

La 2 săptămîni de viață copilul era O₂ independent, terapia cu antibiotice s-a anulat, alimentația enterală prin sondă tolera în volum indicat, prezenta adaos ponderal.

Acest caz clinic a fost atât un eșec cât și un succes deoarece doar prin vigilența și profesionalism s-a obținut un rezultat bun dar rămâne un mare semn de întrebare de ce un copil care timp de 48 ore cu di-

namică stabilă a suferit o prăbușire bruscă a stării de sănătate. S-au întreprins toate metodele de profilaxia a infecției nozocomiale, dar oricum nu a fost posibil de evitat infectarea. Calea succesului noi considerăm a fi aplicarea metodelor gingașe și minim invazive de tratament (suport respirator CPAP nazal, administrare de surfactant prin sonda gastrică), desigur în conformitate cu starea generală a nou născutului.

© Ana Mișina, Diana Madan

Ana Mișina, Diana Madan
CHIST DERMOID OVARIAN PARAZITAR

IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

PARASITAR OVARIAN DERMOID CYST

Key words: Ovarian dermoid, parasitic teratoma, ectopic ovary, torsion, autoamputation, omentum

The parasitic dermoid ovarian cyst is a rare entity. Up-to-date were published about 30 cases of parasitic ovarian dermoid cyst. The place of implantation of parasitic cyst can be anywhere in the abdominal cavity, but most common is greater omentum. In the article are presented review of the literature, pathogenesis and method of treatment of parasitic ovarian dermoid cyst.

РЕЗЮМЕ

ПАРАЗИТАРНАЯ ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ЯИЧНИКА

Ключевые слова: дермоидная киста яичника, паразитарная тератома, эктопический яичник, перекрут, аутоампутация, большой сальник

Паразитарная дермоидная киста яичника является редкой патологией. До сегодняшнего времени были опубликованы около 30 случаев паразитарных дермоидных кист яичника. Место имплантации паразитарных кист может произойти в любом месте брюшной полости, однако наиболее частым является большой сальник. В работе представлен обзор литературы, патогенез и методы лечения паразитарных дермоидных кист яичника.

Introducere. Teratomul chist matur (chistul dermoid) este definit ca un neoplasm al tumorilor celulelor germinale, compus din mai multe țesuturi, inclusiv din țesuturi care nu se găsesc în mod normal în organul din care provin. Teratoamele apar, cu predilecție, în ovar, deși se atestă și în testicul, mediastin sau regiunea sacrală și retroperitoneală. Teratomul omental este o entitate atestată foarte rar [49].

Primul chist dermoid omental a fost atestat de către Lebert în anul 1734 [22]. În literatura de specialitate anglo-saxonă au fost descrise mai mult de 30 de cazuri de chisturi dermoide omentale [30]. Etiologia acestor teratoame omentale este destul de obscură. Incidența reală a teratoamelor omentale, ce sunt considerate a fi de raritate extremă, este necunoscută. Aceste formațiuni

uni sunt mult mai frecvente la femei, ceea ce indică o posibilă asociere cu organele de reproducere feminine [30]. Totodată, Mumey a constatat, în același an, o rată de apariție a acestor tumori și la bărbați, doar că în proporție de 16.7% [30].

Conform datelor literaturii de specialitate, aceste formațiuni se întâlnesc cu raportul de 01:12, sex masculin vs sex feminin. Aceste tumori apar la femei odată cu vârsta de reproducere, deși se atestă, de asemenea, la o vârstă foarte tânără sau înaintată. Vârsta medie a pacienților descriși în literatura de specialitate este de 40.8±19.2 ani, variind de la 2 ani până la 70 de ani [30].

Teratoamele extragonadale apar de-a lungul liniei mediene, ca urmare a migrării celulelor germinale în perioada embrionară. Teratomul ce apare pe această

cale nu este considerat parazită. Cea mai frecventă localizare extragonadală a acestor chisturi dermoide parazitare este epiploonul [1]. Teratoamele care se găsesc în afara căii de migrare sunt considerate a fi cu adevărat parazitare.

Etiologia chisturilor dermoide parazitare este puțin cunoscută. Au fost propuse trei teorii principale pentru a explica localizarea extragonadală a teratomului:

1. teratomul primar al omentului care provine din celulele embrionare dislocate;
2. teratomul în curs de dezvoltare dintr-un ovar supranumerar;
3. autoamputarea dermoidului ovarian și implantarea lui într-un loc extragonadal.

1. Teratomul epiploic primar. S-a presupus că migrarea unor celule germinale de-a lungul intestinului primitiv înspre creasta genitală poate fi stopată la nivelul mezenterului dorsal, care ulterior devine omentul mare [37]. Aceasta poate explica distribuția axială a tumorilor cu celule germinale extragonadale. În susținerea acestei teorii sunt cele două cazuri raportate de teratom imatur epiploic primar, în care țesutul ovarian nu a putut fi demonstrat [32, 42], precum și un caz suplimentar al unui băiat în vârstă de doi ani, cu un teratom matur al omentului [8]. Cu toate acestea, nici o evidență histologică a celulelor germinale ectopice epiploice nu a fost găsită

2. Teratomul care rezultă din ovarul supranumerar în epiploon. Ovarul supranumerar este o anomalie ginecologică rar întâlnită. Într-un reviu al literaturii de specialitate, Besser și Posey 1992 [3] au relevat doar 21 de cazuri de ovare supranumerare cu diferite localizări, dintre care în cinci cazuri (23.8%) ovarele supranumerare au fost localizate în epiploon, iar în patru cazuri ele au fost reprezentate ca chisturi dermoide epiploice cu dovezi microscopice ale resturilor stromei ovariene. Au fost propuse două teorii pentru a explica mecanismul embriologic de dezvoltare al ovarului omental [37]. Prima se referă la reținerea celulelor germinale în mezenterul dorsal, cu o diferențiere secundară a mezenchimului primitiv răspândit în jurul stromei ovariene. A doua prezintă detașarea teratomului de creasta germinală și transplantarea de pe mezenterul dorsal, cu dezvoltarea ulterioară a unui ovar ectopic. [Printz JL, 1973]. Dezavantajul acestei ipoteze constă în faptul că nici un caz nu a fost vreodată raportat de ovar structurat în mod normal al marelui epiploon.

3. Amputarea și replantarea teratomului ovarian pe oment. J.K. Thornton, în anul 1881 [44], a fost primul care a propus acest mecanism, fiind, până în prezent, cea mai largă și acceptată teorie [46]. Teratomul matur este una dintre tumorile ovariene mai frecvent întâlnite, incidența lui variind între 5-25% din toate neoplazmele ovariene [35], iar 13.7% dintre aceste tumori sunt bilaterale [1]. Torsiunea pedicului a fost raportată ca fiind cea mai frecventă complicație a teratoamelor ovariene, depistată în 16.1% din

cazuri [35]. S-a demonstrat că torsiunea nu interferează cu dereglarea fluxului sangvin al organului implicat, care poate duce la congestie venoasă și o inflamație aseptică a peretelui tumorii. Într-un eveniment acut, datorită întreruperii alimentării cu sânge arterial, se poate instala necroza și, ulterior, atrofia. În caz de episod subacut sau cronic, tumora poate deveni aderentă la structurile adiacente, cu o dezvoltare a unei noi circulații colaterale. Este posibilă, într-un astfel de caz, detașarea completă a tumorii de la pediculul ei, devenind astfel un teratom parazită [35].

Teratoamele chistice parazitare sunt rare, incidența lor raportată fiind de 0.4% din totalul teratoamelor ovariene [35]. Din cauza rolului său special în procesul de apărare într-o inflamație intraabdominală, omentul este, probabil, locul principal pentru implantare a secundară a tumorii. Au fost descrise peste 30 de cazuri de chist dermoid omental, ce au fost raportate în MEDLINE.

În **tabelul 1** sunt rezumate cazurile de teratom parazită atestate în literatura internațională de specialitate în ultimii 30 de ani.

În baza analizei acestor cazuri, teratoamele au fost localizate în oment, acest lucru este legat de rolul unic defensiv al marelui epiploon în inflamația intraabdominală și formarea de adeziune, implantarea secundară a ovarului autoamputat. Ushakov și colab. [46] raportează că teratoamele epiploice pot proveni din deplasarea celulelor germinale și apar într-un ovar supranumerar situat, de obicei, în epiploon sau rezultă dintr-un ovar autoamputat. În ceea ce privește implicarea locului de amputație, s-a observat participarea egală atât a părții drepte, cât și celei stângi de ovar (fiecare dintre ele, în 8 cazuri, observând 16 cazuri în total) [46].

Dimensiunea tumorii variază în limite largi, de la 2 cm în diametru la dimensiunea maximă de 85 x 75 x 55 cm. În cazul prezentat de către Yoshida A. și colab. [49], ovarul stâng atrofic a fost unul dintre cauzele diagnosticului incorect preoperator al teratomului omental. Cauza ovarului atrofic stâng a fost neclară, căci pacienta a avut ciclul menstrual regulat fără dereglări hormonale. În rapoartele anterioare, trei dintre aceste cazuri au fost complicate de aplazia sau hipoplazia de ovar. Unul dintre cele trei cazuri a avut localizare bilaterală, iar celelalte două cazuri – unilaterală. Ovarul atrofic stâng, în cazul de față, sugerează posibilitatea autoamputării ovariene.

Rapoartele anterioare ale teratomului chistic matur al omentului nu au prezentat markeri tumorali preoperatori pozitivi. În cazul prezentat de către Yoshida A., [49], markerii serici CA-125, CA 19-9 și CEA au fost pozitivi și preoperator, devenind negativi postoperator. Este bine cunoscut faptul că CA 19-9 pozitiv este adesea observat în cazul teratomului chistic matur ovarian. Sunt necesare studii suplimentare pentru a confirma posibila semnificație a markerilor tumorali în teratomul matur al omentului.

Caracteristica generală a pacienților cu chist dermoid ovarian parazită

| Autorul, anul | Vârsta | Sexul | Dimensiunile tumorii (cm) | Localizarea | Histologia |
|------------------------------|--------|-------|---------------------------|---------------------------|---|
| Compton AA et al., (1985) | 39 | F | 8x7 | Oment | Teratom chistic matur |
| Leno C. et al., (1987) | 66 | F | 8x6x6 | Oment | Chist dermoid cu sebacee cu dinte |
| Mercer L. et al., (1987) | 34 | F | 18,5x12x8,5 | Oment | Teratom chistic matur |
| Ralls PW. et al., (1987) | 45 | F | 5x5 | Oment | Teratom chistic matur |
| Spurney RF, et al., (1987) | 12 | F | 30x15x19 | Oment | Teratom imatur |
| Deppe G. et al., (1988) | 31 | F | 11x8x7 | Oment | Teratom solid matur |
| Drut R. et al., (1990) | 2 | B | 5x5x4 | Oment | Teratom solid matur |
| Smith R. et al., (1990) | 68 | F | 6x5 | Oment | |
| Besser M. et al., (1992) | 47 | F | 7x5x4 | Oment | Teratom chistic |
| Kriplani A. et al., (1995) | 45 | F | 7x6 | Oment | Chist dermoid |
| Ushakov FB. et al., (1995) | 36 | F | 10x9 | Mezenter | Teratom chistic matur |
| Furuhashi M, et al., (1997) | 28 | F | 7,5x6,5 | Oment | Teratom chistic |
| Mazumdar A et., (1997) | 50 | F | 12x10, 4x2 | Oment | Chisturi dermoide multiple cu păr, cartilaj, oase |
| Moon WJ. et al., (1997) | 57 | F | 8x8x7 | Oment – ficat | Teratom chistic |
| | 53 | F | 16x8x13 | Colonul ascendant – Oment | Teratom chistic |
| Ollapallil J et al., (2002) | 46 | F | 10x4x3 | Oment | Teratom chistic matur |
| Guleria K. et al., (2002) | 50 | F | 10x10 | Oment-colon | Teratom chistic matur |
| Pfitzman R. et al., (2004) | 36 | F | 9x3 | Oment | Chist dermoid |
| Yoshida A. et al., (2005) | 36 | F | 5x4x4 | Oment | Teratom chistic matur |
| Kusaka M et al., (2007) | 24 | F | 5x4 | Spațiul Douglas | Teratom chistic matur |
| Takeda A. et al., (2012) | 26 | F | NR | Spațiul Douglas | Chist dermoid |
| Chitrakar NS. et al., (2015) | | F | 11x11x6 | Oment | Teratom chistic matur |
| Kakuda M. et al., (2015) | 41 | F | 4 | Spațiul Douglas | Chist dermoid |

NR – Not Recorded (nu au fost înregistrate).

Kusaka și colab. [20] au diagnosticat un ovar autoamputat în fornixul posterior în timpul unei laparoscopii pentru o formațiune pelviană. În cazul prezentat, pacienta a avut antecedente de dureri abdominale acute în timpul perioadei de adolescență, când, probabil, a avut loc după o torsiune de ovar, conducând astfel la amputare, formarea teratomului și migrație. Remarcăm faptul că pacienta a rămas asimptomatică pe parcursul acestei perioade, iar sarcina ei a decurs fără complicații, fără obstrucția funcției de reproducere. În cazul în care nașterea ar fi fost pe cale vaginală, diagnosticul de ovar autoamputat putea fi ratat, provocând, astfel, complicații cum ar fi: torsiunea, peritonita sau transformarea malignă, o complicație extrem de rară, dar posibilă [34].

Khoo și colab. [16] au descris chistul dermoid parazită în spațiul Douglas ca o posibilă cauză a amputării. Ushakov și colab. [46], de asemenea, au descris 2 teratoame epiploice parazitare, care provin dintr-un chist ovarian dermoid, ce a suferit o torsiune, o autoamputare și implantare epiploică.

O detașare a teratomului ovarian poate, de asemenea, să apară fără torsiune anexială. S-a sugerat că poate avea loc formarea de aderențe cu neovascularizare între tumoră și epiploon [41]. Ar trebui de menționat

că diagnosticul preoperator al ovarelor autoamputate nu a fost stabilit, toate cazurile au fost diagnosticate în timpul unei laparoscopii sau laparotomii.

În literatura de specialitate, au fost raportate cazuri de amputare fără formarea paralelă a teratoamelor. Peh și colab. [33] au efectuat o analiză narativă a 20 de cazuri de ovar autoamputate. În ceea ce privește localizarea ovarului migrat, în nouă cazuri acesta a fost atestat în pelvis, inclusiv într-un caz – în fornixul posterior. În șapte cazuri – în jumătatea superioară a cavității abdominale. Cercetătorii au raportat că toate aceste tumori au fost aderate fie la epiploon, fie la mezenter. Cu toate acestea, diagnosticul histopatologic sigur nu a fost menționat în toate cazurile, formațiunea ectopică era compusă, de obicei, din țesut necrotizat cu calcificare.

Separarea teratomului ovarian poate avea loc și fără torsiune anexială. S-a sugerat că ar putea să apară în urma formării aderențelor cu neovascularizare între tumoră și epiploon [2, 41]. De asemenea, a fost sugerată ideea că mișcarea/împingerea tumorii din zona pelviană ar fi fost provocată de un uter miomatos masiv [38].

Ruptura teratomului chistic ovarian în cavitatea abdominală poate să producă o peritonită de tip

granulomatos compus din multipli noduli, chisturi și aderențe. Fragmente mici de teratom ovarian se pot implanta pe epiploon așa cum a fost descris anterior [18]. De regulă, implanturile epiploice secundare nu conțin țesut ovarian [15]. Au fost, de asemenea, raportate implanturi omentale extragonadale de teratom solid matur, dezvăluind un nodul încapsulat chistic cu țesutul tiroidian matur.

Până în prezent, în literatura anglo-saxonă au fost relevate 3 cazuri ale teratomului în spațiul Douglas. Lefkowitz și colab. au raportat primul caz în anul 1978, la o femeie care acuza retenție urinară. Din motiv că a fost suspectat uter fibromatos, s-a realizat laparotomie și a fost găsit un teratom chistic benign în spațiul recto-uterin Douglas [23].

A fost raportat un caz rar de un teratom parazită, care a fost găsit accidental într-o hernie inghinală directă la o femeie în vârstă de 66 de ani [39]. În literatura de specialitate nu s-a atestat, la această grupă de vârstă, un caz similar de chist dermoid parazită.

O revizuire extinsă a literaturii de specialitate disponibile a demonstrat aproximativ 30 de cazuri de ovare supranumerare, în special la adulți. Până la etapa actuală au fost constatate două cazuri de ovar supranumerar la o fetiță de 5 și la alta de 4 ani. [11, 17].

Ovarul ectopic este o anomalie ginecologică extrem de rară, cu etiologie incertă, raportată inițial de către Wharton în anul 1959. [48]. În literatura internațională de specialitate, există și alte definiții ale acestei entități clinice: ovar accesoriu, ovar supranumerar și sindromul ovarian implantat. Incidența ovarului ectopic nu poate fi estimată cu exactitate din cauza existenței a mai multor cazuri clinice asimptomatice. Autoamputarea ovariană este o complicație patologică a torsiunii ovariene, care poate condiționa formarea unui ovar ectopic. În cele mai multe cazuri, acestea apar după torsiunea unei formațiuni ovariene, în special a chistului dermoid. Totuși etiologia ovarului ectopic este imprecisă. Lachman și Berman au divizat originea ovarului ectopic în subclasificări: implant postchirurgical, implant postinflamator și tipic embriologic [21]. Peitsidou A. și colab. au descris un caz al unui ovar cu chist dermoid autoamputat, depistat în fornixul posterior al vaginului incidental în timpul unei operații cezariene. La examenul histologic, el conținea, țesut ovarian viabil [34].

Examenul patologic al tumorilor epiploice relevă, de obicei, un model tipic al teratomului chistic benign cu conținut de păr, sebacee și dinți. La examenul microscopic a fost observată o infiltrație limfocitară în peretele chistului și prezența calcificărilor, ceea ce denotă ischemie și inflamație. Au fost raportate doar două cazuri de teratom imatur epiploic primar [32, 42].

Manifestarea clinică a acestor tumori este variabilă. Durerea abdominală a fost principalul simptom al teratoamelor omentale. [34, 46]. Durerea a fost în cea

mai mare parte localizată la nivelul abdomenului inferior. De asemenea, trebuie remarcat faptul că, în unele cazuri, sindromul doli s-a păstrat de-a lungul anilor [20]. Uneori, prezentarea clinică a reflectat compresiunea organelor intraabdominale adiacente de tumoră. În alte cazuri, simptomele au simulat ulcerul gastric [13, 26] și au dispărut după îndepărtarea tumorii. O altă prezentare neobișnuită a fost neuropatia lumbosacrală datorită compresiunii plexului lombosacral de teratomul epiploic situat în pelvis [24]. Datorită ascitei, distensia abdominală poate fi primul simptom în cazul teratomului imatur [42]. O treime din cazuri au fost asimptomatice și au fost observate la momentul apendicectomiei [6], operației cezariene [34], examenelor ginecologice [5, 27, 37, 41], în timpul diagnosticului de rutină în legătură cu alte probleme medicale [38] sau la autopsie [15].

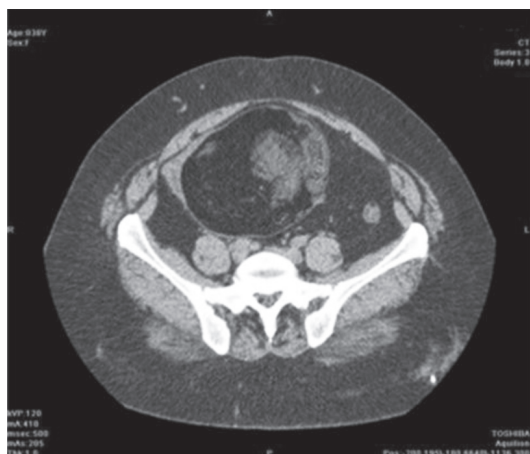
La examenul fizic, teratomul omental este, de obicei, palpat ca o masă abdominală rotundă mobilă. Mobilitatea este cea mai tipică caracteristică pentru acest tip de tumoare. Localizarea poate varia de la o tumoare pelviană, care simulează o masă anexială [24], la o masă periombilicală sau din regiunea cavității abdominale superioare [38]. De fapt, teratoamele omentale își pot schimba localizarea la examenele ulterioare. [3].

Diagnosticul. La examenul cu raze X, teratomul epiploon se poate vizualiza ca o masă radioopacă [12, 26], uneori cu calcificări [2, 5, 8, 47], dar poate fi, de asemenea, radiotransparentă [28]. De obicei, rezultatul examenului irigografic cu dublu contrast este negativ, deși nu se exclude probabilitatea prezenței patologiei date caracterizată printr-un defect de umplere netedă, datorită compresiunii intestinului de către tumoră [27, 28].

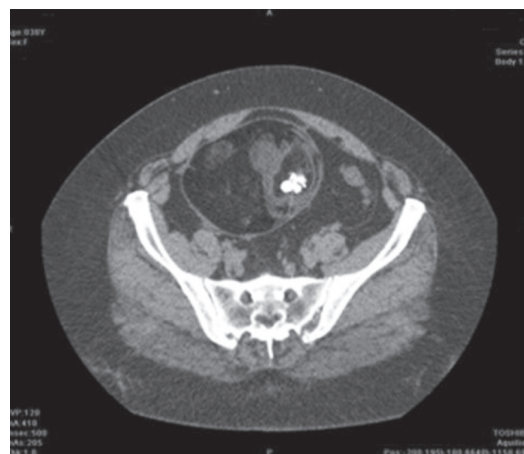
Ultrasonografia abdominală sau pelviană dezvăluie o tumoră care are caracteristicile unui teratom. Un rol important îl are Dopplerul, ce oferă informații cu privire la localizarea tumorii atât în epiploon, cât și în pelvis [38]. Tomografia computerizată poate fi, de asemenea, de mare folos în diagnosticul și localizarea acestor tumori [38] (**Fig. 1 a,b**)

Diagnosticul preoperator de localizare al teratoamelor omentale nu a fost stabilit corect niciodată. Tumorile au fost interpretate ca formațiuni abdominale [3, 22, 37, 42], tumori pelviene [24], tumori ovariene [30, 32], chisturi dermoide [27], litiază biliară asimptomatică [5], cancer de stomac [28], metastaze de cancer de stomac [2] sau chist hidatic calcificat [26].

Intervenția chirurgicală reprezintă tratamentul de bază al chisturilor dermoide parazitare. În majoritatea cazurilor, în timpul intervenției chirurgicale au fost găsite aderențe intraperitoneale. Procedura chirurgicală efectuată pentru teratomul matur al omentului a constat din disecția tumorii din epiploon [5, 37] sau rezecția cu omentectomie parțială [2, 3, 19, 41]. În unele cazuri, excizia tumorii a fost imposibilă din cauza aderențelor severe, de aceea marsupializarea poate



(Proiecție axială): a) Teratom parazitar omental



b) structuri dentale în teratomul parazitar

Fig. 1 Tomografie computerizată

fi o procedură eficientă și, de obicei, se termină într-o perioadă limitată de drenaj [28]. În ultimii ani, există o creștere a publicațiilor privind îndepărtarea laparoscopică a acestor formațiuni [16, 20, 40, 43, 45].

Comportamentul biologic și potențialul malign al teratoamelor omentale imature este necunoscut. Ordonez și colab. [32] au sugerat că toate teratoamele omentale imature trebuie considerate drept potențial maligne. Ei au descris un teratom epiploonic, format, în mare parte, din stromă imatură mezenchimală mixoid la o femeie în vârstă de 22 de ani. Tratamentul a constat din rezecția chirurgicală completă a tumorii, radioterapie și chimioterapie combinată postoperatorie. După patru ani de la tratament, recidive ale tumorii nu s-au constatat. Spurney și McCormack [42] au raportat un caz de teratom epiploonic imatur cu o componentă proeminentă neuroectodermică primitivă la o fată de 12 ani. Pacienta a fost supusă unei excizii complete a tumorii și chimioterapiei postoperatorii timp de un an. În șase luni de supraveghere, nu a existat nici o dovadă de recidivă a tumorii sau metastază.

Concluzie. Se pare că cele mai multe chisturi dermoide epiploice provin din autoamputarea unor tumori anexiale și implantarea pe oment. Diagnosticul se realizează, în general, prin ecografie și tomografie computerizată, dar localizarea exactă a tumorii este extrem de dificilă, astfel Dopplerul color poate fi de ajutor în acest scop. Merită de menționat faptul că constatarea absenței unilaterale a anexei în timpul laparotomiei ar trebui să determine chirurgul la explorarea cavității abdominale a pacientei pentru depistarea sau neidentificarea tumorii ovariene autoamputate și implantate.

Bibliografie:

1. Ayhan A, Aksu T, Develioglu O, et al. Complications and bilateraliattachments ty of mature ovarian teratomas [clinicopathological evaluation of 286 cases]. Aust New Zealand J Obstet Gynaecol 1991;31(1):83-5.

2. Bell DA, Demopoulos RI. Benign cystic teratoma in the omentum: a mechanism of its development. Diagn Gynecol Obstet 1980;2(3):205-8.

3. Besser M, Posey D. Cystic teratoma in a supernumerary ovary of the greater omentum. A case report. J Reprod Med 1992;37(2):189-93.

4. Chitrakar NS, Suwal S., Neupane S. Bilateral Ovarian Teratoma: One Parasitic Twisted In-situ and Another Parasitic at the Hepato Renal Space. J Nepal Health Res Counc. 2015;13(30):166-8.

5. Compton AA, Tandan A, Fleming WP. Coexistent benign teratomas of the omentum and ovary. A case report. J Reprod Med 1985;30(3):209-10.

6. d'Abreu AL. A dermoid cyst of the great omentum with unusual attachments. Br J Surg 1934;22:390

7. Deppe G, Malviya VK, Jacobs AJ. Extragonadal, mature, solid teratoma with omental implants. A case report. Reprod Med. 1988;33(9):792-4.

8. Drut R, Drut RM, Vollaro F. Mature cystic teratoma of the greater omentum [letter]. Pediatr Pathol 1990;10(6):1033-5.

9. Furuhashi M, Katsumata Y, Oda H, Imai N Cystic teratoma of the greater omentum: a case report and review of the literature. J Obstet Gynaecol Res. 1997;23(4):359-63.

10. Guleria K, Sahu B, Suneja A, Yadav P, Agarwal N. Parasitic ovarian dermoid tumour. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2002;42(5):558-9.

11. Gupta R., Verma S., Bansal K., Jain V. Mature teratoma in a supernumerary ovary in a child: report of the first case. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016;29(1):e5-7.

12. Hogan ML, Barber DD, Kaufman RH. Dermoid cyst in supernumerary ovary of the greater omentum. Report of a case. Obstet Gynecol 1967;29(3):405-8.

13. Judd ES, Fulcher OH. Dermoid cyst of the abdomen. Surg Clin North Am 1933;13:835

14. Kakuda M., Matsuzaki S., Kobayashi E., Yoshino

K., Morii E., Kimura T. Case of Extragonadal Teratoma in the Pouch of Douglas and Literature Review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(7):1311-7.

15. Kearney MS. Synchronous benign teratomas of the greater omentum and ovary. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90(7):676-9.

16. Khoo CK, Chua I, Siow A, Chern B. Parasitic dermoid cyst of the pouch of Douglas: a case report. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15(6):761-3.

17. Kini H, Baliga PB, Pai KG: Supernumerary ovary associated with Wilms' tumor. *Pediatr Surg Int* 1998; 13(1):67-8.

18. Kommos F, Emond J, Hast J, Talerma A. Ruptured mature cystic teratoma of the ovary with recurrence in the liver and colon 17 years later. A case report. *J Reprod Med* 1990;35(8):827-31.

19. Kriplani A, Takkar D, Karak A, Ammini A. Unexplained absence of both fallopian tubes with ovary in the omentum. *Arch Gynecol Obstet* 1995;256(2):111-3.

20. Kusaka M, Mikuni M. Ectopic ovary: a case of autoamputated ovary with mature cystic teratoma into the cul-de-sac. *J Obstet Gynaecol Res.* 2007;33(3):368-70.

21. Lachman MF, Berman MM. The ectopic ovary. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1991;115(3):233-5.

22. Lazarus JA, Rosenthal AA. Synchronous dermoid cyst of great omentum and ovary. *Ann Surg* 1931;93:1269.

23. Lefkowitz JH, Fenoglio CM, Richart RM. Benign cystic teratoma of the retrouterine pouch of Douglas. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131(7):818-820

24. Leno C, Combarros O, Berciano J. Lumbosacral plexopathy due to dermoid cyst of the greater omentum. *Postgrad Med J* 1987;63(735):45-6.

25. Mazumdar A, Vaiphei K, Verma GR. Multiple dermoid cysts of the omentum. *Trop Gastroenterol.* 1997;18(4):192-3.

26. McNeill Love RJ. Dermoid cyst simulating gastric ulcer. *Br J Surg* 1930;18:339

27. Mercer L, Toub D, Cibil S. Tumors originating in supernumerary ovaries. *J Reprod Med* 1987;32(12):932-4.

28. Meyer K, Shapiro P. Dermoid cyst of the lesser omental bursa. *Am J Surg* 1935;17:551

29. Moon W, Kim Y, Rhim H, Koh B, Cho O. Coexistent cystic teratoma of the omentum and ovary: report of two cases. *Abdom Imaging.* 1997;22(5):516-8.

30. Mumey N. Dermoid cysts of the great omentum. *Am J Surg* 1928;5:56.

31. Ollapallil J, Werapitiya SB, Irukulla S, Gunawardena ID. Benign cystic teratoma of the omentum. *ANZ J Surg.* 2002;72(1):67-8

32. Ordonez NG, Manning JT, Ayala AG. Teratoma of the omentum. *Cancer* 1983;51:955-8.

33. Peh WC, Chu FS, Lorentz TG. Painful right iliac fossa mass caused by a migrating left ovary. *Clin Imaging* 1994;18(3):199-202.

34. Peitsidou A, Peitsidis P, Goumalatsos N, Pappaspyrou R, Mitropoulou G, Georgoulas N. Diagnosis of an autoamputated ovary with dermoid cyst during a Cesarean section. *Fertil Steril.* 2009;91(4):1294.e9-12.

35. Peterson WF, Prevost EC, Edmunds FT, et al. Benign cystic teratomas of the ovary. A clinico-statistical study of 1007 cases with a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1955;70(2):368-82.

36. Pfitzmann R, Klupp J, Krenn V, Neuhaus P. A dermoid cyst in the greater omentum as a rare epigastric tumor. *Z Gastroenterol.* 2004;42(2):153-5.

37. Printz JL, Choate JW, Townes PL, Harper RC. The embryology of supernumerary ovaries. *Obstet Gynecol* 1973;41(2):246-52.

38. Ralls PW, Hartman B, White W, et al. Computed tomography of benign cystic teratoma of the omentum. *J Comput Assisted Tomogr* 1987;11(3):548-9.

39. Shetty N. S., Vallabhaneni S., Patil A., Babu M. M., Unreported location and presentation for a parasitic ovarian dermoid cyst in an indirect inguinal hernia. *Hernia* 2013;17(2):263-265.

40. Sinha R, Sundaram M, Lakhota S. Multiple intraabdominal parasitic cystic teratomas. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(6):789-91.

41. Smith R, Deppe G, Selvaggi S, Lall C. Benign teratoma of the omentum and ovary coexistent with an ovarian neoplasm. *Gynecol Oncol* 1990;39(2):204-7.

42. Spurney RF, McCormack KM. Immature omental teratoma. *Arch Pathol Lab Med* 1987;111(8):762-4.

43. Takeda A, Imoto S, Mori M, Yamada J, Nakamura H. Early abdominal pregnancy complicated by parasitic dermoid cyst: diagnosis by diffusion-weighted magnetic resonance imaging and management by laparoscopic single-site surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(5):647-50.

44. Thornton K, Doran. Dermoid cyst. *Am J Obstet.* 1881; 19: 697

45. Tokunaga M, Seta M, Yamada M, Nishio M, Yamamoto K, Koyasu Y. Coexistent dermoid cysts of the pouch of the Douglas and ovary resected by laparoscopy. *Asian J Endosc Surg.* 2012;5(1):31-3.

46. Ushakov FB, Meirou D, Prus D, Libson E, BenShushan A, Rojansky N. Parasitic ovarian dermoid tumor of the omentum-A review of the literature and report of two new cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;81(1):77-82.

47. Warfield JOJ. Omental dermoid cyst. *Am Surg* 1956;22(7):652-6.

48. Wharton LR. Two cases of supernumerary ovary and one of accessory ovary, with an analysis of previously reported cases. *Am J Obstet Gynecol* 1959;78:1101-19

49. Yoshida A, Murabayashi N, Shiozaki T, Okugawa T, Tabata T. Case of mature cystic teratoma of the greater omentum misdiagnosed as ovarian cyst. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005;31(5):399-403.