

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 14 ■ N° 32 (2019)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO 2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



*BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamya
Tel: +224 664289196
Site web : www.guinee-harmattan.fr*

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

Facteurs d'échec du traitement chirurgical des fistules obstétricales : à propos de 49 Cas opérés à l'hôpital de zone de Tanguieta au nord du Bénin en 2018
Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, RoCHAT C-H, Perrin R-X.....1 - 6

Facteurs déterminants et pronostic de l'hématome rétroplacentaire au Sénégal : étude Cas-témoins.
Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....7 - 10

Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, attitudes et participation des femmes guinéennes au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry
Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

Facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés référés de la maternité de Donka à l'institut de nutrition et santé de l'enfant (INSE) sur 10 années d'activités.
Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T18 - 24

Evaluation du risque cardiovasculaire chez les femmes enceintes au centre médical communal (CMC) « Les flamboyants ».
Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

Notre expérience de l'autotransfusion dans la prise en charge de la grossesse extra utérine rompue.
Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A34 - 37

Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de Saint Louis sur le cancer du col
Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC38 - 43

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

Grossesse molaire ectopique : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Bénin et revue de littérature
Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

Failure factors for surgical treatment of obstetric fistula: about 49 cases operated at the district hospital of Tanguieta, northern Benin, in 2018

Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 5

Determining factor and prognosis of abruptio placenta in senegal: case-control study

Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....6 - 11

Knowledge, attitudes and participation of guinean women in the screening of cervical cancer in the gynecology-obstetrics department of the national hospital

Ignace Deen of Conakry

Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

Risk factors for mortality of newborns referred from Donka maternity clinic to the institute of child nutrition and health (INSE) over 10 years of activity.

Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T18 - 24

Evaluation of the cardiovascular risk among pregnant women in the communal medical center (CMC) « Les flamboyants ».

Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

Our experience of autotransfusion in the management of ruptured ectopic pregnancy

Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A34 - 37

urvey of knowledge, attitudes and practices of Saint Louis providers on cervical cancer

Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC38 - 43

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

Grossesse molaire ectopique : a propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Benin et revue de littérature

Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

NOTRE EXPERIENCE DE L'AUTOTRANSFUSION DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE ROMPUE.

OUR EXPERIENCE OF AUTOTRANSFUSION IN THE MANAGEMENT OF RUPTURED ECTOPIC PREGNANCY

MAMY GF¹, SOUMAORO LT¹, FOFANA H¹, DABO M¹, DIAKITÉ S¹, MAXIME K², MULBAH J², ZUANAH M³, COLMA P², DIALLO AT¹, TOURÉ A¹

1. Service de chirurgie générale, Hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry, Guinée.

2. Hôpital de la Rédemption, Monrovia, Libéria

3. Hôpital Régional de Voinjama, Libéria

Correspondances : Dr Gnan Francis Mamy, chirurgie générale Hôpital National Ignace Deen, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.

Email : francismamy2015@gmail.com

RESUME :

Introduction : L'objectif de cette étude était de présenter notre expérience dans la pratique de l'auto transfusion au cours des grossesses extra utérines rompues.

Patientes et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale portant sur une série consécutive de patientes admises et opérées pour une grossesse extra utérine rompue et ayant bénéficié d'une autotransfusion sanguine dans deux hôpitaux du Libéria. L'étude a concerné la période allant de Janvier 2010 à Décembre 2012 pour l'hôpital de la Rédemption (n=41 cas) et celle allant de Décembre 2014 à Décembre 2015 pour l'hôpital régional de Voinjama (n= 6). Ces deux hôpitaux sont des structures sanitaires de niveau secondaire. Les paramètres étudiés ont concerné : les caractéristiques sociodémographiques, les aspects cliniques, les méthodes de récupération du sang péri opératoire et les suites opératoires. La récupération du sang péri opératoire a été réalisée selon l'une ou l'autre des méthodes suivantes : la méthode de ponction trans abdominale, la méthode par la laparotomie et la méthode mixte.

Résultats : Nous avons colligé 47 cas repartis entre l'hôpital de la Rédemption (n= 41) et l'hôpital régional de Voinjama (n=6). L'âge moyen des patientes était de 28 ans

Les multi gestes (36 cas) et les multipares (29 cas) ont été les plus représentées.

L'Age moyen des grossesses était de 6 semaines d'aménorrhée. Le délai moyen de consultation a été de 12 heures. Le tableau clinique était dominé par les troubles des règles et les douleurs pelviennes. Le choc hémorragique était retrouvé chez 76,60% des patientes. L'échographie a été réalisée dans 47%, le dosage urinaire de bêta HCG dans 100% des cas. Le délai moyen de prise en charge a été de 45 mn. La méthode mixte de prélèvement du sang a été la plus utilisée (57,44%). Le volume moyen de sang transfusé était de 2 poches de 500 ml. Le taux d'hémoglobine chez les patientes à la sortie de l'hospital était de 8,04 g/dl en moyenne avec des extrêmes de 7 et 12 g/dl. Dans l'ensemble l'évolution a été favorable. Aucune réaction adverse en rapport avec la transfusion n'a été observée.

Conclusion : L'autotransfusion sanguine est une méthode simple, efficace, moins coûteuse et mieux adaptée dans nos structures défavorisées.

Mots clés : GEUR, Choc hémorragique, Autotransfusion.

SUMMARY :

Introduction :

The objective of this study was to present our experience in the practice of self-transfusion during ruptured ectopic pregnancies.

Patients and methods: This was a cross-sectional study of a consecutive series of patients admitted and operated on for a ruptured ectopic pregnancy and who received blood transfusion in two Liberian hospitals. The study covered the period from January 2010 to December 2012 for the Redemption Hospital (n= 41 cases) and that from December 2014 to December 2015 for the Voinjama Regional Hospital (n= 6). These two hospitals are secondary level health facilities. The parameters studied concerned: socio-demographic characteristics, clinical aspects, methods of recovery of perioperative blood and postoperative outcomes. Perioperative blood recovery was performed using one of the following methods: abdominal trans puncture, laparotomy and mixed methods.

Results: We collected 47 cases divided between the Redemption Hospital (n=41) and the Voinjama Regional Hospital (n=6). The average age of the patients was 28 years Multi-gesture (36 cases) and multiparous (29 cases) were the most represented. The average age of pregnancies was 6 weeks of amenorhea. The average consultation time was 12 hours. The clinical picture was dominated by menstrual disorders and pelvic pain.

Hemorrhagic shock was found in 76.60% of patients. Ultrasound was performed in 47%, the urinary dosage of 100% beta HCG. The average time before management was 45 minutes. The mixed blood sampling method was the most commonly used (57.44%). The average volume of blood transfused was 2 500 ml bags. The hemoglobin level in patients at discharge from hospital was 8.04 g/dl on average with extremes of 7 and 12 g/dl. In our series all patients had a favorable evolution. No adverse effect related to the transfusion was registered.

Conclusion: Blood autotransfusion is a simple, effective, less expensive and better adapted method in our disadvantaged structures.

Key words: Ruptured ectopic pregnancy, Hemorrhagic shock, Auto transfusion.

Mots clés : GEUR, Choc hémorragique, Autotransfusion.

INTRODUCTION

Dans les pays en voie de développement la grossesse extra utérine (GEU) constitue une pathologie grave et représente la première cause de décès maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse. Elle est souvent diagnostiquée au stade de rupture avec état de choc hémorragique (1). L'autotransfusion du sang épanché dans la cavité péritonéale est la méthode idéale de restauration de la volémie (2).

L'objectif de cette étude était de présenter notre expérience dans la pratique de l'auto transfusion au cours des grossesses extra utérines rompues.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale portant sur une série consécutive de patientes admises et opérées pour une grossesse extra utérine rompue et ayant bénéficié d'une autotransfusion sanguine dans deux hôpitaux du Libéria.

L'étude a concerné la période allant de Janvier 2010 à Décembre 2012 pour l'hôpital de la Rédemption (n= 41 cas) et celle allant de Décembre 2014 à Décembre 2015 pour l'hôpital régional de Voinjama (n= 6). Ces deux hôpitaux sont des structures sanitaires de niveau secondaire.

Les paramètres étudiés ont concerné : les caractéristiques sociodémographiques, les aspects cliniques, les méthodes de récupération du sang péri opératoire et les suites opératoires.

La récupération du sang péri opératoire a été réalisée selon l'une ou l'autre des méthodes suivantes :

1. Méthode de ponction trans abdominale

Elle se réalise sur la table d'opération sur une patiente déjà préparée (voies aéro-digestives libres, vessie vide, voie veineuse prise, asepsie du champ opératoire). Les sites préférentiels de la ponction se situent au niveau des flancs dans les gouttières pariéto-coliques, avec le trocart de la poche de sang, sous anesthésie locale, La table d'opération est inclinée du côté de la ponction et le sang est recueilli dans la poche par simple système de gravité.

2. Méthode par la laparotomie



Image 1 : Processus de récupération du sang par la méthode de ponction trans abdominale

Sous une anesthésie générale une petite incision qui sera agrandie est réalisée, le prélèvement se fait à travers un aspirateur stérile réglé à la pression de 40 mmHg (3), ou à défaut une seringue de 50 ml ou une cupule puis filtrer directement à l'aide d'une couche de gaze de compresse (4) dans un bol et le transvaser dans une poche de transfusion ACD contenant un anticoagulant (5).

3 - Méthode mixte:



Image 2: Auto transfusion per opératoire du sang récupéré

Elle associe la méthode de ponction et la méthode de la laparotomie, lorsque la quantité de sang issue par la ponction a été insuffisante, ainsi à ciel ouvert le reste de sang épanché dans la cavité péritonéale est récupérée et auto transfusée.

Les images 1 et 2 montrent respectivement le processus de récupération du sang intrapéritonéal et la transfusion.

RESULTATS

Nous avons colligé 47 cas repartis entre l'hôpital de la Rédemption (n= 41) et l'hôpital régional de Voinjama (n= 6). L'âge moyen de nos patientes était de 28 ans, avec des extrêmes de 14 et 41 ans. Dans notre série 43 patientes étaient de Rhesus positif (91,48%) et 4 patientes de Rhesus négatif (8,51%). Les multigestes au nombre de 36, étaient les plus représentées (76,60%), et les nulligestes 11 cas (23,40%). Les nullipares avec 61,70% ont occupé la première place suivie des multipares (38,30%).

Cliniquement, toutes les patientes ont été reçues pour trouble des règles avec douleurs pelviennes. Le tableau de choc hémorragique était retrouvé chez 36 patientes (76,60%). Le dosage de beta HCG était positif chez toutes nos patientes.

L'échographie abdominale a contribué au diagnostic par la mise en évidence d'un épanchement intra péritonéal et du produit de conception en extra utérine dans 24 cas (51,06%). A l'admission le taux moyen d'hémoglobine était de 5, 28 g/dl avec de extremes de 3 et 8 g/dl.

La méthode mixte de récupération de sang a été la plus utilisée (57,44%), suivi de la méthode de laparotomie (27,65%) et celle de ponction trans-abdominale (14,89%).

Le nombre de poches de sang collecté et auto transfusé est indiqué dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des cas selon le nombre de poches de sang auto transfusé

Nombre de poches de sang	Nombre de cas	Pourcentage
Une	12	25,53%
Deux	18	38,30
Trois	14	29,78
Quatre	3	6,38
Total	47	100

L'évolution a été favorable dans tous les cas. Aucune réaction adverse liée à la transfusion n'a été observée. Le taux d'hémoglobine chez les patientes à la sortie de l'hospital était de 8,04 g/dl en moyenne avec des extrêmes de 7 et 11 g/dl.

DISCUSSION :

Pendant la période de notre étude 74 cas de grossesse extra-utérine rompue ont été opérées à l'hôpital de la Rédemption dont 41 cas ont été auto transfusés soit 63,51% des cas. Cette fréquence

élevée s'explique par l'habitude d'auto transfuser, créée par la peine accrue en besoin de sang pendant la grande guerre civile du Libéria où un marché avait été transformé en hôpital de fortune (baptisé : Rédemption hôpital). Le même besoin était réapparu pendant l'épidémie d'Ebola à Voinjama hôpital où les 6 cas d'autotransfusion ont été réalisés.

L'âge moyen de 28 ans correspond bien à la période d'activité génitale chez les femmes où les risques de GEU sont élevés (6, 7). Notre observation du nombre élevé de nullipare corrobore avec les données de la littérature qui indiquent que la GEU est souvent associée à une faible parité (8, 12).

Le diagnostic était basé sur la clinique, le dosage de beta HCG, l'échographie et la laparotomie.

La méthode de récupération du sang par ponction trans abdominale semble particulière à notre série car elle n'est pas développée dans la littérature, cependant elle récupère du sang intra péritonéal plus sécurisé que la laparotomie car moins traumatique, présente peu de risque infectieux, ne passant pas par plusieurs manipulations, et pouvant être auto transfuser en peropératoire immédiate, lorsque la cavité péritonéale a été explorée et jugée propre. A Parakou au Benin, Salifou K et al (5) ont utilisé la méthode par laparotomie de récupération du sang péri opératoire (RSPO) en se servant d'une seringue de 50 ml chez 205 patientes atteintes de grossesse extra utérine rompue, puis filtré à l'aide de 4 couches de compresses et ont déclaré un seul cas de décès consécutif à un oedème aigu du poumon.

En France la Haute Autorité de la Santé limite le nombre de poche à auto transfuser à 3 poches par patiente (9). Cette règle n'a pas été respectée dans notre série car 3 de nos patientes ont reçu chacune 4 poches de sang autologues sans aucune réaction adverse.

Globalement, l'évolution, a été favorable dans notre série. Les complications sont souvent dues aux erreurs lors de la récupération du sang, fréquentes au cours de la méthode RSPO sans lavage qui n'est pas sélective (11). Dans une série de 632 cas de GEUR autotransfusées par la méthode de laparotomie, Selo-Ojeme et al (10) ont enregistré 4 cas d'hyperthermie, 1 cas d'oligurie et 1 cas de décès par embolie pulmonaire.

CONCLUSION

L'auto transfusion sanguine est une méthode qui est en pleine essor dans le domaine de la chirurgie d'urgence et qui présente de nombreux avantages : simple, mieux sécurisée avec risque mineur de réaction adverse, facilement réalisable à moindre

coût dans les structures défavorisées.

REFERENCES

1. **Awojobi OA, Ogunsina S.** Ectopic pregnancy in rural practice, Niger J Med 2001; 10 (3): 139–40
2. **Clark V.** Facilities for blood salvage (cell saver Technique) must be available in every obstetric theatre. Int J Obstet Anesth 2005; 14 (1): 50 -2
3. **Van wolfswinkel ME, Zwart JJ, Schutte JM, Duvekot JJ, Pel M, Van Roosmalin J.** Maternal mortality and Serious maternal morbidity in Jehovah's witnesses in the Netherland. BJOG 2009; 116 (8): 1103-11–8
5. **Salifou K, Obossou AAA, Sambo TE, Aguemon ACT, Houmkpatin BIB, Amankaye I et al.** The efficiency of auto trasfusion by intraoperative blood salvage in ruptured ectopic pregnancy with the Tanguieta funnel, J Preg Child Health 2017; 4: 345. Doi :10.4172/2376-127X.1000345
6. **Baldé IS, Diallo FB, Conté I, Diallo MH, Sylla I Diallo BS, Diallo TS, Sy T.** Grossesse extra utérine dans la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace-Deen du CHU de Conakry, aspects épidémiologiques, socio démographiques, thérapeutiques et pronostiques. Médecine et santé tropicale 2014; 24 (3): 292 - 300
7. **Nkwabong E, Ako Takang W, Kouam L.** Auto transfusion dans la grossesse extra utérine rompue description d'une méthode simplifiée à propos de 6 cas reçus au CHU de Yaoundé, Cameroon. Médecine et Santé Tropicales 2016 ; 26 (1): 75 - 7
8. **Gabkika BM, Abdelsalam S, Ilboudo SRW, Adoum T, Donga K.** Grossesse extra utérine : aspects épidémiologiques et pronostic maternel à l'hôpital de district de N'Djamena sud (Tchad). KisMed 2015; 6 (1) : 111 – 116.
9. **Anonymous.** Récupération de sang peropératoire (RSPO) suivie de son administration par voie IV, rapport pour une recommandation de bonnes pratiques. Haute autorité de santé (HAS). 2011; 13 (5): 1221.
10. **Selo-Ojeme DO, Feyi-Wabaso PA.** Salvage auto transfusion versus homologous blood transfusion for ruptured ectopic pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2007; 96 (2): 108-11.
11. **Denakpo JL, Lokossou A, Tonato-Bagnan J, Fagla H, Perrin RX.** Efficacité et risque de l'auto transfusion par récupération sanguine peropératoire dans les grossesses extra utérines rompues à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune de Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique 2008 ; 12: 58–65.
12. **Bugge HF, Karlsen NC, Oydna E, Rake MM, Wexels N, Bendabenda J et al.** A study of blood transfusion service in a district hospital in Malawi. Vox Sang 2013; 104 (1): 37–45
13. **Jingxian H, Dongquan Q, Chunlin G, Yanjuan H, He M, Huageng H et al.** Autologous and nonautologous blood transfusion in patients with ruptured ectopic pregnancy and severe blood loss. Biomed Res Int 2017 ; Doi : 10.1155/2017/7501807