



Cas Clinique

Ossification Endométriale de Découverte Hystéroscopique : À Propos de Deux Cas

Endometrial ossifications revealed by hysteroscopy: a report of two cases

Serge Robert Nyada^{1,2}, Junie Annick Metogo Ntsama^{1,2}, William Fezeu Metcheuka², Vanina Ngono Akam¹, Pascale Mpono E¹, Yves Kasia Onana¹, Etienne Belinga^{1,2}, Cyrile Claude Noa Ndoua^{1,2}, Jean Marie Kasia^{1,2}

¹ Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine Paul et Chantal Biya – Yaoundé (CHRACERH).

² Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales – Université de Yaoundé I

Auteur correspondant : NYADA Serge Robert : sergenyadar@yahoo.fr tél 677600154, 699372157

Mots clés: Ossification, Endomètre, Hystéroscopie, Cameroun

Key words: Ossification, Endometrium, Hysteroscopy, Cameroon

RÉSUMÉ

La présence de fragments d'os dans l'endomètre constitue une trouvaille rare. Nous rapportons deux cas d'ossification endométriale de découverte hystéroscopique au Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine Paul et Chantal Biya – Yaoundé (CHRACERH) entre mars 2021 et mars 2022. Les patientes présentaient une infertilité secondaire et un antécédent d'interruption volontaire de grossesse tardive. L'hystéroscopie opératoire a permis le diagnostic et l'extraction complète de tous les fragments osseux. L'analyse macroscopique desdits fragments a permis d'identifier des os du squelette fœtal. La procédure n'a comporté aucune complication.

ABSTRACT

The presence of intrauterine bone fragments is a rare condition. We found two cases of endometrial ossifications during hysteroscopic procedures between March 2021 to March 2022 at the Gynaecological Endoscopic Surgery and Human Reproduction Teaching Hospital Paul et Chantal Biya – Yaoundé. Both patients complained of secondary infertility and had a past-history of second trimester abortion. Hysteroscopy revealed the presence of bone structures, which later on were completely removed. On macroscopic examination, the specimen proved to contain foetal bones. There was no complication.

sergenyadar@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'ossification de l'endomètre est la présence de tissu osseux ectopique au niveau de l'endomètre. Il s'agit d'une affection rare. Deux formes cliniques sont à distinguer : la métaplasie osseuse ou ostéoïde de l'endomètre et la rétention d'os fœtaux après une grossesse [1]. Volontiers responsable d'infertilité secondaire, l'ossification de l'endomètre est diagnostiquée et traitée par l'hystéroscopie. Le but de notre travail était de décrire deux cas cliniques de rétention de séquestres osseux de l'endomètre de découverte hystéroscopique au Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine Paul et Chantal Biya – Yaoundé (CHRACERH) entre mars 2021 et mars 2022. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au CHRACERH à Yaoundé -Cameroun entre Mars 2021 et Mars 2022. Nous avons analysé durant cette période les dossiers de toutes les femmes opérées d'une hystéroscopie diagnostique ou opératoire et retenu 02 cas de métaplasie ostéoïde de l'endomètre.

OBSERVATION 1

Patiente de 36 ans, G1P0010, reçue pour un désir de maternité évoluant depuis 12 ans. Elle présentait un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG) à 4 mois et une dyspareunie profonde. Une échographie pelvienne avait révélé un endomètre médian et fin avec une calcification grossière dans la portion corporeo-isthmique d'allure séquellaire longue de 33mm et épaisse de 4,5mm. L'hystéroscopie opératoire avait mis en évidence la présence de dix fragments osseux soit 1 os long et 9 os plats (Fig :1). L'ablation des séquestres osseux avait été complète et l'échographie pelvienne endovaginale de contrôle réalisée un mois plus tard était normale. Une tentative de fécondation in vitro faite 3 mois s'est soldée par un échec.



Fig 1: fragments osseux extraits

OBSERVATION 2

Patiente de 40 ans, G4P0040, reçue pour un désir de conception évoluant depuis 3 ans. Elle présentait deux antécédents d'IVG à 2 et 4 mois, une fausse couche spontanée à 2 mois et une grossesse extra utérine droite opérée par laparotomie. On notait également une dysménorrhée secondaire et une dyspareunie profonde. L'hystérosonographie avait révélé la présence de 2 polypes endométriaux de 10,4 mm et 7,3 mm de diamètre. Au cours de l'hystérocopie opératoire, nous avons identifié et procédé à l'extraction complète de six fragments osseux soit un os long, une clavicule, une omoplate et trois autres os plats (Fig :2). Une hystérocopie diagnostique réalisée à deux mois était normale.



Fig2 : fragments osseux (06)

DISCUSSION

L'ossification endométriale est une pathologie rare et sa cause reste à l'heure actuelle controversée. Décrite pour la première fois dans les années 1930, il existe quelques centaines de cas rapportés dans la littérature. Sa fréquence est estimée à 0,3/1000 [2], avec une prédisposition ethnique africaine et caribéenne [3]. Le symptôme le plus courant est l'infertilité secondaire retrouvée dans 70% des cas [4]. La présentation clinique associe également les

troubles du cycle, la pelvialgie et les leucorrhées. La littérature rapporte des cas de découverte fortuite. Des observations ont été faites chez des femmes ménopausées qui présentaient un antécédent de curetage pour fausse couche de plus de 20 ans auparavant [5].

Plusieurs hypothèses de l'ossification endométriale ont été proposées et expliqueraient l'origine des fragments osseux. La première hypothèse est la rétention de séquestres osseux fœtaux à la suite d'un avortement tardif [1,4]. Il est aisé dans ce cas de discerner les différents os du squelette fœtal (os longs, os plats), cette hypothèse peut être attribuée à nos cas cliniques. Une autre hypothèse serait la greffe de cellules mésenchymateuses fœtales à potentiel osseux à la suite d'un curetage [6]. Dans ces deux cas de figure, l'origine des fragments osseux est fœtale. La troisième hypothèse est celle de la métaplasie endométriale. Elle stipule la différenciation de cellules mésenchymateuses du stroma endométrial en ostéoblastes en réponse à une infection, un traumatisme ou une inflammation chronique [1,4]. Dans ce cas l'origine des fragments osseux est maternelle et peut être confirmée par l'analyse ADN des fragments [4]. La métaplasie se présente alors sous la forme de plaques osseuses coralliformes, de contours réguliers avec l'aspect de coquille d'huitre, coquille d'œuf, chips ou de gaufre [1]. L'échographie évoque le diagnostic devant une image hyperéchogène, linéaire, avec un cône d'ombre postérieur au sein de la cavité utérine ; toutefois, des images échographiques hyperéchogènes endo utérines doivent également faire suspecter des diagnostics différentiels tels que une tuberculose génitale, une métaplasie squameuse ou musculaire [6], un fibrome calcifié, une calcification des artères du myomètre, une cicatrice stellaire post césarienne ou post myomectomie [7], un polype endométrial calcifié, des tumeurs malignes müllériennes, des tératomes [8,9], ou enfin un corps étranger à type de DIU au cuivre, d'incrustations de DIU et du matériel de suture [10]. L'hystérogaphie est pour sa part d'intérêt plus que limité puisqu'elle est normale dans la moitié des cas. Néanmoins, elle peut parfois mettre en évidence des images lacunaires irrégulières correspondant à des opacités visibles sur le cliché du pelvis sans préparation. A ce jour, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ne présente pas d'intérêt dans ce type de pathologie [11].

La prise en charge se fait selon plusieurs modalités. Une dilatation – curetage sous contrôle échographique a été proposée [12]. Il semble toutefois que l'hystérocopie offre de meilleurs résultats. Le traitement hystérocopique se fait par le biais de la pince hystérocopique pour les petits fragments et l'emploi du résecteur pour les plus gros fragments. La plus grande fragilité utérine incite à redoubler de prudence dans la réalisation du geste en raison d'un risque important de perforation. Ce risque doit être évalué à l'échographie en mesurant l'épaisseur myométriale séparant les fragments osseux de la séreuse utérine (liseré de sécurité). L'ablation de fragments profondément encastrés dans l'endomètre est assez difficile [13,14]. Certains auteurs recommandent de réaliser l'hystérocopie sous contrôle échographique permettant ainsi de visualiser simultanément les cavités utérine et pelvienne. Cette technique permettrait de

réduire le risque de perforation et de gagner en efficacité. L'ablation de tous les fragments est nécessaire afin d'obtenir une vacuité utérine, de traiter ainsi l'endométrite chronique et de restaurer le plus souvent la fertilité [12,15].

CONCLUSION

L'ossification de l'endomètre est une pathologie rare et sous-diagnostiquée. Il faut savoir évoquer ce diagnostic devant une infertilité secondaire consécutive à des gestes endo-utérins indiqués pour une grossesse arrêtée ou une IVG à un terme avancé de la grossesse. L'hystéroscopie permet à la fois le diagnostic et le traitement. Le retrait complet des structures osseuses permet souvent de restaurer la fertilité.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Serge Robert Nyada, Etienne Belinga ont opéré les patientes. Junie Annick Metogo Ntsama, Vanina Ngoni Akam, Pascale Mpono E et Yves Kasia Onana ont suivi les patientes dans les suites opératoires. Serge Robert Nyada et William Fezeu Metcheuka ont rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et validé la version finale de l'article.

RÉFÉRENCES

1. Fernandez H, Garbin O, Gervaise A. Hystéroscopie et fertilité. Elsevier Masson, Techniques chirurgicales – Gynécologie. 2013 : 208-209.
2. Camus M, Ropert JF, Iloki LH, Lefebvre G, Tranbaloc P. [Endometrial ossification. A propos of 5 recent cases]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1990; 19(3):295-300.
3. Graham O, Cheng LC, Parsons JH. The ultrasound diagnosis of retained fetal bones in West African patients complaining of infertility. BJOG: An international journal of O&G. 2000; 107(1):122-4.
4. Connor ME, Clark TJ. Diagnostic and operative hysteroscopy. Cambridge University Press. 2020; 51-53
5. Shimizu M, Nakayama M. Endometrial ossification in a postmenopausal woman. Journal of Clinical Pathology. 1997; 50(2):171-2.
6. Ruiz-Velasco V, Alfani GG, Sánchez LP, Vera MA. Endometrial pathology and infertility. Fertility and Sterility. 1997; 67(4):687-92.
7. Van den Bosch T, Dubin M, Cornelis A. Favorable pregnancy outcome in a woman with osseous metaplasia of the uterus. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2000; 15(5):445-6.
8. Naftalin NJ. A bone of contention: an unusual case of secondary infertility. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1999; 106(10):1098-9.
9. Wetzels LCG, Essed GGM, Haan J de, Kar AJF van de, Willebrand D. Endometrial Ossification: Unilateral Manifestation in a Septate Uterus. GOI. 1982; 14(1):47-55.
10. Patai K, Sipos M, Vígváry Z, Harkányi Z. Incrustation of contraceptive devices: ultrasound as a diagnostic tool. Ultrasound Obstet Gynecol. juill 1997;10(1):74-5.
11. 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 [Internet]. 2003 [cité 12 avr 2022];28(6). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00261-003-0046-6>
12. Makris N, Stefanidis K, Loutradis D, Anastasiadou K, Hatjipappas G, Antsaklis A. The incidence of retained fetal bone revealed in 2000 diagnostic hysteroscopies. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2006; 10: 76-77.
13. Benchimol M, Seince N, Tigazin A, Carbillon L, Uzan M. Métaplasie ostéoïde de l'endomètre : à propos d'un cas. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003; 31(10):841-3.
14. Pace S, Torcia F, Palazzetti PL, Piazze JJ, Cipriano L, Pachì A. Successful diagnostic and surgical hysteroscopy for endometrial ossification. Clin Exp Obstet Gynecol. 2001; 28(1):24-5.
15. Creux H, Hugues J-N, Sifer C, Cédric-Durnerin I, Poncelet C. Fertilité après résection élective hystéroscopique de lésions de métaplasie ostéoïde de l'endomètre. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2010; 38(7):460-4.