ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 6 ▪ N° 17 (2011)

(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
Mamadou Saliou Diallo
Rédacteur en chef
Namory Keita
Rédacteur en chef adjoint
Telly Sy
Comité de parrainage
Ministre de l'ESRS
Ministre de la Santé
Recteur Université de Conakry
Doyen FMPOS
M Kabba Bah
M Kader
P Diallo
E Alihonou
F Diadhiou
MK Bohoussou
C Welfens Ekra
M M Sall (CAMES)
A Gouazé (CIDMEF)
G Osagie (Nigeria)
Comité de redaction
MS Diallo
N Keita
MD Baldé
Y Hyjazi
FB Diallo,
F Traoré (Pharmacologie)
T Sy
AB Diallo
Y Diallo
M Cissé (Dermatologie)
M Doukouré (Pédopsychiatrie)
ML Kaba (Néphrologie)
OR Bah (Urologie)
NM Baldé (Endocrinologie)
A Touré (Chirurgie Générale)
LM Camara (Pneumo-phtisiologie)
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)
M S Diallo (Conakry)
A Dolo (Bamako)
A Fournier (Angers)
Y Hyjazi (Conakry)
N Keita (Conakry)
YR Abauleth (Abidjan)
M Koulibaly (Conakry)
J Lankoande (Ouagadougou)
Lekey (Yaoundé)
JF Meye (Libreville)
JC Moreau (Dakar)
O Ndiaye (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

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, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette 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) 64 45 79 50
Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy
Maternité Ignace Deen CHU de Conakry
BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30
Email : 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 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale 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 Médicus, 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

- 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

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Grossesse et accouchement chez l'adolescente: a propos de 1240 cas colligés au CHU de Cocody
Nguessan KLP, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S .....62 - 65

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra utérine dans la ville de Ouagadougou. A propos de 141 cas.
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72

Le pronostic maternel de l'hypertension artérielle de la parturition à la maternité du CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)
Nguessan K, Mian B, Koime H, Gondo D, Koffi A, Angoi V, Effoh N, Konan J, Kouame A, Abauleth R, Boni S.....73 - 75

La plastie tubaire a la maternité de référence de Niamey: étude rétrospective. A propos de 314 cas
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79

Traumatismes fœtaux au cours de la parturition: expérience de la maternité du CHU de Cocody (abidjan-cote d'ivoire) a propos de 27 cas.
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86

Tumeur trophoblastique du site d'implantation : à propos d'un cas et revue de la littérature
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91

Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel a la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97

Mortalité maternelle : aspects épidémilogiques et étiologiques a la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry.
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.98 - 102

Issue de l'accouchement dans un utérus cicatriciel a Cotonou
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....109 - 112

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Adolescent pregnancy and labor: about 1240 cases collected at chu of cocody
Nguessan Klp, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S .....62 - 65

Epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72

Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean assosiation for the well-being of family (AGBEF), Conakry
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73

Tubal plasty at reference maternity of Niamey: retrospective study. About 314 cases
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79

Neonatal traumas in parturition. Experience of the maternity of the university hospital of cocody (abidjan, ivory coast).
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86

Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91

Outcome of pregnancy in a cicatricial uterus at the Clinique universitaire de gynecologie obstetrique of cotonou
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97

Maternal mortality: epidemiological and etiological aspects at the ignace Deen clinic of gynecology and obstetrics, Conakry university hospital.
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.....98 - 102

Exit of the childbirth in a cicatricial uterus at Cotonou
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108

CASE REPORT

Migration of intrauterine devices into the broad ligament.
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....109 - 112

LA PLASTIE TUBAIRE A LA MATERNITÉ DE RÉFÉRENCE DE NIAMEY : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE. A PROPOS DE 314 CAS

TUBAL PLASTY AT REFERENCE MATERNITY OF NIAMEY: RETROSPECTIVE STUDY. ABOUT 314 CASES

GARBA[1] RM, IDI[1] N, KAKA H[1], TAHIROU[1] A, GUIDAH S[2], NAYAMA M[1]

[1]Maternité Issaka Gazobi BP 10813 Tél (00227) 20 73 35 50 Niamey(NIGER) - E-mail : mgazoby@intenet.ne
[2]Hôpital National Lamordé de Niamey

Correspondances : GARBA RM BP 904 Niamey NIGER E- mail : madgar@refer.ne

RESUME

Objectif : Il s'agit d'analyser la place de la plastie tubaire dans la prise en charge de l'infertilité à la maternité de référence I Gazobi de Niamey

Matériels et méthodes. IL s'agit d'une étude rétrospective concernant 314 patientes ayant bénéficié d'une plastie tubaire parmi 23 307 interventions et 7261 admissions en service de gynécologie enregistrées sur la période du 1er Janvier 2002 au 31 décembre 2007. Résultats :

La plastie tubaire a représenté 1,34% de l'ensemble des interventions chirurgicales. La moyenne d'âge est de 29 ans avec des extrêmes de 17 à 45 ans, 61,46% sont des nullipares, la tranche d'âge la plus concernée 25-29 ans avec 39,78 %. Quant au type d'infertilité elle est primaire dans 57,64% et secondaire dans 42,36%. La durée de l'évolution de l'infertilité n'a pas toujours été précisée, la durée maximale était de 21 ans. 62,73% des patientes sont porteuses d'anomalies tubaires dont 37,5% à type d''hydrosalpinx. Les séquelles infectieuses sont retrouvées dans 50%, dans 11,46% elles sont évocatrices d'une infection à chlamydia et dans 1,59%, les granulations étaient évocatrices de tuberculose.

La salpingonéostomie et la fimbrioplastie ont été les gestes les plus pratiqués, soit 79,93% de nos patientes. L'épreuve au bleu de méthylène était positive pour 60,51 % des patientes avec un passage bilatéral dans 39,17% et négatif pour 24,52% des cas.

Conclusion

La plastie tubaire par laparotomie reste encore la seule alternative de la prise en charge de l'infertilité tubaire dans le service.

SUMMARY

Objective: is to analyze the role of tubal plasty in the treatment of infertility to motherhood reference I Gazobi Niamey

Materials and methods. This is a retrospective study of 314 patients who underwent tubal plasty among 23 307 admissions in 7261 interventions and gynecology recorded on the period from 1 January 2002 to December 31, 2007. Results:

Tubal plasty represented 1.34% of all surgical procedures. The average age is 29 years and ranged from 17 to 45, 61.46% were nulliparous, the age group most concerned with 39.78% 25-29 years. As for the type of infertility is 57.64% in primary and secondary 42.36%. The duration of the development of infertility has not been specified, the maximum was 21 years. 62.73% of patients are carriers of tubal abnormalities in 37.5% of which type of' hydrosalpinx. The infectious sequelae are found in 50%, 11.46% are suggestive of chlamydial infection and 1.59%, the granules were suggestive of tuberculosis.

The salpingonéostomie fimbrioplasty and gestures were the most practiced, or 79.93% of our patients. The methylene blue test was positive for 60.51% of patients with a bilateral shift in 39.17% and 24.52% for negative cases.

Laparotomy tubal plasty is still the only alternative for the management of tubal infertility in the service.

INTRODUCTION

Au Niger malgré un indice de fécondité à 7.1 l'infertilité est un problème socio culturel.

Contrairement aux pays développés les statistiques précises pour l'ensemble du pays sur l'infertilité ne sont pas connues. Les chiffres dont nous disposons sont des données hospitalières. L'assistance médicale à la procréation n'existe pas au Niger, la plastie tubaire est la seule alternative offerte aux patientes, et n'est malheureusement pas accessible financièrement à la plupart d'entre elles. L'objectif de notre étude était d'analyser la place de la plastie tubaire dans la prise en charge de l'infertilité à la maternité Gazobi de Niamey.

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques des patientes

	Nb	%
Age (ans)		
< 20	6	2
20-24	35	11
25-29	110	35
30-34	89	28
35-39	56	18
≧ 40	18	6
Etat civil	289	92,04
Mariée	9	2,86
Divorcée	16	5,10
ND		
Profession		
Sans	226	71,98
Fonctionnaire	63	20,06
Etudiante	8	0,25
ND226	**17**	5,41
Type d'infertilité		
Primaire	181	57,64
Secondaire	133	42,36
Parité		
Nullipare (0)	193	61,46
Primipare (1)	70	22,29
Paucipares (2-3)	51	16,24
Nombre d'enfants vivants		
0	200	63,69
1	71	22,61
2	30	9,55
3	13	4,14

PATENTES ET METHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2007 des dossiers de toutes les patientes qui ont bénéficié d'une plastie tubaire pour infertilité tubaire à la maternité Issaka Gazobi de Niamey, maternité de référence nationale de 3eme niveau. Les registres des services de gynécologie, du bloc opératoire et les dossiers médicaux des patientes nous ont servi de supports de collecte des données. Ces données ont été ensuite traitées par le logiciel Excel.

Tableau II : gestes effectués

Geste effectué	Nombre de cas	%
Salpingonéostomie	251	80
Fimbrioplastie	140	44,6
Adhésiolyse / Myomectomie	57	18,15
Résection cunéiforme ovaires/ drilling	47	15
Kystectomie	22	7
Salpingectomie	17	5,4
Cathétérisme	16	5,1
Annexectomie	5	1,6

RÉSULTATS

Pendant la période de l'étude 23307 interventions ont été enregistrées dont 314 laparotomies pour plasties tubaires soit une fréquence de 1,34%

Le tableau I nous résume les principales caractéristiques des patientes

La moyenne d'âge était de 29 ans, les patientes de 25-29ans et de 30-34 ans représentent respectivement 35,03% et 28,34%. Plus de la moitié des patientes (61,46%) sont des nullipares. La parité maximale est de 3 enfants, 63,7% n'ont aucun enfant vivant ; 71,98% sont sans profession et 9,87% ont des antécédents chirurgicaux dont 2,22%(n=7) de plastie tubaire. 50% présentent des adhérences et/ou séquelles et 62,73% des anomalies tubaires qui sont bilatérales dans 62,94%

Dans notre étude 226(72%) patientes sont sans profession ; 289 sont mariées (92%) ; 193 (61,5%) patientes sont des nullipares ; 70(22,3) primipares ; 200(63,7%) patientes n'ont pas d'enfants vivants

Dans les antécédents : 7 (2,2%) cas de plastie tubaire ; 10 (3,2%) cas de salpingectomie pour GEU

Quant au tableau II il montre les principaux gestes effectués. L'épreuve au bleu de méthylène était positive pour 60,51 %.

La durée moyenne de séjour est de 4,7 jours. La morbidité été marquée par des cas de suppuration pariétale (4,78%). Aucun décès n'a été noté.

DISCUSSION

En Afrique subsaharienne l'infertilité est un motif fréquent de consultation gynécologique [1, 2,3]. Le problème est encore plus crucial du fait de la stigmatisation [4] L'aspect socio culturel pesant fait de la femme africaine sans enfant une anomalie.

L'age moyen de nos patientes est de 29 ans, comparable à d'autres séries africaines [4,5] Au-delà d'un an de mariage l'absence de grossesse fait l'objet d'interrogations dans le cercle familial. Ceci explique qu'on ait des patientes de moins de 20 ans(6 : 1,91% n=6) Dans une étude Cissé CT [6] note que la grossesse chez l'adolescente peut être une cause d'infertilité secondaire par infection post abortum ou post abortum. Cette situation est plus fréquente que chez la femme adulte. Mais elle peut être séquellaire d'une infection contractée pendant l'adolescence. L'introduction et l'extension des soins après avortement(SAA) dans tous nos régions devraient contribuer à réduire certaines séquelles infectieuses. De même Ramphal SR [7] souligne l'importance d'un traitement adéquat des urgences gynécologiques pour éviter ces séquelles infectieuses.

On note que 18 patientes (5,73%) ont 40 ans ou plus. A cause du poids socio culturel il y a comme un sursaut à tout tenter. Les motifs sont une nulliparité (61,46% dans l'étude), une pauciparité ou un remariage.

Certes dans notre étude l'infertilité est primaire dans 57,6%, due à l'obstruction des trompes chez la jeune femme liée à une infection sexuellement transmissible mal ou pas traitée.

Alors que l'infertilité primaire est plus fréquente dans les autres régions du monde il est reconnu que c'est plutôt l'infertilité secondaire qui est plus fréquente en Afrique [1,4 5],

71,98 % sont sans profession. En Afrique cela correspond à des patientes généralement sans revenus, mais l'environnement très nataliste a aussi un poids moral.

Il est à noter pour les antécédents chirurgicaux que 7 patientes (2,22%) avaient déjà bénéficié d'une plastie tubaire antérieure. Les patientes n'ont pas d'autres alternatives et sont prêtes à bénéficier d'une deuxième plastie. Mais seules quelques patientes accèdent à une prise en charge[8] du fait du coût financier. Au Niger Les différents examens (hystérosalpingographie HSG, bilan préopératoire) et l'acte chirurgical peuvent s'élever à 100 000 FCFA (150 euros) ce qui représente une somme importante pour la plupart des patientes.

Les antécédents de pathologie pelvienne inflammatoire sont importants et relevés par plusieurs séries africaines [4, 5,9] ce qui pour Kasia[10] et Fasuba[11] compromettent les chances de microchirurgie.

Dans notre série, 50% des patientes sont porteuses d'adhérences et /ou séquelles infectieuses. Ce résultat prouve le rôle prépondérant que jouent les infections dans la survenue de la stérilité.

Dans 11,45% des cas, elles sont évocatrices macroscopiquement d'une infection à Chlamydiae trachomatis. Les examens biologiques ne sont pas disponibles en pratique courante.

Chez 1,59% de nos patientes, les séquelles infectieuses évoquent malheureusement une tuberculose. Ceci témoigne de la présence bien que rare de cas de tuberculose génitale.

Les facteurs tubaires sont relevés par plusieurs séries africaines **[1, 4,12]**

L'hydrosalpinx a été retrouvé chez 37,5% de nos patientes, il est bilatéral dans 19,42%. Une étude de l'OMS avait constaté il ya deux décennies que l'occlusion bilatérale des trompes était trois fois plus fréquente en Afrique que dans d'autres régions en voie de développement (49% vs 11%) comme une

cause d'infertilité [13]
Il faut noter que 71 patientes (20,70%) de notre série étaient porteuses de fibrome. L'association infertilité et fibrome est d'autant plus délétère que la patiente consulte tardivement.

En l'absence d'autres alternatives comme la microchirurgie tubaire ou l'assistance médicale à la procréation(AMP) ces patientes n'ont pas d'autres possibilités que de tenter de nouveau une plastie par laparotomie. Dans les pays développés la chirurgie tubaire pour l'infertilité est limitée [14] l'AMP a supplanté la microchirurgie tubaire. Les techniques de l'AMP n'existent pas dans notre pays. Elles sont coûteuses même pour les quelques couples qui pourraient essayer ailleurs, abandonnant au bout d'une à deux tentatives car le pouvoir d'achat est faible par rapport aux pays occidentaux. Le dilemme qui se pose pour les pays à ressources modiques, réduire le problème de la mortalité maternelle et néonatale, et d'adhérer aussi aux techniques de l'AMP.
Une autre réalité, dans un contexte où existe la polygamie, autant la femme se résignera si l'infertilité est masculine, autant l'homme sera plus prompt à prendre une autre épouse si l'infertilité est féminine. Ne pas pouvoir procréer est donc vécu comme une grande souffrance pour la patiente.

CONCLUSION

La chirurgie tubaire malgré des résultats décevants est la seule alternative pour les patientes présentant une infertilité d'origine tubaire dans notre pays. Le pouvoir d'achat est faible, le volet prévention des infections doit être une des priorités. Les actions devraient porter sur un traitement adéquat de la maladie inflammatoire, du post partum et des soins après avortement de qualité pour éviter les complications sources de séquelles irréversibles.

REFERENCES

1-Gerais AS, Rushwan H. Infertility in Africa.
Popul Sci. 1992 Jul; 12:25-46.
2-Umeora OU, Mbazor JO, Okpere EE. Tubal factor infertility in Benin City, Nigeria - sociodemographics of patients and aetiopathogenic factors.
Trop Doct. 2007 Apr;37(2):92-4.
3- De Schampheleire I, Van De Velden L, Van Dyck E, Guindo S, Quint W, Fransen L
Maladies sexuellement transmissibles dans la population féminine à Pikine, Sénégal
Ann. Soc. Belge Med trop 1990, 70, 227 -235
4-Fiander A. Causes of infertility among 1000 patients in Ghana. Trop Doct. 1990 Jul; 20(3):137-8.
5- Bukar M, Audu Bm, Yahaya Ur, Dawha Ym. Outcome of tubal macrosurgery in Gombe, North-eastern Nigeria
J Obstet Gynaecol. 2009 Aug; 29(6):536-8.
6- Cisse CT. Une grossesse précoce peut déboucher sur la stérilité.
Pop Sahel. 1990 Aug;(13):22-3.
7-ramphal SR, Moodley J. Emergency gynaecology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006 Oct;20(5):729-50. Epub 2006 Jul 7.
8-Moreira P, Fall C, Dieng T, Fall A, Diouf A, Moreau JC. Assistance médicale à la procréation : indications et perceptions par les couples présentant une infertilité au centre hospitalier universitaire de Dakar. Mali medical 2008 Tome XXIII N°1
9- Kitilla T. Tubo-peritoneal infertility: comparision of pre-operative hysterosalpingography and laparotomy findings (Tikur Anbessa Hospital, 1995 - 2002). Ethiop Med J. 2006 Apr; 44(2):167-74.
10-Kasia JM, Raiga J, Doh AS, et al.: Laparoscopic fimbrioplasty and neosalpingostomy. Experience of the Yaoundé General Hospital, Cameroon (report of 194 cases). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1997 May; 73(1):71-7.
11- Fasubaa OB, Onayade AA, Ajenifuja TO.
Experience of tubal surgery for infertility at the Obafemi Awolowo University Teaching Hospital, Ile-Ife, Nigeria.
Afr J Med Med Sci. 2004 Dec;33(4):355-60.
12- Onah He, Mgbor So, Umeh UA. Niger J Clin Pract. 2006 Jun;9(1):44-7.
Outcome of tubal surgeries at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria.
13-meheus A, Reniers J, Colletet M. Determinants of infertility in Africa. Afr J Sex Transmi Dis. 1986 Oct;2(2):31-5.
14- Zarei A, Al-ghafri W, Tulandi T. Tubal chirurgie.