Giant Benign Serous Cystadenoma with Unusual Dermatologic Manifestations Despite a Normal Menstrual Pattern: A Case Report and Review of Diagnostic Challenges

ARTICLE INFO
DOI: 1052547/sjrm.11.1.7

Article Type

Case Report

Authors

Mohammad Reza Nateghi[1,2 *], Bahareh Khandzad[1]

1- Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Science (IUMS), Tehran, Iran.
2- Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran.

Corresponding Authors:
Mohammad Reza Nateghi; Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran. Postal code: 1396956111, Phone: +98 (21) 44670888, Fax: +98 (21) 44670432.

Received: 29 May 2026
Accepted: 19 June 2026
e Published: 23 June 2026

Article History

ABSTRACT

Introduction: Serous ovarian cysts are among the most common benign epithelial ovarian tumors. Although these lesions are typically diagnosed at an early stage before reaching a considerable size, delayed diagnosis may occur in some cases due to the absence of specific symptoms or the presence of unusual clinical manifestations. Reporting cases with exceptionally large tumors and non-gynecological presentations may enhance physicians' awareness and facilitate earlier diagnosis of such lesions.

Case Presentation: A 38-year-old woman had been repeatedly evaluated by a dermatologist because of persistent skin and hair problems. Despite these complaints, she reported a normal menstrual pattern. Further investigations, including pelvic ultrasonography, revealed a large cystic mass in the left adnexa. Magnetic resonance imaging (MRI) demonstrated a unilocular, thin-walled abdominopelvic cystic lesion measuring 260 × 215 × 150 mm in the left adnexal region, without solid components or papillary projections. The patient underwent laparoscopic surgery on May 7, 2024. Initially, approximately 2500 mL of cystic fluid was aspirated under ultrasound guidance and sent for cytological evaluation. Subsequently, laparoscopic cystectomy with complete excision of the cyst wall was performed. Histopathological examination confirmed the diagnosis of a benign serous cystadenoma. Follow-up ultrasonography after surgery revealed no abnormal findings.

Conclusion: Giant ovarian cysts may present with unusual manifestations despite a normal menstrual pattern and the absence of prominent gynecological symptoms. This case highlights the importance of comprehensive evaluation in patients with nonspecific complaints and demonstrates that selected cases of large ovarian cysts can be successfully managed using a laparoscopic approach.

Keywords: Benign Serous Cystadenoma; Giant Ovarian Cyst; Left Adnexa; Laparoscopy; Cystectomy; Case Report

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/sjrm.11.1.7]

Copyright© 2026, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

کیست آدنوم سروزی خوش‌خیم غول‌آسا با تظاهر بالینی غیرمعمول مشکلات پوست و مو: گزارش یک مورد و مرور چالش‌های تشخیصی

محمدرضا ناطقی [۱،۲*]، بهاره خندزاد [۱]،
[۱] مرکز تحقیقات زنان زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران، ایران

چکیده

مقدمه: کیست‌های سروزی تخمدان از شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم اپی‌تلیالی تخمدان محسوب می‌شوند. اگرچه اغلب این ضایعات در مراحل اولیه و پیش از رسیدن به ابعاد بزرگ تشخیص داده می‌شوند، در برخی موارد به دلیل نبود علایم اختصاصی یا تظاهرهای بالینی غیرمعمول، تشخیص آن‌ها با تأخیر صورت می‌گیرد. گزارش مواردی با اندازه بسیار بزرگ و علایم غیرژنیکولوژیک می‌تواند در افزایش آگاهی پزشکان و تسهیل تشخیص زودهنگام این ضایعات مؤثر باشد.

معرفی مورد: بیمار خانم ۳۸ ساله‌ای بود که به دلیل مشکلات پوست و مو، به‌طور مکرر تحت بررسی توسط متخصص پوست قرار گرفته بود. با وجود این شکایات، الگوی قاعدگی وی طبیعی گزارش شد. در بررسی‌های تکمیلی، سونوگرافی رحم و ضمایم وجود یک توده کیستیک بزرگ در آدنکس چپ را نشان داد. در تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)، توده‌ای آبدومینوپلوییک، تک‌حفره‌ای، با جدار نازک و بدون جزء سالید یا پاپیلاری پروجکشن، به ابعاد ۲۶۰×۲۱۵×۱۵۰ میلی‌متر در آدنکس چپ مشاهده شد. بیمار در تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۱۸ تحت جراحی لاپاروسکوپی قرار گرفت. ابتدا حدود ۲۵۰۰ میلی‌لیتر مایع داخل کیست تحت هدایت سونوگرافی تخلیه و برای بررسی سیتولوژی ارسال شد. سپس سیستکتومی لاپاروسکوپیک با رزکسیون کامل جدار کیست انجام شد. بررسی پاتولوژیک نمونه، تشخیص کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم را تأیید کرد. سونوگرافی پیگیری پس از عمل نیز یافته غیرطبیعی نشان نداد.

نتیجه‌گیری: کیست‌های غول‌آسای تخمدان ممکن است علی‌رغم حفظ الگوی طبیعی قاعدگی و نبود علایم ژنیکولوژیک بارز، با تظاهرات غیرمعمول شناسایی شوند. این گزارش بر اهمیت توجه به بررسی‌های تکمیلی در بیماران دارای علایم غیر اختصاصی و همچنین امکان مدیریت موفق کیست‌های بزرگ تخمدان به روش لاپاروسکوپی در موارد منتخب تأکید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: کیست آدنوم سروزی؛ کیست غول‌آسای تخمدان؛ آدنکس چپ؛ لاپاروسکوپی؛ سیستکتومی؛ گزارش مورد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۹

*نویسنده مسئول: محمدرضا ناطقی؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم.
کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

کیست‌های تخمدانی از شایع‌ترین توده‌های آدنکس در زنان محسوب می‌شوند و طیف گسترده‌ای از ضایعات عملکردی، خوش‌خیم و بدخیم را در بر می‌گیرند. با گسترش استفاده از روش‌های تصویربرداری، به‌ویژه سونوگرافی و تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)، تشخیص این ضایعات در مراحل اولیه افزایش یافته است [۱، ۲]. با این حال، برخی از کیست‌های تخمدانی به دلیل رشد تدریجی، ماهیت خوش‌خیم و فقدان علایم اختصاصی، ممکن است برای مدت طولانی بدون تشخیص باقی بمانند و به ابعاد بسیار بزرگ برسند. این موارد که در منابع علمی تحت عنوان کیست‌های غول‌آسای تخمدان [۱] شناخته می‌شوند، امروزه نسبت به گذشته شیوع کمتری دارند، زیرا اغلب ضایعات پیش از رسیدن به چنین ابعادی شناسایی و درمان می‌شوند [۳، ۴].

کیست‌آدنوم سروزی [۲] یکی از شایع‌ترین تومورهای اپی‌تلیالی خوش‌خیم تخمدان است، که معمولاً در سنین باروری و پیش از یائسگی مشاهده می‌شود. این تومورها اغلب به صورت ضایعات تک‌حفره‌ای یا چندحفره‌ای با جدار نازک ظاهر شده و در بسیاری از موارد بدون علامت هستند [۵، ۶].

در صورت افزایش اندازه، بیماران ممکن است با علایمی نظیر احساس پری شکم، افزایش محیط شکم، درد لگنی، علایم فشاری بر دستگاه ادراری یا گوارشی و گاهی اختلالات قاعدگی مراجعه کنند. با این وجود، ارتباط میان اندازه ضایعه و شدت علایم همواره مستقیم نیست و برخی بیماران علی‌رغم وجود توده‌های بسیار بزرگ، تنها علایم خفیف یا غیر اختصاصی را تجربه می‌کنند [۷، ۸].

یکی از چالش‌های مهم در مدیریت توده‌های بزرگ آدنکس، تشخیص افتراقی میان ضایعات خوش‌خیم و بدخیم است. ارزیابی دقیق ویژگی‌های تصویربرداری از جمله ضخامت جدار، وجود اجزای سالید [۳]، پاپیلاری پروجکشن‌ها [۴]، سپتاسیون‌های [۵] پیچیده و نیز بررسی یافته‌های بالینی و

[۱] Giant Ovarian Cysts
[۲] Ovarian Serous Cystadenoma
[۳] Solid
[۴] Papillary Projections
[۵] Septation

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-18]
[DOI: 10.66224/sjrm.11.1.7]

آزمایشگاهی، نقش اساسی در انتخاب روش درمانی مناسب دارد. در سال‌های اخیر، پیشرفت تکنیک‌های جراحی کم‌تهاجمی موجب شده است که حتی برخی از کیست‌های بسیار بزرگ تخمدان نیز در بیماران منتخب با استفاده از لاپاروسکوپی و با حفظ عملکرد تخمدان درمان شوند. این رویکرد علاوه بر کاهش درد پس از عمل، مدت بستری کوتاه‌تر، بهبود سریع‌تر و نتایج زیبایی بهتر را به همراه دارد [۹-۱۱].

نکته قابل توجه آن است که برخی از بیماران مبتلا به کیست‌های بزرگ تخمدان ممکن است فاقد علایم کلاسیک زنان و زایمان باشند و با شکایاتی مراجعه کنند که در نگاه نخست ارتباط مستقیمی با دستگاه تناسلی ندارند. در چنین شرایطی احتمال تأخیر در تشخیص وجود دارد و انجام ارزیابی جامع بالینی و توجه به یافته‌های غیر اختصاصی اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. گزارش این موارد می‌تواند موجب افزایش آگاهی پزشکان نسبت به طیف متنوع تظاهرات بالینی توده‌های تخمدانی و کاهش احتمال نادیده گرفته شدن این ضایعات شود [۱۲، ۱۳].

کیست‌های غول‌آسای تخمدان در سال‌های اخیر به دلیل دسترسی گسترده به روش‌های تصویربرداری و تشخیص زودهنگام ضایعات آدنکس، کمتر مشاهده می‌شوند. با این حال، در برخی بیماران به علت فقدان علایم اختصاصی یا وجود تظاهرات بالینی غیرمعمول، تشخیص این ضایعات با تأخیر صورت می‌گیرد و توده می‌تواند به ابعاد قابل توجهی برسد. از سوی دیگر، تشخیص و انتخاب روش درمانی مناسب در کیست‌های بزرگ تخمدان همواره از چالش‌های مهم بالینی به شمار می‌رود. هدف از ارایه این گزارش، معرفی یک مورد نادر از کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم غول‌آسای تخمدان چپ، در یک زن ۳۸ ساله است که علی‌رغم داشتن الگوی قاعدگی طبیعی، با شکایات غیرژنیکولوژیک شامل مشکلات پوست و مو تحت بررسی قرار گرفته و در ارزیابی‌های تکمیلی تشخیص داده شد. همچنین این گزارش بر اهمیت توجه به احتمال وجود توده‌های آدنکس در بیماران دارای علایم غیر اختصاصی و نقش روش‌های تصویربرداری در تشخیص به‌موقع این ضایعات تأکید دارد. ضرورت انتشار این مورد از آن جهت است که تظاهر بالینی غیرمعمول، اندازه بسیار بزرگ ضایعه، ماهیت خوش‌خیم پاتولوژی و امکان درمان موفق با روش لاپاروسکوپی، می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در اختیار متخصصان زنان و زایمان و جراحان کم‌تهاجمی قرار دهد و به ارتقای آگاهی در زمینه تشخیص و مدیریت موارد مشابه کمک نماید.

معرفی مورد

بیمار خانم ۳۸ ساله‌ای بود که به دلیل مشکلات پوست و مو طی چندین نوبت به متخصص پوست مراجعه کرده بود. با وجود پیگیری‌های مکرر و دریافت مشاوره‌های تخصصی، علت مشخصی برای شکایات وی یافت نشده بود. نکته قابل توجه در شرح حال بیمار آن بود که علی‌رغم وجود این مشکلات، الگوی قاعدگی وی کاملاً طبیعی گزارش می‌شد و بیمار سابقه‌ای از بی‌نظمی قاعدگی، آمنوره، منوراژی یا سایر اختلالات مرتبط با سیکل قاعدگی نداشت. به دلیل تداوم علایم و ضرورت انجام بررسی‌های جامع‌تر، ارزیابی سیستم تناسلی و انجام سونوگرافی رحم و ضمایم در دستور کار قرار گرفت. بیمار جهت بررسی‌های تخصصی بیشتر به بیمارستان فوق تخصصی صارم مراجعه نمود. در ارزیابی‌های اولیه، سونوگرافی ترانس‌واژینال انجام شد که وجود یک توده کیستیک بسیار بزرگ در ناحیه تخمدان چپ را نشان داد. این ضایعه دارای ابعاد تقریبی ۲۲۰×۲۱۰×۱۰۵ میلی‌متر بود و محتوای آن به صورت مایع اکوفری گزارش شد. در بررسی سونوگرافیک هیچ‌گونه جزء سالید، سپتاسیون پیچیده یا یافته مشکوک به بدخیمی مشاهده نشد. حجم تقریبی محتویات کیست حدود ۲۵۰۰ سی‌سی برآورد گردید.

به‌دنبال این یافته‌ها، سونوگرافی شکمی نیز در تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۰۳ انجام شد. در این بررسی، یک توده کیستیک بزرگ با گسترش از ناحیه لگن تا اپی‌گاستر مشاهده گردید. ابعاد ضایعه در این بررسی حدود ۳۸۰×۱۰۵×۲۳۰ میلی‌متر گزارش شد که نشان‌دهنده وسعت قابل توجه توده و اشغال بخش عمده‌ای از حفره شکمی بود. با توجه به اندازه بزرگ ضایعه و لزوم تعیین دقیق ویژگی‌های آن، بررسی تکمیلی با MRI درخواست شد. MRI انجام‌شده در تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۰۵ وجود یک توده آبدومینوپلوییک منفرد و تک‌حفره‌ای را در ناحیه آدنکس چپ تأیید کرد. این ضایعه دارای جدار نازک بوده و ابعاد آن ۲۶۰×۲۱۵×۱۵۰ میلی‌متر اندازه‌گیری شد. در ارزیابی تصاویر MRI هیچ‌گونه پاپیلاری پروجکشن، ندول جدار، جزء سالید یا سایر ویژگی‌های مشکوک به بدخیمی مشاهده نشد. مجموعه یافته‌های تصویربرداری بیش از همه به نفع یک ضایعه کیستیک خوش‌خیم با منشأ آدنکس چپ بود. با توجه به ابعاد بسیار بزرگ توده، احتمال بروز عوارض ناشی از فشار بر ارگان‌های مجاور و همچنین ضرورت تعیین ماهیت قطعی ضایعه، تصمیم به انجام مداخله جراحی گرفته شد (شکل ۱).

پس از تکمیل بررسی‌های قبل از عمل و اخذ رضایت آگاهانه، بیمار در تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۱۸ در بیمارستان فوق تخصصی صارم تحت عمل جراحی لاپاروسکوپی قرار گرفت. جراحی تحت بیهوشی عمومی انجام شد. پس از آماده‌سازی بیمار و پرپ و درپ در شرایط کاملاً استریل، ارزیابی اولیه تحت هدایت سونوگرافی انجام شد. در این مرحله، کیست بزرگ تخمدانی که تا سطح اپی‌گاستر امتداد یافته بود، به‌خوبی قابل مشاهده بود. با توجه به اندازه بسیار بزرگ ضایعه و به‌منظور جلوگیری از پارگی کنترل‌نشده کیست و تسهیل انجام جراحی کم‌تهاجمی، ابتدا تروکار نافی بدون ایجاد پنوموپریتونئوم[۶] اولیه تعبیه شد. در ادامه، نمونه‌ای از مایع داخل کیست در سرنگ هپارینه جمع‌آوری و جهت بررسی سیتولوژیک ارسال گردید. سپس محتویات کیست به‌طور کامل تخلیه شد. حجم مایع خارج‌شده از کیست حدود ۲۵۰۰ میلی‌لیتر بود که بیانگر ماهیت غول‌آسای ضایعه و اشغال حجم قابل توجهی از حفره شکمی توسط آن بود. پس از تخلیه کامل محتویات، سوزن ورس وارد حفره شکمی شد و پنوموپریتونئوم با استفاده از گاز دی‌اکسیدکربن ایجاد گردید. متعاقب آن، تروکارهای اصلی و فرعی لاپاروسکوپی در محل مناسب قرار داده شدند. پس از ورود به حفره شکمی، نمونه‌گیری از مایع شستشوی صفاقی[۷] جهت بررسی

[۶] Pneumoperitoneum

[۷] Peritoneal Washing

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/sjrm.11.1.7]

سیتولوژیک انجام شد. بررسی دقیق حفره شکمی وجود چسبندگی‌هایی بین روده‌ها و تخمدان و همچنین بین لوله رحمی و تخمدان را نشان داد. این چسبندگی‌ها با دقت و تحت دید مستقیم آزادسازی شدند. پس از رفع چسبندگی‌ها (آدهزیولیز)[۸]، جدار کیست به‌طور کامل از بافت تخمدان جدا شده و رزکسیون کامل آن انجام گرفت. در ادامه، هموستاز بستر جراحی و بافت باقی‌مانده تخمدان با استفاده از بخیه‌گذاری مناسب برقرار شد. در پایان عمل، شستشوی کامل حفره شکمی[۹] و ساکشن انجام شد و پس از اطمینان از عدم وجود خونریزی فعال و برقراری هموستاز مناسب، تمامی تروکارها تحت دید مستقیم خارج شدند.

نمونه جدار کیست برای بررسی آسیب‌شناسی ارسال گردید. نتایج پاتولوژی نشان داد که ضایعه از نوع کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم تخمدان بوده است. همچنین بررسی سیتولوژیک مایع داخل کیست و مایع شستشوی صفاقی شواهدی به نفع بدخیمی نشان نداد. بیمار دوره پس از عمل را بدون بروز عارضه خاصی سپری کرد و با وضعیت عمومی مطلوب ترخیص شد. در پیگیری‌های بعدی، بیمار از نظر بالینی وضعیت مناسبی داشت و شکایتی گزارش نکرد. سونوگرافی کنترل انجام‌شده در تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۰۵ نیز هیچ‌گونه ضایعه باقیمانده یا یافته غیرطبیعی در ناحیه لگن و ضمایم نشان نداد و نتیجه درمان رضایت‌بخش ارزیابی شد.



شکل ۱: گزارش تصویری سونوگرافی (Ultrasound Image Report) کیست آدنوم سروزی خوش‌خیم غول‌آسای تخمدان چپ با تظاهر بالینی غیرمعمول

بحث

کیست‌آدنوم‌های سروزی از شایع‌ترین تومورهای اپی‌تلیالی خوش‌خیم تخمدان به شمار می‌روند و بخش قابل توجهی از توده‌های خوش‌خیم آدنکس را تشکیل می‌دهند [۱۴،۱۵]. این تومورها معمولاً به‌صورت ضایعات کیستیک با جدار نازک و محتویات سروزی شفاف ظاهر می‌شوند و اغلب در زنان سنین باروری و پیش از یائسگی مشاهده می‌گردند [۱۶]. اگرچه بیشتر این ضایعات در مراحل اولیه و در ابعاد کوچک تا متوسط تشخیص داده می‌شوند، در برخی موارد به دلیل رشد آهسته، ماهیت خوش‌خیم و نبود علایم اختصاصی، ممکن است برای مدت طولانی بدون تشخیص باقی بمانند و به ابعاد بسیار بزرگ برسند. با گسترش استفاده از روش‌های تصویربرداری، بروز کیست‌های غول‌آسای تخمدان در مقایسه با دهه‌های گذشته کاهش یافته است؛ با این حال، این موارد همچنان از نظر تشخیصی و درمانی اهمیت ویژه‌ای دارند [۱۷،۱۸]. اهمیت گزارش این موارد نه تنها به دلیل اندازه بزرگ ضایعه، بلکه به علت تنوع تظاهرات بالینی، چالش‌های تشخیصی، ضرورت افتراق از ضایعات بدخیم و انتخاب مناسب‌ترین رویکرد درمانی است. علاوه بر این، بررسی و انتشار چنین مواردی می‌تواند به افزایش آگاهی پزشکان در مواجهه با توده‌های بزرگ آدنکس و توسعه رویکردهای کم‌تهاجمی در درمان آن‌ها کمک کند. در گزارش حاضر، یک زن ۳۸ ساله که در بیمارستان فوق تخصصی صارم تحت بررسی و درمان قرار گرفت، معرفی شد. بیمار برخلاف بسیاری از موارد گزارش‌شده در منابع علمی، با شکایات اصلی مرتبط با مشکلات پوست و مو تحت پیگیری پزشکی قرار داشت و هیچ‌گونه اختلال بارزی در الگوی قاعدگی وی مشاهده نمی‌شد. بررسی‌های تصویربرداری وجود یک کیست غول‌آسای آدنکس چپ را با حجم تقریبی ۲۵۰۰ میلی‌لیتر نشان داد که فاقد اجزای سالید و سایر ویژگی‌های مشکوک به بدخیمی بود. بیمار تحت سیستکتومی لاپاروسکوپیک قرار گرفت و نتایج آسیب‌شناسی، تشخیص کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم را تأیید نمود. ویژگی‌های برجسته این مورد شامل اندازه قابل توجه ضایعه، فقدان علایم ژنیکولوژیک بارز، کشف ضایعه در جریان بررسی‌های غیرمرتبط با دستگاه تناسلی و درمان موفق به روش لاپاروسکوپی بود که هر یک می‌توانند از جنبه‌های قابل توجه این گزارش محسوب شوند.

Mpourazanis و همکاران در سال ۲۰۲۶ یک مورد کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم غول‌آسای تخمدان را در یک زن ۸۰ ساله یائسه گزارش کردند که با درد شکم و تنگی نفس مراجعه کرده بود و تحت هیسترکتومی کامل و سالپنگواوفورکتومی دوطرفه قرار گرفت [۱۹]. نتایج آسیب‌شناسی در نهایت ماهیت خوش‌خیم ضایعه را تأیید نمود. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر از نظر تشخیص نهایی کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم و پیامد درمانی مطلوب همخوانی داشت. با این حال، بیمار ما در سنین باروری قرار داشت و برخلاف مورد مذکور، فاقد علایم فشاری بارز بوده و در جریان بررسی مشکلات پوست و مو تشخیص داده شد. همچنین در مطالعه حاضر به دلیل سن کمتر بیمار و ضرورت حفظ عملکرد تخمدان، درمان با سیستکتومی لاپاروسکوپیک و حفظ تخمدان انجام شد، در حالی که در مطالعه Mpourazanis و همکاران [۱۹] جراحی رادیکال انتخاب گردید.

مطالعه‌ای با عنوان یک مورد کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم غول‌آسای تخمدان در بیماری با BMI برابر ۴۵ توسط Kelly و همکاران در سال ۲۰۲۴ گزارش شد که به‌طور اتفاقی حین انجام جراحی باریاتریک تشخیص داده شد [۲۰]. بیمار کاملاً بدون علامت بود و پس از انجام لاپاراتومی، اوفورکتومی و سیستکتومی، تشخیص پاتولوژیک کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم تأیید گردید. نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه

[۸] Adhesiolysis

[۹] Irrigation

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/sjrm.11.1.7]

حاضر از نظر ماهیت خوش‌خیم ضایعه و اندازه بزرگ توده مشابه است. با این حال، در حالی که توده در مطالعه Kelly و همکاران [۲۰] به‌صورت کاملاً اتفاقی و در یک بیمار بدون علامت کشف شد، بیمار ما در جریان بررسی مشکلات پوست و مو تشخیص داده شد. همچنین در مطالعه حاضر، جراحی با رویکرد کم‌تهاجمی و به روش لاپاروسکوپی انجام شد، در حالی که در مطالعه مذکور لاپاراتومی انتخاب گردید. این تفاوت می‌تواند ناشی از شرایط بیمار، ویژگی‌های توده و تصمیم‌گیری جراحی بر اساس شرایط بالینی هر مورد باشد.

Agah و همکاران در سال ۲۰۱۵ یک مورد کیست‌آدنوم سروزی غول‌آسای تخمدان را در یک دختر جوان گزارش کردند که به دلیل احساس نفخ شکم و عدم وجود علایم ژنیکولوژیک، برای چندین ماه تحت درمان‌های گوارشی قرار گرفته بود [۲۱]. در نهایت، سونوگرافی وجود یک کیست بزرگ با منشأ تخمدانی را نشان داد و پس از جراحی، توده‌ای به قطر ۴۰ سانتی‌متر و وزن ۸ کیلوگرم خارج شد که در بررسی پاتولوژی به‌عنوان کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم تشخیص داده شد. نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه حاضر از نظر تشخیص نهایی کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم و وجود تظاهرات غیر اختصاصی پیش از تشخیص مشابهت دارد. در هر دو مورد، نبود علایم واضح ژنیکولوژیک موجب تأخیر در شناسایی ضایعه شده بود. با این حال، بیمار ما در جریان بررسی مشکلات پوست و مو تشخیص داده شد، در حالی که بیمار مطالعه Agah و همکاران [۲۱] با شکایات گوارشی تحت درمان قرار گرفته بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کیست‌های غول‌آسای تخمدان می‌توانند با علایم غیر اختصاصی و حتی غیرمرتبط با دستگاه تناسلی تظاهر یابند و ضرورت توجه به ارزیابی‌های تکمیلی در بیماران با شکایات پایدار را برجسته می‌سازند.

یک مورد کیست‌آدنوم سروزی غول‌آسای تخمدان در یک زن ۶۶ ساله یائسه در سال ۲۰۰۹ توسط Sujatha و Babu گزارش شد که با اتساع شدید شکم طی دو سال مراجعه کرده بود [۲۲]. در بررسی‌ها، یک کیست بسیار بزرگ که کل حفره شکمی را اشغال کرده بود شناسایی شد و پس از لاپاراتومی، توده‌ای به ابعاد ۶۰×۴۷×۳۰ سانتی‌متر و وزن ۲۳ کیلوگرم خارج گردید. بررسی پاتولوژیک، تشخیص کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم را تأیید نمود. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر از نظر تشخیص نهایی کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم مشابه است. با این حال، بیمار مطالعه حاضر در سنین باروری و بدون علایم فشاری شدید تشخیص داده شد، در حالی که بیمار گزارش‌شده توسط Sujatha و Babu [۲۲] در دوران یائسگی و پس از دو سال اتساع پیشرونده شکم مراجعه کرده بود. همچنین در مطالعه حاضر درمان به روش لاپاروسکوپی انجام شد، در حالی که در مورد مذکور به دلیل ابعاد بسیار بزرگ توده، لاپاراتومی انجام گردید. این تفاوت احتمالاً به اندازه ضایعه، شرایط بیمار و امکان‌پذیری جراحی کم‌تهاجمی در هر مورد مرتبط بود.

نتیجه گیری

کیست‌آدنوم سروزی خوش‌خیم غول‌آسای تخمدان، اگرچه امروزه به دلیل پیشرفت روش‌های تصویربرداری کمتر مشاهده می‌شود، همچنان می‌تواند با تظاهرات بالینی غیرمعمول و فاقد علایم کلاسیک زنان و زایمان بروز نماید. مورد حاضر نشان داد که حتی در حضور یک توده بزرگ آدنکس، الگوی قاعدگی ممکن است کاملاً طبیعی باقی بماند و بیمار با شکایاتی غیرمرتبط با دستگاه تناسلی، از جمله مشکلات پوست و مو، تحت بررسی قرار گیرد. این موضوع بر اهمیت انجام ارزیابی جامع بالینی و توجه به احتمال وجود بیماری‌های زمینه‌ای در بیماران دارای علایم غیر اختصاصی تأکید دارد. همچنین نتایج این گزارش نشان داد که در موارد منتخب و با ارزیابی دقیق قبل از عمل، کیست‌های غول‌آسای خوش‌خیم تخمدان را می‌توان با رویکرد لاپاروسکوپیک و حفظ عملکرد تخمدان با موفقیت درمان نمود. انتشار چنین مواردی می‌تواند به افزایش آگاهی پزشکان نسبت به طیف متنوع تظاهرات بالینی توده‌های تخمدانی و انتخاب رویکردهای درمانی کم‌تهاجمی کمک نماید.

ملاحضات اخلاقی

در انجام این پژوهش، تمامی اصول اخلاق در تحقیق‌های پزشکی و زیستی مطابق با بیانیه هلسینکی رعایت شد و حفظ حقوق، کرامت، و حریم رازداری شرکت کننده لحاظ شد.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

هزینه‌های این طرح توسط مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم تأمین گردیده است

منابع

1. Sahu SA, Shrivastava D, A Comprehensive Review of Screening Methods for Ovarian Masses: Towards Earlier Detection. Cureus, 2023. 15(11): e48534.
2. Nikolić O, Manganaro L, Garcia MO, Nougaret S, Thomassin-Naggara I, Nicola R, et al., ESUR female pelvis group approach to cystic female pelvic lesions. Insights into Imaging, 2026. 17(1): 51.
3. Albers CE, Ranjit E, Sapra A, Bhandari P, Wasey W, Clinician Beware, Giant Ovarian Cysts are Elusive and Rare. Cureus, 2020. 12(1): e6753.
4. Melnyk M, Starczewski A, Nawrocka-Rutkowska J, Gorzko A, Melnyk B,

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/sjrm.11.1.7]

Szydłowska I, Giant Ovarian Tumors in Young Women: Diagnostic and Treatment Challenges-A Report of Two Cases and Narrative Review of the Recent Literature. J Clin Med, 2025. 14.

5. Jayakumar J, Shanker S, T S, Kailash N, VR R, Adnexal lesions in post-menopausal women: A radiopathological correlation. Journal of Research in Applied and Basic Medical Sciences, 2024. 10(3): 266-278

6. Mascilini F, Moro F, Pasciuto T, Sladkevicius P, Froyman W, Jokubkiene L, et al., Imaging in gynecological disease (28): clinical and ultrasound characteristics of serous and mucinous cystadenomas in the adnexa. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2025. 66(2): 233-241.

7. Amara A, Adem A, Salhi H, El Magroud M, Zaari N ,Ammor A, et al., Giant serous cystadenoma in an adolescent: A case report. SAGE Open Medical Case Reports, 2024. 12: 2050313X241296296.

8. Katke R, Waje A, Rare presentation of serous cystadenoma as hemorrhagic cyst. Obstet Gynecol Int J, 2015. 2(4): 0.0045.

9. Carvalho JP, Moretti-Marques R, Filho A, Adnexal mass: diagnosis and management. Rev Bras Ginecol Obstet, 2020. 42(7): 438-443.

10. Nwajei A-M, Characterization of Adnexal Masses by Current Imaging Modalities. 2023.

11. D'Amario A, Ambrosini R ,Gullino A, Grazioli L, Role of Imaging Techniques in Ovarian Cancer Diagnosis: Current Approaches and Future Directions. Cancers, 2026. 18(1): 173.

12. Bašković M, Habek D, Zaninović L, Milas I, Pogorelić Z, The Evaluation, Diagnosis, and Management of Ovarian Cysts, Masses, and Their Complications in Fetuses, Infants, Children, and Adolescents. Healthcare (Basel), 2025. 13.(7).

13. Bašković M, Habek D, Zaninović L, Milas I, Pogorelić Z, The Evaluation, Diagnosis, and Management of Ovarian Cysts, Masses, and Their Complications in Fetuses, Infants, Children, and Adolescents. Healthcare, 2025. 13: 775.

14. Mbabazi E, Dushimiyimana B, Ruzindana K, Musana FRM, Getaneh FB, Manirakiza F, A Synchronous Occurrence of Serous and Mucinous Cystadenomas of the Ovaries: Case Report and Review of the Literature. International Medical Case Reports Journal, 2026: 579699.

15. Balhara K, Mallya V, Khurana N, Tempe A, Coexisting ovarian serous cystadenoma with fibroma: A very unusual combination. Journal of Cancer Research and Therapeutics, 2023. 19(5): 1474-1476.

16. Ohya A, Fujinaga Y, Magnetic resonance imaging findings of cystic ovarian tumors: major differential diagnoses in five types frequently encountered in daily clinical practice. Japanese Journal of Radiology, 2022. 40(12): 1213-1234.

17. Ning K, Salamone A, Manos L, Lafaro KJ, Afghani E, Serous Cystadenoma: A Review on Diagnosis and Management. J Clin Med, 2023. 12.(23).

18. Karoumpalis I, Christodoulou DK, Cystic lesions of the pancreas. Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology, 2016. 29(2): 155.

19. Mpourazanis G, Ntanasis A, Aliri M, Melissi E, Christodoulou G, Alefragkis D, et al., Giant Benign Ovarian Serous Cystadenoma in a Postmenopausal Woman .Cureus, 2026. 18.(5).

20. Kelly LP, Patel RB, Laan D, Incidentally Discovered Giant Benign Ovarian Serous Cystadenoma in Elective Bariatric Surgery. Cureus, 2024. 16(5): e60807.

21. Agah J, Jafarzadeh Esfehani R, Kamalimanesh B, Fattahi Abdizadeh M, Jalilian AR, Mismanagement of a Huge Ovarian Serous Cystadenoma in a Young Girl; a Case Report. Journal of Midwifery and Reproductive Health, 2015. 3(1): 315-317.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/sjrm.11.1.7]

22. Sujatha VV, Babu SC, Giant ovarian serous cystadenoma in a postmenopausal woman: a case report. Cases J, 2009. 2: 7875.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/sjrm.11.1.7]