

# L'IMAGE DU MOIS

## MÉTAPLASIE OSTÉOÏDE DE L'ENDOMÈTRE

GALOPIN C (1), MICHAUX N (2)

**RÉSUMÉ :** La métaplasie ostéoïde est définie par la présence de tissu osseux au niveau de l'endomètre. Il s'agit d'une affection rare. Les principaux symptômes sont l'infertilité secondaire, des troubles du cycle ou de la dysménorrhée. La découverte peut également être fortuite. L'échographie et l'hystérocopie diagnostique sont des outils de diagnostic tandis que l'hystérocopie opératoire assure le traitement. Dans la grande majorité des cas, elle est découverte dans les suites d'une grossesse, surtout après un curetage ou une fausse-couche. Il existe plusieurs théories quant à son étiopathogénie.

**MOTS-CLÉS :** *Métaplasie ostéoïde - Endomètre - Hystérocopie - Infertilité secondaire*

### ENDOMETRIAL OSTEOID METAPLASIA

**SUMMARY :** Endometrial osteoid metaplasia is a rare condition characterised by the presence of bone in the uterine cavity. The main symptoms are secondary infertility, cycle disorders or dysmenorrhea. The discovery can also be fortuitous. Ultrasound and diagnostic hysteroscopy are diagnostic tools while operative hysteroscopy provides treatment. In the vast majority of cases, it is discovered in the aftermath of pregnancy, especially after curettage or miscarriage. There are several theories as to its etiopathogenesis.

**KEYWORDS :** *Osteoid metaplasia - Endometrium - Hysteroscopy - Secondary infertility*

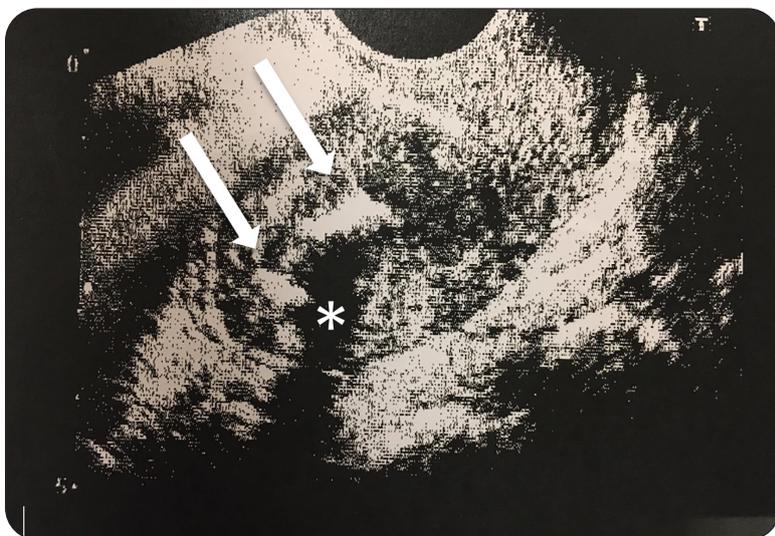


Figure 1. Image échographique

→: images hyperéchogènes intracavitaires;  
\*: cône d'ombre postérieur

### PRÉSENTATION CLINIQUE

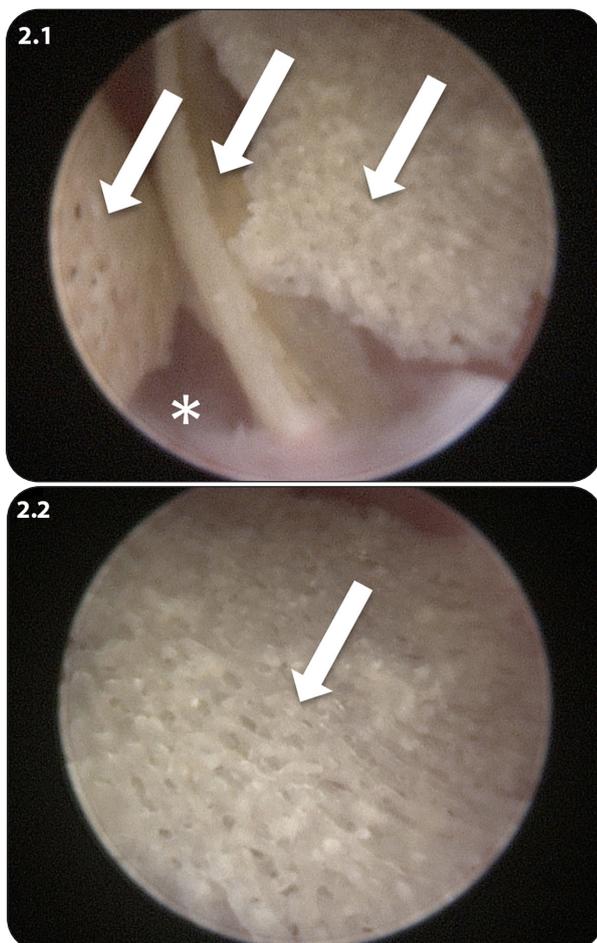
Nous rapportons le cas de Madame W, âgée de 43 ans, qui s'est présentée en consultation de gynécologie pour le retrait de son stérilet. Elle n'avait plus été vue depuis plusieurs années. La patiente est d'ethnie africaine, G3P2 avec un accouchement par voie basse, une césarienne et une interruption volontaire de grossesse par curetage-aspiration. Elle était porteuse depuis huit ans d'un stérilet hormonal de type Mirena®

grâce auquel elle était en aménorrhée. La patiente était demandeuse de le retirer et hésitait quant à un remplacement par un nouveau stérilet. L'examen gynécologique était tout à fait normal. Dans un premier temps, la patiente a donc bénéficié du retrait aisé de ce stérilet. Cinq mois plus tard, la patiente est revenue en consultation de gynécologie. Elle signalait avoir été réglée deux fois depuis le retrait du stérilet et souhaitait finalement la pose d'un nouveau stérilet hormonal. Dans ce contexte, une échographie endo-vaginale a été réalisée avant l'insertion et a démontré un utérus de taille et de forme normales mais présentant une image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur au sein de l'endomètre, d'origine indéterminée (Figure 1). Les annexes étaient normales et le cul-de-sac de Douglas bien libre. Au vu de cela, le stérilet n'a pas été placé et une hystérocopie diagnos-

(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, Liège, Belgique.  
(2) Service de Gynécologie, CHU UCL Namur, Site Mont-Godinne, Belgique.

tique a été programmée pour mise au point de la cavité avant placement du stérilet. Cette hystérocopie (Figures 2.1 et 2.2) a pu avoir lieu dans de bonnes conditions et a mis en évidence une cavité de taille et de forme normales, avec la présence, en intra-utérin, de plusieurs copeaux planes blanchâtres, de consistance très dure, laissant suspecter une métaplasie ostéoïde de l'endomètre *versus* présence de morceaux de compresses calcifiées en lien avec son antécédent de césarienne. Le retrait à la pince de ces copeaux n'a pas été possible au vu de leur diamètre incompatible avec la taille du col utérin sans qu'il ne soit dilaté. Une hystérocopie opératoire sous anesthésie générale a été programmée en hôpital de jour. Ce geste a permis le retrait complet du matériel intracavitaire. Le stérilet hormonal a pu être posé dans les suites immédiates de l'intervention. L'analyse anatomopathologique a confirmé qu'il s'agissait d'une métaplasie osseuse de l'endomètre.

Figures 2.1 et 2.2. Hystérocopie



→ : fragments coralliformes de métaplasie ostéoïde;  
\* : muqueuse endométriale normale

## DISCUSSION

La métaplasie ostéoïde est définie par la présence de tissu osseux au niveau de l'endomètre. Il s'agit d'une affection rare avec une incidence de 3/10.000, décrite pour la première fois au tout début du 20<sup>ème</sup> siècle (1). Il existe une prédisposition dans l'ethnie africaine et caribéenne (2). L'échographie et l'hystérocopie diagnostique sont des outils de diagnostic tandis que l'hystérocopie opératoire assure le traitement. Dans la grande majorité des cas, elle est découverte dans les suites d'une grossesse, surtout après un curetage ou une fausse-couche. Il existe plusieurs théories quant à son étiopathogénie. D'une part, la métaplasie osseuse serait secondaire à la greffe de cellules mésenchymateuses fœtales qui se différencieraient ensuite en ostéoblastes (3). D'autre part, elle proviendrait de la différenciation de cellules mésenchymateuses du stroma endométrial en ostéoblastes (4). Cette métaplasie serait favorisée par une infection ou des processus de régénération de l'endomètre abimé. Les principaux symptômes de cette affection sont l'infertilité secondaire, des troubles du cycle ou des douleurs de type dysménorrhée. La découverte peut également, comme dans le cas présenté, être fortuite. Concernant le diagnostic, il ne sera confirmé qu'après analyse anatomopathologique des fragments retirés. Il est évoqué à l'échographie devant une image hyperéchogène linéaire avec cône d'ombre postérieur intracavitaire, pouvant mimer un dispositif intra-utérin au cuivre. D'autres diagnostics différentiels peuvent être évoqués, à savoir un fibrome ou polype endométrial calcifié, ou encore, une tumeur maligne mullérienne (5). À l'hystérocopie, la métaplasie osseuse se présente sous forme de plaques osseuses coralliformes, de contours plus ou moins réguliers. Si les plus petits fragments peuvent être retirés à la pince en ambulatoire, les plus gros nécessiteront une dilatation du col sous anesthésie. Si les plaques sont enchâssées en profondeur dans l'endomètre, parfois jusqu'au contact du myomètre, une résection à l'anse diathermique sera nécessaire. Tous les fragments doivent être retirés sous peine de récurrence. Au niveau du suivi, une hystérocopie est conseillée à 2 mois de l'intervention pour s'assurer de l'absence de synéchies et de récurrence.

Même s'il s'agit d'une découverte fortuite chez une patiente asymptomatique sans désir de grossesse, il est important de procéder à la résection des fragments. Ce geste permet à la fois d'obtenir le diagnostic anatomopathologique

définitif confirmant la bénignité de la pathologie, mais aussi de retrouver une cavité normale afin que l'échographie soit à nouveau contributive dans le diagnostic d'autres pathologies intracavitaires éventuelles.

## CONCLUSION

La métaplasie ostéoïde de l'endomètre est une affection rare, mais qu'il ne faut pas méconnaître. Sa principale répercussion est au niveau de la fertilité, mais elle peut également être source de métrorragies ou dysménorrhées. Une image hyperéchogène linéaire intracavitaire à l'échographie doit faire évoquer le diagnostic, mais une hystérocopie ainsi qu'une analyse anatomopathologique seront toujours nécessaires au diagnostic final.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Creux H, Hugues JN, Sifer C, et al. Fertilité après résection élective hystérocopique de lésions de métaplasie ostéoïde de l'endomètre. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;**38**:460-4.
2. Graham O, Cheng LC, Parsons JH. The ultrasound diagnosis of retained fetal bones in West African patients complaining of infertility. *BJOG* 2000;**107**:122-4.
3. Tulandi T, Al-Sunaidi M, Arseneau J, et al. Calcified tissue of fetal origin in utero. *Fertil Steril* 2008;**89**:217-8.
4. Cayuela E, Perez-Medina T, Vilanova J, et al. True osseous metaplasia of the endometrium: the bone is not from a fetus. *Fertil Steril* 2009;**91**:1293.e1-4.
5. Ruiz-Velasco V, Alfani GG, Sánchez LP, Vera MA. Endometrial pathology and infertility. *Fertil Steril* 1997;**67**:687-92.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Galopin C, Service de Gynécologie-Obstétrique CHR Citadelle, Liège, Belgique.

Email : catherinegalopin@hotmail.com