

**Sommaire**

**Contents**

	<b>Pages</b>		<b>Pages</b>
<b>EDITORIAL</b>			
<b>ARTICLES ORIGINAUX</b>		<b>ORIGINAL PAPERS</b>	
1) Fractures embarrures : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à l'ère du scanner Etude rétrospective portant sur 111 observations	<b>66-74</b>	1) Embarrures fractures: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects in the era of scanner. retrospective study regarding 111 cases	<b>66-74</b>
2) Les occlusions intestinales aiguës néonatales. A propos de 30 cas à Ouagadougou	<b>75-79</b>	2) The neonatal bowel obstructions: about 30 cases in Ouagadougou	<b>75-79</b>
3) Fractures de verge : résultats de la prise en charge au niveau de la région de Thiès à propos de 13 cas	<b>80-84</b>	3) Penile fracture: results of treatment at the Thies region	<b>80-84</b>
4) La chimiothérapie néoadjuvante améliore-t-elle le taux de chirurgie conservatrice et la survie dans les carcinomes lobulaires infiltrants du sein ?	<b>85-89</b>	4) Neoadjuvant chemotherapy increases the rate of conservative surgery and survival in breast invasive lobular carcinoma?	<b>85-89</b>
5) Prothèse totale de hanche. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques .	<b>90-93</b>	5) Total hip prosthesis: epidemiological and pathological aspects	<b>90-93</b>
6) Lésions périnéales au cours de l'accouchement	<b>94-101</b>	6) Perineal lesions during childbirth	<b>94-101</b>
7) Le traitement chirurgical des tumeurs mandibulaires. A propos de 16 cas	<b>102-105</b>	7) Surgical treatment of mandibular tumors about 16 cases	<b>101-105</b>
8) Cholécystite xanthrogranulomateuse	<b>106-109</b>	8) Xanthogranulomatous cholecystitis	<b>106-109</b>
<b>CAS CLINIQUES</b>		<b>CASES REPORT</b>	
9) La rupture utérine spontanée sur utérus non cicatriciel en cours de grossesse : à propos de deux observations et revue de la littérature	<b>110-114</b>	9) The spontaneous uterine rupture on unscarred gravid uterus: report of 2 cases and literature review	<b>110-114</b>
10) Perforation gastrique inhabituelle par corps étrangers métalliques	<b>115-118</b>	10) Unusual gastric perforation by multiple metallic foreign bodies	<b>115-118</b>
11) ...Lipome occipital congénital à propos d'un cas	<b>119-121</b>	11) Congenital occipital lipoma a case report	<b>119-121</b>
12) Un cas de syndrome de Zollinger Ellison compliqué d'une péritonite de découverte autopsique à Dakar	<b>122-124</b>	12) A case of complicated Zollinger Ellison syndrome a peritonitis discovery autopsy	<b>122-124</b>

## CAS CLINIQUES

# LA RUPTURE UTERINE SPONTANEE SUR UTERUS NON CICATRICIEL EN COURS DE GROSSESSE : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

## THE SPONTANEOUS UTERINE RUPTURE ON UNSCARRED GRAVID UTERUS: REPORT OF 2 CASES AND LITERATURE REVIEW

NGOM PM<sup>1</sup>, NIANG MM<sup>2</sup>, DIOP A<sup>2</sup>, KALAI W<sup>2</sup>, GUEYE M<sup>2</sup>, DIOUF AA<sup>2</sup>,  
DIONNE P<sup>1</sup>, CISSE CT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Principal de Dakar, 1 Avenue Nelson Mandela BP 3006 Dakar, Sénégal

<sup>2</sup>Clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec BP 3001 Dakar, Sénégal

*Auteur correspondant : Dr Papa Malick NGOM, Gynécologue Obstétricien  
Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Principal de Dakar  
1, Avenue Nelson Mandela- BP 3006, Dakar, Sénégal  
Tel : (00221) 77 433 84 26 Email : ppmalick@yahoo.fr*

### Résumé

La survenue d'une rupture utérine spontanée sur utérus gravide non cicatriciel est un événement exceptionnel au cours de la grossesse. Nous rapportons les observations cliniques de deux patientes ayant présenté une rupture utérine spontanée en cours de grossesse. La rupture s'est révélée dans les deux cas par un syndrome douloureux abdominal aigu associé à un tableau d'hémorragie intrapéritonéale. Aucun décès maternel n'était déploré. Le pronostic fœtal a été dramatique dans les deux cas. La prise en charge relève d'une réanimation efficace suivie d'une hémostase chirurgicale. Sur la base de nos observations et des différents articles publiés, nous rappelons les aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine spontanée sur utérus gravide non cicatriciel en cours de grossesse.

**Mots-clés** : hémopéritoine - grossesse - rupture utérine – utérus non cicatriciel

### Summary

*The occurrence of spontaneous uterine rupture on unscarred gravid uterus is an exceptional event during pregnancy. We report the clinical findings of two patients who experienced spontaneous uterine rupture during pregnancy. The rupture was found in both cases by acute abdominal pain syndrome associated with an array of intraperitoneal hemorrhage. No maternal death was lamented. The fetal outcome was dramatic in both cases. Support is an effective resuscitation followed by surgical hemostasis. Based on our observations and various published articles, we recall aspects etiopathogenic, clinical and therapeutic of spontaneous uterine rupture on unscarred gravid uterus during pregnancy.*

**Keywords:** hemoperitoneum - pregnancy – uterine rupture – unscarred uterus

## INTRODUCTION

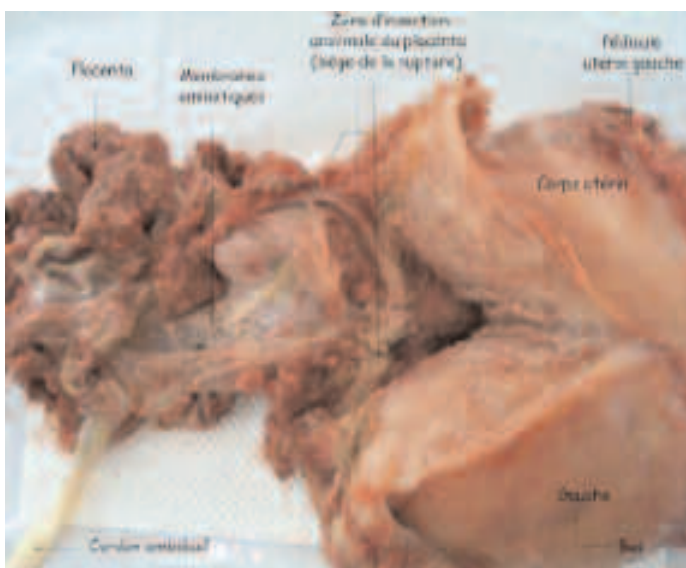
La rupture utérine est définie par une solution de continuité transfixiant toute l'épaisseur de la paroi utérine ainsi que le feuillet péritonéal adjacent. La lumière utérine communique alors avec la cavité péritonéale. C'est l'une des complications obstétricales les plus graves et les plus redoutées mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal et le pronostic obstétrical futur de la patiente. Elle peut survenir de manière traumatique pendant le travail ou spontanée en cours de grossesse. Les ruptures spontanées concernent quasi-exclusivement les patientes présentant un antécédent de chirurgie utérine (notamment césarienne, myomectomie et perforation utérine), rarement les utérus non cicatriciels [1,2].

Nous rapportons les observations cliniques de deux patientes ayant présenté une rupture utérine spontanée sur utérus sain en cours de grossesse, respectivement de 29 semaines d'aménorrhée (SA) et 20 SA. Les aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques sont discutés à travers une revue de la littérature.

## CAS CLINIQUES

### OBSERVATION N°1

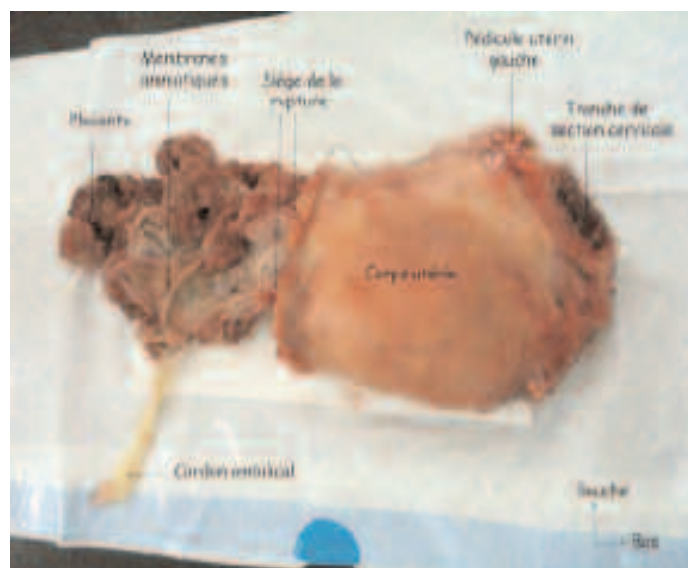
Il s'agit d'une patiente de 40 ans, cinquième geste, quatrième pare, enceinte de 29 SA, reçue en urgence pour une douleur abdominale d'apparition brutale associée à des vertiges.



**Figure 1 : Aspect macroscopique de l'utérus, adhérence anormale du placenta (placenta increta)**

Elle avait comme antécédent une mort intra-partum. La grossesse s'était jusque là déroulée normalement. Elle était admise aux urgences pour une douleur abdominale aiguë généralisée avec une défense à la palpation abdominale évoluant depuis cinq heures. On notait une pâleur cutanéo-muqueuse associée à un pouls petit et filant, des extrémités froides et une pression artérielle impalpable. Les bruits du cœur fœtal n'étaient pas perçus.

Au toucher vaginal, le col admettait la pulpe du doigt avec des métrorragies minimales de sang rouge. Le bilan biologique demandé en urgence retrouvait une anémie à 6,4 g/dl. La patiente a bénéficié d'une réanimation préopératoire avec un remplissage vasculaire pour corriger l'instabilité hémodynamique et une oxygénation au masque pour lutter contre l'hypoxie. Une laparotomie médiane sous-ombilicale pratiquée en urgence permettait d'évacuer un hémopéritoine de 2,5 l et d'extraire un fœtus mort-né de sexe féminin pesant 1300 g. On constate une rupture utérine fundique transversale étendue à la corne utérine droite sur 5 cm. La délivrance était impossible du fait d'une adhérence anormale du placenta (figures 1 et 2), ce qui nous a amené à réaliser une hystérectomie sub-totale interannexielle d'hémostase. En peropératoire, le bilan montre une anémie à 5g/dl et une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) débutante corrigées par la transfusion de deux poches de sang total et deux plasmas frais conge-



**Figure 2: Aspect macroscopique de l'utérus (rupture utérine fundique)**

lés. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était transférée en unité de réanimation où elle a bénéficié d'une antibioprofylaxie à base d'Amoxicilline Acide clavulanique à raison d'un gramme en intraveineuse directe toutes les 8 heures. Sa sortie était autorisée après 10 jours d'hospitalisation.

L'examen histologique de la pièce d'hystérectomie était en faveur d'un placenta increta avec des villosités placentaires qui envahissent toute l'épaisseur du myomètre, sans aller au-delà de la séreuse.

## OBSERVATION N°2

Il s'agit d'une patiente de 40 ans, huitième geste, cinquième pare. Elle présente comme antécédent un avortement précoce prise en charge par une aspiration manuelle intra-utérine et une laparotomie pour grossesse extra-utérine il y a 3 ans. Elle consulte en urgence à 20 SA pour syndrome douloureux abdominal aigu associé à des vertiges. La tension artérielle est à 10/6 et le pouls à 100 battements par minute. L'état général était altéré avec une pâleur cutanéomuqueuse. Les bruits du cœur fœtal étaient perçus, réguliers à 144 bpm. L'abdomen était globalement douloureux avec une défense marquée. Au toucher vaginal, le col était médian, court et admettait le doigt avec un cri du Douglas.

La numération formule sanguine retrouvait une anémie à 7,7 g/dl. Une échographie abdomino-pelvienne réalisée était en faveur d'une grossesse évolutive de 20 SA avec un épanchement péritonéal de grande abondance. Une laparotomie avec reprise de l'ancienne cicatrice était réalisée en urgence sous anesthésie générale. On constate une rupture fundique transversale sur 6 cm partant de la corne utérine gauche.

L'exploration mettait en évidence une grossesse complètement extériorisée dans une poche des eaux non rompue, au sein de la cavité péritonéale avec extraction d'un fœtus de sexe féminin vivant pesant 600g. Un hémopéritoine massif avec caillots importants était retrouvé, la perte sanguine était estimée à 2 L. On notait par ailleurs, des adhérences entre l'ovaire et la trompe droite, il n'y avait pas d'annexes à gauche. Une hystérectomie totale avec annexectomie droite était réalisée. Les suites opératoires étaient simples et la sortie autorisée après 6 jours d'hospitalisation. L'examen histologique de la pièce opératoire ne présentait aucune

particularité.

## DISCUSSION

Au Sénégal, l'incidence de la rupture utérine est estimée à 1/51 naissances [3]. Elle est très variable selon les pays, estimée à 1/93 en Ouganda et 1/44 au Burkina Faso [1,4]. Dans les pays industrialisés, notamment en France, cette incidence est plus faible et varie selon les séries entre 1/1000 et 1/2000 naissances dont 25% de ruptures spontanées [1,2]. Cette disparité est le reflet de conditions socioéconomiques et des niveaux de surveillance médicale différents et inégaux.

Les signes cliniques de la rupture utérine spontanée en cours de grossesse ne sont pas spécifiques, ce qui rend le diagnostic difficile. En effet, le tableau clinique qui associe de façon inconstante une douleur abdominale aiguë, des métrorragies et des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) [5, 6] peut simuler à s'y méprendre certaines urgences abdominales telles que l'appendicite et la pancréatite aiguë.

Seule la laparotomie d'urgence apportera une certitude diagnostique avec une topographie souvent corporelle pendant la grossesse alors que pendant le travail, la rupture siège avec prédilection au niveau du segment inférieur [7].

La multiparité constitue un facteur de risque majeur de rupture utérine spontanée sur utérus non cicatriciel en cours de grossesse [8]. Les autres facteurs étiologiques retrouvés sont les présentations vicieuses, la disproportion fœto-pelvienne, les manœuvres obstétricales, les expressions utérines, les anomalies d'adhérences du placenta, les malformations utérines, les perforations utérines secondaires à un curetage, une aspiration manuelle intra-utérine ou une hystérocopie et les antécédents de myomectomie, quel que soit le type de myome [5, 9].

A Yopougon, Konan Blé rapportait un cas de placenta percreta avec perforations utérines multiples spontanées, révélé par un hémopéritoine à 22 semaines d'aménorrhée chez une patiente de 33 ans deuxième geste primipare [10]. Chez notre première patiente, deux facteurs de risque étaient identifiés. En effet, en plus de la multiparité, le placenta increta était incriminé dans la survenue de la rupture utérine spontanée pendant la grossesse. Notre seconde patiente était multipare et avait un antécédent d'avortement avec manœuvre endo-utérine. Ceci pourrait expliquer chez elle une fragi-

lité myométriale acquise à l'origine de la rupture utérine [11]. Cependant, les parturientes primigestes ne sont pas exemptes d'une RU spontanée. Ainsi, Walsh et Baxi, dans une revue récente de la littérature, ont compté 36 cas de RU spontanée chez la primigeste [5].

La prise en charge initiale comporte tout d'abord des mesures de réanimation maternelle en urgence selon l'état hémodynamique [12]. Elles seront suivies d'une exploration chirurgicale par laparotomie. Le geste chirurgical doit prendre en compte l'étendue des lésions, la localisation de la rupture, l'âge de la patiente, la parité et son désir de grossesse ultérieure [1, 2].

Si la majorité des auteurs recommandent une hystérectomie totale ou subtotale interannexielle [5, 11, 13] comme ce fut le cas chez nos deux patientes, un traitement conservateur par hystérorraphie peut néanmoins être réalisé dans les cas où une reconstruction est techniquement possible, notamment chez les patientes jeunes désireuses de grossesses ultérieures [2, 5, 11]. Enfin, un examen de la filière cervico-vaginale sous valves doit être systématique afin de ne pas méconnaître une lésion cervicale et/ou vaginale.

Le pronostic maternel et fœtal peut être fatal, le plus souvent lié à un retard de prise en charge adaptée par défaut d'action conjointe et urgente de

tous les intervenants du système hospitalier. La prise en charge doit être multidisciplinaire incluant obstétricien, anesthésiste et pédiatre [7]. Classiquement, il a été rapporté un taux de morbi-mortalité maternelle et fœtale plus élevé dans les cas où la rupture intéresse les utérus non cicatriciels ou qu'elle survienne en cours de grossesse du fait de son invraisemblance dans cette population, d'où un délai diagnostique plus important que dans le groupe des utérus cicatriciels et pendant le travail ou dans le post-partum [14]. Cependant, Ofir, dans une étude visant à comparer les RU sur utérus cicatriciels et non cicatriciels, n'ont pas retrouvé de différence significative en termes du taux de morbi-mortalité maternelle et fœtale [15]. Dans notre étude, nous n'avons enregistré aucun décès maternel mais la mortalité fœtale était par contre de 100%.

## CONCLUSION

La rupture spontanée sur utérus non cicatriciel en cours de grossesse est une situation exceptionnelle. Sa prévention passe par des consultations prénatales de qualité surtout chez les patientes à risque. Pour améliorer son pronostic materno-fœtal souvent fatal, un diagnostic et une prise en charge précoces sont nécessaires en y pensant devant toute douleur abdominale aiguë chez la femme enceinte.



## REFERENCES

1. Bretones S, Cousin C, Gualandi M, Mellier G. Rupture utérine. À propos d'un cas de rupture spontanée à 30 SA chez une primipare. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26:324-7.
2. Fatfouta I, Villeroy de Galhau S, Dietsch J, Eicher E, Perrin D. Rupture utérine spontanée pendant le travail : à propos d'un cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 37: 200-3.
3. Guèye SMK, Moreau JC, Moreira P, Faye EO, Cissé CT, De Bernis L, et al. Rupture utérine au Sénégal. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 700-5.
4. Lankoandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Ako-tionga M, Sano D, et al. À propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26: 715-9.
5. Walsh CA, Baxi LV. Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62:327-34.
6. Ramos A, Bonnat L, Robillard D, Dallay D, Horovitz J, Leung JJ. Altération du rythme cardiaque fœtal précédent la rupture utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33:367.
7. Hagneré P., Denoual I., Souissi A., Deswarte S. Rupture utérine spontanée après myomectomie. À propos d'un cas et revue de la littérature. *J de Gynécologie Obstet Biol Reprod* 2011; 40 : 162-165.
8. Suner S, Jagminas L, Peipert JF, Linakis J, "Fatal spontaneous rupture of a gravid uterus: case report and literature review of uterine rupture," *Journal of Emergency Medicine*, vol. 14, no. 2, pp. 181–185, 1996.
9. Gueye M, Mbaye M, Ndiaye-Gueye MD, Kane-Gueye SM, Diouf AA, Niang MM, Diaw H, Moreau JC. Spontaneous Uterine Rupture of an Unscarred Uterus before Labour. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Obstetrics and Gynecology Volume 2012, Article ID 598356, 3 pages doi:10.1155/2012/598356.*
10. Konan Blé R, Adjoussou S, Doukoure B, Gallot D, Olou N, Koffi A, Fanny M, Koné M. Une étiologie particulière de perforation utérine spontanée au deuxième trimestre de la grossesse: le placenta percreta. *J Gynécologie Obstét Fertil* 2011 ; 39 : e11-e14.
11. Sakr R, Berkane N, Barranger E, Dubernard G, Daraï E, Uzan S. Unscarred uterine rupture: case report and literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007; 34:190-2.
12. Girard C., Chatrian A., Veran C., Hoffmann P., Pons JC, Sergent F. Rupture spontanée des vaisseaux utérins pendant la grossesse : à propos de trois cas. *J Gynécologie Obstet Biol Reprod* 2012; 41 : 374-377.
13. Schrimsky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1978; 33:217-32.
14. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980; 56:549-59.
15. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and an unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2004;

# 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.