Sarem Journal of Medical Research. Volume 5, Issue 2, Summer 2020: 82-85

Simultaneous Appearance of a Dermoid Cyst and Endometrioma in an Ovary: A Case Report

ARTICLE INFO

Article Type
Case Report

Authors
Mahboobeh Rasekhi Kumle [1], MD
Mohammad Amin Zaemi Yekeh[2], MD

[1] Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
[2] Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

Corresponding Author
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, EkbatanTown, Tehran, Iran. Postal code:1396956111
Phone: +98 (21) 44670888
Fax: +98 (21) 44670432
dr.rasekhi@sarem.org

Article History
Received: August 26, 2020
Accepted: September 10, 2020
e Published: May 29, 2021

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a common gynecologic disease which diagnosis and treatment is an obstacle among gynecologists. This disease depends on estrogen and is seen during the fertility period. On some occasions, endometriosis in the ovary presents as cysts called endometrioma that causes excruciating pain and requires excisional surgery. A dermoid cyst is the most common benign tumor of the ovary and is bilateral in 10% of cases. Sometimes, the patient is a candidate for surgery due to torsion or when the cysts are too large. The simultaneous appearance of these diseases is rare in an ovary and has reported as limited. This study aims to evaluate the simultaneous appearance of dermoid cyst and endometrioma in an ovary as a case study.

Case Presentation: The case was a 30-year-old virgin woman who underwent laparoscopic surgery at Sarem Hospital, due to abdominal and pelvic pain for several months as diagnosed with bilateral ovarian endometriosis (based on ultrasound and MRI). In addition to endometrioma during surgery, there was a dermoid cyst in an ovary that removed. In imaging of the patient (sonography and MRI) was not pointed to the dermoid cyst.

Conclusion: During each surgery, the possibility of another pathology must be considered simultaneously with the pathology that caused the surgery, and each disease must be treated in the best way that is appropriate.

Keywords: Dermoid Cyst; Endometriosis; Endometrioma; Laparoscopy

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

[DOI: 10.52547/sjrm.5.2.82]

Copyright© 2021, 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.

وجود همزمان کیست درموئید و اندومتریوما در یک تخمدان: معرفی یک مورد

محبوبه راسخی کومله [۱*]، محمد امین زاعمی یکه [۲]

[۱] مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

[۲] دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.

چکیده

مقدمه: آندومتریوز یک بیماری شایع است که تشخیص و درمان آن یکی از معضلات متخصصین بیماری‌های زنان می‌باشد. این بیماری وابسته به هورمون استروژن بوده و در سنین باروری دیده می‌شود. وجود آندومتریوز در تخمدان گاهی خود را به صورت کیست‌هایی به نام اندومتریوما (Endometrioma) نشان می‌دهد، که باعث بروز درد ناتوان کننده‌ای می‌شود که نیاز به عمل جراحی و خروج کیست پیدا می‌کند. کیست درموئید (Dermoid Cyst) شایع ترین تومور خوش‌خیم تخمدان است، که در ۱۰ درصد موارد دو طرفه بوده و گاهی به علت بزرگی و یا درد حاد ناشی از پیچ‌خوردگی می‌تواند بیمار را کاندید عمل جراحی نماید. وجود همزمان این دو بیماری در یک تخمدان نادر بوده و به صورت معدود گزارش شده است. این مطالعه، به معرفی یک مورد، وجود همزمان کیست درموئید و اندومتریوما در یک تخمدان می‌پردازد.

معرفی مورد: بیمار خانمی ۳۰ ساله و باکره بود که به علت درد شکم و لگن چندین ماهه و با تشخیص اندومتریومای دو طرفه تخمدانی (بر اساس سونوگرافی و MRI)، تحت عمل جراحی لاپاراسکوپی در بیمارستان فوق تخصصی صارم قرار گرفت. در طی عمل، علاوه بر آندومتریوما، کیست درموئید نیز در یک تخمدان وجود داشت که خارج شد. این درحالی بود که در تصویر برداری بیمار (سونوگرافی و MRI) اشاره‌ای به وجود کیست درموئید نشده بود. در نهایت بیمار با حال عمومی خوب و بدون عارضه خاصی مرخص گردید.

نتیجه‌گیری: در طی هر جراحی باید امکان وجود یک پاتولوژی دیگر به طور همزمان با پاتولوژی که سبب جراحی شده است مد نظر باشد و هر کدام از بیماری‌ها باید به بهترین نحو که مناسب آن است، درمان شوند.

کلید واژه‌ها: کیست درموئید، آندومتریوز، آندومتریوما، لاپاراسکوپی.

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۰

*نویسنده مسئول: محبوبه راسخی کومله

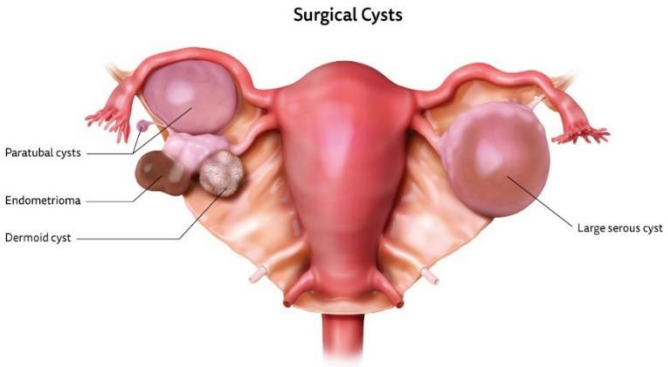
مقدمه

آندومتریوز یک بیماری خوش‌خیم ولی پیشرونده است که در ۱۰ الی ۱۵ درصد زنان در سنین باروری ۱۵ تا ۴۹ سال دیده می‌شود [۱]. بیماری ممکن است بدون علامت (Asymptomatic) بوده و یا با علائمی چون درد لگنی و یا نازایی همراه باشد [۲]. استروژن نقش اساسی در ایجاد بافت‌های آندومتر نابه‌جا دارد. آندومتریوز در نقاط مختلف لگنی و خارج لگنی دیده می‌شود، که نقاط شایع درگیر، کلدوساک خلفی، تخمدان‌ها و سپتوم رکتوواژینال هستند [۳]. از علائم شایع بیماری، وجود کیست‌های تخمدانی حاوی مایع شکلاتی به نام آندومتریوما به صورت یک طرفه، دو طرفه، Unilocular و یا Multilocular است. پاتوژنز کیست‌های آندومتریوما مشخص نیست ولی تئوری‌های مطرح شامل درون‌برگشتگی (Invagination) کورتکس تخمدان، متاپلازی سلومیک (Coelomic Metaplasia) و درگیری کیست‌های فانکشنال (عملکردی) تخمدان به وسیله ایمپلنت‌های اندومتریال می‌باشند [۴].

کیست درموئید یا همان تراتوم کیستیک تخمدان (Cystic Ovarian Teratoma) یک تومور شایع خوش‌خیم در این عضو است (شکل ۱). تومورهای تخمدان به سه دسته تقسیم می‌شوند: الف) تومورهای اپی‌تلیال تخمدان با منشاء سلول‌های اپی‌تلیوم سطحی تخمدان با شیوع ۹۰ تا ۹۵ درصد، ب) تومورهای سلول زایا با منشاء سلول‌های ژرمینال و ج) تومورهای استرومال جنسی با منشاء سلول‌های استرومای طناب جنسی جمعاً با شیوع ۵ الی ۱۰ درصد [۵]. شایع‌ترین تومور ژرم‌سل، تراتوم‌ها (۹۵ درصد) هستند که در غالب موارد به صورت Mature یا خوش‌خیم می‌باشند. تراتوم خوش‌خیم، ۶۰ درصد نئوپلاسم‌های خوش‌خیم تخمدان را تشکیل می‌دهد. این تراتوم‌ها به سه شکل دیده می‌شوند: ۱- Cystic، به نام کیست درموئید که شایع‌ترین شکل است، ۲- Solid Mass، به نام Mature Solid Teratoma و ۳- Fetiform Teratoma ، که لایه‌های سلول‌های ژرمینال به صورت سه بعدی و Doll Shape هستند. کیست‌های درموئید معمولاً Slow Growing Unilocular بوده که در ۱۰ درصد موارد دوطرفه می‌باشند و از بافت‌های اکتودرم، مزودرم و آندودرم تشکیل می‌شوند [۶].

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

[DOI: 10.52547/sjrm.5.2.82]

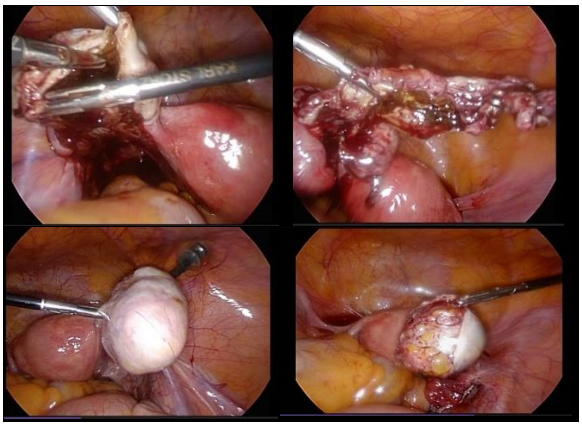


شکل ۱: وجود همزمان کیست درموئید و اندومتریوما در یک تخمدان.

معرفی مورد

خانم ۳۰ ساله باکره با شکایت دردهای دوطرفه لگن و شکم از چندین ماه پیش، به درمانگاه ژنیکولوژی بیمارستان فوق تخصصی صارم مراجعه نمود. بیمار به جز دیسمنوره، شکایت دیگری از قبیل اختلال در سیکل ماهیانه، هایپرمنوره و یا پلی‌منوره نداشت و همچنین سابقه بیماری خاص، عمل جراحی و یا مصرف دارو را بیان نکرد. در طی معاینه بیمار تندرنس در لمس عمقی نواحی RLQ و LLQ شکم وجود داشت. برای بیمار سونوگرافی ابدومینال انجام شد که ضایعه آندومتریوما به ابعاد ۴×۵ سانتی‌متر در تخمدان راست و ۷×۷ سانتی‌متر در تخمدان سمت چپ گزارش گردید.

در بررسی آزمایشگاهی، CA-125 افزایش یافته (۶۹ U/ml) بود، ولی سایر یافته‌های هماتولوژیک نرمال بود. برای بیمار تصویربرداری MRI انجام شد که آندومتریومای دو طرفه همراه با چسبندگی‌های کلدوساک تائید گردید. به علت درد و دیس منوره شدید تصمیم به عمل لاپاراسکوپی گرفته شد. در طی جراحی آندومتریوز Stage IV، چسبندگی‌های شدید کلدوساک و همچنین چسبندگی‌های شدید تخمدان‌ها و لوله‌های رحمی به روده‌ها وجود داشت. طی عمل جراحی چسبندگی‌ها تا حد امکان آزاد شدند. آزادسازی تخمدان‌ها و لوله‌های رحمی (Salpingolysis/Ovariolysis) انجام شد. کیست‌های آندومتریومای ۶×۶ سانتی‌متر تخمدان راست و ۷×۷ سانتی‌متر Multilocular تخمدان چپ خارج گردید. پس از خروج کامل جدار کیست آندومتریومای چپ، وجود کیست دیگری مشاهده شد که طی Dissect کردن جدار آن از تخمدان، مشخص شد که این کیست از جنس کیست درموئید با ابعاد ۳×۲ سانتی‌متر می‌باشد. این کیست و به طور کامل بدون ایجاد Spillage (تراوش داخل شکم) توسط Endobag (کیسه) از حفره شکم خارج و هموستاز توسط کوآگولاسیون بای‌پولار برقرار گردید. روز بعد بیمار با حال عمومی خوب، مرخص شد و در بررسی پاتولوژی نیز وجود کیست درموئید به طور همزمان با کیست آندومتریوما تائید گردید (شکل ۲).



شکل ۲: تصاویر بیمار که در طرف راست کیست درموئید و در طرف چپ اندومتریوما مشاهده می شود.

بحث

اساسی‌ترین و دقیق‌ترین روش برای تشخیص آندومتریوز، لاپاراسکوپی است [۷]. در معاینه لگنی فرد مبتلا به آندومتریوز، اغلب علائمی چون ندولاریتی و تندرنس سیگمان‌های Uterosacral و در صورت وجود آندومتریوماهای تخمدانی، توده‌های بزرگ و دردناک تخمدانی (که ممکن است متحرک بوده و یا دارای چسبندگی به لگن باشند) قابل لمس هستند [۸].

تست‌های آزمایشگاهی در رد کردن سایر علل دردهای لگنی مانند عفونت‌ها ارزشمند هستند. یکی از تست‌های تشخیصی مفید، به خصوص در آندومتریوز Stage III و Stage IV، تغییر سطح CA-125 (گلیکوپروتئینی که در اپیتلیوم لوله‌های فالوپ، آندومتر، آندوسرویکس، پلور و پریتوئن دیده می‌شود) می‌باشد [۹]. سونوگرافی برای تشخیص بیماری و رد سایر علل درد کاربرد دارد ولی در تشخیص آندومتریوز سطحی و همچنین چسبندگی‌ها ناتوان است [۱۰]. مشخصه سونوگرافیک این کیست‌ها، اکوی داخلی یکنواخت هموژن و نمای Ground Glass و در داپلر رنگی عدم وجود جریان خون داخلی (Internal Flow) است. تصویربرداری MRI علاوه بر یافته‌های سونوگرافی برای تشخیص حد فاصل نسوج نرم در بیماری که کاندید جراحی است، اندیکاسیون دارد. درمان آندومتریوز بر اساس علائم و تمایل بیمار برای حفظ بارداری است، که درمان جراحی برای این عارضه جهت رد بدخیمی و تسکین درد مناسب می‌باشد.

جهت تشخیص کیست درموئید، بهترین روش سونوگرافی است [۱۱]. علائم متعددی از قبیل، Fat Fluid و Hair Fluid Levels، خطوط برجسته و نقاطی که در واقع سطح مقطع رشته‌های مو هستند، وجود دارند [۱۲]. Rokitansky Protuberance که همانRounded Mural Nodules هستند و Tip of Iceberg که حد فاصل اکوژنیک چربی و مو است، نیز دیده می‌شود. کیست درموئید حالت پیچش یا torsion پیدا می کند ولی

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

[DOI: 10.52547/sjrm.5.2.82]

پاره نمی شود [۱۳]. در طی جراحی کیست درموئید باید دقت کرد که Spillage مو و سبوم صورت نگیرد، چرا که می‌تواند باعث پریتونیت حاد شود و در موارد Chronic Leakage، ممکن است پریتونیت گرانولوماتوز و چسبندگی ایجاد گردد.

نتیجه گیری

این بیمار و موارد مشابه آن، تائید کننده لزوم دقت جراح در طی هر گونه جراحی، به امکان وجود چند پاتولوژی همراه در یک بیمار است. در بررسی مقالات مختلف، وجود کیست درموئید و اندومتریوما با هم به ندرت گزارش شده است. قبل از جراحی تشخیص پاراکلینیک، همراهی این دو کیست بسیار مشکل است چرا که خونریزی (هموراژی) موجود در داخل آندومتریوماها مانع از مشاهده علائم کلاسیک کیست‌های درموئید می‌شود. در طی جراحی نیز عدم دقت و توجه به امکان وجود کیست درموئید باعث پارگی کیست و پخش شدن سبوم و مو و محتویات تراتوم داخل شکم شده و سبب بروز پریتونیت می‌گردد.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کارکنان محترم بیمارستان فوق تخصصی صارم و انستیتو تحقیقات صارم، خصوصاً جناب آقای دکتر جواد امینی، سرکار خانم مریم نادری و جناب آقای دکتر محمد رضا ناطقی تقدیر و تشکر قدردانی می‌گردد.

تاییدیه اخلاقی:

هویت بیمار کاملاً محرمانه بوده و این گزارش مورد تایید کمیته اخلاق مرکز انستیتو تحقیقات صارم (IRB) قرار گرفت.

تعارض منافع:

در این مطالعه تعارض منافع وجود نداشت.

منابع مالی:

این مطالعه با پشتیبانی مالی مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم (انستیتو تحقیقات صارم) انجام پذیرفت.

منابع

1. Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. J Med Life. 2014;7(3):349.
2. Acién P, Velasco I. Endometriosis: a disease that remains enigmatic. Int Sch Res Not. 2013;2013.
3. Sourial S, Tempest N, Hapangama DK. Theories on the pathogenesis of endometriosis. Int J Reprod Med. 2014;2014.
4. Mandai M, Suzuki A, Matsumura N, Baba T, Yamaguchi K, Hamanishi J, et al. Clinical management of ovarian endometriotic cyst (chocolate cyst): diagnosis, medical treatment, and minimally invasive surgery. Curr Obstet Gynecol Rep. 2012;1(1):16–24.
5. Chen VW, Ruiz B, Killeen JL, Coté TR, Wu XC, Correa CN, et al. Pathology and classification of ovarian tumors. Cancer Interdiscip Int J Am Cancer Soc. 2003;97(S10):2631–42.
6. Hakim MMA, Abraham SM. Bilateral dermoid ovarian cyst in an adolescent girl. Case Reports. 2014;2014:bcr2014205236.
7. Hsu AL, Khachikyan I, Stratton P. Invasive and non-invasive methods for the diagnosis of endometriosis. Clin Obstet Gynecol. 2010;53(2):413.
8. Chamié LP, Blasbalg R, Pereira RMA, Warmbrand G, Serafini PC. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US, MR imaging, and laparoscopy. Radiographics. 2011;31(4):E77–100.
9. Frimer M, Hou JY, McAndrew TC, Goldberg GL, Shahabi S. The clinical relevance of rising CA-125 levels within the normal range in patients with uterine papillary serous cancer. Reprod Sci. 2013;20(4):449–55.
10. Mendonça Carneiro M, de Sousa Filogônio ID, Pyramo Costa LM, de Ávila I, França Ferreira MC. Clinical prediction of deeply infiltrating endometriosis before surgery: is it feasible? A review of the literature. Biomed Res Int. 2013;2013.
11. Kite L, Uppal T. Ultrasound of ovarian dermoids–sonographic findings of a dermoid cyst in a 41-year-old woman with an elevated serum hCG. Australas J ultrasound Med. 2011;14(3):19–21.
12. Sahin H, Abdullazade S, Sanci M. Mature cystic teratoma of the ovary: a cutting edge overview on imaging features. Insights Imaging. 2017;8(2):227–41.
13. Ghosh A, McKay R. A missed diagnosis of ovarian torsion in a patient with bilateral ovarian dermoid cysts: a case report. Cureus. 2019;11(10).

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

[DOI: 10.52547/sjrm.5.2.82]