



Cas Clinique

Métaplasie Osseuse de l'Endomètre : À Propos d'un Cas

Endometrial bone metaplasia: a case report

Inna Rakya¹, Ourching Clovis¹, Aoudi stephane¹, Djidjo'o Chantal¹, Robert Tchounzou², Humphry Neng², Ngalame Alphonse², Isidore Tompeen³, Emile Mboudou³

1 Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Garoua
2 Faculty of Health Sciences, Université de Buea
3 Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé

Auteur correspondant : Dr Inna Rakya, Gynécologue/Obstétricien, CHRG
Email : irakya@yahoo.fr
Téléphone : +237 693 50 28 27

Mots clés : métaplasie osseuse de l'endomètre, Hystérocopie, trophoblaste, Garoua

RÉSUMÉ

La métaplasie osseuse de l'endomètre (MOE) ou ossification endométriale est une entité pathologie très rare. Nous rapportons le cas d'une ossification endométriale découverte hystérocopie à l'Hôpital Régionale de Garoua-Nord-Cameroun chez une patiente présentant une infertilité secondaire de cinq ans après une fausse couche spontanée tardive. L'hystérocopie opératoire a permis l'extraction d'un fragment osseux coralliforme dont l'origine trophoblastique a été confirmée à l'examen anatomopathologique.

ABSTRACT

Endometrial bone metaplasia (EOM) or endometrial ossification is an infrequent pathological entity. We report the case of endometrial ossification of discovered through hysteroscopy at the Regional Hospital of Garoua-North-Cameroon in a patient with secondary infertility five years after a late spontaneous miscarriage. Operative hysteroscopy allowed the extraction of a coralliform bone fragment whose trophoblastic origin was confirmed on pathological examination.

INTRODUCTION

La métaplasie osseuse de l'endomètre (MOE) ou ossification endométriale est une entité pathologie très rare qui se caractérise par la présence de tissu osseux dans l'endomètre, décrite pour la première fois en 1901 par Mayer. À cause de sa fréquence très faible, seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature [1,2]. Nous présentons dans cet article un cas découvert dans une région du Cameroun, un pays à ressource limitée.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit du cas de madame DM patiente âgée de 29 ans, mariée résidente à l'Extrême Nord du Cameroun. Elle est G1P010. On note dans ses antécédents une notion de fausse couche spontanée à 14-16 semaines d'aménorrhée (SA) sans notion de manipulation endoutérine il y a cinq ans, suivie d'une infertilité secondaire. Elle a eu ses premières règles à 15 ans avec un cycle de 25-28 jours et des saignements qui durent 5 à 7 jours.

Elle se plaint de dyspareunies profondes et de pelvialgies chroniques depuis environs quatre ans. Elle aurait fait plusieurs consultations pour son désir d'enfant. Elle a reçu des traitements à base de citrate de clomifène par voie

orale, 50 mg par jour, cinq jours par mois pendant six mois ; et de la progestérone par voie vaginale, à raison de 200 mg par jour, dix jours par mois pendant six mois. En aout 2018 elle réalise une HSG qui a mis en évidence une perméabilité tubaire bilatérale. À l'échographie on note une calcification endométriale (figure 1).



Figure 1 : Échographie pelvienne montrant un corps étranger hyper échogène intra cavitaire (flèche bleue)

Nous avons réalisé une hystérocopie opératoire sous rachianesthésie le 07/07/2021. La procédure opératoire était la suivante : après dilatation progressive

Copyright © 2022. Health Sciences and Disease. This is an Open Access Article under the CC BY NC ND 4.0 license.



du col jusqu'à la bougie de Hegar N°9, nous avons introduit l'hystéroscope et distendons la cavité à l'aide du sérum salé physiologique. Nous découvrons une synéchie isthmique que nous mettons à plat à l'aide d'un crochet, puis nous découvrons dans le fond utérin un fragment osseux, jaunâtre coralliforme (figure 2).

À l'aide d'une pince en cœur, nous retirons à l'aveugle le fragment, et nous vérifions par la suite l'intégrité de la cavité et l'absence de saignement. Le fragment a été envoyé à l'anatomopathologiste qui a conclu à une ossification de débris trophoblastiques.



Figure 2 : Présence des tissus osseux coralliforme intra utérin à l'hystérocopie

DISCUSSION

La métaplasie osseuse de l'endomètre est une affection rare avec une fréquence estimée entre 0.3 pour 1000 femmes [3]. Cette fréquence explique sa difficulté diagnostique clinique et la littérature retrouve une prédisposition ethnique africaine et caribéenne [4,5]. Elle est généralement découverte à la suite d'une infertilité secondaire ou de métrorragies chez des femmes en âge de procréer [3,6].

Sa physiopathologie est mal connue. Plusieurs hypothèses sont énoncées. Selon les études génétiques, le tissu osseux intra-utérin peut être d'origine maternelle (métaplasie ostéoïde de l'endomètre) ou fœtale [7,8].

1. Fœtale avec inclusion de fragment osseux ou de cellules mésenchymateuses fœtales à potentiel osseux dans les suites d'une fausse couche ou une IVG généralement tardive [9,10] Cette hypothèse peut être attribuée à notre cas ;
2. Maternelle avec apparition d'un tissu conjonctif jeune, après une atteinte du chorion, puis transformation en tissu osseux [11]. Par Induction d'un processus d'ostéogenèse de nos propres cellules embryonnaires, provoquant la différenciation osseuse de cellules endométriales pluripotentes hypothétiques.

Le tableau clinique est souvent marqué par des douleurs pelviennes chroniques, des dysménorrhées, des métrorragies voire un trouble du cycle, mais ce que ces patientes ont certainement le plus en commun est un tableau d'infertilité chez des patientes jeunes, en âge de

procréer [7]. Dans notre cas, on retrouvait une histoire de fausse couche spontanée, de stérilité secondaire de trouble du cycle menstruel.

La MOE est découverte après un épisode abortif complet ou incomplet avec geste intra-utérin[1,12]. L'utilisation des dérivés oestrogéniques peut induire une ostéogénèse et la survenue de la MOE [6,13].

L'échographie pelvienne par voie endovaginale permet d'orienter le diagnostic, mettant en évidence une image typique hyperéchogène avec un cône d'ombre postérieur, des contours flous, souvent d'aspect linéaire, en situation intra cavitaire et persistante tout au long du cycle [3,7].

L'examen de référence est l'hystérocopie diagnostique et elle a également un intérêt thérapeutique. La MOE se présente comme une formation intra-utérine, fragmentée, enchevêtrée, intimement adhérente à l'endomètre, calcifiée, blanc jaunâtre. L'examen doit préciser la taille de la métaplasie ; sa proportion dans la cavité utérine; sa localisation dans la cavité utérine et la possibilité technique de sa résection.[3,14–16]. Dans notre expérience l'hystérocopie a révélé un fragment d'allure osseuse, jaunâtre à bout acéré unique dans le fond utérin. L'ablation du fragment profondément encastré dans l'endomètre est assez difficile.

Toutefois, la résection doit être réalisée avec prudence compte tenu du risque potentiel de perforation inhérent à la fragilité utérine. Ce risque peut être évalué à l'échographie en mesurant l'épaisseur myométriale séparant les fragments osseux de la séreuse utérine [7]. Certains recommandent de réaliser l'hystérocopie sous contrôle échographique, ce qui diminuerait le risque de perforation et optimiserait le geste de résection [16,17]. Dans notre cas, aucun écho guidage n'a été réalisé au cours de l'hystérocopie opératoire. Nous avons retrouvé un fragment allongé, aux bords acérés évocateurs de tissus osseux au sein d'une muqueuse d'aspect normal (Fig. 2). L'ablation de tous les fragments est nécessaire afin d'obtenir une vacuité utérine, de traiter la possible endométrite chronique [3,7,18]. On s'assure minutieusement de l'hémostase de la cavité en fin d'intervention. Cette procédure peut être répétée quand l'ossification endométriale est extensive. Afin d'éviter les récurrences, la partie enlisée de la MOE doit être réséquée jusqu'à la structure où le myomètre a pu être clairement identifié [19,20]. Nous n'avons retrouvé aucune extension dans notre cas. Certains auteurs discutent l'utilisation d'antibiotiques en per et postopératoire [12,18].

Les fragments sont adressés en anatomopathologie pour confirmation du diagnostic [20,21]. Notons que l'ossification endométriale est bien connue des anatomopathologistes. Plusieurs aspects macroscopiques sont décrits : des copeaux osseux irréguliers, dentelés, enchevêtrés, de couleur blanchâtre avec un aspect en carapace de crabe ou de coquille d'œuf ; des plaques d'opacification encastrées dans la partie profonde de l'endomètre au contact du myomètre ; des petits os nettement reconnaissables (fémur, omoplate...) [7].

Dans notre expérience, les résultats anatomopathologiques des produits de résection confirment le caractère encore débattu des mécanismes physiopathologiques de la MOE. En effet, une

ossification de débris trophoblastiques a été confirmée par l'analyse anatomopathologique.

CONCLUSION

La métaplasie osseuse de l'endomètre est une entité pathologique rare et sous diagnostiquée mais il faut savoir l'évoquer chez une patiente africaine aux antécédents d'infertilité secondaire et fausse couche associés ou non à des gestes intra-utérins. L'hystérocopie demeure le gold standard diagnostique et thérapeutique d'où l'intérêt de la vulgarisation de sa pratique comme moyen d'investigation, ceci pour assurer un meilleur pronostic obstétrical à ces patientes.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

RÉFÉRENCES

1. Umashankar T, Patted S, Handigund R. Endometrial osseous metaplasia: Clinicopathological study of a case and literature review. *J Hum Reprod Sci.* mai 2010;3(2):102-4.
2. Nigar A, Yadav YK, Hakim S. Endometrial Osseous Metaplasia—A Rare Presentation of Polymenorrhagia: A Case Report. *J Clin Diagn Res.* avr 2015;9(4):QD07-8.
3. Creux H, Hugues J-N, Sifer C, Cédric-Durnerin I, Poncelet C. [Fertility after endometrial osseous metaplasia elective hysteroscopic resection]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2010;38(7-8):460-4.
4. Graham O, Cheng LC, Parsons JH. The ultrasound diagnosis of retained fetal bones in West African patients complaining of infertility. *BJOG.* janv 2000;107(1):122-4.
5. Onderoglu LS, Yarali H, Gultekin M, Katlan D. Endometrial osseous metaplasia: an evolving cause of secondary infertility. *Fertil Steril.* nov 2008;90(5):2013.e9-11.
6. Alorini M, Aziz M, Gromez A, Piton N, Sabourin J-C. Métaplasie osseuse de l'endomètre : à propos d'un cas. *Annales de Pathologie.* 1 déc 2017;37(6):488-90.
7. Benchimol M, Seince N, Tigazin A, Carbillon L, Uzan M. [Endometrial ossification: about one case]. *Gynecol Obstet Fertil.* oct 2003;31(10):841-3.
8. Bougie O, Acharya V, Haebe J, Singh SS. Endometrial ossification causing secondary infertility. *J Obstet Gynaecol Can.* juin 2014;36(6):473.
9. Tulandi T, Al-Sunaidi M, Arseneau J, Tonin PN, Arcand SL. Calcified tissue of fetal origin in utero. *Fertil Steril.* janv 2008;89(1):217-8.
10. Mahdavi A, Kazemian S, Koohestani E. Secondary infertility due to intrauterine fetal bone retention: A case report and review of the literature. *Int J Reprod Biomed.* 3 sept 2019;17(8):591-4.
11. Cayuela E, Perez-Medina T, Vilanova J, Alejo M, Cañadas P. True osseous metaplasia of the endometrium: the bone is not from a fetus. *Fertil Steril.* avr 2009;91(4):1293.e1-4.
12. Shimizu M, Nakayama M. Endometrial ossification in a postmenopausal woman. *J Clin Pathol.* févr 1997;50(2):171-2.
13. Bhatia NN, Hoshiko MG. Uterine osseous metaplasia. *Obstet Gynecol.* août 1982;60(2):256-9.
14. Pace S, Torcia F, Palazzetti PL, Piazza JJ, Cipriano L, Pachi A. Successful diagnostic and surgical hysteroscopy for endometrial ossification. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2001;28(1):24-5.
15. Ombelet W, Lauwers M, Verswijvel G, Grieten M, Hinoul P, Mestdagh G. Endometrial ossification and infertility: the diagnostic value of different imaging techniques. *Abdom Imaging.* 2003;28(6):893-6.
16. Madaan M, Suman S, Sharma R, Kapoor N, Garg P, Raj SS. Osseous metaplasia of the endometrium and successful hysteroscopic resection: a report of two cases and a review of the literature. *Asian J Endosc Surg.* févr 2015;8(1):63-6.
17. Coccia ME, Becattini C, Bracco GL, Scarselli G. Ultrasound-guided hysteroscopic management of endometrial osseous metaplasia. *Ultrasound Obstet Gynecol.* août 1996;8(2):134-6.
18. Cicinelli E, Stanziano A, Parisi C, Marinaccio M, Causio F. Hysteroscopic diagnosis and treatment of endocervical ossification: a case report. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12(2):159-61.
19. Marcus SF, Bhattacharya J, Williams G, Brinsden P, Hamou J. Endometrial ossification: a cause of secondary infertility. Report of two cases. *Am J Obstet Gynecol.* mai 1994;170(5 Pt 1):1381-3.
20. Niccoli V, Carillo C, Caruso MT, Lippa A, Serrao L. [Clinical-diagnostic considerations of a case of endometrial ossification as a cause of secondary infertility]. *Minerva Ginecol.* juin 1997;49(6):289-91.
21. Gulec UK, Parlakgumus HA, Kiliçdag EB, Bolat F, Bagis T. Osseous metaplasia of the endometrium. *BMJ Case Rep.* 19 août 2010;2010:bcr0420102931.