologie et de gynécologie de l'hôpital général et de l'hôpital gynéco obstétrique et pédiatrique de Yaoundé sur une période de 5 ans, du 1^{er} Janvier 2016 au le 31 Décembre 2021. Ont été inclus tous les dossiers des patientes de moins de 30 ans

présentant une lésion mammaire bénigne confirmée par l'examen anatomopathologique. Les rapports d'anatomie pathologique des patientes de plus de 30 ans présentant une lésion mammaire bénigne ont été exclus. Les variables sociodémographiques (Age, statut matrimonial, profession, niveau d'instruction), les aspects cliniques (âge des ménarches, contraception, antécédents familiaux de cancer du sein, douleur) et paracliniques (type histologique) ont été étudiés ainsi que la recherche d'une association entre les aspects cliniques et le risque de dégénérescence maligne par analyse multivariée grâce aux tests de Chi 2 et le test de Student.

RESULTATS

Nous avons colligé 297 dossiers cliniques de patientes de 30 ans et moins. La tranche d'âge de 25 à 30 ans était la plus représentée soit 120 patientes (40,4%). La médiane d'âge était de 24 ans, et le minimum de 12 ans. Les patientes célibataires étaient les plus représentées soit 228 patientes (80,6 %). Les élèves et étudiants étaient les plus nombreuses, 183 patientes (65,6%) et celles ayant le niveau supérieur étaient les plus représentées soit 155 patientes (58,9%).

L'histologie a mis en évidence trois groupes de lésions dominés par les tumeurs bénignes (82,5%) puis lésions inflammatoires (17,5%) et enfin les lésions hyperplasiques (5,4%). Aucun cas de lésions dystrophiques n'a été retrouvé. Le tableau I en donne la répartition histopathologique.

Tableau I : répartition histopathologique des 3 groupes de lésion

Histologie des tumeurs bénignes du sein		
Tumeurs bénignes du sein	Effectifs	Pourcentage (%)
Épithéliales	68	25,7
Maladie fibrokystique avec atypie	1	0,3
Maladie fibrokystique sans atypie	45	15,1
Papillome	2	18,2
Adénome	8	72,7
Kyste épithéliale	11	3,6
Lait enkysté	1	0,3
Mixtes	182	74,3
Fibroadénome	166	91,2
Tumeur phyllode bénigne	17	9,3
Mésenchymateuses		
Mastopathie fibreuse	1	0,3
Histologie des lésions Inflammatoires		
Lésions inflammatoires	Effectifs	Pourcentage (%)
Abscess	33	44,2
Mastites	28	53,8
Galactophorite	4	7,7
Histologie des lésions Hyperplasiques		
Lésions hyperplasiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Hyperplasie avec atypie	06	37,5
Hyperplasie sans atypie	10	62,5

Selon le niveau de risque précisé par Guray M et al [6], 59 patientes (19,9 %) présentaient une lésion mammaire connue comme présentant un risque potentiel de malignité. La lésion la plus fréquente était la maladie fibrokystique (MFK) sans atypie soit 45 ans (15,1%). Le papillome canalaire (n=2 ; 1,2 %) et la MFK avec atypie 1(n=1; 0,3 %) étaient les moins représentés. Les kystes épithéliaux à risque de malignité

faible sont retrouvés chez 11 patientes (3,6%). Les tableaux II et III présentent la recherche d'une association entre les lésions mammaires bénignes connues comme présentant un risque de dégénérescence maligne et les antécédents d'une part puis entre les lésions mammaires bénignes connues comme présentant un risque de dégénérescence maligne et les signes cliniques d'autre part.

Tableau II: Antécédents associés aux lésions mammaires bénignes avec risque de dégénérescence maligne.

Lésion mammaire bénigne avec risque de malignité				
Antécédents	Oui		Non	Valeur P
	Moyenne (écart-type)		Moyenne (écart-type)	
Age des ménarches	10(3)		10(1,7)	0,06
Age de la 1ere grossesse	22(4,2)		22(2,6)	0,29
Lésion mammaire bénigne avec risque de malignité				
	Oui (N=59)	Non (N= 238)	OR (IC à 95%)	Valeur P
Utilisation d'une contraception	14(26,5%)	36(73,5%)	1,6(0,8-3,3)	0,17
Antécédents familiaux de cancer du sein	6(33,3%)	12(66,7%)	2,2(0,7-6,1)	0,12

Des associations non significatives existent entre la lésion mammaire bénigne avec risque potentiel de malignité et l'utilisation d'une contraception (OR=1,6 ; IC 95% :

0,8-3,3 ; p=0,17), Antécédents familiaux de cancer du sein (OR=2,2 ; IC 95 % : 0,7-6,1 ; p=0,12).

Tableau III : Signes cliniques associés aux lésions mammaires bénignes avec risque de dégénérescence maligne.

Lésion mammaire bénigne avec risque de malignité				
Caractéristiques	Oui (N=59)	Non (N= 238)	OR (IC à 95%)	Valeur P
Douleur spontanée	30(31,6%)	65(68,4%)	2,8(1,6-5,2)	0,01
Modification de la peau	1(25%)	3(75%)	1,3(0,14-13,5)	0,6
Areole	6(17,9%)	23(82,1%)	0,8(0,3-2,4)	0,8

Après analyse multivariée aucune caractéristique n'était associée significativement à la lésion mammaire bénigne avec risque de malignité.

DISCUSSION

Nous avons retrouvé une médiane d'âge de 24 ans, et un âge minimum de 12 ans. Chalya et al ont rapporté des résultats similaires avec une médiane d'âge de 26 ans [5]. En Ouganda l'étude d'Okoth et al affirmait que les patientes présentant une maladie mammaire bénigne et qui avaient moins de 30 ans se situaient dans la tranche d'âge 20-25 ans [7]. La raison est le fait de l'œstrogène, connu pour influencer la prolifération des lésions mammaires ce qui crée des effets hormonaux physiologiques et pathologiques sur le sein féminin. Les principales lésions mammaires bénignes retrouvées dans notre étude étaient les tumeurs bénignes du sein en majorité (82,5%) suivies des lésions inflammatoires (17,5%) puis des lésions hyperplasiques (5,4%). Nous n'avons pas retrouvé de lésions dystrophiques. Ces résultats sont corroborés par ceux d'Ugiagbe et al au Nigeria en 2011 qui retrouvait les tumeurs bénignes du sein comme les lésions mammaires les plus fréquentes (72,4%) suivies des lésions inflammatoires et très peu de lésions hyperplasique (0,6%) [8]. Ceci témoigne de la fréquence relativement élevée des tumeurs mammaires bénignes en Afrique subsaharienne dans un contexte où la population concernée est relativement jeune. Leur étude a également rapporté des lésions dystrophiques (2,1%) que nous n'avons pas retrouvées dans notre série. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que leur population d'étude était constituée d'hommes et femmes avec un ratio femmes/hommes de 28,6 ; et également la période d'étude relativement longue s'étendant sur 25 ans donnant ainsi la possibilité de rencontrer tous les types de lésions. Dans notre population la tumeur bénigne majoritaire était le fibroadénome soit (91,2%) suivie de la maladie fibrokystique sans atypie (15,1%). Les mêmes résultats ont été rapportés par

Embaye et al en 2020 en Erythrée qui retrouvaient le fibroadénome et les lésions fibrokystiques du sein comme les lésions les plus fréquentes, représentant environ 40 % et 15 % respectivement [9]. Le même constat a été fait par Okoth et al. en 2013 en Ouganda où les lésions les plus fréquentes étaient les fibroadénomes (57%) suivies des modifications fibrokystiques (21%) [7]. En effet les tumeurs bénignes du sein restent l'apanage des adolescentes et des femmes en activité génitale. La lésion inflammatoire la plus fréquente dans notre étude était la mastite (53,8%). Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par le fait que la population d'étude est majoritairement constituée des femmes en âge de procréer et la vulnérabilité aux infections chez les mères allaitantes est connue en raison d'une mauvaise hygiène et le manque de sensibilisation en rapport avec les mauvaises techniques d'allaitement.

Les patientes présentant une lésion mammaire bénigne connues comme ayant un risque potentiel de malignité constituaient 59(19,9%) de notre population d'étude contrairement aux études occidentales qui rapportent des taux très faibles. En effet Ivanov et al en Bulgarie rapportaient un taux de 2,9 % des lésions mammaires bénignes à risque modéré et élevé de malignité [10] ; Worsham et al aux Etats Unis d'Amérique retrouvaient une prévalence de 1,8% de lésions avec risque de malignité parmi lesquels 4,5 % ont développé un cancer du sein au cours d'une période de suivi moyenne de 10,3 ans [11]. Cette différence d'avec les pays développés pourrait s'expliquer par le mode de vie des populations d'étude mais aussi la tranche d'âge de leurs patients qui était 18 à plus de 50 ans dans l'étude de Worsham. Selon la même étude, la présence de multiples lésions bénignes non prolifératives ou prolifératives avec ou sans atypie dans une même biopsie et l'âge étaient des prédicteurs significatifs du risque de progression des lésions bénignes vers le cancer du sein , de même que la présence d'une hyperplasie atypique dans une biopsie

seule ou en conjonction avec d'autres lésions sans atypie confèrait des risques plus élevés [11] ; d'où la nécessité de bien examiner et de caractériser la nature des lésions mammaires bénignes sur les lames. Ainsi l'évaluation du risque pour chaque patiente doit tenir compte des antécédents familiaux et personnels de néoplasie, de la présence de micro calcifications, des prédispositions génétiques et la multiplicité des lésions. Un suivi régulier de ces lésions est nécessaire qu'il y ait eu ou non une exérèse.

Nous avons retrouvé une association non significative en analyse bi variée entre les lésions mammaires bénignes avec risque potentiel de malignité et l'utilisation d'une contraception hormonale. En effet les œstrogènes et la progestérone exercent des effets prolifératifs sur l'épithélium mammaire. Rohan et al ont rapporté en 2008 une augmentation de 74% du risque de maladie proliférative bénigne du sein par le fait de l'utilisation des œstrogènes et progestatifs [12].

Les Antécédents familiaux de cancer du sein étaient associés non significativement aux lésions bénignes avec risque de malignité. Les patientes présentant des antécédents familiaux de cancer du sein

sont connues comme présentant un risque plus élevé de développer un cancer mais l'effet des lésions prolifératives bénignes avec antécédents familiaux de cancer du sein a été discuté dans la littérature [13]. La possibilité de développer un cancer du sein lié à l'âge en 10 ans chez les femmes ayant des antécédents familiaux et une maladie proliférative du sein est de 1 sur 2000 à l'âge de 20 ans, 1 sur 256 à 30 ans, 1 sur 67 à 40 ans, 1 sur 39 à 50 ans et 1 sur 29 à 60 ans [13]. Les antécédents familiaux de cancer du sein ont très peu d'effet sur le risque de développer un cancer du sein chez les patientes ne présentant pas de lésions bénignes prolifératives [13]. En revanche, le risque est multiplié par 11 chez les patientes présentant des lésions bénignes prolifératives avec des atypies [14].

CONCLUSION

Les lésions mammaires bénignes sont plus fréquentes chez les femmes âgées de 24 à 30 ans. L'histopathologie des lésions mammaires bénignes est dominée par les tumeurs bénignes du sein suivies des lésions inflammatoires. Aucune association significative n'est démontrée entre les caractéristiques cliniques et les lésions mammaires bénignes connues comme présentant un risque de malignité.

REFERENCES

- 1. Barlier-Pagel C, Mathieu MC.** Les mastopathies bénignes sous l'angle anatomopathologique. La lettre du Sénologue (Nice)-n°13-14, 2001;4p.
- 2. Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S.** Benign Breast Disease in Women. Dtsch Arztebl. 2019;116:565-74.
- 3. Daly C, Puckett Y.** New Breast Mass. 3e éd. Stat Pearls Publishing; 2021. 300 p.
- 4. Bodine AM, Holahan B, Mixon A.** Benign Breast Conditions. Journal of Osteopathic Medicine. 2017; 117(12): 55-60.
- 5. Chalya PL, Manyama M, Rambau PF, Kapesa A, Ngallaba SE, Masalu N, et al.** Clinicopathological pattern of benign breast diseases among female patients at a tertiary health institution in Tanzania. Tanzania Journal of Health Research. 2016;18(1) :45-9
- 6. Guray M, Sahin AA.** Benign Breast Diseases: Classification, Diagnosis, and Management. 2006; 11(5):35-49.

- 7. Okoth C, Galukande M, Jombwe J, Wamala D.** Benign proliferative breast diseases among female patients at a sub Saharan Africa tertiary hospital: a cross sectional study. *BMC Surg.* 2013; 13(1):9.
- 8. Ugiagbe E, Olu-Eddo A.** Benign breast lesions in an African population: A 25-year histopathological review of 1864 cases. 2011; 52(4):211.
- 9. Embaye KS, Raja SM, Gebreyesus MH, Ghebrehiwet MA.** Distribution of breast lesions diagnosed by cytology examination in symptomatic patients at Eritrean National Health Laboratory, Asmara, Eritrea: a retrospective study. *BMC Women's Health.* 2020; 20(1):250.
- 10. Ivanov I, Baichev G, Betova T.** Breast lesions with moderate and high risk of invasive breast cancer-incidence and some particularities. *Akush Ginekol.* 2008; 47(5):17-21.
- 11. Worsham MJ, Raju U, Lu M, Kapke A, Cheng J, Wolman SR.** Multiplicity of Benign Breast Lesions Is a Risk Factor for Progression to Breast Cancer. *Clin Cancer Res.* 2007; 13(18):7-9.
- 12. Rohan TE, Negassa A, Chlebowski RT, Lasser NL, McTiernan A, Schenken RS, et al.** Estrogen plus Progestin and Risk of Benign Proliferative Breast Disease. *Cancer. Epidemiology, Biomarkers and Prevention.* 2008; 17(9):37-43.
- 13. Toktaş O, Elasan S, İliklerden ÜH, Erten R, Karayil AR, Özdemir A, et al.** Relationship Between Proliferative Breast Lesions and Breast Cancer Risk Factors. *EJBH.* 2021; 17(1):15-20.
- 14. Dupont WD, Page DL.** Risk Factors for Breast Cancer in Women with Proliferative Breast Disease. *N Engl J Med.* 1985; 312(3): 46-51.

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 ; Aligment : Gauche ; Titre et sous-titre en gras ; si Puces : Uniformité au choix ; Ponctuation : Rigoureuse ; Numérotation : Bas de page ; Pas de Lien Hypertexte (élément placé dans le contenu et qui permet, en cliquant dessus, d'accéder à un autre contenu) ; Format : Word, Pdf,

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

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

2.1- PAGE DE TITRE

un titre (court) en français et en anglais ;

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

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

2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

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

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

2.3- TEXTE

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

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

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

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

2.4- REFERENCES

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

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

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

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

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

Exemples de références :

Article de périodique classique

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

Article d'un supplément à un volume

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

Livre (avec un, deux ou trois auteurs)

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

Livre à auteurs multiples avec coordonnateur(s)

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

Chapitre de livre

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

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

2.5- TABLEAUX

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

2.6- ILLUSTRATIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1- SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be sent in standardized format (texts, tables, figures, photographs) by email to the following address: frchir@gmail.com; and copy: madiengd@hotmail.com; adehdem@gmail.com and alphaoumartoure@gmail.com

2- PRESENTATION OF THE MANUSCRIPTS

The manuscript must be seized by the Police "Times new roman"; size "12"; line spacing "1.5"; Black color; Alignment: Left; Title and subtitle in bold; if Chips: Uniformity of your choice; Punctuation: Rigorous; Numbering: Footer; No Hyperlink (element placed in the content and which allows, by clicking on it, to access other content); Format: Word, Pdf, And must consist of two files:

- 1 file including the title page
- 1 file containing the two summaries (French and English); the text ; tables and illustrations.

2.1- TITLE PAGE

- A title in French and English ;
- The names of the authors (family name and initials of the forename), the postal address of the services or laboratories concerned, the positions of each one of the authors should be clearly spelt-out ;
- the name, telephone number, fax number and e-mail of the author to which should sent the requests for amendments before the acceptance stage, the drafts and print-outs (corresponding author)..

2.2- SUMMARIES AND KEY WORDS

Resume the title before the summary in French and in English. Each article should be coupled with a summary of **250 words utmost**, in French and English, of key-words (**5 to 10**) also in French and English. The usual make-up of original articles should reflected in the composition of the summaries : aim of the study, patients and methodology, results and outcomes, conclusions and findings.

2.3- TEXT

Depending on the type of submission, the maximum length of a text (references and references) must be as follows :

- The editorial : 4 pages ;
- Original article or keynote paper : 12 pages ;
- Clinical case or technical presentation : 4 pages ;
- Letter to the editorial board : 2 pages.

The following plan is required for original articles : the introduction, the patients and methodology, the outcomes, the discussion, the findings, the references. The writing must be simple, straight forward, clear, precise and pungent. The acronyms should be explained by their first appearance and their abbreviation kept all along the text ; they shall not be used in the title non in the abstract. They must comply with the international nomenclature.

2.4- REFERENCES

The number of references should not exceed **30** in the original articles and **50** in the keynote papers. Any quotation must be following with a reference. The list of references should follow their sequencing in the body of the text. All references must be annotated in the text. The annotation numbers must be mentioned in the text between brackets, separated by dashes when dealing with onsecutive references (for instance [1-4]), and with comas when the references do not follow one another [1,4].

When authors are quoted in the text :

- if they are one or two, the one name or the two names (without the initial of the forename) must be quoted ;
- if they are at least three, only the name of the first author is mentioned, following with the caption « and al. »

The acknowledged abbreviations of the names of reviews/journals correspond to those of the Medicus Index of the National Library of Medicine.

The presentation of the references comply with the standards of the « Vancouver Convention » (Intl Committe of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical Journal. Fifth Edition. N. Engl J Med 1997; 336 : 309-16).

The first six authors must normally be mentioned ; beyond that figure, only the six first are quoted, followed with a coma or with the caption (« and al. »)

Exemples of references :

- **Conventional periodical article**
Diop CT, Fall G, Ndiaye A, Seck L, Touré AB, Dieng AC et al. Pneumatois, intestine cystic formations. About 10 cases. Can J Surg 2001;54 :444-54. (there is no space after the punctuation symbols of the numerical group of reference).

- **Article of a supplement to a bulletin**
Fall DF. Gall bladder lithiasis. Arch Surg 1990;4 Suppl 1:302-7.

- **Book (with one, two and three authors)**
Seye AB. Pathological fractures. Dakar : University Press;2002.p. 304 (number of pages).

- **Multiple-authors book with one coordinator or several**
Fofana B, Sylla M, Guèye F, Diop L Editors. Bowel obstruction. Dakar : University Press;2005.p. 203.

- **Book chapter**
Sangaré D, Koné AB. Hypopharynzical cancer. In : Diop HM ; Diouf F, Editors (or eds). ORL tumours, volume 2. Bamako : Hospital Edition;2007.p.102-15.

Touré CT, Beauchamp G, Taillefer R, Devito M. Effects of total fundoplication on gastric physiology. In : Siewert JR, Holscher AH, eds. Diseases of the esophagus. New-York : Springer-Verlag;1987.p.118892. 2.5-

2.5-TABLES

Tables will be entered in line spacing "1.5"; with a border showing only the two lines framing the headers and a third line at the bottom of the table; called in the text and numbered according to their order of appearance by Roman numerals then put in parentheses, example (Table I). The title is placed above and any explanatory notes, below. The presentation of the tables must be clear and concise; and they will be placed in the manuscript, immediately after the references on a separate page.

2.6- ILLUSTRATIONS

The figures (graphics; drawings; photographs) must also be called in the text and numbered according to the order of appearance in parenthesis, example (Figure 1). The figures must have a good resolution, with below, the title and before him a legend explaining the symbols or abbreviations so that the figures are comprehensible independently of the text. They must be in one of the following formats: PNG, JPEG or TIFF; and will be placed in the manuscript, immediately after the references; or if applicable after the tables on a separate page.

3- EDITING PROCEDURES, DRAFTS REVISION AND REQUESTS FOR REPRINTS

The partial or total insertion of a document or an illustration in the manuscript requires the written authorization of their editors and their authors. For any manuscript accepted for publication, during production, a rights transfer form is sent by email by the publisher to the responsible author who must complete and sign it on behalf of all authors and the return within one week.

The acquisition of reprints is subject to prior payment.

Electronic proofs of the article are sent to the corresponding author. Substantive changes are not accepted, the corrections being limited to the typography. Corrected proofs must be returned within one week, otherwise the publisher agrees to print without the author's corrections. After publication, requests for reproduction and reprints must be sent to the publisher.