

**Sommaire**

**Contents**

	<b>Pages</b>
<b>EDITORIAL</b>	
<b>ARTICLES ORIGINAUX</b>	
1) Indications et pronostic des extractions fœtales instrumentales	<b>186-191</b>
2) Pyonéphrose : à propos de 35 observations au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Maga Koutoukou Maga de Cotonou	<b>192-196</b>
3) Drainage percutané des gros abcès cavitaires du foie de l'enfant : à propos de 22 cas	<b>197-200</b>
4) L'ostéotomie de Scarf sans ostéo-synthèse métallique dans le traitement de l'hallux valgus modéré à sévère : étude prospective de huit patients (9 pieds) opérés dans un contexte chirurgical difficile	<b>201-207</b>
5) La Chirurgie des glandes salivaires pour pathologie tumorale ou inflammatoire. Une expérience de 9 ans	<b>208-212</b>
6) Prise en charge des occlusions intestinales aiguës au Centre Hospitalier Régional de Dapaong (Togo)	<b>213-216</b>
7) L'hématome extradural : chirurgie versus traitement conservateur, identification des critères de sélection à partir d'une série rétrospective de 42 patients pris en charge à Dakar ...	<b>217-222</b>
<b>CAS CLINIQUES</b>	
8) La hernie de vessie : une cause peu commune de grosses bourses	<b>223-225</b>
9) Occlusion intestinale aiguë par hématome caecal post-traumatique : à propos d'un cas .....	<b>226-229</b>
10) Invagination intestinale de l'adulte sur tumeur du grêle. A propos de 3 cas .....	<b>230-233</b>
11) Plaie de l'aorte abdominale au cours d'une chirurgie discale lombaire : à propos d'un cas à Dakar	<b>234-238</b>
<b>RECHERCHE</b>	
12) Utilisation du péricarde autologue traité par un polymère d'hydrogel dans la reconstruction valvulaire aortique : étude de faisabilité chez le mouton	<b>239-245</b>

**ORIGINALS PAPERS**

1) Indications and prognosis of foetal instrumental extraction	<b>186-191</b>
2) Pyonephrosis: about 35 submissions to the Centre National Hospitalier et Universitaire koutoukou Hubert Maga (CNHU-HKM) of Cotonou.	<b>192-196</b>
3) Percutaneous drainage of large abscess cavitory liver of the child: about 22 cases	<b>197-200</b>
4) Scarf osteotomy without screw osteosynthesis in the treatment of mild to severe hallux valgus	<b>201-207</b>
5) Surgery for salivary gland tumor or inflammatory disease. A 9 years' experience	<b>208-212</b>
6) Management of intestinal obstructions in Dapaong Regional Hospital (Togo)	<b>213-216</b>
7) Subdural hematoma extra: surgery versus conservative treatment, identification of selection criteria from a retrospective study of 42 patients treated in Dakar	<b>217-222</b>
<b>CASES REPORT</b>	
8) Bladder hernia: an unusual cause of large scrotal	<b>223-225</b>
9) Acute intestinal obstruction by post-traumatic cecal hematoma: about 01 case	<b>226-229</b>
10) Adult intussusception due to a small bowel tumor. report of three cases	<b>230-233</b>
11) Wound in abdominal aortic surgery lumbar disc: about a case in Dakar	<b>234-238</b>
<b>RESEARCH</b>	
12) Reconstruction of aortic valve with an autologous pericardium pretreated with a polysaccharide gel: feasibility study in an experimental sheep model.	<b>239-245</b>

## ARTICLE ORIGINAL

**PYONEPHROSE : A PROPOS DE 35 OBSERVATIONS AU  
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE  
HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU*****PYONEPHROSIS: ABOUT 35 SUBMISSIONS TO THE  
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE  
KOUTOUKOU HUBERT MAGA (CNHU-HKM) OF COTONOU***

AVAKOUDJO J.D.G, HOUNNASSO P.P,MAAZOU I ,NATCHAGANDE G, AGOUNKPE MM,  
SOUMANOU F, ASSALA A, DANAI A, TRAORE M, OUEDRAOGO S, VODOUNOU A.

*Affiliation : Clinique universitaire d'urologie et d'androgologie du CNHU-HKM*

*Auteur correspondant Dr AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges*

*08BP1154 Tri Postal Cotonou - Email : avakoudjoj@gmail.com*

**Résumé**

**But.** Décrire l'aspect diagnostique et thérapeutique de la pyonéphrose et évaluer la connaissance de cette pathologie au service des urgences du CNHU de Cotonou. **Méthodologie :** Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective axée sur 35 dossiers des malades admis en service d'urologie entre Décembre 2005 et Juin 2014 chez qui le diagnostic de pyonéphrose a été retenu. Pour chaque patient les paramètres étudiés sont : l'âge, le sexe, le mode d'admission, les signes cliniques, les antécédents urologiques, le traitement reçu en urgence, la sanction thérapeutique, et le mode de sortie. **Résultat :** Le sexe masculin était le plus touché, la moyenne d'âge était de 47ans, la douleur associée au fièvre était le motif à l'admission (48,6%), l'échographie était l'examen le plus pratiqué, le traitement médical était le plus appliqué (57,1%) en urgence la néphrectomie était de 57,1%, la mortalité était de 17,1%. **Conclusion :** La pyonéphrose est une pathologie rare mais grave; une campagne de sensibilisation pour une maîtrise thérapeutique s'impose car les moyens diagnostics existent.

**Mots-clés :** pyonéphrose, scanner, néphrectomie

**Summary**

**Aim:** Describe diagnostic and therapeutic aspect of pyonephrosis and evaluate knowledge of this pathology in emergencies unit of CNHU HKM Cotonou hospital. It's a descriptive retrospective study based on files of patients admitted in urology unit between December 2005 and June 2014. The diagnostic of pyonephrosis has been retained on that files. For each patient, studied parameters are: age, sex, admission mode, clinic signs, urologic antecedents, received treatment in emergency, therapeutic sanction and leaving mode. **Result:** Male sex was preponderant, mean age was 47 years, pain associated to fever was the motive in admission (48.6%), echography was the most used exam, medical treatment was the most applied (57.1%) in emergency, kidney removal was (57.1%) and mortality was 17.1%. **Conclusion:** Pyonephrosis is a rare but dangerous pathology; a sensitization campaign for a diagnostic handhold is important because diagnostic measures exist.

**Key-words:** pyonephrosis, scanner, nephrectomy

## INTRODUCTION

La pyonéphrose est une collection de pus dans les cavités rénales souvent responsable d'une destruction parenchymateuse [1, 2]. Elle fait suite à une pyélonéphrite aiguë compliquée ou une hydronéphrose mal traitée [1]. Le diagnostic de pyonéphrose est basé sur l'examen clinique mais surtout sur les données de l'imagerie [3]. Le mauvais usage des antibiotiques des voies urinaires et surtout l'automédication ne permettent pas la validation d'un traitement codifié dans nos régions ce qui justifie la persistance de la pyonéphrose. Les conséquences économiques fâcheuses qu'elle entraîne par un long séjour hospitalier et surtout la sanction thérapeutique qu'est le plus souvent la néphrectomie si le patient surmonte les infections, interpellent les urologues sur l'élaboration d'un protocole rigoureux de prise en charge des infections urinaires.

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques diagnostiques et thérapeutiques de la pyonéphrose au service d'urologie de CNHU-HKM de Cotonou.

## PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée dans le service d'urologie du CNHU de Cotonou du 1er Janvier 2005 au 30 Juin 2014.

Nous avons colligé tous les dossiers des patients admis dans le service chez qui le diagnostic de pyonéphrose était retenu.

Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le mode d'admission, les signes d'appel à l'admission, le traitement reçu en urgence, les examens para cliniques réalisés, la sanction thérapeutique et le mode de sortie.

## RESULTATS

Fréquence				
2005	2006	2007	2008	2009
4	4	2	5	4
-----				
2010	2011	2012	2013	2014
1	2	8	3	2

Les années 2008 et 2012 ont eu des pics pour la pyonéphrose sans qu'une explication plausible ne puisse être donnée.

Trente-cinq cas ont été recensés dont onze femmes et vingt-quatre hommes.

**Tableau I : Répartition selon l'âge**

Age (années)	Effectifs	Pourcentage (%)
20 - 29	5	14,3
30 - 39	6	17,1
40- 49	9	25,8
50- 59	7	20,0
60- 69	6	17,1
70- 79	2	5,7
Total	35	100

La tranche d'âge cible était celle de 40-49 ans

**Tableau II : Répartition selon les antécédents pathologiques des patients**

Antécédents	Effectif	Rapport (%)
Colique néphrétique	6	17,1
HTA et/ou diabète	9	25,8
Malformation rénale	5	14,2
Lithiase des voies urinaires	2	5,8
Dermatose	1	2,9
Chirurgie	4	11,4
Aucun	8	22,8
Total	35	100%

Il semble que les antécédents n'influent pas sur la survenue de la maladie. Le diabète peut être un facteur favorisant (25,8%) mais dans 22,8% aucun antécédent n'était responsable de la pyonéphrose.

**Tableau III : Répartition selon le mode d'admission**

Mode Admission	Effectif	Rapport (%)
Venus d'eux même	17	48,6
Référés	11	31,4
Transférés	7	20
Total	35	100%

Ceux qui se sont présentés d'eux même l'ont fait à cause du caractère insupportable probable de la maladie.

**Tableau IV : Répartition selon les circonstances diagnostiques**

Signes	Effectif	Rapport (%)
Douleur + syndrome infectieux	17	48,6
Douleur isolée	8	22,8
Syndrome infectieux	4	11,4
Gros rein	1	2,9
Traumatisme	3	8,6
Dysurie	2	5,7
Total	35	100%

La douleur et le syndrome infectieux sont les principaux motifs de découverte de la maladie.

**Tableau V : Résultat de l'examen physique**

Examen physique	Effectif	Rapport (%)
Gros rein	12	34,3
Ballotement rénal	6	17,1
Aucun signe	17	48,6
Total	35	100%

Le gros rein n'est pas un signe certain de pyonéphrose. La pyonéphrose était effective dans 18 cas contre 17 cas non typiques.

**Tableau VI : Fréquences de l'imagerie**

Echographie	32	91,4%
UIV	16	45,7%
Uroscanner	6	17,1%

L'échographie est l'examen de routine le plus important pour identifier la pyonéphrose. Onze lithiases urinaires ont été découvertes et quinze reins muets à l'UIV

**Tableau VII : Résultat selon le coté atteint**

Côté	Effectif	Rapport (%)
Côté droit	18	51,4
Côté gauche	12	34,3
Bilatéral	5	14,3
Total	35	100%

Le côté droit est le plus atteint ; il a intéressé 13 hommes et 5 femmes

**Tableau VIII : Résultat de la numération formule sanguine**

Résultat : NFS	Effectif	Rapport (%)
Anémie isolée	2	5,7
Hyperleucocytose	4	11,4
Anémie+ hyperleucocytose	17	48,6
Normale	12	34,3
Total	35	100%

Les signes d'abcès chaud étaient présents chez 60%des patients.

**Tableau IX : Résultat de l'ECBU et les germes en cause**

Germes en cause	Effectif	Rapport (%)
E.coli	7	43,8
Klebsiella	3	18,7
Pneumonia	2	12,5
Staphylocoque	2	12,5
Steptocoque	2	12,5
Total	16	100%

Résultat de la fonction rénale (créatinémie)  
Créatinémie élevée dans 21 cas

**Tableau X : Traitement en urgence**

Traitement en urgence	Effectif	Rapport (%)
Médical	25 cas	71,4
Chirurgical	10 cas	28,6
Total	35	100%

Evolution après le traitement en urgence : aggravation dans 20 cas

Décision thérapeutique : chirurgicale dans 20 cas

**Tableau XI : Schéma de l'antibiothérapie**

CG3 en monothérapie	9
QUINOLONES : tjrs associés	-
AMINODSIDES :tjrs associés	-
Association (CG3+AMINOSIDE)	8

**Tableau XII : Durée de séjour (jour)**

10-30	15
31-50	11
51-70	3
71-90	3
+90	3

**Tableau XIII : Mode de sortie des patients**

Mode de sortie	Effectifs	Rapport (%)
Décédé	6	17,1
Exeat	27	77,1
Transféré	2	5,8
Total	35	100%

## DISCUSSION

L'incidence de la pyonéphrose est en baisse depuis quelques années. Ce constat a été fait par SOW et al [4] qui ont trouvés 16 cas, 6 cas et 3 cas respectivement en 1997, 2003 et 2009. En Inde la pyonéphrose est devenue très rare [5]. Une prise en charge adéquate s'impose donc devant toute atteinte infectieuse ou lithiasique du rein afin de prévenir la survenue ultérieure d'une pyonéphrose. Elle fait partie aujourd'hui des maladies évitables grâce aux avancées des moyens diagnostiques et à l'emploi rigoureux des antibiotiques. Dans cette étude, la fréquence est faible mais n'a pas connu de fluctuation. Ce constat est proche de celui de AMAN qui avait enregistré 19 cas en trois ans au Maroc [6].

Nous avons noté une prédominance masculine contrairement à Loffroy qui rapportait plus de cas chez la femme [7]. L'âge moyen des patients était de 47 ans, ce résultat est superposable aux 45 ans rapportés par Hassen [3]. En revanche, au Sénégal, les adultes jeunes étaient les plus touchés [4].

Dans 17 cas soit 48,6% les malades étaient venus eux-mêmes et le motif le plus fréquent à l'admission était la douleur lombaire associée à une fièvre soit 48,6% comme le constatait également Meyrier [8]. Cependant nous n'avions noté qu'un seul cas de mauvais état général à l'admission ce qui supposait une prise en charge ultérieure avant l'admission au centre hospitalier et universitaire pour la plupart des malades.

La pyonéphrose était survenue davantage sur terrain déficient dans notre étude. Il s'agissait de terrains diabétiques. Ce résultat déjà présenté par Schamba [9] est en accord avec la théorie [10] selon laquelle la pyonéphrose était souvent une hydronéphrose infectée donc due à un obstacle empêchant l'écoulement du pus et la diffusion des antibiotiques dans les voies excrétrices rénales. Il s'agissait chez nous d'un traitement mal exécuté ou des cas vus tardivement sur terrain fragile. De ce fait la majeure partie de nos patients étaient à la fois anémiés et infectés ; l'insuffisance rénale était déjà installée dans 21 cas (60%). Des formes asymptomatiques de pyonéphroses ont été décrites et étaient découvertes sur des échographies ou scanner réalisés à d'autres fins [2]. L'évolution d'une pyonéphrose peut se faire sur un mode de fistule réno-cutanée. [11 ; 12].

Les Bacille Gram négatif notamment *Escherichia coli* et le *Klebsiella Pneumoniae* représentaient 50% des germes retrouvés, en conformité avec toutes les séries consultées [3, 4]. Les constatations des examens d'imagerie (la dilatation pyélocalicielle, calculs urinaires, mutité rénale) sont les témoins d'un retard diagnostique et thérapeutique des pathologies sous-jacentes à la pyonéphrose, à l'instar des réalités pakistanaises [13]. La destruction rénale était notée aussi par Rabii [14] qui a posé 10 fois sur 14 l'indication d'une néphrectomie. Les malformations étaient considérées comme facteurs favorisants dans la survenue de pyonéphrose [2] mais dans notre série il n'y avait que cinq cas (14,2%) de même que Hoquétis n'avait trouvé que 3 cas de pyonéphrose dans une série de 41 mégauretères [15].

Dans notre série le côté droit (18 cas = 60%) était plus touché comme dans les travaux de Sow [4,3] mais la particularité dans notre étude c'était l'atteinte bilatérale (cinq cas) ayant entraînée une néphrectomie bilatérale dans deux cas.

En urgence le traitement médical notamment l'antibiothérapie était le plus appliquée (25 cas = 71,4%) contre sept cas de néphrostomie pourtant de réalisation facile [16].

La néphrectomie totale a été le traitement nécessaire à cause de la destruction rénale. Cette attitude était pareille à celle de Rabii [13]. Le pronostic de la pyonéphrose reste grevé dans notre étude par une létalité importante.

**CONCLUSION**

La pyonéphrose est une affection devenue rare du fait de l'usage aisé des antibiotiques. Notre étude révèle qu'elle survient sur des affections mal traitées ou non traitées d'où la nécessité d'une prévention

passant par un examen clinique complet de tout patient y compris chez le généraliste. Il s'agit d'une cause de décès évitable dans un contexte où les enjeux sont la réduction de la mortalité des maladies non transmissibles.

**REFERENCES**

- 1) Draï J, Bessedé T, Patard J.-J. Prise en charge des pyélonéphrites aiguës. *Prog Urol*, 2012, 22, 14, 871-87
- 2) Schaeffer, A.J., Schaeffer, E.M. Infections of the urinary tract. in: A.J. Wein, L.R. Kavoussi (Eds.) *Campbell-Walsh urology*. 10th edition. Saunders/Elsevier, Philadelphia; 2011:258-326
- 3) Hassen K, Nizar B, Radshia J, Moez B A, Mehdi C, Faycel E K, Adnen C, Habib B, Med H B. Approche diagnostique thérapeutique du pyonephrose lithiasique. A propos de 16 cas . *La Tunisie Médicale* - 2011 ; Vol 89 ( n°01 ) : 98-99.
- 4) Sow Y, Fall B, Sarr A, Thiam A, Diao B, Fall PA, Ndoye AK, Ba M, Diagne BA. Pyonéphrose: 44 observations au Sénégal. *Med Trop (Mars)*. 2011 Oct;71(5):495-8.
- 5) Khanna PC, Kukreja K U, Merchant S A, Farooq M. Virtual cystoscopy: Reality in imaging of bladder tuberculosis. *J Postgrad Med* 2006;52:35-7.
- 6) Mohamed A, Mohammed R. Management of Pyonephrosis: Our Experience. *WebmedCentral UROLOGY* 2012;3(5):WMC003420.
- 7) Loffroy R, Varbédián O, Guiu B, Delgal A, Michel F, Cercueil J.-P, Krausé D. La pyélonéphrite xanthogranulomateuse : principaux aspects en imagerie. *Prog Urol*, 2008, 18, 5, 266-274.
- 8) Meyrier A, Condamin MC. Description clinique de la pyélonéphrite aiguë. *Rev Prat* 1993 ; 43(9) : 1073-77.
- 9) Schambach S, Sirvain S, Fraisse T. Infections urinaires de la personne âgée : de la physiopathologie au traitement. *Repères en gériatrie*, 2013, vol. 15, 123. 7-17.
- 10) Chartier E. Pyélonéphrite aiguë et infections rénales. in De Boeck Secundai . *Urologie*. Collection Med-line 4e édition , France ;2002 :103.
- 11) Pauwels C, Bulai-livideanu C, Chiavassa H, Lamant L, Carrie D, Sorbara A.-M, Huyghe E, Paul C. Hypodermite lombaire abcédée révélant une pyonéphrose. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2009,136 (10), 727-729.
- 12) Elmessaoudi YA, Dakir M, Balhouss H, Elbaghouli M, Karkouri M, Belhaj S, Zamiaty S, Fekak H, Rabii R, Joual A, Bennani S, Meziane F. Carcinome épidermoïde du bassinnet révélé par une pyonéphrose: A propos d'un cas et revue de la littérature. *African Journal of Urology* ,2008,14,2 ,123-127.
- 13) Hussain M, Hashmi AH, Rizvi SA. Problems and prospects of neglected renal calculi in Pakistan: can this tragedy be averted? *Urol J*. 2013 Spring;10(2):848-55.
- 14) Rabii R, Joual A, Rais H , Fekak H, Moufid K, Bennani S, El Mrini M, Benjelloun S. Pyonéphrose: diagnostic et traitement: à propos de 14cas. *Annales d'urologie*,2000,34,3,161-164.
- 15) Hoquéti L, Le Mandat A, Bouali O, Ballouhey Q, Mouttalb S, Moscovici J, Galinier P. Mégareteres primitifs: étude rétrospective sur dix ans. *Prog Urol*, 2013,23,7,470-473.
- 16) Baishya R. K, Dhawan D. R, Jagtap J, Sabnis R, Desai M. R. Percutaneous nephrostomy under ultrasound guidance . *Indian J Nephrol*. 2011 Jan-Mar; 21(1): 67

# 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](mailto: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 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

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.

---

# Instructions for Authors

---

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](mailto: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 nor 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 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 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, 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.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.