

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 13 ■ N° 30 (2018)



(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

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Prise en charge des gestantes VIH au centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant de la lagune (Benin)**
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.1 - 5
- Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité dans deux lycées publiques de Porto-Novo au Benin**
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX..6 - 11
- Problématique dans le dépistage des cancers du col de l'utérus à Thiès (Sénégal)**
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18
- Césarienne en urgence au CHU de Libreville : indications et délai selon la classification de Lucas.**
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF19 - 25
- Facteurs épidémiologiques de la mortinatalité au service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry (Guinée)**
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30
- Anémie et transfusion chez la parturiente au service de maternité du centre médical communal de Matam (Conakry)**
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T31 - 34
- La contraception d'urgence : clientes et pratique de la méthode à l'unité de planification familiale du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen**
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB.35 - 42
- Les fistules vésico vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de deux sites de prise en charge**
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- La grossesse cervicale : notre attitude pratique et revue de la littérature**
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Treatment of gestant hiv at the hospital and university center of the mother and child of lagoon (Benin)*
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.1 - 5
- Knowledge, attitudes and practices regarding sexuality in two public schools at Porto-Novo in Benin*
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX.....6 - 11
- Problematic in the cervical cancer screening in Thies (Senegal)*
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18
- Emergency caesarean section at libreville's teaching hospital: indications and Time limit according to Lucas ' classification*
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF19 - 25
- Epidemiologic factor of natal mortality in the gynecology of obstetrical service in national hospital donka of university teaching hospital of Conakry (Guinea).*
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30
- Aneia and transfusion at the parturian for maternity of the communal medical center of Matam (Conakry)*
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T31 - 34
- Emergency contraception: clients and practice of the method at the family planning unit Of the obstetrics and gynecology department of the ignace deen national hospital*
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB.35 - 42
- Obstetric vesico-vaginal fistula in Guinea: analysis of data from two site of care*
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- Cervical pregnancy: our practical attitude and review of the literature*
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

LA GROSSESSE CERVICALE : NOTRE ATTITUDE PRATIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

CERVICAL PREGNANCY: OUR PRACTICAL ATTITUDE AND REVIEW OF THE LITERATURE

DEMBÉLÉ A^{1,2}, OUÉDRAOGO I³, KIEMTORÉ S⁵, SAVADOGO M¹, OUATTARA S^{1,4}, SOMÉ DER A^{1,4}, BAMBARA M^{1,6}. THIEBA/BONANÉ B⁶.

- ¹Gynécologue Obstétricien. Centre hospitalier Universitaire Souro Sanou . Bobo Dioulasso. Burkina Faso
- ²Maître Assistant en gynécologie obstétrique. Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Université Nazi Boni de Bobo Dioulasso
- ³Maître Assistant en gynécologie obstétrique. Centre Hospitalier régional de Ouahigouya. Burkina Faso
- ⁴Maître de conférences en gynécologie obstétrique. Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Université Nazi Boni de Bobo Dioulasso
- ⁵Maître Assistant en gynécologie obstétrique . Unité de Formation en Science de la Santé. Université Ouaga 1. Professeur Joseph Ki Zerbo Ouagadougou
- ⁶Professeur de gynécologie obstétrique . Unité de Formation en Sciences de la Santé . Université Ouaga 1. Professeur Joseph Ki Zerbo Ouagadougou
- Correspondances: Dembélé Adama, Maître Assistant en gynécologie obstétrique. Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Université Nazi Boni de Bobo Dioulasso. Burkina Faso. dembadama@hotmail.fr

RÉSUMÉ

Objectif: analyser notre conduite pratique face à un cas de grossesse cervicale de découverte échographique. **Notre observation:** il s'est agi d'un cas de grossesse cervicale de 7 semaines d'aménorrhée, de diagnostic échographique chez une patiente nullipare de 24 ans. Notre conduite pratique a été l'administration d'un traitement mixte à savoir un traitement chirurgical avec une aspiration curetage, un cerclage compressif du col et un traitement médical à base de 50 mg de méthotrexate en intramusculaire par jour pendant 5 jours. La patiente est sortie à son sixième jour d'hospitalisation avec un bon état général. Nous n'avons pas fait de ligature préventive des artères cervico vaginales, il n'y a pas eu d'injection intra amniotique de KCL ou de méthotrexate, et nous n'avons pas eu recours à une hystérectomie d'hémostase. **Conclusion:** L'échographie pelvienne reste d'un apport incontournable dans le diagnostic précoce de la grossesse cervicale. Le traitement mixte semble donner de résultats satisfaisant pour les grossesses de moins de 9 semaines d'aménorrhée. Si l'hystérectomie est un traitement qui semble avoir été abandonné il demeure valable devant les cas de grossesse cervicale de plus de 12 semaines d'aménorrhée.

ABSTRACT

Objective: to analyze our practical attitude with cervical pregnancy diagnosis by ultrasound. **Patient:** it was a case of cervical pregnancy 7 weeks of amenorrhea, ultrasound diagnosis in a nulliparous patient of 24 years. Our practical conduct was the administration of a mixed treatment namely a surgical treatment with suction curettage, compression banding of the cervix and a medical treatment based on 50 mg methotrexate intramuscularly per day for 5 days. The patient was discharged on her sixth day of hospitalization in good general condition. We did not do preventive ligation of the cervico-vaginal arteries, there was no intra amniotic injection of KCL or methotrexate, and we did not use a hemostasis hysterectomy. **Conclusion:** Pelvic ultrasound remains an essential contribution in the early diagnosis of cervical pregnancy. Mixed treatment seems to give satisfactory results for pregnancies less than 9 weeks of amenorrhea. If hysterectomy is a treatment that seems to have been abandoned, it remains valid in cases of cervical pregnancy of more than 12 weeks of amenorrhea.

INTRODUCTION

La grossesse cervicale est un type rare de grossesse extra-utérine qui se définit comme l'implantation d'un œuf fécondé dans le canal cervical, en dessous du niveau de l'orifice interne du col [1]. Sa gravité est essentiellement liée au risque de complications hémorragiques, et sa prise en charge varie de l'hystérectomie d'hémostase au traitement médical [2]. Nous rapportons ici notre attitude pratique face à un cas de grossesse cervicale de découverte échographique.

NOTRE OBSERVATION

D.L. 24 ans primigeste et nullipare sans antécédents pathologiques connus, a été reçue en urgence, dans le service de maternité d'un hôpital universitaire au Burkina Faso, pour douleurs pelviennes vives sur métrorragies du premier trimestre. L'examen à l'entrée a retrouvé : un bon état général, des conjonctives normalement colorées, des constantes hémodynamiques stables. Sur le plan gynécologique on a noté du sang rouge à la vulve et au spéculum, un saignement minime à l'orifice externe d'un col violacé et gros comme soufflé. Le toucher vaginal a retrouvé un col court, ramolli, déhiscent avec présence d'une masse cervicale douloureuse et un utérus légèrement augmenté de volume. Elle avait en sa possession une échographie pelvienne objectivant une grossesse cervicale confirmée par l'échographie de contrôle réalisée dans le service : il s'agissait d'un sac gestationnel intra cervical de 7 semaines 4 jours avec une couronne trophoblastique médiocre avec un embryon sans activité cardiaque visualisé et un petit épanchement liquidien dans le cul de sac postérieur du vagin. L'utérus était vide avec une ligne cavitaire bien visualisé. L'hémogramme était normal. Le test immunologique de grossesse est revenu positif, et le dosage quantitatif des gonadotrophines chorioniques demandé de suite est revenu à 731 UI/ml. Le diagnostic de grossesse cervicale a été retenu. Nous avons adopté comme traitement une aspiration - curetage sous anesthésie générale au bloc opératoire, suivi immédiatement d'un cerclage du col à but hémostatique. La patiente a ensuite reçu un traitement à base de méthotrexate 50 mg en intra musculaire par jour pendant 5 jours. Ce traitement médical a été bien toléré. L'ablation du matériel de cerclage a été effectuée au 5ème jour. Les suites ont été simples et la sortie a été autorisée au sixième jour avec négativation des gonadotrophines chorioniques 2 semaines après. L'examen histologique du produit d'aspiration a confirmé le diagnostic de la grossesse cervical. La patiente a été

mise sous contraception oestroprogestative.

DISCUSSION

Décrite pour la première fois en 1817 par Sir Everard Home le terme de grossesse cervicale a été employé en 1860 par l'Autrichien Rokitanski qui a publié les 2 premiers cas dans la littérature allemande [1,2]. Tarnier, a rapporté en 1887, le premier cas prouvé à l'examen histologique d'une pièce opératoire [3], et en 1911 RUBIN [4] va proposer des critères diagnostiques histologiques précis à savoir : la présence de glandes endocervicales en regard de l'insertion placentaire, la pénétration endo-cervicales des villosités choriales, la localisation de tout ou d'une partie du placenta situé sous le niveau de pénétration des vaisseaux utérins ou sous le niveau de réflexion du péritoine sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, et l'absence des parties fœtales à l'intérieur de la cavité Corporeale.

La fréquence exacte de la grossesse cervicale est mal connue et varie de 1/1000 à 1/35000 selon les auteurs [5,6]. Les facteurs favorisants restent dominés par les antécédents de césariennes, de curetages ou d'endométrites [7, 8, 9]. Notre patiente n'a présenté aucun de ces facteurs de risque. Notre étude rejoint celles des auteurs où le diagnostic de première intention de grossesse cervicale a été posé grâce à l'apport de l'échographie qu'elle ait été par voie transabdominale ou endovaginale [10,11, 12] C'est au niveau de la prise en charge des cas de grossesse cervicale que les expériences divergent en fonction des auteurs certains optant pour le traitement chirurgical essentiellement, d'autres le traitement médical et d'autres enfin combinant traitement médical et traitement chirurgical [13, 14]. Dans tous les cas il s'agira d'éliminer la grossesse cervicale en minorant les risques hémorragiques. Ainsi, il n'existe pas à ce jour de conduite à tenir codifiée pour la prise en charge de la grossesse cervicale. Il ya plus de 40 ans ROTHE D. (1973) a proposé comme traitement l'hystérectomie, avec des complications per-opératoires, une mortalité et des morbidités non négligeables [15]. La précocité du diagnostic grâce à l'apport de l'échographie va révolutionner la prise en charge de la grossesse cervicale par l'administration d'un traitement médical conservateur. Plus de 20 ans après Rhodes, Miyamura T (1994) dans le lot de traitement médical d'alors face à la grossesse extra utérine utilisera, le méthotrexate en injection intra amniotique écho guidée avec des résultats satisfaisants [16]. D'autres auteurs utiliserons cette molécule en intramusculaire à la posologie de 1 mg/kg et en

association avec de l'acide folinique [17, 18]. Dans plusieurs études, certains associeront le méthotrexate au chlorure de potassium en cas d'activité cardiaque positive de l'embryon dans le but d'augmenter l'efficacité du traitement [18, 19]. Hung et al., ont trouvé que l'efficacité de l'association chlorure de sodium méthotrexate était limitée dans les cas où l'âge gestationnel était supérieur à 9 SA, où l'embryon a une activité cardiaque positive, sa longueur crano-caudale supérieure ou égale à 10 mm et le taux d'HCG plasmatique initial supérieur à 10 000 mUI/ml [17]. Dans notre observation l'embryon n'avait pas d'activité cardiaque et le taux initial des gonadotrophines chorionique était de 731 UI/ml.

Par rapport au traitement chirurgical, le curetage cervical précédé ou suivi d'une méthode de compression, semble être la méthode la plus fréquemment décrite dans la littérature, avec des gestes associés variables [20,21]. Ainsi, Fylstra et al., Iloki et al. y ont associé un cerclage préventif du col, afin d'améliorer la qualité de l'hémostase [7,21]. Chez notre patiente l'aspiration curetage a précédé le cerclage. L'hémostase a été satisfaisante. Ash et al., ont décrit en 1996 une prise en charge par résection hystéoscopique avec succès [22]. Cette technique a été reprise par plusieurs auteurs, soit en première intention, soit après échec du traitement médical. Si l'hystérectomie d'hémostase d'emblée semble être abandonnée ou réservée pour des grossesses de plus de 12 semaines d'aménorrhée, le réflexe de la ligature préventive des artères cervico vaginales reste tenace chez certaines équipes [7]. Cependant, tous ces gestes peuvent se révéler insuffisants, obligeant pour arrêter l'hémorragie à pratiquer une laparotomie afin éventuellement de réaliser une ligature première des artères hypogastriques ou une hystérectomie d'hémostase. Mais il faut le préciser, tous les cas publiés de grossesses cervicales traitées par hystérectomie avaient un âge gestationnel au-delà de 12 semaines d'aménorrhée [23].

Dans notre observation, il n'y a pas eu de ligature préventive des artères cervico vaginales, il n'y a pas eu d'utilisation de chlorure de potassium, ni d'utilisation de sonde Foley, ni de transfusion sanguine. Notre traitement a été mixte avec aspiration curetage, cerclage et administration en intramusculaire de méthotrexate avec négativation totale des hormones chorioniques dans les deux semaines qui suivaient.

Le traitement de la grossesse cervicale a nettement évolué et la mortalité maternelle a diminué de 40% à 10% puis s'est presque annulée actuellement. Le

dernier décès publié remonterait à 1953 [24]. Peu de travaux par contre explorent le pronostic en matière de fertilité ultérieure des patientes prise en charge pour grossesse cervicale, bien qu'aucun cas de récurrence n'ait été publié à ce jour. Nous n'avons pas assez de recul pour apprécier la fertilité au niveau de notre patiente

CONCLUSION

L'échographie pelvienne reste d'un apport incontournable dans le diagnostic précoce de la grossesse cervicale. Le traitement mixte semble donner de résultats satisfaisants pour les grossesses de moins de 9 semaines d'aménorrhée. Si l'hystérectomie est un traitement qui semble avoir été abandonné il demeure valable devant les cas de grossesse cervicale de plus de 12 semaines d'aménorrhée.

RÉFÉRENCES

1. **Lamber Ph, Marpeau L, Jannet D, Jault TH, Truchet F, Safar E, Rotenberg L, Pathier D, Milliez J.** Grossesse cervicale: traitement conservateur avec embolisation première des pédicules utérins, à propos d'un cas (Revue de la littérature). *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1995; 24: 43-7. PubMed | Google Scholar
2. **S. Kamoi, N. Iwasaki and T. Takeshita et col.** Fertility-Preserving Surgery for Cervical Ectopic Pregnancy, from Past to Present Ectopic Pregnancy - Modern Diagnosis and Management Edited by Dr. Michael Kamrava 2011; 14: 227-235.
3. **F. Cuillier, E. Orvain, E. Kuhl et col.** Quel est votre diagnostic ? Cas Clinique. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique* 2004 ; 92 :1-4.
4. **Rubin IC.** Cervical pregnancy. *Am J Gynecol Obstet.* 1911; 13: 625-32. PubMed | Google Scholar
5. **Cepni I, Ocal P, Erkan S, Erzik B.** Conservative treatment of cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound-guided aspiration and single- dose methotrexate. *Fertil Steril.* 2004 Apr; 81(4): 1130-2. PubMed | Google Scholar
6. **Vela G, Tulandi T.** Cervical pregnancy: the importance of early diagnosis and treatment. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007; 14: 481-. PubMed | Google Scholar
7. **Iloki LH, Ibara JR, Koubaka R, Itoua C.** La grossesse cervicale: diagnostic échographique et prise en charge: a propos d'un cas. *Médecine d'Afrique Noire.* 2000; 47(3). PubMed | Google Scholar
8. **Khachani I, M H Alami, R Bezard** grossesse cervicale à 7 semaines d'aménorrhée : défis de la prise en charge *Pan African Médical* 2017; 26:3

9. **S Mouffak** Grossesse cervicale: localisation ectopique inhabituelle : étude d'une observation et revue de la littérature. Thèse de médecine n°150, 2016 Université Mohammed V -Rabat
10. **Guerrier C, Wartanian R, Boblet V, Rohmer E, Le Lirzin R.** La grossesse cervicale: apport de l'échographie au diagnostic et prise en charge thérapeutique. Rev Fr Gynecol Obstet. 1995; 90: 352-9. PubMed | Google Scholar
11. **Sherer D, Abramowicz J., Thompson J., Liberto I., Angel C. et al.** Comparison of transabdominal and endovaginal sono graphic approaches in the diagnosis of a case of cervical pregnancy successfully treated by methotrexate. J. Ultrasound Med 1991 - 10 : 409-11.
12. **FB. Ushakov, V. Elchalal, PJ. Aceman and col.** Cervical pregnancy. Past and future. Obstet Gynecol Surgery 1997; 52:45-59.
13. **Wenzel V., Suresh Pl., Barton P.T., Salimi Z., Carlin b.** Ultrasonographic differentiation of cervical abortion from cervical pregnancy. Journal of clinical ultrasound. 1984 - 12 ; 9: 553-557
14. **G. Vilos, B. Abu-Rafea, R. Kozak et col.** Safe resectoscopic evacuation of a 10-week viable cervical pregnancy after transfemoral bilateral uterine artery embolization Fertility and Sterility 2005; 2:509.
15. **Rothe D, Birnbaum S.** Cervical pregnancy: diagnosis and management. Obstet Gynecol 1973, 42: 675.
16. **Miyamura T, Masuzaki H, Ishmaru T.** Conservative treatment of a cervical pregnancy with local injection. Int J Obstet Gynecol Reprod. 1994 Apr; 45: 62-63. PubMed | Google Scholar
17. **Hung TH, Chau WY, Hsieh TT, Hsu JJ, Soong YK, Jeng CJ.** Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. Hum Reprod. 1998; 13 (9): 2636-2642. PubMed | Google Scholar
18. **U.Verm and N. Goharkhay.** Conservative management of cervical ectopic. Pregnancy Fertility and Sterility. 2009; 91: 671-674.
19. **JO. Woleke.** Cervical pregnancy: Diagnosis and management options. Trop J Obstet Gynaecol 2012 ; 29:88-95.
20. **Singh S.** Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. Journal of Human Reproductive Sciences. 2013 Oct-Dec; 6(4):273-276. PubMed | Google Scholar
21. **Fylstra DL, Coffey MD.** Treatment of cervical pregnancy with cerclage, curettage and balloon tamponade: a report of three cases. J Reprod Med. 2001 Jan; 46(1): 71-4. PubMed | Google Scholar
22. **Ash S, Farrell SA.** Hysteroscopic resection of a cervical ectopic pregnancy. Fertil Steril. 1996 Nov; 66(5): 842-4. PubMed | Google Scholar
23. **L.M. Leeman, C. L. Wendland.** Cervical Ectopic Pregnancy Diagnosis with Endovaginal Ultrasound Examination and Successful Treatment with Methotrexate. Arch Fam Med. 2000 Jan; 9:72-77.
24. **D. Riethmuller, L. Courtois, R. Maillet et col.** Prise en charge de la grossesse extra-utérine : Les autres ectopies (cervicales et abdominales) Recommandations pour la pratique clinique J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 3: 101-108.