

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'echec du traitement chirurgical des fistules obstetricales : à propos de 49 Cas opérés à l'hopital de zone de Tanguieta au nord du Benin 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 experience de l'autotransfusion dans la prise en charge de la grossesse extra uterine 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 : 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

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

**GROSSESSE MOLLAIRE 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 LITTERATURE**

*ECTOPIC MOLAR PREGNANCY: ABOUT A CASE AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF MOTHER
AND CHILD LAGOON (CHU-MEL) OF COTONOU-BENIN AND LITERATURE REVIEW*

ABOUBAKAR M¹, LOKOSSOU MSHS¹, TOGNIFODE MV¹, DANGBEMEY P¹, LOKOSSOU S¹,
PERRIN RX¹.

¹Département Mère Enfant, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou Bénin

Correspondances : LOKOSSOU Antoine, Professeur de Gynécologie Obstétrique, 01BP : 107, Cotonou, Tel : (00229)
67191904 mail : tonylokossou@yahoo.fr

RESUME

Nous rapportons un cas de grossesse molaire ectopique diagnostiquée de façon rétrospective en post opératoire grâce à l'examen histologique d'une pièce de salpingectomie. La surveillance post molaire a été faite par le dosage des HCG plasmatiques et une échographie pelvienne. Une contraception oestro-progestative a été prescrite pour une durée de 12 mois.

Mots clés : grossesse ectopique-môle

SUMMARY

We report a case of an ectopic pregnancy discovered in an university-affiliated maternity in cotonou. The diagnosis was made postoperatively by the histological examination of a specimen of salpingectomy. The post molar follow-up was performed by the assay of plasma HCG and the pelvic ultrasound. An estroprogestative contraception was prescribed for a period of twelve (12) months.

Key words : ectopic pregnancy-molar pregnancy

INTRODUCTION

La maladie trophoblastique gestationnelle (MTG) correspond à une transformation kystique des villosités choriales associée à une prolifération du trophoblaste avec sécrétion excessive de l'hormone choriogonadotrophine [1]. Elle comprend un large spectre de pathologies, allant des lésions bénignes appelées môles hydatiformes (partielles ou complètes) aux lésions malignes appelées tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) comportant les choriocarcinomes, les môles invasives, les tumeurs trophoblastiques du site d'implantation (TTSI) et les tumeurs trophoblastiques épithélioïdes (TTE) [2].

La majorité des MTG se développant dans l'utérus, la môle ectopique constitue une entité très rare. Gillespie et al. estiment son incidence à 1,5 pour un million de naissance en Angleterre [3]. Une vingtaine de cas de MH de localisation tubaire ou ovarienne ont été rapportés dans la littérature [4,5] Le diagnostic de certitude est fait grâce à l'examen histologique des pièces de salpingectomie. Nous rapportons ici un cas de GEU molaire diagnostiquée au CHU MEL de Cotonou.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit de Mme S.B. âgée de 25 ans, 3^{ème} geste nullipare, deux fausses couches spontanées aux termes de 6SA et 8SA toutes deux traitées médicalement. Ses antécédents personnels ne présentent aucune particularité tant sur le plan médical que chirurgical.

Elle a consulté au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) le 08 décembre 2016 pour des douleurs pelviennes et des métrorragies évoluant depuis environ soixante-douze heures sur une aménorrhée de douze (12) semaines.

L'examen clinique à l'entrée notait : un état général conservé, les muqueuses palpébrales bien colorées et celles bulbaires anictériques, la pression artérielle (PA) de 100/60mm de Hg, la température à 37°5 Celsius, un pouls régulier et bien frappé à 88 battements par minute, une fréquence respiratoire à 20 cycles / mn. Le poids était de 60 kg pour une taille de 167 cm soit un IMC de 21 kg /cm². A la palpation de l'abdomen, il est noté une discrète sensibilité hypogastrique sans défense.

A l'examen pelvien, il est noté à la pose du spéculum un col macroscopiquement sain de même que les parois vaginales, et un saignement d'origine endocervicale ; le toucher vaginal a mis en évidence une douleur dans les culs de sac

latéraux.

Les examens complémentaires révélaient :

- un test immunologique de grossesse positif
- une vacuité utérine, un endomètre épaissi et une masse latéro-utérine droite à l'échographie pelvienne.

- à l'hémogramme, un taux d'hémoglobine à 12 g/dl

L'hypothèse diagnostique d'une grossesse extra-utérine (G.E.U.) droite tubaire fut évoquée. Un bilan préopératoire minimal comportant le Groupe sanguin et facteur Rhésus, un taux d'hémoglobine et hématocrite a été réalisé en urgence, en même temps qu'une consultation pré-anesthésique et la patiente fut admise au bloc. Du fait d'un incendie qui a endommagé la colonne de cœlioscopie chirurgicale, une mini-laparotomie a été réalisée en urgence et a confirmé le diagnostic de GEU ampullaire droite non rompue. Les annexes gauches étaient saines.

L'exploration peropératoire de la cavité pelvienne était laborieuse à cause des adhérences denses engainant la trompe droite, ce qui a amené le chirurgien à pratiquer une salpingectomie droite.

La pièce opératoire a été adressée à l'anatomopathologiste. Les résultats ont conclu à une grossesse tubaire avec des lésions spécifiques de môle partielle.

La surveillance post molaire a été faite par le dosage quantitatif des B HCG et l'échographie pelvienne.

- Le premier (1^{er}) dosage quantitatif des B HCG était revenu à 03UI/ml (Normal < 05UI/ml)

- Une échographie pelvienne réalisée au troisième mois était normale. La surveillance était poursuivie sous contraception œstro-progestative.

DISCUSSION

Épidémiologie

La grossesse molaire tubaire est rare. Yasushi Y. et al [6] ont réalisé une revue de littérature sur tous les cas de grossesse molaire ectopique publiés en Angleterre et au Japon de 1960 à 2014 et ont trouvé 31 cas rapportés : Les localisations étaient tubaires dans 19 cas, ovariennes dans 5 cas, cornuales dans 3 cas, péritonéales dans 2 cas, cervicales dans 1 cas et dans la cicatrice de césarienne dans 1 cas.

La fréquence de cette localisation est probablement sous diagnostiquée dans notre contexte. En effet le dosage des BHCG l'examen histologique de pièce de salpingectomie ne sont pas toujours prescrits après une salpingectomie. Par ailleurs les coûts élevés de ces examens complémentaires les rendent peu accessibles aux populations.

Selon Leung [5], l'incidence des grossesses extra-utérines ectopiques est sous estimée dans les pays en développement du fait de la non réalisation

systématique des examens histologiques de pièces de salpingectomie.

La môle hydatiforme partielle (MPH) est un œuf humain pathologique comportant des villosités en transformation vésiculaire, molaire, mais conservant une forme placentaire reconnaissable et une cavité amniotique avec un embryon, ou des traces d'embryon [7].

Les môles hydatiformes partielles surviennent plus souvent chez la femme jeune, ayant souvent des antécédents d'avortement spontané [8, 9]. Il est exceptionnel de décrire une MHP chez une femme âgée de plus de 40 ans [9,10]. On retrouve chez notre patiente un antécédent de deux fausses couches spontanées.

Diagnostic

La grossesse tubaire ectopique imite la grossesse molaire intra utérine sur le plan biologique et la grossesse extra utérine normale sur le plan clinique, ce qui en rend le diagnostic pré opératoire difficile [11].

Asseryanis et al [12] ont rapporté un cas de diagnostic préopératoire de grossesse molaire ectopique gauche par voie échographique transvaginale utilisant le doppler couleur

Cependant l'efficacité de l'échographie transvaginale utilisant le doppler dans le diagnostic des grossesses ectopique molaire reste sujet à débats. Yasushi Y. et al [6] dans une étude rapportent un cas de diagnostic préopératoire grâce à l'IRM et suggère que cette dernière méthode est plus performante que l'échographie transvaginale. Cependant ils soulignent que dans certains cas l'IRM s'est montré peu performante du fait du choc induit par la rupture. Le diagnostic peut être suspecté par l'examen macroscopique de la pièce de salpingectomie. Dans notre cas cet examen n'a pas été fait. Cependant seul l'examen histologique donne le diagnostic de certitude [13.]

Evolution

Le taux de rupture tubaire en cas de grossesse molaire ectopique serait plus élevé que dans les grossesses extra-utérines normales. Ceci s'expliquerait par une plus forte capacité d'invasion du trophoblaste dans les MTG que du trophoblaste dans une grossesse normale [14,15].

Surveillance post opératoire

Le suivi post opératoire est comparable à celui d'une grossesse molaire intra utérine.

La clinique est d'intérêt modeste dans la surveillance post-molaire et l'hCG est le seul marqueur qui doit être utilisé dans la surveillance post-molaire, à l'exclusion d'autres examens et en particulier l'échographie, la radiographie

pulmonaire. Tant que la décroissance de l'HCG totale se fait normalement dans les suites d'une môle, il n'y a pas lieu de prévoir d'autres examens.

Le rythme de surveillance des HCG après évacuation d'une môle complète ou partielle est hebdomadaire jusqu'à normalisation.

Toutes les équipes internationales insistent sur l'importance de la vérification de la normalisation des HCG qu'il s'agisse d'une MHC ou d'une MHP [80]. A partir de la normalisation, une surveillance mensuelle des HCG est préconisée par les recommandations de pratique clinique françaises pendant un an en cas de MHC, pendant 6 mois en cas de MHP. Lorsqu'une MHC se négative en moins de 56 jours (8 semaines) la surveillance peut être limitée à 6 mois.

CONCLUSION

La môle ectopique est une forme anatomique rare de la grossesse molaire. Le diagnostic passe par l'examen histologique de la pièce opératoire et le dosage des beta HCG plasmatiques. Le traitement est chirurgical et médical associant le traitement de la grossesse extra-utérine et celui de la môle.

REFERENCES

1. Gestational trophoblastic diseases. Report of a WHO Scientific Group World Health Organ Tech Rep Ser 1983; 692: 7-81.
2. **Genest D, Berkowitz RS, Fisher RA, Newlands ES, Fehr M.** Gestational trophoblastic disease. Pathology and genetics. Tumors of the breast and female genital organs, ed. Fattaneh A, Tavassoli A, Devilee P. 2003, Lyon: IARC press. 5. pp 245-87
3. **Gillespie A. M., Lidbury E. A., Tidy J. A., Hancock B. W.** the clinical presentation, treatment, and outcome of patients diagnostic with possible ectopic molar gestation. International Journal of Gynecological Cancer 2004; 14 (2): 366-369.
4. **Church E, Hanna L, New F, Uku A, Awad H, Watson AJ.** Ovarian molar pregnancy. J Obstet Gynaecol 2008;28:660-1.
5. **Farrukh A, Attia M, Furniss H.** Tubal hydatidiform mole: an unexpected diagnosis. J Obstet Gynaecol 2007
6. **Yamada, Yasushi et al.** "Ectopic Molar Pregnancy: Diagnostic Efficacy of Magnetic Resonance Imaging and Review of the Literature." Case Reports in Obstetrics and Gynecology 2016 (2016): 7618631. PMC. Web. 29 July 2017.
7. **Leung F, Terzibachian J-J, Chung Fat B, Lassabe C, Knoepffler, F, Maillet R and**

- Riethmuller D.** Mole Hydatiforme Hétérotopique. A Propos d'un cas. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2009 ; 37 ; 749-751.
8. **Golfier F et al.** Evaluation de la prise en charge des tumeurs trophoblastiques gestationnelle enregistrées au Centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon de 1999 à 2005. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité* 2007 ; 35 (3) : 205-215.
9. **Jauniaux E.** Ultrasound diagnosis and follow-up of gestational trophoblastic disease. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 1998;377-367.
10. **Genest DR.** Partial hydatidiform mole : clinicopathological features, differential diagnosis, ploidy and molecular studies, and gold standards for diagnosis. *International Journal of Gynecological Pathology* 2001;20: 315-322.
11. **Boufettal H et al.** Les môles hydatiformes complètes au Maroc : étude épidémiologique et clinique [Complete hydatiform mole in Morocco : epidemiological and clinical study]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011; 5 (40) : 429-419.
12. **Lindholm, H. and Flam, F.** The Diagnosis of Molar Pregnancy by Sonography and Gross Morphology. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1999; 78:6-9. <https://doi.org/10.1080/j>
13. **Asseryanis E, Schurz B, Eppel W, Wenzl R, Vavra N, Husslein P.** Detection of an atypical invasive mole in an ectopic pregnancy by transvaginal color-flow Doppler. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993;169(6):1656.
14. **Borah T, Raphael V, Panda S, Saharia P.** Ectopic Molar Pregnancy: A Rare Entity. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2010;11(3):201-203.
15. **Berlingieri P, Bogdanskiene G, Grudzinskas J. G.** Rupture of tubal pregnancy in the Vilnius population. *European Journal of Obstetrics Gynecology & Reproductive Biology* 2007;131(1):85-88.
16. **Seckl MJ et al.** Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles. *Lancet* 2000; 356 (9223):36-9.

