



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2026, Volume 9
N°1, Pages 1 - 136

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- **Ophthalmologie**
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 Zinzindouhoue (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2026, Volume 9,
N°1, Pages 1 - 136

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

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

REFLEXIONS SUR L'INDICATION OPERATOIRE EN CHIRURGIE

Auteur : Madieng Dieng, e-mail : madiengd@hotmail.com

Professeur de Chirurgie Générale

Directeur de publication du Journal Africain de Chirurgie

L'indication opératoire constitue un acte intellectuel central de la pratique chirurgicale qui fait appel au savoir, au savoir-faire et au savoir-être. Elle s'appuie aussi sur la méthode et la morale. Le geste technique n'est que l'aboutissement visible d'un processus décisionnel complexe intégrant : la compréhension de la maladie, l'évaluation du terrain, l'appréciation de la balance bénéfice-risque, les ressources disponibles, les données actualisées de la littérature, et les objectifs réels du soin.

Décider d'opérer n'est jamais un acte automatique : c'est une décision réfléchie qui doit équilibrer les bénéfices attendus, les risques opératoires et les alternatives thérapeutiques.

De mon point de vue, toute indication opératoire doit répondre à six questions fondamentales que sont :

1. Qui opérer ? 2. Pourquoi opérer ? 3. Quand opérer ? 4. Comment opérer ? 5. Où opérer ?
6. Pour quels résultats ?

Nous allons nous atteler, dans cet éditorial, à répondre à ces six questions fondamentales que tout chirurgien et son équipe devrait se poser avant toute prise de décision allant dans le sens d'une intervention chirurgicale.

1. Qui opérer ?

Cette première question concerne la sélection du patient. Cette sélection passe par une bonne évaluation de la maladie, du malade ; et aussi par l'obtention de son consentement éclairé et / ou de celui de son tuteur légal.

Pour l'évaluation de la maladie, le chirurgien doit déterminer : la nature exacte de la pathologie, son stade évolutif, son retentissement fonctionnel, son potentiel de gravité. Ce dernier aspect s'adresse souvent aux pathologies d'urgence et aux tumeurs malignes. L'évaluation en urgence fait appel à un sens clinique avisé nécessitant une certaine expérience, un sens du discernement et un pragmatisme avéré. Toujours est-il qu'il faut garder à l'esprit que la prise de décision doit être collégiale, après discussion au staff de service autant qu'il est possible de le faire.

Dans le cas des tumeurs malignes, il s'agit avant tout d'évaluer de la résécabilité ou l'opérabilité de la maladie ou de la pathologie. La question n'est pas seulement : la maladie est-elle opérable ? Mais aussi et surtout, le patient tirera-t-il un bénéfice réel de l'intervention ? Cette distinction est fondamentale.

Une tumeur résécable n'implique pas automatiquement une indication opératoire si : le risque péri-opératoire est prohibitif, l'espérance de vie est limitée, ou si l'impact fonctionnel post-opératoire est incompatible avec la qualité de vie attendue. D'où la nécessité absolue d'évaluer le patient pour une prise en charge holistique.

L'évaluation du patient va s'intéresser à son état général, à l'existence ou non de co-morbidités et au risque anesthésique. Les paramètres suivants vont contribuer, entre autres, à une évaluation exhaustive de l'état général du patient : l'âge physiologique, l'état nutritionnel, l'état

d'hydratation, l'IMC, l'état de fragilité notamment chez la personne âgée. Chez le sujet âgé, la mortalité opératoire dépend davantage de la réserve physiologique que de l'âge chronologique. Les programmes pré-opératoires de Réhabilitation Améliorée Avant Chirurgie (RAAC), ou ERAS pour le sigle anglo-saxon, tendent aujourd'hui à corriger ces facteurs avant une chirurgie majeure [1]. Les co-morbidités comme les cardiopathies, l'insuffisance respiratoire, l'insuffisance rénale, entre autres, peuvent constituer des contre-indications absolues ou relatives selon les circonstances cliniques. Ces co-morbidités rentrent parfaitement dans l'évaluation du risque anesthésique qui est habituellement déterminé grâce à la classification de l'American Society of Anesthesiologist (ASA) permettant de dire si un patient est opérable ou non.

La maladie est opérable, le patient est en mesure de subir l'intervention, il faudra ensuite obtenir le consentement éclairé de ce dernier et / ou de son tuteur légal, le cas échéant. Le consentement implique : la compréhension des bénéfices réels, l'explication des alternatives, l'estimation individualisée du risque, et l'adhésion thérapeutique du patient [2]. Dans le cadre du respect strict des droits du patient, l'obtention du consentement éclairé est primordiale et obligatoire après avoir donné au malade une information honnête et loyale. Ceci dans le respect des principes éthiques qui encadrent la pratique médicale en général, et la pratique chirurgicale en particulier [3]. La décision opératoire devient ainsi une décision collégiale et partagée. Dès lors que l'indication opératoire, après une décision partagée, a été posée, le chirurgien ou son équipe devrait se poser la seconde question fondamentale : pourquoi opérer ?

2. Pourquoi opérer ?

En effet, la chirurgie doit répondre à un objectif précis que traduit bien l'aphorisme premier de la médecine « *Primum non nocere* », autrement dit « Premièrement ne pas nuire ». Le but de l'intervention chirurgicale peut être curatif, palliatif, fonctionnel, préventif et diagnostique.

A visée curative, la chirurgie aura pour objectif principal de supprimer la cause de la maladie, comme par exemple : une appendicectomie pour appendicite aiguë, une colectomie pour cancer du côlon ou une exérèse d'organe pour l'ablation d'une tumeur maligne.

Par contre la chirurgie à visée palliative ne cherche pas à guérir ou à supprimer la cause de la maladie ; mais surtout elle vise à soulager le patient, à améliorer son confort et sa qualité de vie. Cette chirurgie palliative est souvent indiquée chez des patients atteints de cancers avancés non résécables de manière curative. Il peut s'agir, par exemple, d'une double dérivation bilio-digestive dans le cas d'un cancer de la tête du pancréas, d'une gastrostomie d'alimentation dans le cas d'un cancer de l'œsophage en aphagie, ou encore d'une colostomie de décharge dans le cas d'un cancer du côlon sténosant.

L'indication chirurgicale à visée fonctionnelle, elle, permet d'améliorer la qualité de vie et / ou de restaurer la fonction d'un organe ou d'un appareil. A titre d'exemples : une séromyotomie de Heller pour achalasie ; une pyloroplastie ou une gastro-entéro-anastomose pour traiter une sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse.

La chirurgie peut être également à visée diagnostique dans le cadre d'une recherche étiologique ou d'un bilan d'extension d'une évolution d'une pathologie tumorale. Il peut s'agir dans ce cas de laparoscopie exploratrice, de biopsie d'organe ou de prélèvement ganglionnaire.

Actuellement, la chirurgie à visée préventive est de plus en plus pratiquée, notamment dans les pathologies pré-cancéreuses à connotation oncogénétique. Nous pouvons citer les mastectomies préventives effectuées chez des femmes porteuses de mutations génétiques familiales et présentant un risque accru de développer un cancer du sein ; les colectomies prophylactiques pour polypose adénomateuse familiale (PAF), entre autres exemples [4]. Dans une moindre

mesure la chirurgie prophylactique peut être effectuée pour des pathologies bénignes comme les cholécystectomies prophylactiques chez les drépanocytaires pour éviter la survenue des complications aiguës de la lithiase biliaire qui peuvent être graves chez ces derniers [5].

Après avoir répondu aux deux premières questions fondamentales, l'équipe chirurgicale devra décider du meilleur moment pour programmer et effectuer l'intervention. Ce qui nous permet d'aborder la troisième question fondamentale : quand opérer ?

3. Quand opérer ?

Le « timing » chirurgical est un déterminant majeur du pronostic. Le moment de l'opération est capital et tient compte des délais écoulés entre la confirmation du diagnostic, la prise de décision opératoire, et l'admission du patient au bloc opératoire pour subir l'intervention chirurgicale. Ces délais peuvent se compter en minutes, heures, jours et mois selon le degré d'urgence ou non de la maladie compte tenu des risques de complications liés à son évolution.

Dans les cas extrêmes, notamment dans le « damage control » pour contusions abdominales, les délais sont extrêmement courts, le moment de l'intervention doit être déterminé avec célérité et promptitude. Dans ces cas plus on attend, plus les chances de survie des patients s'amenuisent. L'urgence absolue engage le pronostic vital ou fonctionnel immédiat, alors que pour une urgence relative, l'intervention peut être différée de quelques heures selon les circonstances. A contrario, en chirurgie pariétale, notamment dans les cures des hernies de l'aine non compliquées, les délais de la prise en charge peuvent être plus ou moins long et varier en fonction des structures sanitaires et de leur méthode de programmation.

Toujours est-il que le délai d'attente doit être le plus court possible pour éviter la survenue de complications éventuelles au cours de l'évolution de la maladie, même pour une pathologie bénigne. Mais aussi et surtout pour soulager psychologiquement les patients. Ces derniers pouvant vivre des moments d'angoisse et d'anxiété durant la période d'attente. D'où l'intérêt d'un soutien psychologique pour tout patient devant subir une intervention chirurgicale.

En chirurgie programmée, certaines interventions chirurgicales vont faire appel à des programmes de préparation pré-opératoires spécifiques. C'est le cas dans la prise en charge de certains cancers qui nécessitent parfois l'association, au traitement chirurgical, de traitements néo-adjuvants comme une chimiothérapie ou une radio-chimiothérapie. Dans ces dernières situations l'intervention doit se faire dans un délai bien précis au risque de perdre le bénéfice thérapeutique initial du traitement néo-adjuvant. Il s'agit ici de trouver la bonne fenêtre thérapeutique. Il faut éviter de faire une chirurgie trop précoce ou à contrario de faire une chirurgie trop tardive. Il faut viser le bon moment, la bonne « fenêtre thérapeutique » ; en sachant que le bon timing chirurgical améliore sensiblement le pronostic.

Une fois le bon timing de l'intervention déterminé, l'intervention programmée, l'équipe chirurgicale doit se poser la question suivante : comment opérer ? Cette question est la quatrième question fondamentale de l'indication opératoire en chirurgie.

4. Comment opérer ?

Cette question concerne la technique chirurgicale envisagée, la tactique opératoire à dérouler en cours d'intervention. Le choix de la technique doit être individualisé, c'est la notion de traitement personnalisé ou plus particulièrement de chirurgie personnalisée. Cette chirurgie personnalisée est fonction de la génétique, de l'anatomie, de la physiologie, mais aussi dans certaines situations pathologiques de la biologie tumorale. Il faudra tenir compte des avantages et des limites de chaque modalité technique et de sa faisabilité dans le contexte d'exercice du chirurgien. La chirurgie ouverte reste indispensable en urgence, dans les situations complexes, en cas d'instabilité hémodynamique par exemple.

Ses avantages sont la rapidité de l'abord, une bonne exposition, et un contrôle vasculaire direct. Ses limites sont, entre autres, une douleur post-opératoire plus marquée, un taux plus élevé d'infections du site opératoire ou d'éventrations, et une récupération post-opératoire plus lente. Ces limites de la chirurgie ouverte sont atténuées par la chirurgie mini-invasive. En effet la laparoscopie a profondément transformé la chirurgie générale et viscérale. Ses bénéfices sont bien démontrés avec une réduction du stress inflammatoire, une diminution des douleurs post-opératoires, une récupération post-opératoire accélérée, et une réduction des complications pariétales. Elle constitue actuellement le standard pour de nombreuses procédures en chirurgie abdomino-pelvienne. Ses avantages sont encore majorés par la chirurgie robotique, pour les centres qui en disposent.

La technique et la tactique opératoires doivent être bien étudiées en amont de la réalisation de l'acte chirurgical, lors d'une bonne planification de l'intervention. Durant cette phase de planification, le chirurgien doit se remémorer son protocole opératoire, procéder à une simulation mentale ou cérébrale du déroulement de l'intervention avec les différents temps que sont : la voie d'abord ; l'exposition, l'exploration ; les gestes à réaliser. Il lui faudra anticiper les incidents per-opératoires éventuels, et réfléchir aux solutions pour les éviter ou les contourner ou encore les résoudre. L'exécution parfaite ou en tout cas correcte d'une technique chirurgicale nécessite le respect des règles et principes applicables à tout acte chirurgical. Le respect de ces règles fait appel à une asepsie rigoureuse, une hémostase soigneuse, une dissection minutieuse et anatomique des différents plans, une préservation de la vascularisation et de l'innervation de certains organes critiques, entre autres. Une bonne planification de l'acte chirurgicale dans ses volets : informations éclairées du patient, décision opératoire partagée, évaluation exhaustive de la maladie et du malade, choix du moment idéal et de la technique pour la réalisation de l'acte opératoire, facilite grandement les suites opératoires. Les suites opératoires dépendent aussi, en partie, du plateau technique et des infrastructures dont disposent l'équipe chirurgicale. D'où l'intérêt pour cette même équipe de répondre à la cinquième question fondamentale concernant l'indication opératoire à savoir : où opérer ?

5. Où opérer ?

L'infrastructure, les équipements, les instruments, en somme le plateau technique influence directement la sécurité et la qualité de l'intervention chirurgicale. L'équipe chirurgicale doit toujours procéder à l'audit de l'infrastructure et du plateau technique afin de déterminer les types d'intervention qui sont réalisables dans leur contexte d'exercice [6]. A ce titre l'existence d'un service de réanimation digne de ce nom est indispensable pour la réalisation de certaines interventions complexes, pour la gestion des complications post-opératoires, ou pour la préparation des patients avant l'intervention concernant certaines pathologies.

Dans le système de santé du Sénégal, avec une organisation pyramidale, le degré de complexité des interventions chirurgicales détermine leurs lieux de réalisation (niveau des structures de soins sur la pyramide sanitaire). La chirurgie dite lourde ne pouvant se pratiquer qu'au niveau des établissements publics de santé (EPS) de niveau 3, à savoir les centres hospitaliers régionaux (CHR) ou les centres hospitalo-universitaires (CHU). Ailleurs dans les pays développés, il existe des centres de références spécialisées dans la prise en charge d'une pathologie donnée ou dans la chirurgie d'organe ou d'appareil spécifiques. Le niveau de spécialisation des structures ou des centres de chirurgie détermine également le niveau d'expertise et l'expérience de l'équipe chirurgicale. Il a été démontré que les résultats, en chirurgie, dépendent du volume d'activité de la structure, de l'expérience du chirurgien, de la qualité de la coordination interdisciplinaire et pluridisciplinaire [6]. Ces résultats constituent l'objet de la sixième question fondamentale de l'indication chirurgicale : pour quels résultats ?

6. Pour quels résultats ?

Dans le domaine de la chirurgie, les résultats se mesurent en termes de morbidité, de mortalité, de séquelles, de survie, de récidence et de qualité de vie. L'amélioration continue des résultats de la chirurgie passe par la tenue régulière des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), des réunions de morbi-mortalité ; mais aussi par l'exploitation et l'analyse des résultats d'enquêtes de satisfaction des patients et usagers. Cependant loin des statistiques, des taux et des chiffres, le résultat pour un patient donné « *Intuiti Personae* » est un résultat individuel et personnalisé. C'est-à-dire que le patient ne recherche dans le soin qu'une amélioration de sa survie, de sa qualité de vie, en somme de son bien-être personnel. La médecine, la chirurgie comprise, devient de plus en plus personnalisée et devrait répondre à cette demande individualisée.

La première étape pour obtenir de bons résultats dans la pratique chirurgicale est d'assurer la sécurité du patient en toutes circonstances. C'est la notion de « patient safety » de l'OMS. Garantir la sécurité des patients en tout lieu et en tout temps est une assurance pour obtenir les meilleurs résultats possibles en matière de chirurgie. A ce titre les RCP, les staffs de programmation et de discussion des cas à opérer jouent un rôle primordial. Concernant la prise en charge des pathologies chirurgicales complexes ou compliquées, la tendance actuelle est de solliciter un deuxième voir un troisième avis. Ce qui, à mon avis, constitue une marque d'humilité qui est une valeur essentielle que devrait posséder tout chirurgien. Le chirurgien ne doit en aucun cas poser une indication opératoire pour se glorifier d'avoir opéré une série conséquente d'une pathologie donnée avec une technique opératoire à la mode, par exemple, alors que le bénéfice pour le patient est minime ou que l'acte en lui-même peut être délétère pour le patient. Le chirurgien ne doit en aucun cas verser dans le culte de la mystification, uniquement dans le but d'impressionner pour satisfaire son égo. Toute indication opératoire doit viser un bénéfice mesurable. Le bénéfice attendu doit être supérieure aux risques opératoires, aux séquelles potentielles et aux autres alternatives thérapeutiques disponibles.

Les réunions de morbi-mortalité permettent de faire l'audit des complications et des décès opératoires. Les conclusions de leur analyse pertinente et rigoureuse conduisent à la mise en place de mesures correctrices et des recommandations pour la bonne pratique chirurgicale [6]. En chirurgie les complications restent un enjeu majeur et les résultats doivent être centrés sur le patient. A ce titre des outils d'aide à la décision sont de plus en plus confectionnés et utilisés avec l'aide de l'intelligence artificielle. A l'ère de l'intelligence artificielle (IA) et de l'exploitation des données, les modèles d'IA permettent l'estimation personnalisée du risque, l'anticipation des complications, l'aide à la prise de décision thérapeutique et la prédiction du pronostic [7]. La chirurgie assistée par ordinateur devient incontournable en médecine moderne pour planifier, guider et réaliser des interventions avec précision. De même, la technologie du jumeau numérique est appelée à jouer un rôle clé dans l'avenir de la chirurgie, grâce à sa capacité à reproduire virtuellement des interventions spécifiques au patient tout en fournissant aux cliniciens des mises à jour en temps réel. Des défis majeurs sont à relever pour une transposition réussie en pratique clinique [8]. Malgré l'apport considérable de l'IA, le dernier mot revient toujours à l'humain, c'est-à-dire aux experts du domaine concerné, en l'occurrence ici le chirurgien et son équipe.

En résumé : l'objectif principal de la chirurgie est d'opérer un patient dans les meilleures conditions de sécurité possibles, par la technique chirurgicale la plus appropriée du moment dont le choix dépendra du contexte d'exercice du chirurgien ou de l'équipe chirurgicale, après avoir évalué le rapport bénéfices sur risques pour le malade. L'atteinte de cet objectif passe par le respect des principes éthiques que sont : la bienfaisance qui consiste à agir dans l'intérêt du patient ; la non malfaisance qui permet d'éviter une chirurgie inutile ou dangereuse ; l'autonomie qui consiste à respecter le choix du patient, notamment obtenir son consentement

éclairé après lui avoir délivré une information loyale et honnête ; et enfin la justice qui vise à assurer un accès équitable aux soins chirurgicaux pour tous [3].

L'indication opératoire constitue l'un des actes intellectuels majeur du chirurgien faisant appel à des réflexions approfondies. La bonne indication opératoire doit répondre aux six (6) questions fondamentales traitées dans cet éditorial. Une bonne indication opératoire est souvent plus importante que l'acte technique lui-même, car elle conditionne le pronostic, la sécurité et la qualité de vie du patient. En chirurgie l'objectif n'est plus seulement de réaliser un geste technique parfait, mais d'obtenir, à travers une prise en charge holistique découlant d'une décision partagée, le meilleur résultat possible pour le patient, avec le minimum de risque et le maximum de qualité. Le chirurgien doit surtout savoir : sélectionner le bon patient, choisir le bon moment, déterminer la stratégie optimale, anticiper les risques, et mesurer les résultats attendus.

La chirurgie est une discipline de responsabilité avant d'être une discipline de virtuosité et d'habileté technique. Ma conviction est la suivante : « un chirurgien doit savoir anticiper et gérer les incidents per-opératoires, ainsi que les complications opératoires ; sinon il ne doit pas poser d'indication opératoire, à fortiori opérer ».

Références

- 1- Charissa R. Sabajo, David WG tenCate, Susan van Grinsven, Lennaert CB Groen, Emiel GG Verdaasdonk, Suzanne CL Kerstens, et al (2026). Nationwide Implementation of Multimodal Prehabilitation and Complications After Colorectal Cancer Surgery. *JAMA Surgery, JAMA Surg.*doi:10.1001/jamasurg.2026.1519, Published online May 20, 2026
- 2- Mohamadou L Gueye, Mouhamadou L Diop, Alpha O Toure, Yacine Seye, Souleymane Diao, Mamadou Seck, et al (2026). Quality of the informed consent process in diabetic foot amputation surgery: a prospective multicenter study in Senegal. *Int J Res Med Sci.* 2026 May;14(5):1845-1849, DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20261318>
- 3- Madieng Dieng (2025). Éthique Et Pratique Chirurgicale. *Editorial J Afr Chir Juin – Décembre 2025, Article DOI: 10.61585/pud-jafrchir-v8n401*
- 4- Catherine NOGUÈS, Emmanuelle MOURET-FOURME. Indications et efficacité de la chirurgie prophylactique des cancers gynécologiques et digestifs avec prédisposition génétique. *Bull. Acad. Natle Méd., 2012, 196,no 7, 1237-1245, séance du 2 octobre 2012*
- 5- O Kâ, I Diagne, PA Bâ, M Cissé, I Kâ, M Dieng, A Dia, CT Touré (2010). Cholécysectomie Prophylactique Laparoscopique Pour Lithiase Vésiculaire Chez L'enfant Drépanocytaire. *Le journal de Cœlio-chirurgie - N° 76 - Décembre 2010, P 51-54*
- 6- Madieng Dieng (2024). Demarche Qualite Dans Les Soins Chirurgicaux. *Editorial J Afr Chir, Juin – Décembre 2024, Article DOI: 2712651X,2712651X|Journal Africain de Chirurgie||8|2||2024|| 10.61585/pud-jafrchir-v8n200*
- 7- Sy, I., Allaya, M.M., Bousso, M., Corréa, A.I., Diop, A., Guissé, Y., Diop, S.S. and Dieng, M. (2024). Development of a Deep Learning Model for the Prognosis of the Occurrence of Death from Stomach Cancer in Senegal. *Journal of Intelligent Learning Systems and Applications, 16, 341-362. <https://doi.org/10.4236/jilsa.2024.164017>*
- 8- Asciak, L., Kyeremeh, J., Luo, X. et al. (2025). Digital twin assisted surgery, concept, opportunities, and challenges. *npj Digit. Med.* 8, 32 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01413-0>

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

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

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

1-/ SOUMISSION DES MANUSCRITS

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

2-/ PRESENTATION DES MANUSCRITS

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

Et doit se composer en deux fichiers :

fichier comportant la page de titre

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

2.1- PAGE DE TITRE

un titre (court) en français et en anglais ;

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

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

2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

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 Hospisalières;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 Specialties, 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. Pneumatoisis, 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 coordination 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.