



JUIN 2016 , Volume 4
N° 1, Page 1 - 49

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie

Rédacteur en Chef :

Professeur Seydou Boubakar BADIANE

E-mail : sbbadiane@yahoo.fr

Rédacteur Adjoint :

Professeur Madieng DIENG

E-mail : madiengd@hotmail.com

E-mail : madieng@yahoo.fr

SIEGE

Service de Chirurgie Générale

CHU Aristide Le DANTEC

B.P 3001, Avenue Pasteur

Dakar-Sénégal

Tél. : +221.33.889.38.00 Poste 3420

Fax : +221.33.822.37.21

E-mail : affaire741@yahoo.fr

COMITE DE LECTURE

1. A. H. TEKOU (Togo)
2. A. MOHAMED (Mali)
3. A. MOHIKOUA (Congo Brazzaville)
4. A. OMIGBODUN (Nigéria)
5. Alassane DIOUF (Sénégal)
6. Amadou DEM (Sénégal)
7. Baye Karim DIALLO (Sénégal)
8. Charles DIEME (Sénégal)
9. Gabriel NGOM (Sénégal)
10. J. BAYEBECK (Cameroun)
11. J.F. DELATTRE (France)
12. Kazadi KALANGU (Zimbabwe)
13. M.B. DIALLO (Guinée Conakry)
14. Modeste OGOUBEMY (Sénégal)
15. Oumar DIARRA (Sénégal)
16. Ousmane KA (Sénégal)
17. Papa Ahmed FALL (Sénégal)
18. Paule Aïda NDOYE ROTH (Sénégal)
19. R. DARKO (Ghana)
20. Silly TOURE (Sénégal)
21. Youssoupha SAKHO (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE

1. A. AHALLAT (Maroc)
2. A. WANDAOGO (Burkina Faso)
3. Abdarahmane DIA (Sénégal)
4. Abdel Karim KOUMARE (Mali)
5. Babacar FALL (Sénégal)
6. Baye Assane DIAGNE (Sénégal)
7. Cathérine BRUANT-RODIER (France)
8. Cheikh Tidiane TOURE (Sénégal)
9. D. COLLET (France)
10. Daniel JAECK (France)
11. E. AYITE (Togo)
12. El Hadj Malick DIOP (Sénégal)
13. GADEGBEKU (Côte d'Ivoire)
14. Guy-Bernard CADIERE (Belgique)
15. H. ABARCHI (Niger)
16. Ibrahima FALL (Sénégal)
17. J.P. ARNAUD (France)
18. Jacques POILLEUX (France)
19. JD GRANGE (France)
20. Jean Charles MOREAU (Sénégal)
21. Jean-Baptiste KANGA-MESSAN (Côte d'Ivoire)
22. M. SOSSO (Cameroun)
23. Madoune Robert NDIAYE (Sénégal)
24. Mamadou DIOP (Sénégal)
25. Mamadou NDOYE (Sénégal)
26. Mamadou NDOYE (Sénégal)
27. Mogeysa SAO (Mauritanie)
28. Mohamadou Habib SY (Sénégal)
29. Mouhamadou NDIAYE (Sénégal)
30. Naby Daouda CAMARA (Guinée Conakry)
31. Nazaire PADONOU (Bénin)
32. O.O MBONU (Nigéria)
33. Papa Amadou NDIAYE (Sénégal)
34. PM LOEMBE (Gabon)
35. R. MASSENGO (Congo)
36. Raymond DIOUF (Sénégal)
37. Réal LAPOINTE(Canada)
38. Serigne Maguèye GUEYE (Sénégal)
39. Seydina Issa Laye SEYE (Sénégal)



Journal africain de Chirurgie

REVUE DE L'ASSOCIATION SENEGALAISE DE CHIRURGIE

Jun 2016 ; volume 4, N°1,
Pages 1-49

REMERCIEMENT

Monsieur Jean-Michel HALFON, Président de la Zone Canada/Latin America/AfME des Laboratoires PFIZER, à l'instar des grands leaders, a très vite perçu l'importance capitale et l'utilité d'une telle entreprise. Il a placé sa confiance en nous et a très diligemment mobilisé l'équipe dakaroise des laboratoires PFIZER, si habilement dirigée par le Docteur Cheikh BA, pour mettre sa contribution à disposition. A Monsieur HALFON, à l'équipe dakaroise de PFIZER, nous adressons nos remerciements et exprimons notre gratitude en souhaitant un bel avenir à notre collaboration. Cette collaboration, nous souhaitons l'établir aussi avec d'autres laboratoires et partenaires que nous invitons à faire vivre le Journal Africain de Chirurgie.

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression

Imprimerie Avitech

Tél 77 236 43 14 / 77 809 05 76 - avitechimpressions@gmail.com

imprimerieavitech@gmail.com

Sommaire

EDITORIAL : Professeur Babacar FALL

ARTICLES ORIGINAUX

Les fistules urétéro-vaginales : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques 1-3

Ostéotomie humérale de fermeture latérale dans le traitement du cubitus varus post-traumatique. Intérêt de l'embrochage en croix 4-8

Apport du tube rectal dans la prise en charge du volvulus du côlon sigmoïde : expérience de l'Hôpital Principal de Dakar 9-13

Urgences chirurgicales néonatales au Centre Hospitalier de Yopougon 14-17

Utilisation de la prothèse pariétale dans cure de hernie inguinale en chirurgie ouverte dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point G. Etude de 83 observations 18-21

Les ré-interventions précoces des malades référés au Service de Chirurgie viscérale de l'Hôpital National Donka CHU de Conakry 22-26

Les séquelles esthétiques du traitement conservateur des cancers du sein : à propos de 35 cas à l'Institut du Cancer de Dakar 27-33

Chirurgie des Dermatofibrosarcomes de Darier Ferrand à l'Institut Joliot Curie de Dakar : A propos de 13 cas 34-37

CAS CLINIQUES

Méconnaissance des traumatismes des voies urinaires dans un contexte de poly traumatisme : à propos de deux observations 38-41

Kyste arachnoïdien extra dural spinal dorsal : à propos d'un cas 42-45

Textilome endoluminale : une cause rare d'occlusion intestinale aiguë 46-49

Contents

EDITORIAL : Professor Babacar FALL

ORIGINALS PAPERS

Uretero-vaginal fistula : epidemiological, diagnostic and therapeutical aspects 1-3

Lateral closed wedge ostetomy and cross pinning for the treatment of post-traumatic cubitus varus deformity 4-8

The use of the rectal tube in the management of sigmoid volvulus : experience of the Hosptial Principal of Dakar 9-13

Neonatal surgical emergencies at the Yopougon Hospital Center 14-17

Use of the parietal prosthesis in inguinal hernia repair in open surgery at CHU Point G surgical service « A ». 83 observations cases study 18-21

Early reoperations of patients referred to the visceral surgery of Donka (Guinea) 22-26

Aesthetic sequels of conservative treatment of breast cancer: about 35 cases at Cancer Institute of Dakar 27-33

Surgery of dermatofibrosarcoma protuberans at Joliot Curie Institute : about 13 cases 34-37

CAS CLINIQUES

Ignorance of urinary tract trauma in a context of poly trauma: two about cases 38-41

Spinal Dorsal extradural arachnoid cyst 42-45

Intraluminal surgical sponge: an unusual cause of bowel obstruction 46-49

EDITORIAL

Voici un événement qui lorsqu'il survient en chirurgie quelle que soit la spécialité et le contexte peut troubler le chirurgien. Vu la nature affective de la culture intellectuelle aussitôt sont évoqués les mots suivants : compétence, erreur, faute, maîtrise, expérience en somme professionnalisme et amateurisme. La subjectivité est en première ligne. Très souvent, surtout en début de pratique ou pendant la formation, la rationalité est mise en branle secondairement. Et pourtant nos savons qu'à tout moment de la vie pense un scientifique doit pouvoir reconstruire son savoir dans un esprit critique, ce qui requiert sans froid, maturité et responsabilité [1]. Tout acte chirurgical peut se compliquer. La complication n'est elle pas une aporie dans les sciences chirurgicales ?

En médecine, une complication est un phénomène qui survient au cours d'une maladie, distinct des manifestations habituelles de celle-ci et conséquence des lésions provoquées par elle. Les complications aggravent le pronostic. En chirurgie une complication peut être définie comme un effet indésirable plus ou moins lié à l'acte opératoire, modifiant et altérant à des degrés divers soit le cours, soit les suites d'une intervention chirurgicale. En fait, ce sont les effets indésirables de l'acte opératoire pendant et après celui-ci : la morbidité et la mortalité per et post opératoires précoces et tardives [2]. La durée est en général fixée à 30 jours après l'acte opératoire. La complication peut être locale ou générale ou spécifique d'une spécialité. La chirurgie est une méthode thérapeutique loco-régionale dans sa forme classique. Actuellement greffes et prothèses tendent à modifier le concept loco-régional.

C'est à considérer les mots clefs : complications générales et en chirurgie que nous nous attelons ici.

Les objectifs de la chirurgie qui sont de procurer au patient les meilleures chances de survie à la maladie et aux soins, de réduire au minimum les douleurs et séquelles liées à la maladie et aux soins et au chirurgien de travailler dans un environnement matériel et psychologique favorable sont rarement atteints en Afrique [3].

La chirurgie a ceci de particulier et de constitutif. Elle « agresse » avant de « guérir ». Le chirurgien rend le malade, malade d'abord avant de le « guérir » avec la « complicité » de l'anesthésiste qui a de puissantes drogues. En faisant ce geste



Par Professeur Babacar FALL

CHEF DU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE HOPITAL GENERAL DE GRAND-YOFF

le chirurgien est conscient de sa responsabilité qui est engagée et qu'au bout une sanction peut l'atteindre. La préparation de l'acte opératoire, l'évaluation du risque / bénéfique sont impératives. La mémoire de chirurgien est marquée à jamais par la complication, les succès sont vite oubliés.

Les complications générales ou « communes » sont nombreuses. Si la mortalité est faible, au dessous de 6%, la morbidité peut être élevée et atteindre 43,5% [4]. Leur nature est variable et les plus fréquentes sont l'infection de la plaie opératoire, la fièvre, la plaie opératoire, les complications pulmonaires, les complications vasculaires à côté du choc, de l'hémorragie, du déséquilibre hydro-électrolytique, de l'insuffisance rénale, des complications de l'anesthésie, des complications nutritionnelles

La question de savoir pourquoi deux malades comparables opérés par le même chirurgien dans les mêmes conditions évoluent différemment, de même que la différence de la morbidité dans un même système sanitaire sont encore l'objet de débats [4].

La reconnaissance des complications peut être facile à condition d'assurer la surveillance de l'opéré. Elle est clinique par la pancarte et para-clinique biologique, morphologique. Le diagnostic précoce d'une complication est difficile, les dosages de la CRP, de la procalcitonine et la mesure du volume du muscle psoas sont de plus en plus pratiquées [5, 6]. Des index et des scores sont mis au point pour déterminer la survenue, la sévérité et l'incidence des complications sur le pronostic après chirurgie quelle que soit la spécialité. Le premier index mis en place après la publication par Artz et Hardy en 1960 de « Complications in Surgery and their Management » est le T₉₂ par Clavien et Dindo [7, 8]. Il a été modifié plusieurs fois en 2004 pour donner la classification « Accordéon » et en 2009 pour donner l'index de morbidité post opératoire (IPM) [9, 10]. Le score de frailty ou de « fragilité » permet de prévenir les complications [11].

Le diagnostic différentiel se pose avec les séquelles, la faute, la iatrogénie.

CONCLUSION

Un chirurgien a entre 3 et 6 procès pendant la durée de sa carrière. Il faut réduire au minimum les complications.

REFERENCES

1. Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Paris, Vrin 2011 p 5 – 14
2. Chiche L, Ségol P, Descottes B. De la définition à l'analyse : Rapport du 101ème Congrès français de chirurgie. Paris Arnette 1999 p 1 – 2
3. Fall B. Les défis de la formation en chirurgie laparoscopique en Afrique francophone - Journal Africain de Chirurgie. 2012 ; 2 : 57 – 114.
4. Tevis S E, Kemsedy G D. Post operative complications and implications on patient. Centered out comes Journal of Surgical Research 2013 ; 181 : 106 – 113.
5. Uzzan B, Cohen R, Nicolas P, Cucherat M, Perret G Y. Procalcitonin as a diagnostic test for Sepsis in critically ill adults and after surgery or trauma : a systematic review and meta-analysis Crit Care Med 2006 ; 34 : 1996
6. Zarinsefat A, Terjimanian M N, Sheet K H, Stein I, Mazurek A A, Waits S A et al. Peri operative changes in trunk musculature and post operative out comes Journal of Surgical-Research 2014 ; xxx : 1 – 7
7. Hardy J D. Complications in Surgery and Their Management. Philadelphia W. B. Saunders company, 600 pages.
8. Clavien PA, Sanabria J R, Strasberg S M. Proposed classification of complications of surgery with of utility in cholecystectomy. Surgery 1992; 111: 518 – 526
9. Strasberg S M, Linehan D C, Hawkins W G. The Accordion Severity Grading System of Surgical Complications. Ann Surg 2009 ; 250 : 177 – 186
10. Strasberg S M, Hall B L. Post operative Morbidity Index : A Quantitative Measure of Severity of Post operative Complications J Am Coll Surgery 2011 ; 213 : 616 – 626
11. Robinson T N, Wu S D, Pointer L, Dunn LC, Claeveland J C, Mose M. Simple frailty score predicts post operative complications across surgical specialities Am J. Surgery 2013 ; 206 : 544 – 550

CAS CLINIQUE

MECONNAISSANCE DES TRAUMATISMES DES VOIES URINAIRES DANS UN CONTEXTE DE POLY TRAUMATISME : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS***IGNORANCE OF URINARY TRACT TRAUMA IN A CONTEXT OF POLY TRAUMA: TWO OBSERVATIONS***

AVAKOUDJO JDG, HOUNNASSO PP, NATCHAGANDE G, AGOUNKPE MM, ROUA M, PARÉ A K, DIALLO D, KIRAKOYA B, VODOUNOU A.

Auteur correspondant : Avakoudjo Josué D.G

Adresse : 08BP 1154 Cotonou avakoudjoj@gmail.com Tel : (+229) 66040479

Affiliation : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), République du Bénin

RESUME

Les auteurs rapportent deux cas de traumatismes méconnus de l'arbre urinaire survenus au décours d'un traumatisme abdominal fermé. Le diagnostic de lésions de l'arbre urinaire a été secondairement porté dans les deux cas après la prise en charge initiale, qui a consisté à un drainage percutané d'un urinome pour l'un et une laparotomie pour suspicion de péritonite aigue pour l'autre. Ils insistent sur une bonne évaluation clinique du traumatisé abdominal doublé de la réalisation des examens d'imagerie pour ne pas méconnaître des lésions de l'arbre urinaire pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient.

Mots clé : traumatisme, rein, vessie, urinome, péritonite, uroscanner.

SUMMARY

The authors report two cases of unrecognized trauma of the urinary tract occurred in the waning of blunt abdominal trauma. The diagnosis of lesions of the urinary tract was secondarily increased in both cases after the initial charge, which consisted of a percutaneous drainage urinoma for one and a laparotomy for acute peritonitis suspicion for the other. They insist on good clinical assessment of abdominal trauma doubled the achievement of imaging tests to not overlook lesions of the urinary tract that can put patient's life threatening.

Keywords: trauma, kidney, bladder, uninoma, peritonitis, CT urography.

INTRODUCTION

Les traumatismes de l'arbre urinaire surviennent le plus souvent dans un contexte de polytraumatisme. Un traumatisme du rein est présent dans 10 à 30 % des cas de traumatisme de l'abdomen [1]. Ces traumatismes sont souvent méconnus, l'attention étant portée sur les lésions abdominales et osseuses qui sont plus expressives cliniquement. Les cas de lésions méconnues de l'arbre urinaire sont rares dans la littérature.

Nous rapportons deux cas de traumatismes méconnus de l'arbre urinaire observés tardivement mais ayant été correctement pris en charge avec des suites opératoires simples.

Observation N°1

Un homme âgé de 36 ans, sans antécédents médicaux particuliers, victime d'un accident de travail, a été admis aux urgences dans un tableau de contusion abdominale avec luxation de la hanche gauche. Il a bénéficié en urgence d'une laparotomie exploratrice qui a mis en évidence des lésions mésentériques qui ont été suturées avec des suites opératoires immédiates simples.

Le patient fut alors transféré en traumatologie pour la prise en charge de la luxation de la hanche gauche. Il a été procédé alors à une arthrodèse de la hanche gauche avec pose d'un plâtre pelvi-pédieux.

Dans les suites opératoires de la mise en place du plâtre pelvipédieux et, à J- 44 post traumatique, le patient s'était plaint d'une douleur du flanc gauche ayant nécessité l'ablation du plâtre. Réexaminé, le patient a présenté un empâtement douloureux du flanc gauche. Un uroscanner (Figure 1) réalisé a mis en évidence une importante collection liquidienne retro péritonéale gauche avec un effet de masse sur les gros vaisseaux.



Figure 1 : Uroscanner objectivant un urinome retro-péritonéal (flèche)

On procéda, dans un premier temps, à un drainage per cutané de l'urinome.

Un uroscanner de contrôle (Figure 2) réalisé 1 semaine après le drainage avait révélé la persistance d'un urinome résiduel surinfecté au niveau péri-rénal gauche avec une brèche du bassinnet gauche ainsi qu'un abcès du flanc gauche.

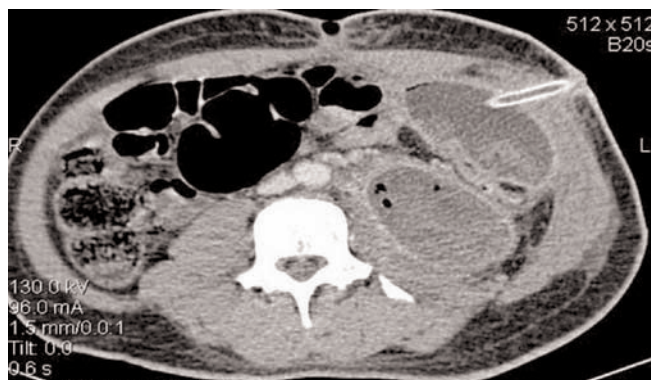


Figure 2 : Uroscanner de contrôle montrant un urinome cloisonné et surinfecté

Devant ce tableau, le patient a subi une néphrectomie gauche. Les suites opératoires immédiates ont été simples. La fonction rénale était normale.

Observation N°2

Un Homme âgé de 42 ans a été référé d'un centre de santé périphérique pour suspicion de péritonite aiguë généralisée. Le patient a été victime d'un accident de la circulation routière 10 jours avant son hospitalisation. Dans les suites de l'accident, il avait présenté une rétention complète d'urines qui avait nécessité un sondage vésical. La sonde urinaire avait ramené des urines hématuriques. L'amendement de l'hématurie avait conduit à l'ablation de la sonde urinaire dans les 24h. L'examen du patient n'ayant pas noté de lésions osseuses, ni d'autres lésions des parties molles, le patient a été mis en exéat. L'évolution avait été marquée par une augmentation progressive du volume de l'abdomen qui était devenue douloureuse avec absence de miction. Réadmis dans le même centre, un sondage vésical a été fait à nouveau mais n'a pas été productif. Il a été donc référé à l'hôpital universitaire dans un tableau de péritonite aiguë généralisée, 10 jours après l'accident.

L'examen clinique à l'admission notait une altération de l'état général, un syndrome infectieux avec température à 38°C, une tachycardie à 128bpm, une langue saburrale et un syndrome d'irritation péritonéale. L'échographie abdominale a retrouvé un important épanchement liquidien dans la cavité péri-

tonéale. L'évaluation de la fonction rénale révèle une créatininémie à 125 mg/l et une urémie à 1,77g/l. L'hémogramme a noté une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile à 14G/l.

Une laparotomie exploratrice a alors été réalisée. L'exploration a permis d'aspirer environ 4000cc d'urines troubles et de retrouver une brèche du dôme vésical d'environ 2cm (Figure 3) avec des bords inflammatoires et une inflammation du sigmoïde en regard de la lésion.

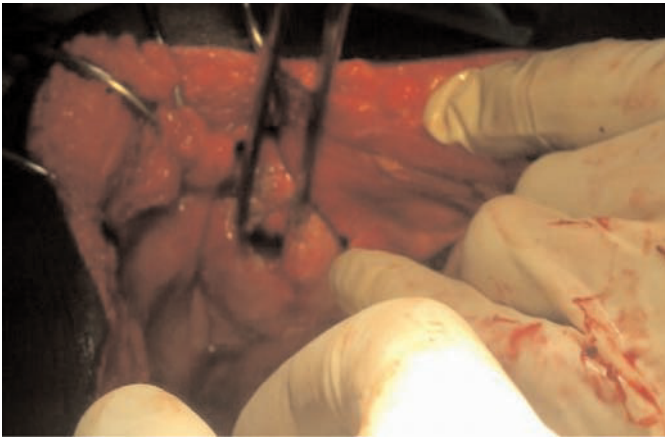


Figure 3 : Plaie de 2cm du dôme de la vessie (flèche)

Il a été procédé à un parage des berges de la vessie suivie d'une cystorraphie en deux plans après mise en place d'une sonde urinaire. Les suites opératoires ont été simples marquées par une souplesse de l'abdomen, une bonne diurèse et une normalisation de la fonction rénale

DISCUSSION

Une lésion de la voie excrétrice supérieure avec extravasation urinaire suite à un traumatisme fermé de l'abdomen est rare et est souvent méconnue dans l'évaluation initiale du traumatisé [2,3].

Le diagnostic et le traitement de cette lésion, doit pourtant être précoce pour éviter les complications

et améliorer le pronostic.

Un diagnostic fait tardivement, augmente la morbidité liée à cette affection [2].

La connaissance du mécanisme du traumatisme, l'évaluation des signes et des symptômes locaux sont des données importantes permettant de suspecter une lésion de la voie excrétrice supérieure indépendamment de la gravité du traumatisme.

Souvent il est noté l'absence de l'hématurie, qui lorsqu'elle est présente oriente plus facilement vers une lésion de l'arbre urinaire.

La tomодensitométrie abdominale avec contraste intraveineuse évaluée en phase d'excrétion retardée permet une détection précoce de l'extravasation des urines [4,5,6] autant pour les voies urinaires hautes que basses .

La prise en charge des lésions des voies urinaires supérieures dépend de la sévérité et de la localisation de ces lésions, l'objectif étant toujours la préservation du rein [3].

Pour la lésion vésicale avec rupture intra péritonéale le traitement est toujours chirurgical par laparoscopie [7] ou par laparotomie.

Le traitement conservateur dans les traumatismes de la voie excrétrice supérieure, est la règle dans la plupart des séries contemporaines, ces résultats sont améliorés par le développement des techniques d'embolisations devant un saignement actif et des techniques de drainage endo urologique en présence d'une extravasation des urines. Cependant la persistance de l'urinome constitue un facteur pouvant conduire à une néphrectomie secondaire [8-11].

CONCLUSION

Le retard au diagnostic des lésions des voies urinaires porte préjudice à la conservation du rein. La réalisation standardisée de la tomодensitométrie en urgence serait un atout pour réduire la morbidité et la mortalité relative aux traumatismes par accident de la circulation.

REFERENCES

1. Henry PC, Chabannes E, Bernardini S, Wallerand H, Bittard H. : Prise en charge actuelle des traumatismes graves du rein. *Prog Urol*, 2002; 12 : 579-586.
2. Marin GR. Urinary extravasation post blunt abdominal trauma. Is it possible an early diagnosis? Report of two cases. *Arch Ital Urol Androl*. 2010 Jun; 82(2):113-5.
3. Li WM, Liu CC, Wu WJ, Chou YH, Huang CH, Li CC. Rupture of renal pelvis in an adult with congenital ureteropelvic junction obstruction after blunt abdominal trauma. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007 Mar; 23(3):142-6
4. Dayal M, Gamanagatti S, Kumar A. Imaging in renal trauma. *World J Radiol*. 2013 Aug 28;5(8):275-84.
5. Ho YM, Schuetz M. Grade 4 renal injury: current trend of management and future directions. *Chin J Traumatol*. 2011 Apr 1;14(2):120-2
6. Saidi A, Descotes JL, Sengel C, Terrier N, Manel A, Moalic R, Boillot B, Rambeaud JJ. Management of blunt trauma of the kidney. *Prog Urol*. 2004 Sep; 14(4):461-71.
7. Sani R, Duprez D. Rupture traumatique intra périto-néale de vessie traitée par laparoscopie revue de la littérature sur la place de la coelioscopie dans les traumatismes abdominaux. *Mali Médical* 2005, 20(1&2):51-53.
8. Baverstock R, Simons R, McLoughlin M. Severe blunt renal trauma: a 7-year retrospective review from a provincial trauma centre. *Can J Urol*. 2001 Oct; 8(5):1372-6
9. Aragona F, Pepe P, Patané D, Malfa P, D'Arrigo L, Pennisi M. Management of severe blunt renal trauma in adult patients: a 10-year retrospective review from an emergency hospital. *BJU Int*. 2012 Sep; 110(5):744-8.
10. Long JA, Fiard G, Descotes JL, Arnoux V, Arvin-Berod A, Terrier N, Boillot B, Skowron O, Thuillier C, Rambeaud JJ. High-grade renal injury: non-operative management of urinary extravasation and prediction of long-term outcomes. *BJU Int*. 2013 Apr;111(4 Pt B):249-55.
11. Biserte J, Mazeman E, Lemaitre L. Les traumatismes de moyenne gravité du rein : Evolution des indications thérapeutiques. *Chirurgie*, 1996 ; 121 : 359-362.

JOURNAL AFRICAIN DE CHIRURGIE (J.A.C.)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Le Journal Africain de Chirurgie (JAC) 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 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 : affaire741@yahoo.fr.

Les informations suivantes sont nécessaires : titre de l'article (indiquer la rubrique) ; coordonnées complètes (adresse ; téléphone ; fax ; e-mail) ; noms et affiliation ; adresse des co-auteurs ; mots-clés.

Les documents suivants sont requis :

- un fichier pour la page de titre ;
- un fichier pour le manuscrit complet (sans page de titre et sans figures) ;
- un fichier par figure ou tableau.

2-/ PRESENTATION DES MANUSCRITS

Le manuscrit, qui doit comporter 250 mots ou 1500 signes par page, doit se composer des éléments suivants.

2.1- PAGE DE TITRE

un titre 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.

2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

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 :

- éditorial : 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 [1-4]), 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. 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;4 Suppl 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

Chaque tableau est présenté en page séparée, numéroté en chiffre arabe par lequel il est appelé dans le texte, mis alors entre parenthèses. Le titre est placé au-dessus et les éventuelles notes explicatives, en-dessous. Le tableau doit être saisi en double interligne sur une page.

3-/ ILLUSTRATIONS

Les figures (graphiques ; dessins ; photographies) numérotées en chiffres arabes sont appelées dans le texte par ordre numérique (numéro entre parenthèses) et fournies sur un fichier distinct. Le titre est placé en-dessous.

Il est recommandé de soumettre des figures en formats TIFF (.tiff) ; EPS (.eps) ou PDF (.pdf) .

Pour l'identification faciles des figures transmises, il est nécessaire de nommer les fichiers en indiquant le numéro de la figure et le format utilisé ; par exemple : figure 1 : .tiff, pour le fichier.

La résolution minimale des figures doit être de 200 DPI pour les photographies en noir et blanc et de 300 DPI pour les graphiques ou schémas.

S'il est impossible à l'auteur de soumettre son manuscrit et ses illustrations par l'Internet, il est prié d'envoyer ses différents fichiers sur CD-rom.

4-/ 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 ou 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.

Vingt tirés à part sont fournis à prix coûtants aux auteurs.

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.

AFRICAN JOURNAL OF SURGERY (A. J.S.)

RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS

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 a standardized format (texts, tables, charts, pictures) by e-mail to the following address : affaire741@yahoo.fr.

The following information are requested :
the title of the article (indicate the item for insertion) ;
the full particulars (address ; telephone ; fax ; e-mail) ;
names and functions ; address of the co-authors ;
the keywords.

The following documents are requested :

a texte file for the front page ;
a list file for the whole manuscript (without the front page nor the charts) ;
a listing of the charts or tables.

2- PRESENTATION OF THE MANUSCRIPTS

The manuscript, which is to include no more than 250 words or 1500 signs per page, must be made of the following items :

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.

2.2- SUMMARIES AND KEY WORDS

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 ;
an original article or keynote paper : 12 pages ;
a clinical case or technical presentation : 4 pages ;
a 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 bibliographical references must be annotated in the text. The annotation numbers must be mentioned in the text between brackets, separated by dashes when dealing with consecutive 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 ini-

tial 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 Committee 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. ») :

Examples of references :

Conventional periodical article

Diop CT. Pneumatosis, 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 (number of pages).

Book chapter

Sangaré D, Koné AB. Hypopharyngeal cancer. In : Diop HM ; Diouf F, Éditeurs (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.1188-92.

2.5- TABLES

Each table is presented on a separate page, numbered in Arabic figure through which it is annotated in the body of the text, and then put between brackets. The title is put above and the possible explanatory note put under. The table must also be captioned in double spacing on one page.

3- ILLUSTRATIONS

Figures (graphs, drawings, pictures) numbered in Arabic figures are annotated in the text by numerical sequencing (the number between brackets) and provided on a separate file. The title shall be put underneath.

It is recommended to submit figures in TIFF formats (.tiff) ; EPS (.eps) or PDF (.pdf) .

For easy reference of the figures sent, one must name the files by indicating the figure number and the format used, for instance figure 1 : .tiff, for the file listing.

The minimum number of figures should be of 200 DPI's for pictures in black and white and 300 DPI's for graphs or charts.

If it is impossible for the author to submit their manuscript and illustrations via the net, he or she is requested to sent their various files ou CD-roms.

4- EDITING PROCEDURES, DRAFTS REVISION AND REQUESTS FOR REPRINTS

The partial or total insertion of a document or of an illustration into the manuscript calls for the prior written consent of their editors or authors.

For any manuscript admitted for publication, during the editing phase, a form of copy rights shall be sent by e-mail by the editor or the author in charge who must fill it and sent it back within a week. Twenty print-outs shall be provided at cost prices to the authors.

The e-copies are sent to the corresponding author. Amendments of substance shall not be accepted, corrections shall be limited to typos. The corrected drafts shall be sent back within a week, other wise the Editor will make it a point of duty to print the text out without the correction of the very author.

Once the item is published, requests for reprints and separate print-outs must be addressed to the Editor.