



**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 Ndoye- **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

INSULINOME DE LA QUEUE DU PANCREAS : A PROPOS D'UN CAS

PANCREAS TAIL INSULINOMA: A CASE REPORT

A DIOP, TAT DIALLO, A C FAYE, M KA, MC HS DIALLO, M SAMBA, A YATTARA, R SAIDY, A O TOURE, I KA, PS DIOP, B FALL.

Service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa POUYE, Dakar (SENEGAL)

Auteur correspondant : Dr Thierno Amadou Telly Diallo,

Téléphone : 772230258 ; 00224622177223. Mail : leotellydiallo@gmail.com

Résumé

L'insulinome est la tumeur endocrinienne la plus fréquente au niveau du système digestif, elle est développée au dépend des cellule beta des ilots de Langerhans.

Le diagnostic positif est clinico-biologique. Nous rapportons un cas d'insulinome de la queue du pancréas chez un patient de 21 ans. La symptomatologie évoluait depuis 10 jours par la survenue d'une crise convulsive focale hémicorporelle droite avec généralisation secondaire, associée à des épisodes de coma hypoglycémique, survenant à jeûn et à distance des repas, cédant à la perfusion de sérum glucosé 30%. La TDM abdomino-pelvienne avait objectivé une lésion nodulaire circonscrite à la queue du pancréas. L'exploration par laparotomie médiane sus ombilicale élargie avait objectivé une tumeur pédiculée de la queue du pancréas à son bord supérieur arrondie à 2 cm de diamètre.

Une énucléation du nodule était réalisée suivie de l'hémostase de la loge d'enucléation et la recherche négative d'une brèche de Wirsung. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomo pathologique avait conclu à un nodule pancréatique correspondant à un insulinome bénin.

Mots clés : Insulinome queue du pancréas, Chirurgie générale, Dakar

Summary

Insulinoma is the most common endocrine tumor in the digestive system, it develops at the expense of the beta cells of the islets of langerhans. The positive diagnosis is clinico-biological. The authors report a case of pancreatic tail insulinoma in a 21-year-old patient. The symptomatology evolved for 10 days by the occurrence of a focal right hemicorporeal seizure with secondary generalization, associated with episodes of hypoglycemic coma, occurring on an empty stomach and away from meals, yielding to the infusion of 30% glucose serum. Abdomino-pelvic CT had revealed a nodular lesion circumscribed to the tail of the pancreas. Exploration by median supraumbilical enlarged laparotomy revealed a pedicled tumor of the pancreatic tail at its upper border of 2 cm.

Enucleation of the nodule was performed followed by hemostasis and negative search of a wirsung leak. Post operative courses were uneventful. Pathological examination concluded that there was a pancreatic nodule corresponding to a benign insulinoma.

Keywords: Pancreatic tail insulinoma, general surgery, Dakar

INTRODUCTION

L'insulinome est la tumeur endocrinienne la plus fréquente au niveau du système digestif, elle est développée au dépend des cellule beta des ilots de Langerhans [1].

Le siège presque exclusivement pancréatique, l'insulinome est bénin dans 90% des cas [2]. Le diagnostic positif est clinico biologique. Le bilan topographique est nécessaire pour guider le geste thérapeutique [3, 4]. Nous rapportons un cas d'insulinome de bas grade siégeant au niveau de la queue du pancréas pris en charge à l'hôpital général IDRISSE POUYE (HOGIP).

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 21 ans, aux antécédents d'épilepsie depuis 2017 sous gardénal 100 mg avec rupture thérapeutique depuis plusieurs mois. Il est suivi dans le service de Neurologie du centre hospitalier universitaire de FANN depuis le 29 septembre 2020 pour un coma non fébrile sans signe de localisation neurologique. La symptomatologie évoluait depuis 10 jours, marquée par la survenue d'une crise convulsive focale hémicorporelle droite avec généralisation secondaire, devenant plus sévère et plus fréquente à raison de 2 crises par jour associée à des épisodes de coma hypoglycémique, survenant à jeun et à distance des repas, cédant par la perfusion de sérum glucosé 30%. L'examen physique notait un mauvais état général OMS III, les téguments et les conjonctives étaient normo colorés, sans ictère, un coma non fébrile, sans signe de localisation neurologique, le score de Glasgow était à 7/15. L'examen de l'abdomen était sans particularité. La biologie initiale avait révélé une insulinémie à 52,5 mUI/l (> 2 fois la valeur normale) avec la glycémie concomitante à 0,52 g/l. La Cortisolémie à 8 H était de 389,02 mmol/l. Par ailleurs, l'hémogramme, l'ionogramme, le bilan hépatique, le bilan rénal et le bilan de crase étaient sans

particularités. Devant la triade de Whipple, un insulinome fut évoqué, confirmé par le profil biologique d'une sécrétion inappropriée d'insuline confirmée par une glycémie capillaire à 0,20 g/l.

Une TDM abdomino-pelvienne sur une coupe transversale injectée de produit de contraste (**figure 1**) avait objectivé une lésion nodulaire circonscrite 2 cm à la queue du pancréas modérément rehaussée mesurant 20,6 x 15,6 mm sans infiltration évidente de la graisse adjacente.



Figure 1 : Lésion nodulaire à la queue du pancréas

Devant l'aggravation du tableau d'hypoglycémie, une exploration chirurgicale par laparotomie médiane sus ombilicale élargie avait objectivé une tumeur pédiculée de la queue du pancréas à son bord supérieur arrondie à 2 cm de diamètre (**Figure 2**). Pas de métastases hépatiques, ni de carcinose péritonéale.



Figure 2 : Nodule pancréatique

Il a été réalisé une énucléation du nodule pancréatique (figure 3)



Figure 3 : Pièce opératoire d'enucléation du nodule pancréatique

Les suites opératoires étaient simples, marquée par la disparition de la symptomatologie et la normalisation de la glycémie après résection.

L'examen anatomo pathologique de la pièce à la macroscopie on observe un nodule bien limité à 2 cm de diamètre, le nodule est situé à 0,2 cm de la limite d'exérèse. Histologiquement Le nodule correspondant à un insulinoïde bénin.

DISCUSSION

L'insulinoïde est une tumeur rare, les auteurs rapportent une incidence de 0,5 à 1 cas par million de patients par an [5]. Il constitue la plus fréquente des tumeurs endocrines pancréatiques. Il est le plus souvent unique et bénin, de taille inférieure à 2 cm, la forme maligne est beaucoup plus rare et retrouvée dans seulement 5 à 11% des cas [6].

L'âge moyen de survenue de l'insulinoïde est de 50 ans avec une prédominance féminine [5]. Contrairement à notre patient qui était un jeune homme de 21 ans. Il est exceptionnellement rapporté chez le sujet âgé et l'enfant. Le délai diagnostique est relativement long, en raison de l'absence de spécificité clinique, d'environ 12 à 18 mois en moyenne [7].

Les symptômes neuroglycopeniques traduisant l'hypoglycémie, surviennent à jeun et à distance des repas. Le diagnostic biologique facilement posé devant

l'association d'une hypoglycémie à un taux élevé d'insulinémie [8].

Le traitement initial consistait à adapter le régime alimentaire avec des glucides d'absorption lente, la prise alimentaire régulière avec collations entre les repas. Le traitement chirurgical consiste à faire une résection curative du tissu pancréatique suspecté. L'abord chirurgical classique nécessite une large voie d'abord afin de pouvoir explorer le bloc duodéno pancréatique et la totalité de la glande [8]. L'abord coelioscopique de l'insulinoïde est faisable et tend à supplanter la chirurgie conventionnelle, elle s'adresse aux tumeurs uniques, superficielles, de petite taille, de préférence situées au niveau de la queue ou le corps du pancréas [9]. En cas de malignité, il existe une thérapeutique alternative qui convient d'envisager de manière multidisciplinaire une réduction tumorale, une résection des métastases, une chimiothérapie, une chimio-embolisation ciblée ou un traitement médicamenteux par des analogues de la somatostatine [10].

Sur le plan anatomo-pathologique, l'identification des formes malignes n'est pas toujours facile et repose sur les critères anatomopathologiques établis par l'OMS en 2010 [11].

L'insulinoïde est considéré à pronostic incertain si on note la taille supérieure à 2 centimètres ou de grade 2 ou une invasion vasculaire et ou péri nerveuse ou la présence de nécrose. La malignité de l'insulinoïde est affirmée pour les tumeurs classées grade 3 de la classification de l'OMS 2010 ou par la mise en évidence d'une rechute, d'une extension tumorale locorégionale extra-pancréatique ou ganglionnaire ou à distance. En l'absence de ces critères, Il est considéré comme bénin.

En cas d'insulinoïde classé bénin, opéré avec une résection R0, aucune surveillance n'est proposée [11].

L'examen macroscopique chez notre patient présente un cas d'insulinoïde classé bénin de bas grade selon la classification de

l'OMS 2010 opéré avec une résection R0 considéré donc, comme porteur d'une forme de bon pronostic chez qui aucune surveillance n'est proposée.

CONCLUSION

Le diagnostic d'insulinome est difficile. Il faut toujours penser à un insulinome devant la triade de Whipple. Le traitement de référence est l'énucléation par laparotomie ou laparoscopie.

REFERENCES

- 1. Horton K, Hruban R, Yeo C et al.** Multi-detector row CT of pancreatic isletcell tumors. *Radio Graphics*. 2006; 26(2):453–64.
- 2. Rich TA, Perrier ND.** Multiple endocrine neoplasia syndromes. *Surg Clin NorthAm*. 2008; 88(4): 86395.
- 3. Liu Y, Song Q, Jin HJ et al.** The value of multi detector-row CT in the preoperative détection of pancreatic insulinomas. *RadiolMed*. 2009; 114(8):1232–8.
- 4. Fidler JL, Fletcher JG, Reading CC et al.** Preoperative detection of pancreatic insulinomas on multiphasic helical CT. *AJR Am Roentgenol*.2003;181(3):775–80.
- 5. Bégu-Le Corroller A, Valéro R et al.** Aggressive multimodal therapy of sporadic malignant insulinoma can improve survival: à retrospective 35-year study of 12 patients. *Diabetes Metab*. 2008;34(4):3438.
- 6. Service FJ, McMahon Mm, O'Brien PC et al.** Functioning insulinoma: incidence, recurrence, and long-term survival of patients: a 60-year study. *Mayo Clin Proc*. 1991; 66(7):711–9.
- 7. Graves TD, Gandhi S, Smith SJ et Col.** Misdiagnosis of seizures: insulinoma presenting as adult-onset seizure disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75(8):1091–2.
- 8. Elisabeth AM, Yao-Chang L, Christopher RMc.** Giant insulinoma: case report and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004; 90(1):575–80.
- 9. Proye C, Lokey JS.** Current concepts in functioning endocrine tumors of the pancreas. *World J Surg*. 2004 ; 28(12):1231–8.
- 10. Peix J-L, Proye C.** Stratégie et technique dans le traitement chirurgical des tumeurs endocrines duodéno pancréatiques. *EMC Techniques chirurgicales Appareil digestif*. 2006 ; 40 (1) :883–891.
- 11. De Herder WW, Niederle B, Scoazec JY et al.** Well-differentiated pancreatic tumor/carcinoma: insulinoma. *Neuroendocrinology*. 2006; 84 (3):183–8.

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 Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Fifth edition. N Engl J Med 1997; 336 : 309-16).

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

Exemples de références :

Article de périodique classique

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

Article d'un supplément à un volume

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

Livre (avec un, deux ou trois auteurs)

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

Livre à auteurs multiples avec coordonnateur(s)

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

Chapitre de livre

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

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

2.5- TABLEAUX

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

2.6- ILLUSTRATIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1- SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

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