

Journal Africain 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 OGOUGBEMY (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. Abdarrahmane 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. GADEGBEKEU (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. Mogeya 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)



Journal africain de Chirurgie

REVUE DE L'ASSOCIATION SENEGALAISE DE CHIRURGIE

**Juin 2017, Volume 4, N°3 :
Pages 101-172**

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

- 1) Perforations digestives du nouveau-né : à propos de 4 cas 101-105
- 2) Traitement coelio-chirurgical des grossesses interstitielles : note technique 106-108
- 3) Eviscérations traumatiques de l'abdomen dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré 109-113
- 4) Hernies inguinales non compliquées dans l'unité de chirurgie générale du centre de référence de la commune VI de Bamako 114-118
- 5) Les carcinomes métaplasiques du sein : caractéristiques et prise en charge : à propos d'une série de 23 cas 119-122
- 6) L'hydrocéphalie post hémorragie sous arachnoïdienne par rupture d'anévrisme : incidence, prise en charge et résultats thérapeutiques à partir d'une série rétrospective de 51 patients 123-130
- 7) Traitement de l'hydrocéphalie tumorale par ventriculo-cisternostomie endoscopique 131-136
- 8) Carcinome épidermoïde du canal anal à l'Institut Joliot Curie de Dakar 137-142

CAS CLINIQUES

- 9) La méningite sévère post-traumatique crânien : physiopathologie et traitement 154-157
- 10) Ganglioneurome médiastinal symptomatique : à propos d'une observation 158-160
- 11) Histoplasiose pseudotumorale du mésentère : à propos d'un cas et revue de la littérature 161-164
- 12) Myélopathie par ossification du ligament jaune révélée par un traumatisme : à propos d'un cas et revue de la littérature 165-168
- 13) Diagnostic a posteriori d'un schwannome du nerf sural : à propos d'une observation 169-172

Contents

EDITORIAL : Professor Babacar FALL

ORIGINALS PAPERS

- 1) *The digestive perforations in the newborn: a report of 4 cases ... 101-105*
- 2) *Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy : technical note ... 106-108*
- 3) *The abdominal traumatic evisceration within the general surgical unit of CHU Gabriel Toure: diagnostic and therapeutic aspects.....109-113*
- 4) *Uncomplicated inguinal hernia within the general surgical unit of Commune VI's referral health center: clinical and therapeutic aspects ... 114-118*
- 5) *Metaplastic carcinomas of the breast: characteristics and management: about a series of 23 cases ... 119-122*
- 6) *Hydrocephalus post-arachnoid haemorrhage by aneurysm rupture: incidence, management and outcomes from: a retrospective study of 51 patients..... 123-130*
- 7) *Treatment of tumor hydrocephalia by endoscopic ventriculo-cisternostomy.....131-136*
- 8) *Squamous cell carcinoma of the anal canal at the Joliot Curie Institute in Dakar137-142*

CAS CLINIQUES

- 9) *The stern meningitis after brain injury: physiopathology and treatment154-157*
- 10) *Syptomatic mediastinal ganglioneuroma: a case report158-160*
- 11) *Pseudo-tumoral histoplasmosis of the mesentery : a case report and a review of the literature161-164*
- 12) *Post traumatic myelopathy related on ligamentum flavum ossification: case report... 165-168*
- 13) *Afterwards diagnosis of a schwannome of the sural nerve: about one observation.... 169-172*

ARTICLE ORIGINAL

TRAITEMENT CŒLIO-CHIRURGICAL DES GROSSESSES
INTERSTITIELLES : NOTE TECHNIQUELAPAROSCOPIC TREATMENT OF INTERSTITIAL PREGNANCY :
TECHNICAL NOTEJ. RAIGA¹, AA DIOUF², O. GASSAMA², M. THIAM², R. TUDOSA¹, A. TREISSER¹¹Centre Hospitalier Princesse Grace, 1 Avenue Pasteur, 98012 Monaco² Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine
Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Abdoul Aziz Diouf

Adresse : Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine
Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal Tel : 00221.77.651.40.15 - Email : dioufaziz@live.fr

Résumé

Objectifs : Apporter notre contribution dans la prise en charge coelio-chirurgicale des grossesses cornuales en proposant une technique minimale invasive de résection lorsque l'indication se pose.

Matériels et Méthode : Il s'agit une technique coeliochirurgicale simple, moins mutilante que les résections classiques, qui consiste à libérer la grossesse cornuale de ses attaches périphériques avant de procéder à une coagulation-section de sa base.

Résultats : Cette technique était réalisée chez 4 patientes qui présentaient une grossesse extra-utérine cornuale droite. Une rupture était observée dans deux cas avec hémopéritoine important. L'âge moyen des patientes était de 38,5 ans (37- 42 ans). Concernant les antécédents, une patiente avait déjà bénéficié d'une salpingectomie pour grossesse hétérotopique, et une autre présentait une myomatose utérine. Les suites opératoires étaient simples dans tous les cas avec une durée d'hospitalisation de 2 jours. Une grossesse gémellaire après FIV avec accouchement par voie basse était observée chez la patiente de 38 ans. **Conclusion :** La résection par coagulation section de la grossesse cornuale est une technique efficace et sûre à inclure dans les moyens chirurgicaux du traitement de la grossesse interstitielle.

Mots clés : Grossesse ectopique ; Grossesse cornuale ; Grossesse interstitielle ; Coelio-chirurgie.

Summary

Objective : To make our contribution in the coelio-surgical management of the cornual pregnancies by proposing a minimal invasive technique of resection when the indication arises.

Patients and methods : It is a simpler, less mutilating than conventional resection technique, which is to release the cornual pregnancy its peripheral attachments before coagulation-section of the base. **Results:** We performed this technique in four patients. They all had a right cornual ectopic pregnancy. A rupture was observed in two cases with significant haemoperitoneum. The mean age of the patients was 38.5 years (37-42 years). With regard to the history, salpingectomy was already performed on one patient for heterotopic pregnancy, another patient had a uterine myomatosis. The surgical follow-up was simple in all cases on a 2-day hospital stay. A twin pregnancy after IVF with vaginal delivery was observed in the 38-year-old female patient. **Conclusion:** Resection by coagulation section once cornual pregnancy has occurred is an effective and safe technique to include in the surgical treatment of interstitial pregnancy.

Keys words : Ectopic pregnancy ; Cornual pregnancy ; Interstitial pregnancy ; Laparoscopy.

INTRODUCTION

Les grossesses interstitielles ou grossesses cornuales se caractérisent par leur implantation dans la portion intramyométriale de la trompe utérine. Elles sont bien distinctes de la grossesse angulaire qui siège au voisinage de l'ostium uterinum, et de la grossesse isthmique qui siège sur la partie proximale de la trompe. Les grossesses cornuales représentent 2,4% des grossesses extra-utérines [1,2]. Leur siège richement vascularisé leur confère un risque hémorragique plus important, d'où une mortalité de 2 à 2,5% [3,4].

Même si le traitement conservateur est actuellement bien codifié, la résection cornuale garde toujours sa place dans la prise en charge de la grossesse interstitielle. Cependant, les techniques chirurgicales d'exérèse sont souvent agressives et parfois mutilantes pouvant grever le pronostic obstétrical ultérieur de la patiente. Cette note technique propose quelques astuces qui vont permettre de faciliter le geste chirurgical et de limiter en même temps les dommages utérins permettant à terme, un meilleur pronostic des grossesses intra-utérines ultérieures.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons réalisé cette technique chez quatre patientes entre 2010 et 2013. L'originalité de la technique présentée réside dans le fait de sectionner la trompe dans sa partie isthmique afin d'utiliser son moignon proximal comme un manche à préhension qui va permettre d'exposer les tissus à disséquer et de réaliser l'exérèse de la grossesse cornuale.

L'installation reste classique : un trocart optique ombilical et trois trocarts sus-pubiens dont deux latéraux de 5 mm et un central de 11 mm placé à la limite des poils pubiens. Les instruments utilisés sont une pince bipolaire, un ciseau coelioscopique courbe, deux pinces à préhension et une canule d'aspiration-lavage. La technique est décrite pour une grossesse cornuale droite en 3 étapes.

Étape 1: section de la trompe dans sa portion isthmique à 2 cm de la grossesse cornuale, le but est de libérer celle-ci de ses attaches périphériques pour faciliter sa mobilisation et sa dissection (fig.1, step1).

Étape 2: la pince située à gauche va prendre le moignon tubaire proximale et le tracter vers le haut, ce qui va exposer l'espace entre la grossesse cornuale et le ligament rond. Le mésosalpinx

proximal est ainsi coagulé et sectionné, de même que la séreuse entre la grossesse cornuale et le ligament rond (fig. 1, step 2). A la fin de cette deuxième étape, la grossesse cornuale et son moignon tubaire proximal sont entièrement libérés de leurs attaches périphériques.

Étape 3: tout en maintenant la traction vers le haut par préhension du « manche » sus-décrit (fig. 2, step 3), une coagulation-section de tout le pourtour de la grossesse cornuale est réalisée de proche en proche selon un cône dont la base est périphérique alors que la pointe se situe en profondeur dans le myomètre (fig. 2, step 4).

La dissection se poursuit de la périphérie de l'utérus jusqu'au sommet du cône en profondeur. La grossesse cornuale est ainsi totalement libérée et séparée du myomètre. La pièce opératoire est placée dans un sac coelioscopique et extrait de la cavité péritonéale par le trocart centrale. L'intervention se termine par une hémostase soigneuse, un lavage péritonéal et une inspection minutieuse de l'annexe controlatérale et de la cavité péritonéale.

Résultats

Toutes nos 4 patientes présentaient une grossesse extra-utérine cornuale droite. Une rupture était observée dans deux cas avec hémopéritoine important. L'âge moyen des patientes était de 38,5 ans (37- 42 ans). Concernant les antécédents, une patiente avait déjà bénéficié d'une salpingectomie pour grossesse hétérotopique, et une autre présentait une myomatose utérine. Les suites opératoires étaient simples dans tous les cas avec une durée d'hospitalisation de 2 jours. Une grossesse gémellaire après FIV avec accouchement par voie basse était observée chez la patiente de 38 ans.

DISCUSSION

La grossesse interstitielle suscite beaucoup de réflexions dans sa prise en charge. Les techniques chirurgicales proposées sont nombreuses allant de la résection cornuale à la méthode conservatrice par cornuostomie ou alors par injection intramusculaire ou in situ de méthotrexate [5,6,7]. Les avantages de la coelioscopie sur la laparotomie ne se démontrent plus, la vraie discussion se situe entre les traitements conservateur et radical [8,9,10,11]. Cette technique que nous décrivons convient parfaitement lorsque l'indication de la résection cornuale se pose, notamment en cas d'échec au traitement médical, de rupture tubaire,

ou de risque hémorragique incontrôlé. En plus d'avoir un avantage préventif sur les susceptibilités au saignement, elle offre un moindre préjudice du pronostic obstétrical ultérieur dans la mesure où elle est moins mutilante que la résection classique. Il faut admettre également que le suivi post-opératoire est plus aisé car, il n'existe aucun risque de trophoblaste persistant et la durée d'hospitalisation est réduite.

CONCLUSION

La résection par coagulation section après exposition de la grossesse cornuale est une technique efficace et sûre à inclure dans les moyens chirurgicaux du traitement de la grossesse interstitielle.

REFERENCES

1. Bouyer J, Costes J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Site of ectopic pregnancy : a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002;17:3224-30.
2. Kabukoba, J.J. and de Courcy-Wheeler, R.H.B. (1992) Hysteroscopy in the diagnosis of suspected interstitial pregnancy. Int. J. Gynecol. Obstet., 37, 121-126.
3. Bourdel N, Roman H, Gallot D, Lenglet Y, Dieu V, Juillard D, Linstrument C, R. Botchorishvili R, Rabishong B, Mage G, M. Canis. Grossesse interstitielle. Diagnostic échographique et apport de l'IRM. À propos d'un cas. Gynecol Obstet Fertil 2007;35:121-24.
4. Khalifa, Y., Redgment, C.J., Yazdani, N., Taranisi, M. and Craft, I.L. (1994) Intramural pregnancy following difficult embryo transfer. Hum. Reprod., 9, 2427-2428.
5. MacRae R, Oluwu O, Rizzuto MI, Odejinni F. Diagnosis and laparoscopic management of 11 consecutive cases of cornual ectopic pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2009;280(1):59-64.
6. Ng S, Hamonri S, Chua I, Chern B, Siow A. Laparoscopic management of 53 cases of cornual ectopic pregnancy. Fertil Steril 2009;92(2):448-452.
7. Raïga J. Laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. J Chir 2005;142(2):95-97
8. Jong Ha Hwang, Jae Kwan Lee, Nak Woo Lee, Kyu Wan Lee. Open cornual resection versus laparoscopic cornual resection in patients with interstitial ectopic pregnancies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;156:78-82.
9. Lau, S. and Tulandi, T. (1999) Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil. Steril., 72, 207-215.
10. Pouly, J.L., Chapron, C., Manhès, H., Canis, M., Wattiez, A. and Bruhat, M.A. (1991) Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. Fertil. Steril., 56, 453-460.
11. Tulandi, T., Vilos, G. and Gomel, V. (1995) Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. Obstet. Gynecol., 85, 465-467.

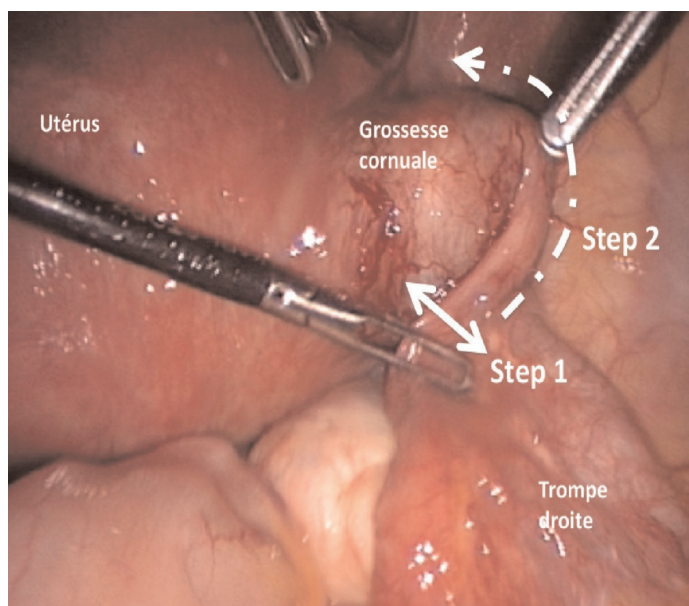


Figure 1 : Exposition de la grossesse cornuale

Etape 1 : Section de la trompe dans sa portion isthmique à 2 cm de la grossesse cornuale

Etape 2 : Dissection par coagulation et section de la séreuse sur toute la circonférence de la grossesse cornuale afin de la libérer de ses attaches périphériques et de pouvoir la mobiliser à l'aide du moignon proximal de la trompe.

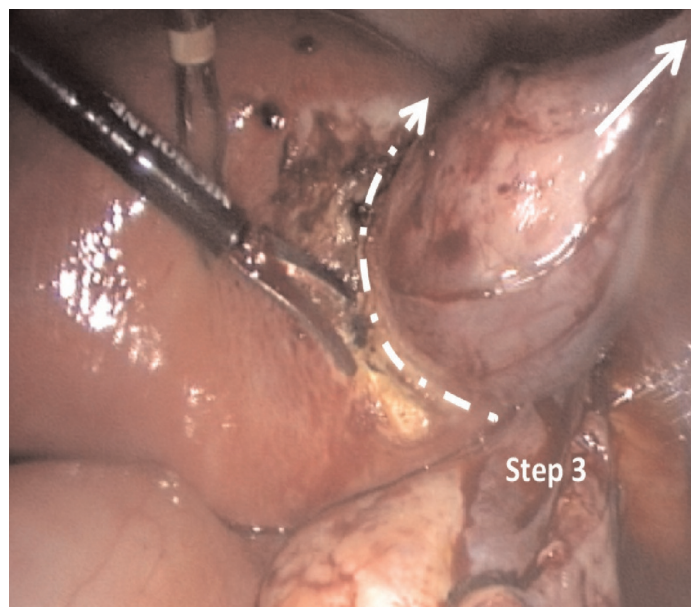


Figure 2 : Traction et coagulation-section de la limite proximale de la grossesse cornuale

Etape 3 : Grossesse cornuale tractée vers le haut par préhension du moignon proximal, on réalise une coagulation-section de proche en proche de tout le pourtour de la masse selon un cône dont la base est périphérique.

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.

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 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 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, 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 on 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.