

## İNFERTEİLİTEYE NEDEN OLAN ENDOMETRİYAL OSSİFİKASYONUN HİSTEROSKOPİK TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Kubilay VİCDAN, Cem AKARSU, Ahmet Zeki IŞIK, Gamze ÇAĞLAR, Görkem TUNCAV

Özel Ankara Tüp Bebek Merkezi, Ankara

### ÖZET

*Endometriyal ossifikasyon çok nadir görülen patoloji olup genellikle önceki abortusa bağlı fetal kemiklerin retansiyonu sonucunda gelişir. Bu durum nadiren osseöz metaplazi ile açıklanabilir. En belirgin klinik tablo anormal vajinal kanama, akıntı, dismenore, pelvik ağrı ve sekonder infertilitedir. Önerilen tedavi yöntemleri küretaj, histerektomi ve son zamanlarda bildirildiği gibi histerekopik rezeksiyondur. Bu yazıda endometrial ossifikasyon saptanan bir olgu sunuldu. 25 yaşındaki hasta, 2 yıl önce 12 haftalık bir gebeliğin sonlandırılmasını izleyerek menoraji, akıntı ve sekonder infertilite yakınmaları ile bir başka merkeze başvurmuş. Yapılan ultrasonografik incelemede endometriyumda yoğun ekojenite artışı ve kalsifiye kitle saptanması üzerine D&C uygulanmış ve patolojide matur osteoid doku tespit edilerek merkezimize refere edilmiş. Yapılan histeroskopide endometriyal kavitede serbest halde ve endometriuma gömülü çok sayıda lameller kemik parçası saptandı ve forseps yardımı ile tek tek çıkarıldı. Kavite tamamen normal görünümde iken işleme son verildi. Patoloji raporunda kalın kemik trabekülleri ve normal endometrial bez yapısının varlığı bildirildi. Yapılan ultrasonografide kavite normaldi. Hasta işlemden sonra 1 yıl kendi isteği ile korundu ve daha sonra spontan olarak gebe kaldı ve sağlıklı bir bebek doğurdu. Bu olgu, nadir görülen endometriyal ossifikasyonun yol açtığı infertilite sorununda histeroskopik tedavi yaklaşımının başarılı olduğunu göstermektedir.*

**Anahtar kelimeler:** endometrial ossifikasyon, histeroskopi, infertilite

### SUMMARY

#### Hysteroscopic management of Endometrial Ossification as a cause of Infertility: case report

*Endometrial ossification is a rare pathology, most commonly caused by retention of fetal bones following termination of pregnancy. The most frequent presentation is abnormal vaginal bleeding and discharge, dismenore, pelvic pain and secondary infertility. Here we present a new case of endometrial ossification. A 25 year old woman had attended to a gynecology clinic with a complaint of menorrhagia and vaginal discharge lasting for 3 months. Her medical history revealed a voluntarily termination of pregnancy at 12 weeks of gestation two years ago. The transvaginal ultrasonographic examination showed increased echogenity of the endometrium and calcified mass and the patient underwent D&C. The patient was referred to our clinic with a histopathological diagnosis of mature bony tissue. Hysteroscopic evaluation of the patient confirmed the diagnosis and lameller bone fragments were removed. Pathology of the removed material was reported as thick trabekuller bone within endometrial glands. Posthysteroscopic transvaginal sonography was normal. After hysteroscopic management, the patient decided to use contraceptive pill for one year. She became pregnant spontaneously within 3 months after quitting contraceptive pill. In conclusion, endometrial ossification is a rare, iatrogenic cause of infertility which can be easily diagnosed and managed by hysteroscopy.*

**Key words:** endometrial ossification, hysteroscopy, infertility

## GİRİŞ

Endometrial ossifikasyon nadir görülen bir endometrial patoloji olup çoğunlukla gebelik terminasyonu sonrası fetal kemiklerin retansiyonu sonucu gelişir<sup>(1-3)</sup>. Çok az sayıda vakada endometriumun osseoz metaplazisi sonucu endometrial ossifikasyon bildirilmiştir<sup>(4)</sup>. En sık görülen belirtiler anormal vaginal kanama ve akıntı, dismenore, pelvik ağrı ve infertilitedir<sup>(5)</sup>. Transvaginal ultrasonografide ön tanı alan vakaların, histeroskopik yöntemle kesin tanısı ve eşzamanlı tedavisi mümkündür. Bu makalede sekonder infertilite nedeniyle başvuran bir endometrial ossifikasyon vakası sunulmuştur.

## VAKA SUNUMU

Yirmi beş yaşındaki hastanın anamnezinde, 3 aydır süren menoraji ve vaginal akıntı şikayetleri ile bir jinekoloji kliniğine başvurduğu öğrenildi. Hastaya endometrial patolojiyi açıklığa kavuşturmak için yapılan dilatasyon ve küretajda uterin kaviteden alınan materyal patoloji değerlendirmesine gönderilmiş. Histopatolojik değerlendirme sonucu matür kemik dokusu rapor edilen hasta, kliniğimize 2 yıllık infertilite öyküsü ve yukarıda belirtilen şikayetlerle başvurdu.

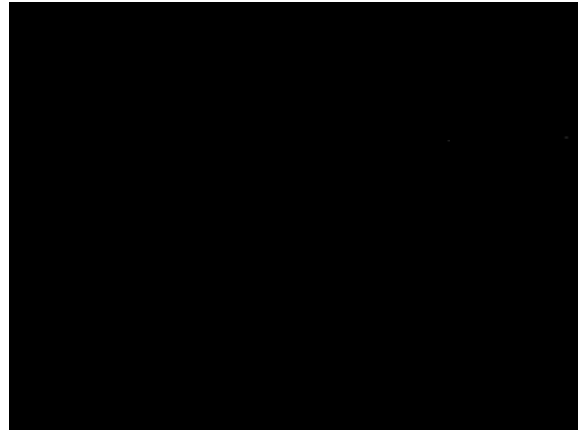
Hastanın özgeçmişinde 2 yıl öncesinde isteğe bağlı 12 haftalık gebelik terminasyonu mevcuttu. Transvaginal ultrasonografide endometriumda artmış ekojenite ve uterin kaviteyi dolduran kalsifiye kitle görüldü (Resim 1). Histeroskopi planlandı. Ofis histeroskopide, servikal dilatasyon yapılmadan uterin kaviteye girildi. Gözlemlerde endometriuma gömülü lameller kemik yapılar izlendi. Histeroskopik girişimle kemik fragmanları temizlendi. Çıkarılan materyalin histeroskopik incelemesinde endometrial bez içinde kalın trabeküler kemik yapıları rapor edildi (Resim 2). İşlem sonrası yapılan kontrol transvaginal ultrasonografi normaldi (Resim 3). Histeroskopik girişimi takiben 1 yıl süreyle hasta oral kontraseptif ile korundu. İlaç bırakmasını izleyen üçüncü ayda gebe kaldı. Hastanın gebeliği sorunsuz geçti ve 39. haftada sezaryen ile doğum yaptırıldı.



*Resim 1: Uterin kaviteyi dolduran kitle ve artmış endometrial ekojenite ultrasonografik olarak görülmektedir.*



*Resim 2: Endometrial glandlarda osteoid metaplazi (H. E. x100).*



*Resim 3: Kemiksi dokunun alınmasını takiben endometriumun sonografik görünümü.*

## TARTIŞMA

Uterin kavitede kemik yapılar ilk defa 1901 yılında bir Alman patolog tarafından tarif edilmiştir<sup>(6)</sup>. Geçen yüzyıl içinde Thaler H.<sup>(7)</sup> bu patoloji ile abortus öyküsü arasındaki bağlantıyı bildirmiştir. Sonradan da birçok

sporadik vaka bildirilmiştir. Bu vakalarda rastlanan ortak özellik gebelik terminasyonu ve fetal kemik yapıların retansiyonudur<sup>(1-3,8,9)</sup>.

Endometrial ossifikasyona bağlı infertilite gelişimi kemik yapıların yabancı cisim benzeri etkisine bağlıdır. Buradaki mekanizma rahim içi aracın implantasyonu engellemesine oldukça benzerdir. Ayrıca bu vakalarda azalmış implantasyon potansiyeli ile ilişkili artmış prostoglandin üretimi Lewis ve ark tarafından rapor edilmiştir<sup>(10)</sup>.

Transvaginal ultrasonografide, uterin kavitede tipik hiperekojenik alan görünümü endometrial ossifikasyon açısından iyi bir ön tanı aracıdır. Buna karşın transvaginal ultrasonografi bu nadir antitede, görünümün rahim içi araca benzerliği nedeniyle yanıltıcı olabilir. Bu vakada ultrasonografik görünüm tipikti ve hastanın ilk başvurduğu klinikte alınan endometrial örnek sayesinde histopatolojik tanısı mevcuttu. Endometrial ossifikasyon vakalarında diğer bir tanı aracı olan histerosalpingografi normal olarak rapor edilebilir veya lezyon bir dolma defekti olarak görülebilir<sup>(11)</sup>.

Endometrial ossifikasyonda optimal tanı ve tedavi aracı histeroskopidir. Literatürde pek çok endometrial ossifikasyon vakasında histeroskopik girişimle kemik yapıların başarıyla çıkarıldığı rapor edilmiştir<sup>(1,2,4,5,8)</sup>. Pek çok vakada kemik yapıların uterin kaviteden çıkarılmasını takiben spontan konsepsiyon izlenmiştir<sup>(8,9)</sup>. Bu vakada da oral kontraseptifin kesilmesini takiben spontan gebelik olmuş ve hasta komplikasyonsuz sağlıklı bir bebek dünyaya getirmiştir.

Sonuç olarak nadir görülen bir olgu olan endometrial ossifikasyon iyatrojenik nedenlerle infertiliteye sebep olurken günümüzde histeroskopi ile kolaylıkla tanı konularak tedavisi mümkündür.

## KAYNAKLAR

1. Bahceci M, Demirel C. Osseous metaplasia of the endometrium: a rare cause of infertility and its hysterescopic management. *Hum Reprod* 1996;11: 2537-9.
2. Marcus SF, Bhattacharya J, Williams G, Brinsden P, Hamou J. Endometrial ossification: a cause of secondary infertility. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1381-3.
3. Ruiz-Veloso V, Alfani GG, Sanchez LP, Vera MA. Endometrial pathology and infertility. *Fertil Steril* 1997; 67: 687-92.
4. Tome A, Jou P, Pagano R, Sanchez I, Ordi J, Vanrell JA. Endometrial ossification successfully treated by hysteroscopic resection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 66: 75-7.
5. Pace S, Torcia F, Palazzetti PL, Piazzè JJ, Cipriano L, Pachi A. Successful diagnostic and surgical hysteroscopy for endometrial ossification. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001; 28: 24-5.
6. Mayer R. Knochegehwene im fetalen uterus. *Z Geburtshilfe Gynecol* 1901;46:490-2.
7. Thaler H. Überlebendes fetales knorpelgewebe in der uteruschöhle nach abortus. *Zentralbl Gynakol* 1923; 46: 1784-7.
8. Moon HS, Park YH, Kwon HY, Hong SH, Sim SK. Iatrogenic secondary infertility caused by residual intrauterine fetal bone after midtrimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 369-70.
9. Graham O, Cheng L, Parsons J. The ultrasound diagnosis of retained fetal bones in West African patients complaining of infertility. *Br J Obstet Gynecol* 2000; 107: 122-4.
10. Lewis V, Khan-Dawood F, King M, Beckham C, Dawood MY. Retention of fetal bone increases menstrual prostaglandins. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 561-3.
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* 2003 Nov-Dec;28(6):893-6.