



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
دپارتمان گوارش گروه داخلی



انجمن متخصصان گوارش و کبد ایران
شاخه اصفهان

GI commission and grand round

02/01/21

فهرست موارد 21 فرورین 1402

صفحه	مسوول	بیمار	
3	دکتر باقری	خانم 41 ساله	111241
16	“	خانم 19 ساله	111242
32	دکتر احمدی فر		
	“		

خانم 41 ساله

- بیمار که از حدود دو سال پیش به دنبال آزمایشهای روتین، با توجه به ترانس آمینازهای کبدی بالا و تصویر برداری با تشخیص کلانثریت اسکروزان تحت درمان قرار گرفته است (AZA و UDCA) و با توجه به تصویر برداری های فالوآپ و ایجاد تنگی در مجاری صفراوی تحت ای آر سی پی قرار گرفته است، بیمار علامت بالینی خاصی ندارد اما به دنبال قطع اورسودوکسی دچار خارش میشود، همچنین با یک دوره کاهش داروها دچار افزایش انزیم های کبدی شده است.
- سوال: روند تشخیصی و درمانی؟

PT Patient	13	Sec	13
PT CoNTROL	13	Sec	In Patient On Oral
INR	1		Anticoagulant Therapy INR (International Normalized Ratio) : 2-3 (35-45%)

بخش دارویی آزمایشگاه دکتر برادران مجهز به سیستم

Tandem Mass و Hplc

جهت اندازه گیری سطح داروهای ضد تشنج و بسیاری دیگر از داروها نظیر استامینوفن و داروهای مخدر می باشد

Biochemistry Test	Result	Unit	Normal Value
Biochemistry Billirubin Total	1.0	mg/dl	Baby:>1 Days: <8.8 Baby:>2 Days: 1.3-11.3 Baby:>3 Days: 0.7-12.7 Baby:4-6 Days: 0.1-12.6 Children:<29 Days: 0.2-1.0 Adult: 0.1-1.2
Billirubin Direct	0.2	mg/dl	< 0.4
Billirubin Indirect	0.8	mg/dl	0.1-0.8
Alkaline Phosphatase	* 526 H	IU/L	Female: 64-306 Children:1-15 Years: 180-1200 Male:80-306
SGOT	19	IU/L	Female:2-31 Male:2-37
SGPT	27	IU/L	Female:<31 Male:<41

سونوگرافی کبد و کیسه صفرا :

حجم کبد طبیعی است.

مختصر افزایش اکوژنیسیته در برخی نواحی پارانشیم کبد دال بر تغییرات Fatty Liver Grade I دیده می شود.

ضایعه فضاگیر در کبد دیده نمی شود .

اتساع در مجاری صفراوی داخل ، خارج کبدی مشهود نیست .

حجم کیسه صفرا طبیعی است و فاقد ضایعه فضاگیر می باشد.

سنگ و اسلاژ در کیسه صفرا دیده نشد.

ضخامت دیواره کیسه صفرا طبیعی است .

Collection در زیر دیافراگم مشهود نیست .

Dear Dr:

In MRCP, non-contrast and contrast enhanced MRI study of abdomen and pelvis:

There are slight obliteration of central intrahepatic ducts, so that continuity of some of the intrahepatic ducts has been distorted.

Above findings maybe in favor of early PSC, needing correlation with lab and clinical examination.

No mass lesion is detectable in liver parenchyma.

CBD has normal diameter of 4-5mm with smooth course.

Gallbladder, spleen, pancreas, both adrenals, both kidneys, aorta, IVC, urinary bladder, uterus and ovaries, iliopsoas muscles are normal.

Main pancreatic duct is normal in diameter with smooth course.

Peripancreatic fat is clear without any edema or stranding.

Clinical Data:

SGOT: 22 SGPT: 26 ALK Ph: 263 HCV-Ab: HBS -Ag:

ANA: Gamma Globulin: AMA: GGT: ASMA:
EASY IRON 28 MG-Lansoprazole-Ursodex-

Macroscopic Description:

Received specimen consist one tubular soft tan piece total length 1cm and 0.1cm in diameter.

Microscopic Description:

Section show liver tissue with normal cytoarchitecture contains 8 portal tracts. Portal tract was normal; inflammation was not identified in portal tract or parenchyma. On masson trichrome staining fibrous was not seen. -On Prussian blue staining iron deposition was not seen.

Diagnosis:

Liver core needle Biopsy;

- No evidence of Hepatitis
- No lobular inflammation
- No portal inflammation
- No interface hepatitis
- No steatosis
- No bile duct injury
- No fibrosis

Dear Dr:

In MRCP , non contrast and contrast enhanced MRI study of abdomen and pelvis :

There is fixed stenosis of about 10mm in proximal CBD just at the confluence of right and left common ducts which shows significant progression in comparison to previous MRCP performed a few months ago .

There is also a few areas of beaded appearance and beaded pattern in right and left sided intrahepatic ducts .

So possibility of PSC in this patient will be very likely .

Liver parenchyma is nearly normal and after injection of contrast no abnormal area of enhancement is detectable .

Gallbladder has normal volume and wall thickness without any grossly visible stone or sludge .

Spleen , pancreas, main pancreatic duct , peripancreatic fat , both kidneys , both adrenals , uterus and ovaries also urinary bladder are normal .

No adenopathy is detectable .

Specimen : CBD, brush cytology.
CD: PSC

Macroscopic :
Mostly mucoid material.

Microscopic :

Histologic findings, confirm the following diagnosis.

Diagnosis :

CBD, brush cytology:

-A small fragment of fibrotic tissue.

- No evidence of malignancy in this specimen.

IN MRI STUDY OF Abdomen with and without contrast plus MRCP

Clinical indication:

Procedure description:

Multiple sections (axial, coronal & sagittal) were obtained through multiple (T1 & dual echoes) sequences.

Findings:

- *No free fluid is seen.*
- *Liver, spleen and pancreas have normal size, contour and parenchyma. No SOL is seen.*
- *There is a transverse linear defect at the confluence of right and left main intra-hepatic biliary ducts and CBD. It has no enhancement and no obstructive cause.*
- *No ectasia in the intra-hepatic biliary ducts is seen.*
- *CBD has normal diameter and course. No stone in CBD is seen.*
- *Gallbladder has normal size and wall thickness.*
- *Both kidneys have normal size, contour, parenchyma. No hydronephrosis or SOL is seen.*
- *Both adrenal glands are normal.*
- *Aorta and para-aorta are normal.*

IMP :

- *Transverse linear defect at the confluence of right and left main intra-hepatic biliary ducts and CBD without obstruction or enhancement (mural web?)*
- *No biliary dilatation or obstruction*
- *No typical sign of PSC*

شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه :

بیمار خانم 42 ساله با شکایت سبکی سر و سرگیجه و یا آزمایش سبکی بر انمی مراجعه کرده است. برای بیمار MRCP انجام شده بوده که احتمال PSC مطرح شده است.

تشخیص نهایی :

PSC

ERCP

Permedication

(Propofol 80mg (due to long duration propofol description of the procedure

Duodenoscopy and cannulation of CBD was done (very difficult cannulation). Severe prunding was seen in intrahepatic ducts (in favor of PSC). Diffuse narrowing of CBD was seen with no dominant stricture. Tapering of CBD due to papillary fibrosis was seen, too. Brush cytology and dilatation of diffuse CBD narrowing with balloon .TTS 6-8 was done. complete drainage was seen.

Diagnosis

(PSC (with no dominant stricture

Papillary fibrosis

Recommendation

Repeat MRCP and CA19-9 after 3mo

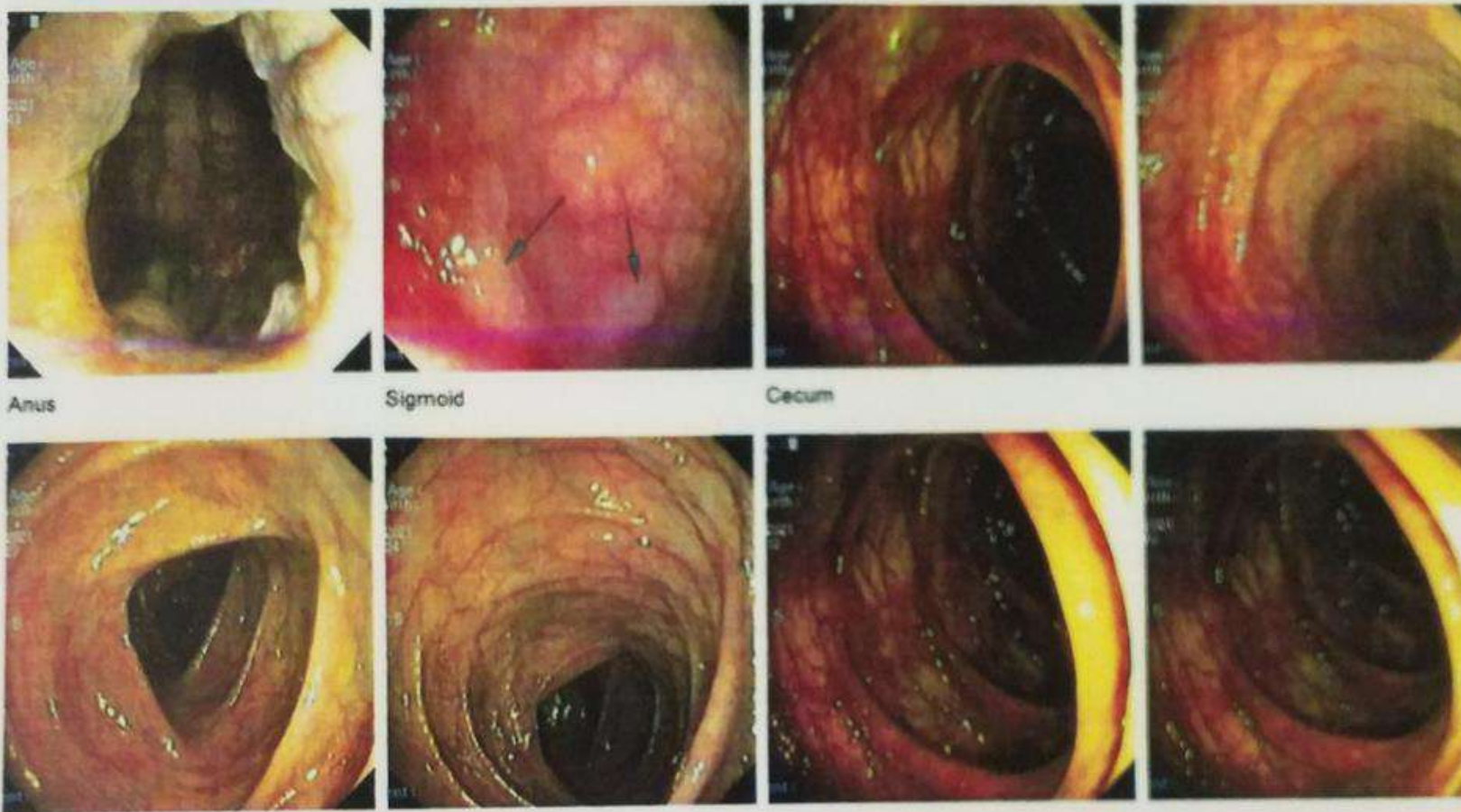
نتایج پاراکلینیکی :

Amy: 284 Lip: 358 Trop: neg BUN: 9 Cr: 0.8 Ca: 9.5 P: 4.2 Mg: 1.9 Na: 138 K: 4.1 AST: 18 ALT: 20 ALP: 20
ALP: 325 CPK: 55 CKMB: 15 LDH: 325 Billi T: 1.1 Billi D: 0.4 PH: 7.26 CO2: 47 HCO3: 20.8
INR: 1 PTT: 23 WBC: 12.3 Hb: 13.9 PLT: 210

سیر بیماری (در صورت فوت ، علت مرگ) :

وضعیت بیمار هنگام ترخیص : بیمار با حال عمومی خوب و علائم حیاتی پایدار ترخیص است

توصیه های پس از ترخیص : مراجعه با MRCP و CA19-9 سه ماه بعد
فلوکساسین 300 هر 12 ساعت تا سه روز



Anus

Sigmoid

Cecum

Premedication

Midazolam = 5.0 mg

Description of procedure

Quality of the procedure was Adequate

The video endoscope was introduced Down to the Colon with the following findings

Colon

Hemorrhoids Without Active Bleeding was seen in Anus , Rectum was normal , sigmoid with two 4x5mm flat polyps in 30 cm from anal verge(polypectomy with biopsy forceps) , Descending Colon was normal, Splenic Flexure was normal, Transverse Colon was normal, Hepatic Flexure was normal, Ascending Colon was normal, Cecum was normal, ileo-cecal valve was normal

Macroscopic Description:

The recieved specimen is included multiple pieces of tissue, totally in size 0.3 x 0.2 x 0.1 cm, with grayish white color, obtained from colon biopsies.

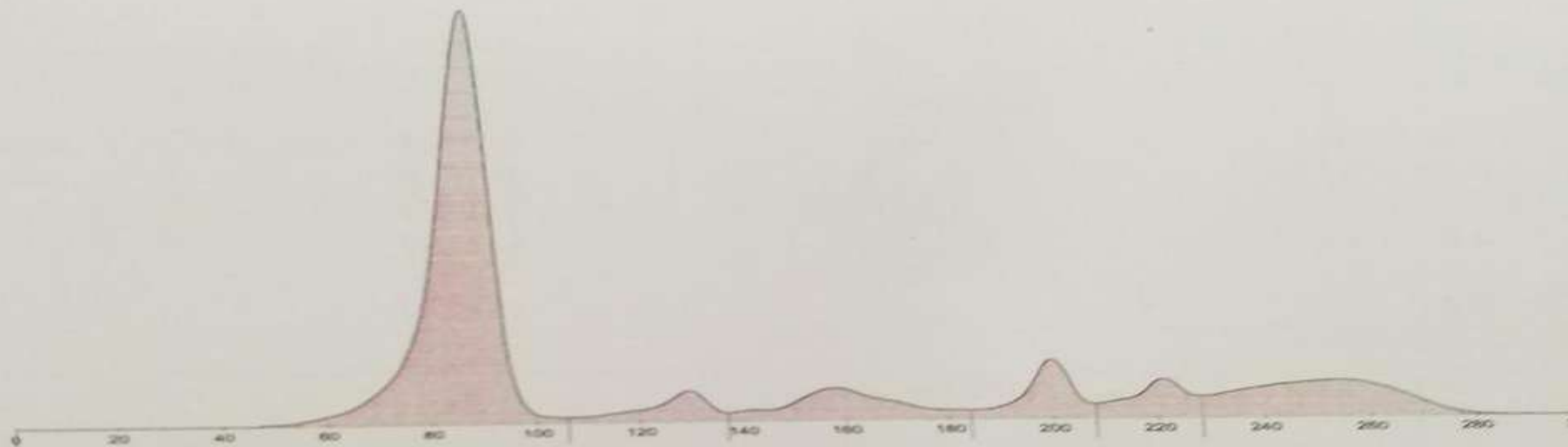
Microscopic Description:

The sections of polypoid masses which they are characterized by hyper plastic epithelium of colonic type accompanied by stromal inflammation .They show elongation, tortuosity and dilation of glands the stroma is prominent is characterized by edema, patchy fibrosis, inflammatory cells, and scattered smooth muscle bundles ,epithelial atypia is absent.

- ***Colon biopsies .***
- ***Hyper plastic polyp .Dysplastic changes is not seen.***

- Ca19-9: neg
- AST: 24
- ALT: 19
- ALP: 289
- BIL: 0/2
- BIL: 0/4
- IgG4: 1/14
- FERRITIN: 3
- INR: 1

SERUM PROTEIN CAPILLARY ELECTROPHORESIS



Fractions	%	Ref. %	g/dl	Ref g/dl
Albumin	59.4	55.8 - 66.1	3.7	4.0 - 4.8
Alpha 1	4.8	2.9 - 4.9	0.3	0.2 - 0.4
Alpha 2	8.9	7.1 - 11.8	0.6	0.5 - 0.9
Beta 1	7.1	4.7 - 7.2	0.4	0.3 - 0.5
Beta 2	5.5	3.2 - 6.5	0.3	0.2 - 0.5
Gamma	14.3	11.1 - 18.8	0.9	0.8 - 1.4

Total Protein:

6.2

02/01/21

خانم 19 ساله

- بیمار با سابقه بیماری هیپوتیروئیدی ولوپوس از حدود 3 سال پیش که تحت درمان با لووتیروکسین، هیدروکسی کلروکین، پردنیزولون، فروزماید و کاپتوپریل بوده است. در طی روند درمانی هیدروکسی کلروکین بیمار قطع و آزارام شروع شده است. با توجه به افزایش کراتینین و ته نشست ادراری فعال تحت درمان با پالس متیل پردنیزولون 1 گرم تا 3 روز و 1 پالس سیکلوفسفامید قرار گرفته است (بیمار مجموعاً 4 نوبت سیکلوفسفامید دریافت کرده است، که این نوبت آخرین نوبت آن بوده است).
- به گفته خود بیمار تورم شکم و مایع آسیت به دنبال این تزریق ها ایجاد شده (در سونوگرافی بعد از دریافت پالس کورتون و اندوکسان مایع آزاد فراوان در شکم و لگن دیده شده است که در ریپورت سونوگرافی ذکر شده است که یافته جدیدی نسبت به سونوگرافی قبلی دیده شده است کما اینکه در سونوگرافی های قبل از پالس نیز مایع آزاد رویت شده است)

- بیمار با توجه به آسیت و تورم شکم جهت بررسی بیشتر آسیت بستری گردیده است، که در بررسی های انجام شده آنالیز مایع آسیت:
- High SAAG High Protein گزارش شده است
- و در سیتولوژی مایع آسیت بدخیمی گزارش نشد.
- یافته های اکوکاردیوگرافی بیمار و مشاوره قلب نرمال گزارش شده است.
- در مشاوره گوارش آندوسکپی بیمار نرمال و در فیبرو اسکن بیمار F0-F1 گزارش شده است.

- در سونوگرافی داپلر عروق شکمی یافته های تصویر برداری به نفع هایپر تنشن پورت رویت نگردید و یافته ها از احتمال سندروم مشابه بودکیاری حمایت نمی کند و توصیه به انجام سی تی اکسن کبد با کنتراست وریدی در فاز پورتال جهت بررسی پترن ورید های کبدی پیشنهاد شده است و همچنین ذکر شده است که در صورت وجود اندیکاسیون بالینی انجام ونوگرافی تشخیصی انجام شود. همچنین سرم الکتروفورز بیمار نرمال گزارش شده است.

- سوال: آیا آسیت بیمار از نظر گوارشی نیاز به اقدام تشخیصی و درمانی خاصی دارد؟ آسیت بیمار از نظر همکاران روماتولوژیست و نفرولوژیست توجیهی ندارد. ضمناً با درمان سیکلوفسفامید در صورت علل روماتولوژی یا نفرولوژی انتظار از بین رفتن آسیت وجود دارد.

مختصری از شرح حال:

بیمار خانم ۱۹ ساله کیس شناخته شده لوپوس از ۱ shg قبل و هیپوتیروئید که با علائم ادم اندام تحتانی و اسیت و ضایعات پوستی بنفش رنگ و دردناک افزایش کراتینین ۱/۸ بستری شده است در این مرکز ته نشست ادراری فعال دیسمورفیک RBC آکانتوسیت کست . گرانولار کست داشته است در این مرکز تحت درمان با پالس متیل پردنیزولون ۱ گرم روزانه تا ۳ روز و سپس قرص پردنیزولون ۵۰ نصف قرص هر ۱۲ ساعت قرار گرفت . بعد از اتمام پالس کورتون بیمار یک دوز امپول سیکلوفسفاماید (اندوکسان) قرار گرفت و سیر کراتینین کاهش یافت و با توجه به ادم بیمار تحت درمان آلبومین و لازیکس قرار گرفت

وضعیت بیمار هنگام ترخیص (با عبارت شفاف بیان شود):

بیمار با حال عمومی خوب و علائم حیاتی STABLE ترخیص است

۱ هفته دیگر جهت تزریق داروی تریپتورلین

مراجعه به درمانگاه روماتولوژی ۲ هفته بعد

در مورد ادامه درمان با اندوکسان در ویزیت بعدی بیمار در درمانگاه تصمیم گیری می شود

توصیه های پس از ترخیص:

۲ هفته

مراجعه بعدی:

روماتولوژی

مراجعه به پزشک: نام تخصص:

: Abdominal & Pelvic US

کبد دارای ابعاد نرمال و اکوژنیسیته پارانشیمال هموزن و یکنواخت می باشد.

Mid axillary liver size = 116 mm

Border کبد Sharp بوده و قطر مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی و سیستم وریدی اینتراهپاتیک و پورت نرمال است.

توده فضاگیر cystic or solid و ضایعه پاتولوژیک در کبد دیده نشد. CBD= 3 mm P.Vien= 8 mm در مسیر CBD سنگ و یا ضایعه پاتولوژیک دیده نشد.

ضخامت جدار کیسه صفرا نرمال است. سنگ یا ضایعات اینترالومینال مشاهده نشد.

در حد قابل رویت پاتولوژی در پانکراس، عروق بزرگ شکمی و زنجیره پارائورتیک و سلیاک مشاهده نشد.

طحال در ابعاد و اکوی پارانشیم نرمال دیده می شود. Spleen span = 95 mm

تصویر ناحیه با حدود مشخص به ابعاد 13*10mm در ناف طحال مشاهده شد ناحیه مذکور دارای اکو مشابه با طحال بوده و مطرح کننده Accessory Spleen می باشد.

هر دو کلیه دارای ابعاد و افتراق کورتیکومدولاری نرمال می باشند. LK : 108 mm RK: 105 mm اکوژنیسیته پارانشیم هر دو کلیه نرمال می باشد.

ضخامت پارانشیم کلیه راست 10 mm و کلیه چپ 14 mm اندازه گیری شد.

علائمی از هیدرونفروز و یا سنگ در سیستم پیلوکالیسیل هر یک از کلیه ها مشهود نیست.

در مسیر حالب ها ضایعه پاتولوژیک مشهود نیست.

ضخامت جدار مثانه طبیعی است. سنگ یا ضایعه اینترالومینال دیده نشد.

رحم با موقعیت Anteverted دارای ابعاد طبیعی می باشد. Uterus Size : 61*26 mm اکوی میومتر هموزن است.

ضخامت آندومتر 3 mm می باشد.

تخمندانها حجم و اکوپترن طبیعی دارند.

ابعاد تخمدان ها : LO : 24*20 mm RO : 23*16 mm

ضایعات Cystic یا Solid پاتولوژیک در آدنکس ها رویت نگردید.

مایع آزاد فراوان در شکم و لگن رویت می شود که در مقایسه با سونوگرافی قبلی 1401/05/30 یافته جدید است.

ضخامت بافت زیر جلدی در حال حاضر طبیعی است.

ادم زیر جلدی مختصر در بافت زیر جلدی رویت می شود که نسبت به سونوگرافی قبلی کاهش نشان می دهد.

.....
در مقایسه با سونوگرافی قبلی کاهش التهاب پوست و بافت زیر جلدی شکم رویت می شود.
آسیت فراوان در شکم و لگن رویت می شود که نسبت به سونوگرافی قبلی یافته جدید است.

EXE Time 1401/08/17 12:37

Result Time 1401/08/25 10:18

Cytology Macroscopic

Received specimen consists of 20cc yellow opaque fluid specimen which 2 slides and 1 cell block were prepared.

Microscopic

In background of proteinous material a lot of cells were seen consists of mesothelial and inflammatory cells. Mesothelial cells was in cluster and individual pattern . Binucleation and some degree of atypia was observed as well. Definite malignant cells was not seen.

Diagnosis

Ascites fluid cytology and cell block:

-No evidence of malignant in this specimen

BIOLOGICAL F PF_Volume: 25 cc PF_Color&Appearance: Yellow & Clear PF_RBC: 40
PF_WBC: 100 PF_Pr: 3.0 PF_Neut: 35 PF_Lymph: 65 PF_GLu: 96
PF_LDH: 89 PF_AlB: 2.1

BIOCHEMISTR T Protein: 5.6 Alb: 3.5 BS: 67 LDH: 372

MICROBIOLOG Peritoneal Fluid Direct Smear: Bacteria not seen Peritoneal Fluid Culture: No growth of
Bacteria after 72 hours. Susceptible To:: Resistant To: Intermediate To:
Susceptible Dose Dependent(SDD);

Date of Birth: ۱۳۸۲/۰۲/۱۴	Room / Bed: ۱۸	Ward: قلب و پوست و عدد ویست سی سی یو	نالی مشور
Date of Admission: ۱۴۰۱/۰۸/۱۷ - ۸:۰۳	تاریخ پذیرش	تخت / اتاق	بیمار نام

A: Mode & 2D Studies: Normal

Left Ventricle: Normal
 LVEDD: 4.1 cm (3.5 - 5.5) cm
 LVESD: 2.3 cm (2.3 - 3.5) cm
 FS: 67% (30 - 45) %
 EF: 67% (55 - 75) %
 IV Septal Thickness: 0.6 cm (0.6 - 1.1) cm
 Free Wall Thickness: 0.6 cm (0.6 - 1.1) cm

Left Atrium: 1.8 cm Normal
 Aortic Root: 1.7 cm
 Aortic Cusp: 3
 A. V Opening: 1.5 - 2.6 cm

Mitral value	Aortic value	Pol. value	Tricuspid value
Normal: ✓	Normal: ✓	Normal: ✓	Normal: ✓
Stenosis: ✓	Stenosis: ✓	Stenosis: ✓	Stenosis: ✓
Prolaps: ✓	Prolaps: ✓	Prolaps: ✓	Prolaps: ✓

B: Doppler & Hemodynamic Studies (C.W.D-P.W.D-Color.Flow.Imaging) :

Mitral Flow (Normal: 0.6 - 1.3 m/s)
 Normal: ()
 Mitral Stenosis: ()
 Peak gradient: mmHg
 M.V area: cm²
 Mitral Regurgitation: ()

Aortic Flow (Normal: 0.3 - 0.7 m/s)
 - Normal: ()
 - Aortic Stenosis: ()
 Peak gradient: mmHg
 - Aortic Regurgitation: ()

UL Flow (Normal: 0.6 - 0.9 m/s)
 Normal: ()
 Pul Stenosis: ()
 Peak gradient: mmHg
 Pul Regurgitation: ()

Tricuspid Flow (Normal: 0.3 - 0.7 m/s)
 - Normal: ()
 - Tricuspid Stenosis: ()
 Peak gradient: mmHg
 - Tricuspid Regurgitation: ()
 - Right Vent. systole. pressure: ? mmHg

COMMENT:

SLE

- WEF 60%
- N. PwMA
- M. head Pul reg
- AV - PV - MV: OK
- N. PE
- N. PH

Weight (kg)
BSA (m²): 1.44

1
اتاق 1

Heart Rhythm: sinus other

Procedure: TDI with contrast

Final Remarks: Hx of SLE? (recent pleural effusion and ascites)

Normal LV size with Normal systolic function, LVEF= 55%, no LVH, no RWMA (no septal bounce)

Normal diastolic function

High normal RV size with normal systolic function

Normal biatrial size

Normal MVLs, trivial MR, no MS

Normal and tricuspid AVLs, no AS, no AI

Normal TV, trivial TR, TRG= 25mmHg

Normal PAP, PAPs= 30mmHg

Normal PV, no PS, trivial PI

IVC not dilated with collapse >50%

In contrast study no bubble passed through IAS at rest

Prominent right sided pleural effusion was seen

REC: MFU



Lower esophagus



LES



Cardia



Fundus



Body



Antrum



Bulb



Duodenum, 2nd

Reason for Endoscopy : Screening for esophageal and gastric varices

Premedication : Propofol IV

Findings :

Esophagus : Normal. No esophageal varices

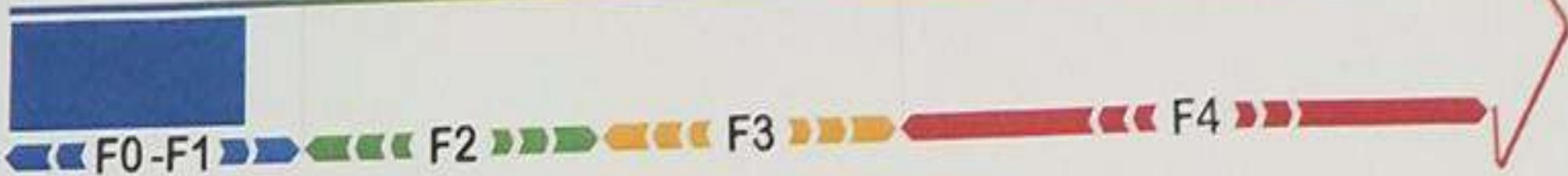
Stomach : Cardia, fundus, body and antrum were normal.
No fundal varices

Duodenum : Bulb and D2 were normal

Diagnosis : Normal upper endoscopy

Liver Fibrosis Assessment By Supersonic Family

Guibal A; Diag Interv Imaging 2016 - Mixed etiologies

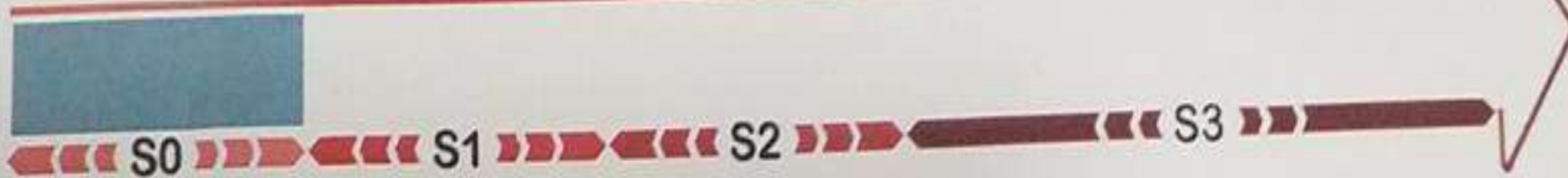


Metavir Score

F0-F1

7.2

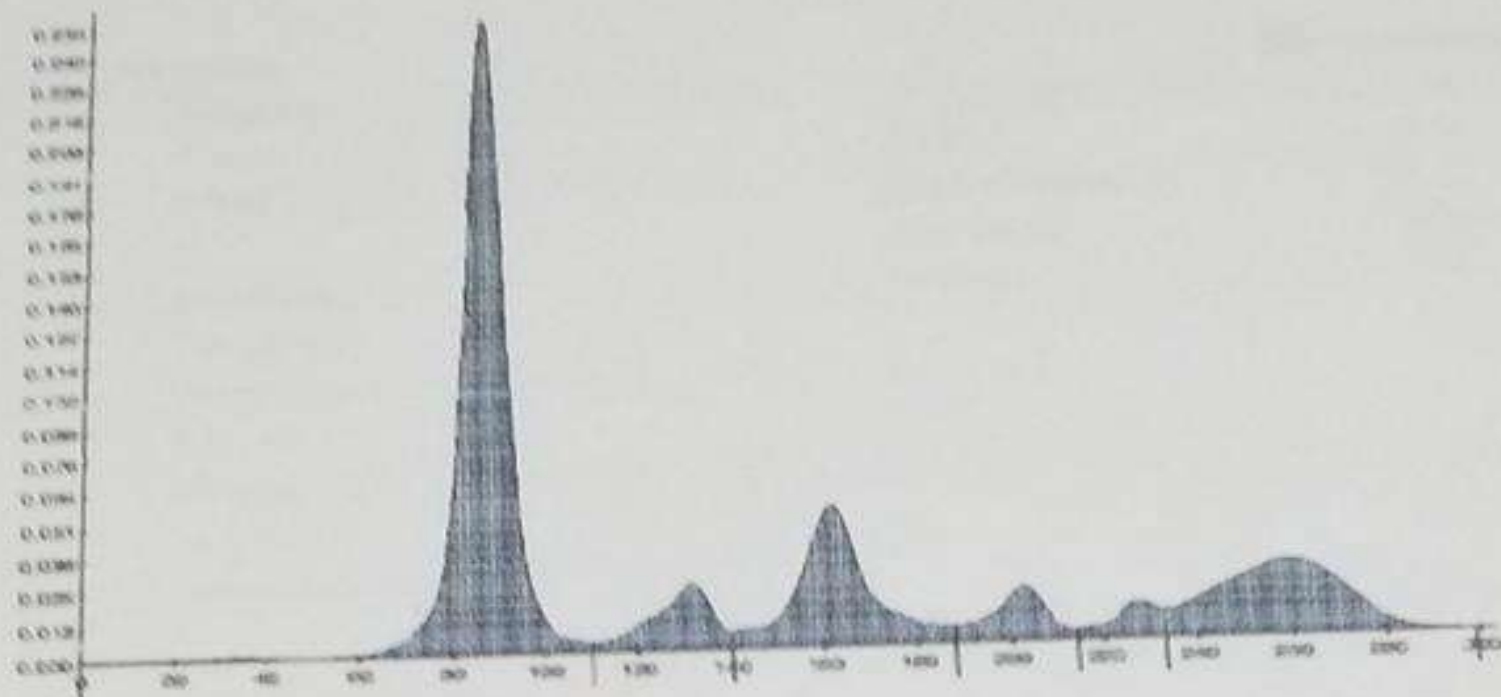
Hepato Renal Index



Steatosis Stage

Normal

1.48



Fractions	%	Ref. %	g/dl	Ref. g/dl	
Albumin	50.7	55.8 - 66.1	3.04	4.02 - 4.76	<
Alpha 1	6.9	2.9 - 4.9	0.41	0.21 - 0.35	>
Alpha 2	17.0	7.1 - 11.8	1.02	0.51 - 0.85	>
Beta 1	5.3	4.7 - 7.2	0.32	0.34 - 0.52	
Beta 2	3.1	3.2 - 6.5	0.19	0.23 - 0.47	<
Gamma	17.0	11.1 - 18.8	1.02	0.80 - 1.35	

در بررسی gray scale :

کبد به طول ۱۲۵ میلیمتر اندازه ، شکل و اکوی پارانشیمال نرمال دارد . توده رویت نشد .

مجاری صفراوی داخل کبدی نرمال است .

کیسه صفرا حجم و ضخامت جداری نرمال دارد . سنگ و اسلاژ رویت نشد .

CBD قطر نرمال دارد .

قطر ورید پورت در ناحیه پورتا هپاتیس در حالت دم عادی $5/6$ میلیمتر و در حالت دم عمیق $7/4$ میلیمتر میباشد. میزان تغییر قطر در سیکل تنفسی ۵۰ درصد می باشد که در محدوده نرمال است .

قطر ورید طحالی در حالت دم عادی $8/2$ میلیمتر و در حالت دم عمیق $11/8$ میلیمتر میباشد. میزان تغییر قطر در سیکل تنفسی حدود ۵۰ درصد می باشد که در محدوده نرمال است .

طحال به طول ۹۵ میلیمتر اندازه ، شکل و اکوی پارانشیمال نرمال دارد .

در بررسی کالر داپلر :

در ورید پورت فلوی هپاتو پتال مشاهده شد. سرعت متوسط $11/2$ سانتی متر بر ثانیه و سرعت حداکثر $15/88$ سانتی متر بر ثانیه میباشد. الگوی اسپکترال مونوفازیک است و فاز سیستی کاهش پیدا کرده است .

شریان هپاتیک فلوی با مقامت کبد و RI برابر $0/54$ با دارد

قطر ورید کبدی میانی ۲ سانتی متر از IVC ، $4/9$ میلیمتر است که در محدوده نرمال می باشد .

در وریدهای کبدی ۲ سانتی متر قبل از محل تلاقی وریدی فلوی مونوفازیک با سرعت حدود ۳۰ سانتی متر بر ثانیه مشاهده می شود . کرانیال تر به آن به سمت قلب در بررسی کالر داپلر Aliasing مشهود است که به نفع وجود فلوی توربولانت احتمالا ثانویه به تنگی لومینال مشاهده می گردد و در این ناحیه سرعت به

حدود ۱۰۰ سانتی متر بر ثانیه می رسد . اسپکتروم وریدی آنته گرید نرمال به سمت قلب در این ناحیه مشاهده میشود .

وریدهای کولترال مشاهده نشد .

تفسیر : یافته های تصویر برداری به نفع هیپرتانسیون پورت رویت نگردید . ترومبوز در ورید پورت مشاهده نشد . با توجه به علائم بیمار و اسپکترال پترن ورید پورت و ورید کبدی احتمال وجود تنگی در مسیر وجود

دارد. با این حال یافته های Gray-scale از احتمال سندرم مشابه بودکیاری حمایت نمی کند. لذا با توجه به non conclusive بودن یافته های سونوگرافی داپلر بررسی توراکس از نظر وجود پریکاردیت کانستریکتیو که باعث ایجاد اختلال در بازگشت وریدی شده باشد، همچنین سی تی اسکن کبد با کنتراست وریدی در فاز پورتال جهت بررسی پترن ورید های کبدی پیشنهاد می شود. از آنجایی که فلو در ورید های کبدی برقرار بود و در حال حاضر ترومبوز وجود نداشت انجام ام آر ونوگرافی کبد کمک تشخیصی بیشتری نمی کند. در نهایت در صورت وجود اندیکاسیون بالینی انجام ونوگرافی تشخیصی جهت رد تنگی در ورید کبدی کمک کننده است.

• بیمار آقای ۶۶ ساله بدون PMH که در آذرماه دچار abdominal pain در ناحیه هایپوگاستر بدون Radiation درد به همراه هماتوئیزی حجیم شده که به بیمارستان الزهرا مراجعه کرده در بدو ورود به علت افت BP و تاکی کاردی تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته که :

- Endoscopy: Gastric ulcer
- Erosive duodenopathy
- همان بستری تحت کولونوسکوپی قرار گرفته:
- Diagnosis: lower GI bleeding suspicious from small bowel.
- limitation: due to dark bloody secretions subtle and small lesion may be missed.