



**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

**TECHNIQUE DE SEPARATION DES COMPOSANTES APRES RESECTION
LARGE D'UN DERMATOFIBROSARCOME DE DARIER-FERRAND
RECIDIVANT DE LA PAROI ABDOMINALE
COMPONENT SEPARATION PROCEDURE AFTER LARGE RESECTION OF A
RECURRENT ABDOMINAL WALL DERMATOFIBROSARCOMA TUMOR**

B DIOP¹⁻³, P A BA²⁻³, A DIOUF³, A PHIRI³, C SYLLA³

- 1- *Service de Chirurgie Hôpital Militaire de Ouakam BP 24175 Dakar- Sénégal*
- 2- *Service de chirurgie générale Hôpital Régional de Thiès- Sénégal*
- 3- *UFR Sciences de la Santé/ Université Iba Der Thiam de Thiès - Sénégal*

Correspondance : Dr Balla Diop, Ancien interne des hôpitaux

Chirurgien Hôpital Militaire de Ouakam

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès-Sénégal

Email: dballa33@yahoo.fr / Tel: 00221338205414 Fax : 00221338601833

Résumé

Le dermatofibrosarcome de Darier Ferrand est une tumeur mésoenchymateuse rare qui concerne moins de 0,1% des tumeurs malignes et moins de 1% des sarcomes cutanées. Il s'agit d'une tumeur de malignité intermédiaire, caractérisée par un taux élevé de récurrence surtout lorsqu'une exérèse conforme n'est pas réalisée. Nous rapportons le cas d'un patient de 63 ans, opéré en 2005 et 2011 pour une tumeur de la paroi abdominale correspondant à un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand. Une récurrence était notée pour la 2^{ème} fois sous forme d'une masse tumorale de 15 cm de la paroi abdominale, siégeant en péri-ombilical et au niveau de l'épigastre. Elle englobait les grands droits au scanner sans envahissement à distance. Une exérèse large passant à plus de 3cm des limites macroscopiques était réalisée. Elle laissait un défaut pariétal large de 20 cm de grand axe. La pariétoplastie a consisté en une séparation des composantes de la paroi abdominale renforcée par une prothèse de polypropylène en position rétro-musculaire. La fermeture cutanée consistait en la réalisation de 2 lambeaux de translation et des refends pour couvrir le défaut sans tension. Les suites opératoires immédiates

étaient sans particularités avec cicatrisation au bout de 3 semaines. L'histologie confirmait le fibrosarcome de Darier-Ferrand avec des marges saines.

Le cas rapporté met surtout en exergue le problème qu'occasionne la résection large carcinologique d'une tumeur de Darier Ferrand de la paroi abdominale pour lequel la technique de séparation des composantes de la paroi abdominale, renforcée par une prothèse synthétique et des artifices de fermeture cutanée constitue une procédure intéressante.

Mots clés : dermatofibrosarcome, paroi abdominale, séparation composante, prothèse

Summary

Darier Ferrand's dermatofibrosarcoma is a rare mesenchymal tumor that affects less than 0.1% of malignant tumors and less than 1% of skin sarcomas. This is an intermediate malignancy, characterized by a high rate of recurrence, especially when adequate resection is not performed. We report the case of a 63-year-old patient operated on in 2005 and 2011 for an abdominal wall tumor corresponding to

Darier-Ferrand dermatofibrosarcoma. A recurrence was noted for the second time in the form of a tumor mass of 15cm diameter, located in the periumbilical area and at the level of the epigastrium. It reach the rectus muscle on the CTscan without distant metastasis. A wide resection passing more than 3cm from the macroscopic limits was performed. It left a large parietal defect 20cm long. The parietoplasty consisted of a component separation procedure reinforced by a polypropylene prosthesis in the retromuscular position. Skin closure consisted of making 2 translation flaps and splits to cover the defect without tension. The immediate postoperative effects were

unremarkable with skin healing after 3 weeks. Histology confirmed Darier-Ferrand fibrosarcoma with healthy margins.

The reported case especially highlights the problem caused by the large carcinological resection of a Darier Ferrand tumor of the abdominal wall for which the component separating procedure of the abdominal wall, reinforced by a synthetic prosthesis and skin closing devices is an interesting procedure.

Keywords: dermatofibrosarcoma, abdominal wall, component separation, prosthesis

INTRODUCTION

La tumeur de Darrier Ferrand est une tumeur mésoenchymateuse fibrosarcomateuse qui a pour point de départ le derme cutané. Elle est relativement rare, représentant moins de 1% de l'ensemble des sarcomes cutanés [1]. Il s'agit d'une tumeur borderline avec une malignité essentiellement locale qui se caractérise par sa croissance lente, son potentiel élevé de récurrence, la rareté des métastases lymphatiques et à distance. Plusieurs hypothèses sont évoquées dans la genèse, notamment le traumatisme cutané mais la cause des dermatofibrosarcomes reste inconnue [2]. La tumeur siège en prédilection sur le tronc (60%) et les extrémités (30%) [3]. La localisation sur la paroi abdominale est moins fréquente et comporte un risque d'envahissement des structures musculo-aponévrotiques sous-jacentes.

Le traitement est pour l'essentiel chirurgical et fait appel à une exérèse dont l'objectif est celui d'avoir des marges de résection saines au vu du risque très élevé de récurrence [3, 4]. L'exérèse au-delà de 4 cm des limites de la tumeur est nécessaire pour assurer une exérèse complète [3]. Ce qui peut poser de réels problèmes lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse ayant envahi en

profondeur les structures musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale. En effet, les viscères abdominaux se retrouvent exposés après l'exérèse avec une perte de substance significative qui exclut toute suture directe sous tension.

Nous rapportons une observation de dermatofibrosarcome multirécidivant de la paroi abdominale et posons le problème de la qualité des exérèses tout en soulignant l'intérêt de la procédure de séparation des composantes dans les grandes pertes de substances.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 63 ans, opérée en 2005 puis en 2011 pour une tumeur récidivante de la paroi abdominale antérieure. L'histologie avait conclu en un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand. Une récurrence était notée pour la 2^{ème} fois en 2015 et prise en charge en 2019. Elle se présentait sous forme d'une masse tumorale de 15 cm de grand axe siégeant dans les régions péri et sus ombilicale. La tumeur principale était associée à des nodules satellites de 2 à 3 cm, le long de l'ancienne cicatrice sus et latéro-ombilicale droite (figure 1).



Figure 1 : lésion tumorale épigastrique et le long de la cicatrice

La masse était ferme, mal limitée, fixée au plan superficiel et au plan profond. Il n'y avait pas d'autres anomalies cliniques.

La tomodensitométrie thoraco-abdominale montrait une tumeur englobant les muscles grands droits sans prolongement en intra-abdominal. La tumeur envahissait les muscles grands droits jusqu'au contact du péritoine. La tomodensitométrie abdominale ne révélait pas d'envahissement à distance. La reprise chirurgicale était indiquée et a consisté en une exérèse en monobloc de toute la tumeur et de la cicatrice. Elle passait au large avec des marges latérales macroscopiques passant en zones saines à 3 cm des limites de la tumeur. Elle emportait en profondeur les 4/5^{ème} des grands droits avec ouverture partielle du péritoine (figure 2).

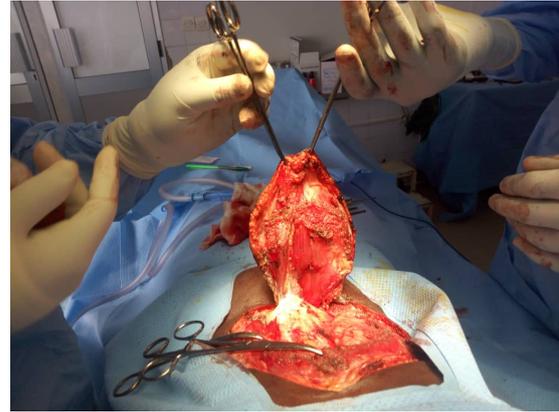


Figure 2 : exérèse large de la tumeur pariétale

L'exérèse laissait un défaut pariétal cutané et musculo-aponévrotique large d'environ 20 cm sur 25 cm de dimension (figure 3).

La pariétoplastie avait consisté en la fermeture du péritoine suivie de la mise en place d'une prothèse de polypropylène en position pré-péritonéale (figure 3).

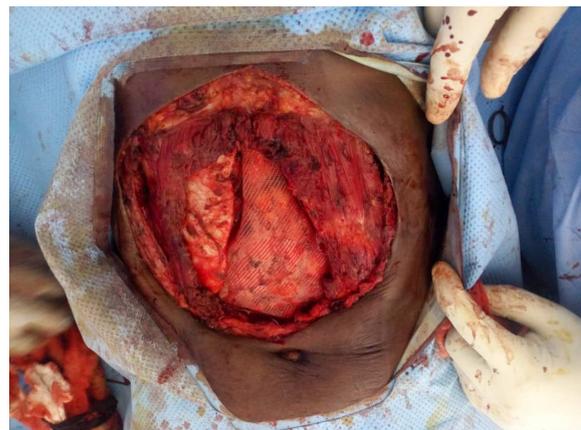


Figure 3 : défaut pariétal et renforcement par prothèse

Une séparation des composantes de la paroi abdominale par une dissection latérale étendue des muscles larges était effectuée. Le glissement de ceux-ci sur la partie médiane permettait un rapprochement de part et d'autre et une couverture de la prothèse (figure 4).



Figure 4 : séparation composante et glissement vers la médiane des muscles

La fermeture cutanée consistait en la réalisation de plusieurs lambeaux de translation avec des refends pour couvrir le défaut (figure 5).



Figure 5 : fermeture cutanée par lambeau de translation

Les suites opératoires immédiates étaient sans particularité avec cicatrisation au bout de 3 semaines environ (figure 6).



Figure 6 : Résultats à 4 mois post-opératoire

L'histologie confirmait le fibrosarcome de Darier-Ferrand avec des marges saines. Avec un recul de 17 mois, aucune récurrence n'est notée. La cicatrice reste souple sans nodule palpé.

DISCUSSION

L'incidence annuelle de la tumeur de Darier Ferrand se situe entre 0,8 à 4,1 par million d'habitants [5]. Elle affecte les deux sexes avec une légère prédominance dans le sexe masculin. La tranche d'âge la plus concernée est celle entre 20 et 50 ans mais peut affecter tous les âges. Des formes congénitales ou de survenu précoce sont décrites mais restent exceptionnelles [6].

La tumeur se développe à partir des fibroblastes du derme cutané et de la couche sous-cutanée avec une croissance exubérante vers l'extérieur dans la majorité des cas. Le dermatofibrosarcome s'oppose aux fibrosarcomes vrais primitifs par son origine cutanée et sa croissance lente [7]. Il est caractérisé par un taux élevé de récurrence et par la rareté des métastases à distance. Cependant, dans 10 à 15% des cas, la tumeur comporte une activité mitotique accrue, une perte de l'expression du CD34

et en conséquence une malignité accrue avec risque de métastase [8, 9]. D'autres facteurs de mauvais pronostic sont représentés par la taille tumorale et les récurrences multiples [8].

Le dermatofibrosarcome de Darier Ferrand est décrit dans toutes les localisations mais reste plus fréquent sur le tronc (50 à 60% des cas) et les membres (20 à 30% des cas) suivi de la tête, du cou, du sein, de la région vulvaire [3,10]. La localisation sur la paroi abdominale, comme notée chez notre patient, est retrouvée dans 25% des cas dans la série de Driss [3].

Au plan clinique, la tumeur peut au début se présenter sous forme de plaque cutanée fibreuse rosée, rougeâtre ou brun, ferme, indolore et peut rester longtemps méconnu. Elle peut prendre l'aspect de formation chéloïdienne. Dans la majorité des cas, elle décrit une masse cutanée exubérante, nodulaire unique ou multiple, indolore comme retrouvé dans le cas rapporté. La taille est variable et peut atteindre plus de 30 cm [11]. Sa croissance est lente, peut durer des années, comme noté dans le cas rapporté (évolution sur plus de 15 ans).

La tumeur est caractéristique par son comportement agressif local avec possibilité d'envahissement des structures sous-jacentes musculo-aponévrotiques et rarement osseuses.

Dans la localisation abdominale l'envahissement des muscles de la paroi se traduit par une infiltration locale plus ou moins diffuse pouvant atteindre le péritoine. La tumeur comporte un risque élevé de récurrence même après une exérèse complète. Plusieurs études ont montré la corrélation entre le risque de récurrence et la distance de la marge de résection. Le taux de récurrence est de 20 à 50% en cas de marges envahies, de 10 à 20% pour des marges de moins de 3cm, de 6% pour une marge de 4cm [12,13]. La récurrence multiple favorise la transformation sarcomateuse, l'évolution vers une malignité avérée et une extension à distance. Chez notre patient la récurrence est survenue à deux reprises sur une période de

plus de 15ans. Aucune extension à distance n'était objectivée.

Au plan thérapeutique, l'exérèse large et profonde est le traitement de référence dans les formes localisées. L'exérèse à une distance de 4 cm des limites macroscopiques est importante à respecter pour diminuer le risque de récurrence [3, 11]. L'infiltration en profondeur doit être appréciée et les structures musculo-aponévrotiques intéressées comprises dans la résection avec des marges suffisantes. L'exérèse d'une barrière anatomique fasciale, aponévrotique ou musculaire permet d'optimiser et équivaut à une marge de 3 cm comme suggéré par Kawaguchi [14]. Une exérèse large à plus de 3cm était réalisée chez notre patient emportant le péritoine adjacent.

Comme alternative, la procédure Mohs avec examen extemporané permet une exérèse plus économe et mieux contrôlée de la tumeur [15]. Les marges sont examinées microscopiquement sur des recoups successives et l'absence d'envahissement prouvée avant la fermeture. Une réduction du taux de récurrence à 1% est rapportée dans la littérature pour la procédure Mohs [16, 17]. Cette procédure implique cependant une expertise, une organisation et des moyens supplémentaires non disponibles dans notre contexte.

Le défi de la reconstitution se pose après exérèse notamment sur la paroi abdominale où les structures cutanées et musculo-aponévrotiques comportent un rôle fonctionnel et esthétique. Le type de réparation pariétale est fonction du siège du défaut, de la taille et de la qualité des tissus restants. Il peut s'agir de l'autoplastie par rapprochement suture des plans musculo-aponévrotiques avec ou sans incision de décharge, ou d'une suture en Paletot lorsque les berges peuvent être rapprochées. L'autoplastie est faite sous tension et comporte un risque élevé d'éventration. La méthode de retournement aponévrotique de Welti Eudel peut être une alternative à la suture simple. Lorsque le défaut est large, comme noté chez notre patient, le

renforcement par une prothèse synthétique permet d'assurer la solidité. La fermeture du péritoine est essentielle et évite les adhérences avec la prothèse, les douleurs chroniques, le risque de d'infection, d'occlusion, de fistule entero-colique.

La suture des plans musculo-aponévrotiques est possible après décollement latéral étendu des muscles larges qui permet un gain de 10 cm environ et un glissement vers la médiane [18]. Il a permis chez notre patient un rapprochement sur la médiane et la couverture de la prothèse. Cependant les larges décollement réalisés peuvent se compliquer d'hématome, de sérome et d'infection.

La plastie cutanée peut se faire par rapprochement avec un risque de nécrose en

raison de la tension exercée. Les lambeaux de translation comme réalisés chez notre patient, ou les greffes cutanées sont une alternative.

CONCLUSION

L'exérèse carcinologique de la tumeur de Darier Ferrand passe à distance des limites macroscopiques de la tumeur. Elle laisse pour la tumeur localisée sur la paroi abdominale, un défaut large dont la fermeture peut poser un problème réel. La technique de séparation des composantes de la paroi abdominale, renforcée par une prothèse synthétique et des artifices de fermeture cutanée constituent une procédure intéressante.

RÉFÉRENCES

1-Pack G.T.; Tabah E.J. Dermatofibrosarcoma protuberans. A report of 39 cases. *A.M.A. Arch. Surg.* 1951 ; 62 : 391-411.

2- Taylor HB, Helwig EB. Dermatofibrosarcoma protuberans: A study of 115 cases. *Cancer.* 1962; 15(4):717-725

3- Driss E, Hatim D, Samira B, Keltoum E, Meriem D, Yassine N B, Saloua E. Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand, une tumeur cutanée particulière: à propos de 32 cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J.* 2014; 19: 1-8

4-Smola M.G, Soyer H.P, Scharnagl E. Surgical treatment of dermatofibrosarcoma protuberans. A retrospective study of 20 cases with review of literature. *Eur. J. Surg. Oncol.* 1991, 17: 447- 453.

5-Kreicher K.L, Kurlander, D E, Gittleman H.R, Barnholtz-Sloan J.S, Bordeaux J.S. Incidence and Survival of Primary Dermatofibrosarcoma Protuberans in the United States. *Dermatol. Surg.* 2016; 42: 24-31.

6-Marini M, Saponaro A, Magarinos G. Congenital atrophic dermatofibrosarcome protuberans. *Int J Dermatol.* 2001; 40(7):448-450

7-Degos H, Civatte J, Belaich S. Dermatofibrosarcome de DarierFerrand. (Dermatofibrosarcome protubérant d'HOFFMANN). *Dermatologie - Edition Flammarion Paris,* 1981, tome II: 875 - 877.

8-Keiko H, Seiichi M, Keisuke A, Taisuke T, Tabu G, Yuki F, Noriko M. Risk factors for distant metastasis of dermatofibrosarcoma protuberans. *J Orthop Traumatol.* 2016 ; 17(3): 261–266

9-Goldblum JR, Reith JD, Weiss SW. Sarcomas arising in dermatofibrosarcoma protuberans: a reappraisal of biologic behavior in eighteen cases treated by wide local excision with extended clinical follow up. *Am J Surg Pathol* 2000; 24:1125-1130

10- Ozmen E, Güney G, Algin O. Magnetic resonance imaging of vulvar dermatofibrosarcoma protuberans: Report of a case. *Radiol Oncol* 2013; 47:244-246.

11- Nawal H, Ikram B, Kaoutar Z, Amal B, Laila C, Hind El F, Taoufiq H, Youssef B, Faouzi B, Abdelmajid M, Omar M, Fatima Z M, Afaf A. Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand: à propos de 27 cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J.* 2014; 18: 280

12- Gloster HM, Harris KR, Roenigk RK. A comparison between Mohs micrographic surgery and wide surgical excision for the treatment of dermatofibrosarcoma protuberans. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 35: 82 – 87

13- Petoïn DS, Verola O, Banzet P, Dufourmentel C, Servant JM. Darier Ferrand dermatofibrosarcoma: study of 96 cases over 15 years. *Chirurgie* 1985, 111: 132 – 138

14- Kawaguchi N, Ahmed AR, Matsumoto S, Manabe J, Matsushita Y. The concept of curative margin in surgery for bone and soft tissue sarcoma. *Clin Orthop* 2004; 419:165–172

15-Loghdey MS, Varma S, Rajpara SM, Al-Rawi H, Perks G, Perkins W. Mohs micrographic surgery for dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP): a single-centre series of 76 patients treated by frozen-section Mohs micrographic surgery with a review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014; 67:1315-1321.

16- Farma JM, Ammori JB, Zager JS, Marzban SS, Bui MM, Bichakjian CK, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: how wide should we resect? *Annals of Surgical Oncology* 2010;17(8):2112–2118

17- Nouri K, Lodha R, Jimenez G, Robins P. Mohs micrographic surgery for dermatofibrosarcoma protuberans: University of Miami and NYU experience. *Dermatologic Surgery* 2002; 28(11):1060–1064.

18- Rubayi S, Chandrasekhar BS. Trunk, abdomen, and pressure sore reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2011;128: 201-215.

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: 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.