



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

۰ ۲ / ۰ ۱ / ۲ ۸

فهرست موارد ۲۸ فرورین ۱۴۰۲

صفحه	مسوول	بیمار	
۳	دکتر باقری	اقای ۲۷ ساله	۱۱۱۲۴۳
۹	"	خانم ۶۶ ساله	۱۱۱۲۴۴
۱۸	دکتر احمدی فر	خانم ۵۲ ساله	۱۲۱۴۰
۲۶	"	خانم ۶۳ ساله	۱۲۱۴۱

GI commission and grand round

۰۲/۰۱/۲۸

اقای ۲۷ ساله

- بیمار با سابقه مشکلات گوارشی به گفته خود از ۸ سال پیش (احتمالاً بیمار یک دوره با تشخیص روده تحریک پذیر تحت درمان قرار گرفته با توجه به شرح حال دارویی) که ذکر میکند بعد از یکسال با بهبودی داروها رو قطع کرده است.
- از حدود ۶ ماه پیش به دنبال یبوست و دفع دردناک به جراح مراجعه کرده است و توصیه به کولونوسکوپی شده است، با توجه به کولونوسکوپی و پاتولوژی بیمار ارجاع شده است.
- سوال: آیا بیمار نیاز به پولیپکتومی دارد؟ یا فالوآپ شود.



Retroflex view



Rectum



Sigmoid Colon



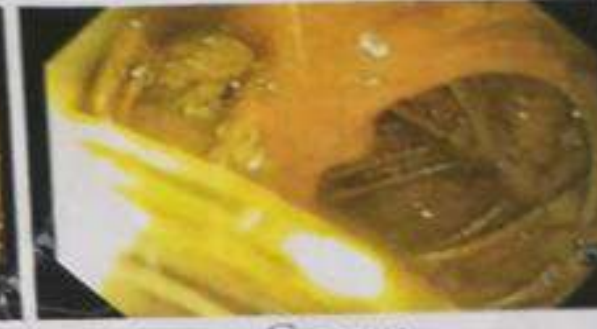
Splenic flexure



Middle Transverse Colon



Proximal Transverse Colon



Cecum

Reason for Endoscopy : Rectal bleeding

Rectum : Patchy mucosal redness at rectum and sigmoid. biopsy was taken

Sigmoid colon : Same as above

Descending colon : Round, smooth and soft protrusion 1.5*1.5cm, at about splenic flexure. biopsy taken

Transverse colon : Normal

Ascending colon : Normal

Cecum : Normal

Reports:

شرح ماکروسکوپی: نمونه دریافتی در دو طرف می باشد.

ظرف اول با برچسب بیوپسی از خم طحالی شامل یک قطعه به ابعاد ۰/۳*۰/۳*۰/۱ سانتی متر می باشد .
ظرف دوم با برچسب بیوپسی از رکتوسیگموئید شامل ۲ قطعه مجموعاً به ابعاد ۰/۳*۰/۳*۰/۱ سانتی متر می باشد .

شرح میکروسکوپی:

(۱) بیوپسی از خم طحالی: ساختمان پولیپی متشکل از غدد، در اندازه کوچک و متفاوت مشهود است. غدد مفروش از سلولهای اپی تلیال استوانه ای با هسته های بلند و کشیده و هیپرکروم می باشند. سلولهای گابلت کاهش یافته است. هسته ها در **base** سلولها قرار گرفته و پلاریتی آنها حفظ شده است. مجاور به قسمت پایه پولیپ، مخاط طبیعی روده بزرگ وجود دارد. تغییرات هسته ای در حد (**low-grade dysplasia**) می باشد.

(۲) بیوپسی از رکتوسیگموئید: اپیتلیوم پوششی غدد و کریپتها از نوع استوانه ای می باشد. تعداد سلولهای گابلت کاهش مختصر دارند. در لامینا پروپریا و همچنین در زیر عضله مخاطی؛ ارتشاح شدید سلولهای التهابی حاد و مزمن شامل لنفوپلاسماسل ها؛ لکوسیت های نوتروفیل، همراه با تشکیل فولیکولهای لنفاوی مشاهده می گردد. لکوسیت های نوتروفیل به جدار تعدادی از غدد تهاجم کرده و در بین سلولهای اپیتلیال قرار گرفته اند. در این نمونه تغییر بد خیمی دیده نشد. علائم هیستولوژیک مینی بر **pseudomembranous**، نظیر **pseudomembrane**، **balloning** و یا نکروز در غدد و کریپت ها دیده نشد. یافته های فوق با تشخیص **Acute colitis** مطابق است و در صورت تطبیق با یافته های بالینی **Ulcerative colitis** مطرح می گردد لذا پیگیری وضعیت بیمار توصیه می گردد. در این نمونه تغییر بد خیمی دیده نشد.

Dx: Biopsy specimens from:

1. Colon mucosa in splenic flexure:

Tubular adenoma with low-grade dysplasia

2. Rectosigmoid colon mucosa :

Acute colitis .

Follow up of the patient is recommended.



Retroflex view



Rectum



Sigmoid Colon



Splenic flexure



Splenic flexure



Splenic flexure



Splenic flexure



Middle
Transverse
Colon

Reason for Endoscopy : Abdominal Distress Pain

Premedication : 5 mg Midazolam

Rectum : Normal

Sigmoid colon : Normal

Splenic flexure : Round and sessile polypoid lesion 1.5*1.5cm with normal overlying mucosa at about splenic flexure. Biopsies were taken and sent to pathology

Transverse colon : Up to proximal part was normal

Recommendation : Pathology follow up

Macroscopic Description:

Received specimen consists two paraffin block no 213622

Microscopic Description:

Colon Splenic flexus lesion; Proliferation of epithelial cells was seen in a glandular pattern. Glands were lined by pseudo stratified epithelium. Cell was cigar shape and has hyper chromatic nuclei.

Recto Sigmoid Biopsy: Section show colon mucosa with normal cytoarchitecture .Mild to moderate increase of chronic inflammatory cells was seen in upper part of mucosa. No acute inflammation or evidence of IBD was found in this specimen.

Diagnosis:

Colon Splenic flexus lesion;

-Tubular Adenoma with low grade dysplasia (fragmented).

-Base;

Recto Sigmoid Biopsy:

Non-Specific inflammation

With Best Regards

Dr. Sanei

خانم ۶۶ ساله

- بیمار با سابقه بیماری های سایکولوژی با شرح حال دیسفاژی به جامدات بصورت متناوب و ریفلاکس معده در حالت خوابیده از حدود ۲ سال پیش مراجعه کرده است، تحت بررسی های مختلف از جمله اندوسکوپی و باریوم سوالو و مانومتری قرار گرفته است و تحت درمان دارویی قرار گرفته است (داروها را همراه ندارد)
- با توجه به عدم بهبودی و مراجعه مجدد تحت اندوسکوپی قرار گرفته است و با تشخیص کاندیدا تحت یک دوره درمان با فلوکونازول قرار گرفته است، علامت های بیمار با توجه به مصرف داروها بهبود چشمگیری یافته است اما مجددا علیرغم یک دوره ریشه کنی و مصرف انتی بیوتیک علامت های بیمار مجدد ایجاد شده است.
- بیمار مشاوره و بررسی شده است که اختلالات نورولوژی و روماتولوژی مطرح نبوده است. توسط روانپزشک تحت درمان با کلردیازپوکساید و اس سیتالوپرام آغاز شده است.
- سوال: اقدامات تشخیصی و درمانی لازم؟



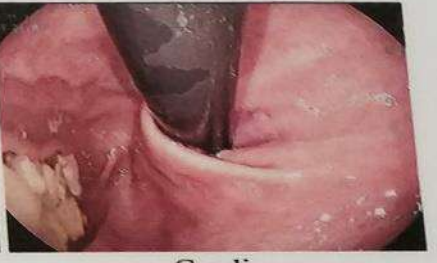
Middle esophagus



LES



LES



Cardia



Body



Antrum



Bulb



Duodenum, 2nd

Reason for Endoscopy : Dysphagia , absent contractility in manometry

Findings :

Esophagus : Esophageal body was dilated and contained food remnant and secretions
LES open with air insufflation and scope passed through LES easily.
Scattered white-coloured plaques were seen in mid to distal esophagus
Z-line was normal.
No Sliding Hiatal Hernia

Stomach : Cardia and fundus and body and antrum : Normal
(Bx for evaluation of H.pylori was taken)

Duodenum : D1 and D2 : Normal

Diagnosis : Esophageal Candidiasis
Dilated esophageal body

MACROSCOPIC DESCRIPTION:

نمونه شامل یک ظرف:

بیوپسی آنتر: شامل دو قطعه نسج نرم خاکستری مجموعاً به ابعاد $0.2 \times 0.2 \times 0.1$ سانتی متر می باشد.

DIAGNOSIS:

Gastric Biopsy from Antrum:

Active chronic gastritis

- *Atrophy: Score 0/3 (Negative)*
- *Intestinal metaplasia: Score 0/3 (Negative)*
- *Incomplete intestinal metaplasia: Negative*
- *H.Pylori: Positive*
- *Dysplasia: Negative*

Investigation memo

CC :Dysphagia

The equipment was calibrated prior to the study and catheter was placed via the nares.

While the patient was fasting :12 hours .

Local anesthesia that was used :Xylocaine Gel .

contra-indications to performing oesophageal studies :No

conditions that may hinder the performance or interpretation of the test (eg. large hiatal hernias, previous oesophageal surgery) :No

Any concurrent medication history :No

Imaging finding : Normla

Upper endoscopy : Normal

High resolution manometry results (average result of ten wet swallow):

1- UES(upper esophageal sphincter) result :Upper border was 22 cm ,IRP(integrated relaxation pressure) in 2 second was 4 mmHg.

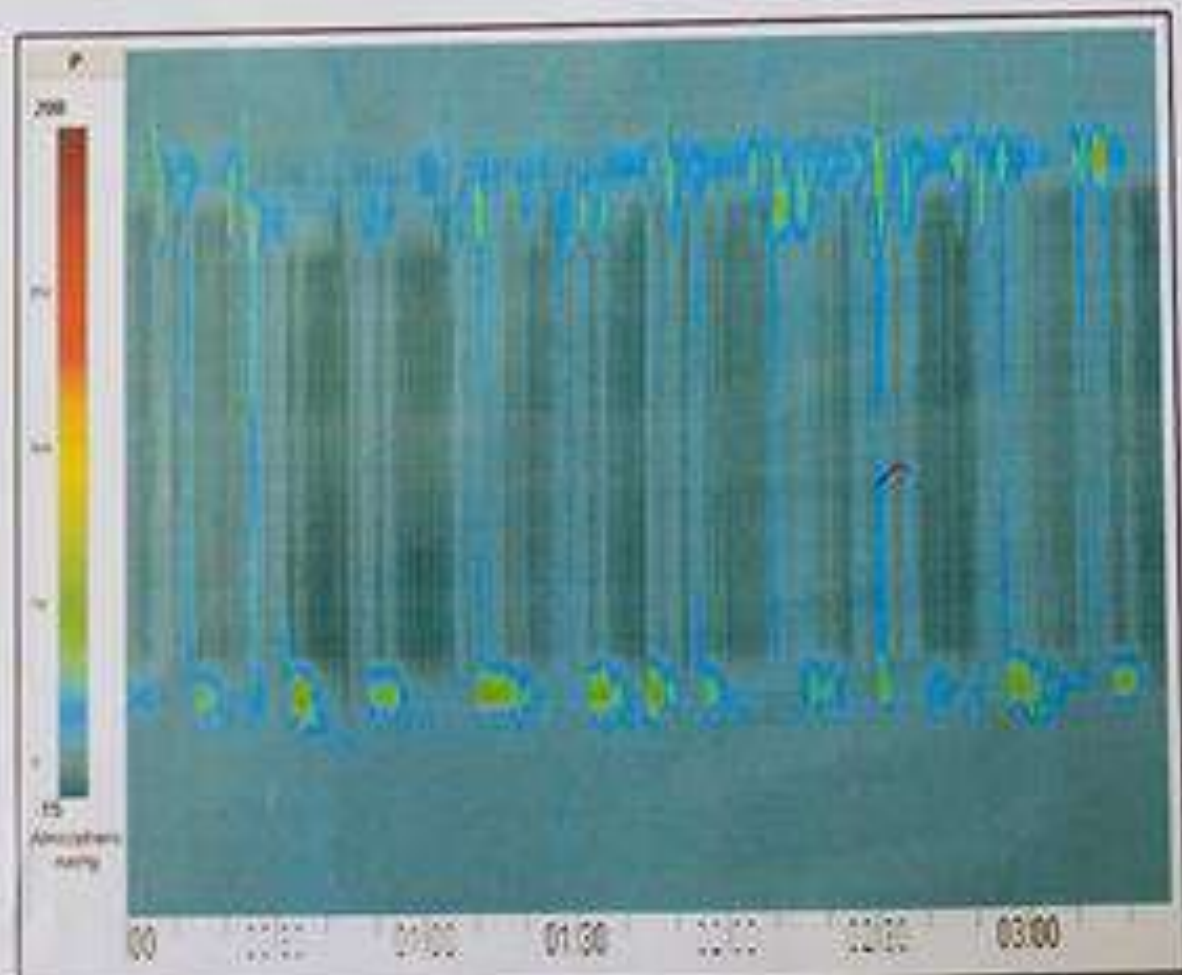
2-LES (lower esophageal sphincter) result :Upper border was 44.3 cm , **IRP was 4.03 mmHg**(normal<15mmHg) .

3- Result of esophageal body contraction in wet swallow : 100 % of wet swallow contraction were failed.

Investigation conclusion : Absent contractility

دکتر طارق محمد
طیاری تخصصی گوارش و کبد
استادیار و فوق تخصص
رشد انور زکی

Average of 10: Wet swallow 5 ml



UES

Upper border	22.0 cm
IRP 0.2 s	1.9 mmHg
IRP 0.8 s	4.4 mmHg

Chicago classification³

Absent contractility

* The normal values and analysis are according to the Chicago Classification³ as published in Neurogastroenterology & Motility, 2015, Vol. 27, Issue 2, p160-174. The classification is valid for adults and based on series of 10 swallows of 5 ml water each, swallowed in a supine posture. The Chicago Classification is only applicable for primary esophageal motility disorders. The actual diagnosis remains under all circumstances the responsibility of the clinician/physician.

Esophagus

DCI	1 mmHg.s.cm
Peristaltic breaks	17.2 cm

LES

Upper border	44.3 cm
IRP 4 s	4.2 mmHg
Intraabdominal length	-1.2 cm

Special Immunology

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>
Rheumatoid Factor	3.8	IU/ml

Immunology Department-Autoantibodies Scr

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>
Anti-dsDNA(IF)	<1/10 (Negative)	titer
C.ANCA (IF)	<1/20 (Negative)	titer
P.ANCA (IF)	<1/20 (Negative)	titer
ANA (IF)	<1/80 (Negative)	titer
	Cytoplasm positive	

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>
Anti Cardiolipin (IgM)	1.49	MPL/ML

Anti Cardiolipin (IgG)	1.21	GPL/mL
------------------------	------	--------

CH50	104.5	unit
------	-------	------

Cardiac Department

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>
C.P.K	H 149*	U/L

Brain MRI Without Contrast:

- 1. Brain Parenchyma (cerebral hemisphere, Cerebellum, Sella and Brainstem): No acute infarct or hemorrhage. No mass effect or herniation.*
- 2. Ventricles/Extra-Axial Spaces: No hydrocephalus or extra-axial fluid collections.*
- 3. Vascular system: Normal flow voids, without occlusion, or dissection.*
- 4. Paranasal sinuses and mastoid air cells: clear*
- 5. Extracranial Structures: Visualized structures are normal.*

IMP: Normal brain MRI

Immunology Department-Infectious Serology

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Reference Interval</u>
Wright test (SAT) Standard	Negative	titer	< 1/80 - Condition dependent
Agg Test		titer	Negative
Coombs Wright	Negative	titer	-----
2ME	Negative		

Urinalysis -

Macroscopic

Urine Analysis

Color	Dark Yellow
Appearance	Slightly Cloudy
S.G.	1.030
PH	5
Ascorbic Acid	Negative
Proteins	Trace
Glucose	Negative
Ketones	Negative
Urobilinogen	Normal
Bilirubin	Negative
Blood	Trace
Hemo/Myoglobin	Negative
Leukocyte esterase	Trace
Nitrite	Negative

Microscopic

W.B.C	5-10
WBC Clump	0
Bacteria	Few
Yeast	Not seen
Clue Cells	0
R.B.C	5-10
RBC Clump	0
Dysmorphic RBC	0
Isomorphic RBC	0
Squamous Ep. Cells	5-10
Transitional Ep. Cell	3-5
Sperm	0
Mucus	Not seen
Casts	Not Seen
Crystals	Uric Acid : M Calcium Oxa

خانم ۵۲ ساله

- بیمار بدون PMH با abdominal pain با ارجحیت در ناحیه هایپوگاستر و flank به همراه تهوع و استفراغ گه گاهی که بدون ارتباط با غذا خوردن بوده، مراجعه کرده. کاهش وزن ندارد ولی diarrhea با شروع از یک سال پیش را ذکر می کند:
- در آندوسکوپی انجام شده در تاریخ ۱۷/۱/۱۴۰۱:

- Submucosal lesion in esophagus
- Esophagitis LA_A
- Antral gastropathy

• وجواب پاتولوژی نمونه بیوپسی:

- Active chronic gastritis
- Intestinal metaplasia :Negative
- Dysplasia: Negative
- H.pylori ; positive

• هم چنین در کولونوسکوپی انجام شده در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۱۷ به علت OB مثبت:

- Diagnosis: peri-anal disorder

• در EUS انجام شده در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۶:

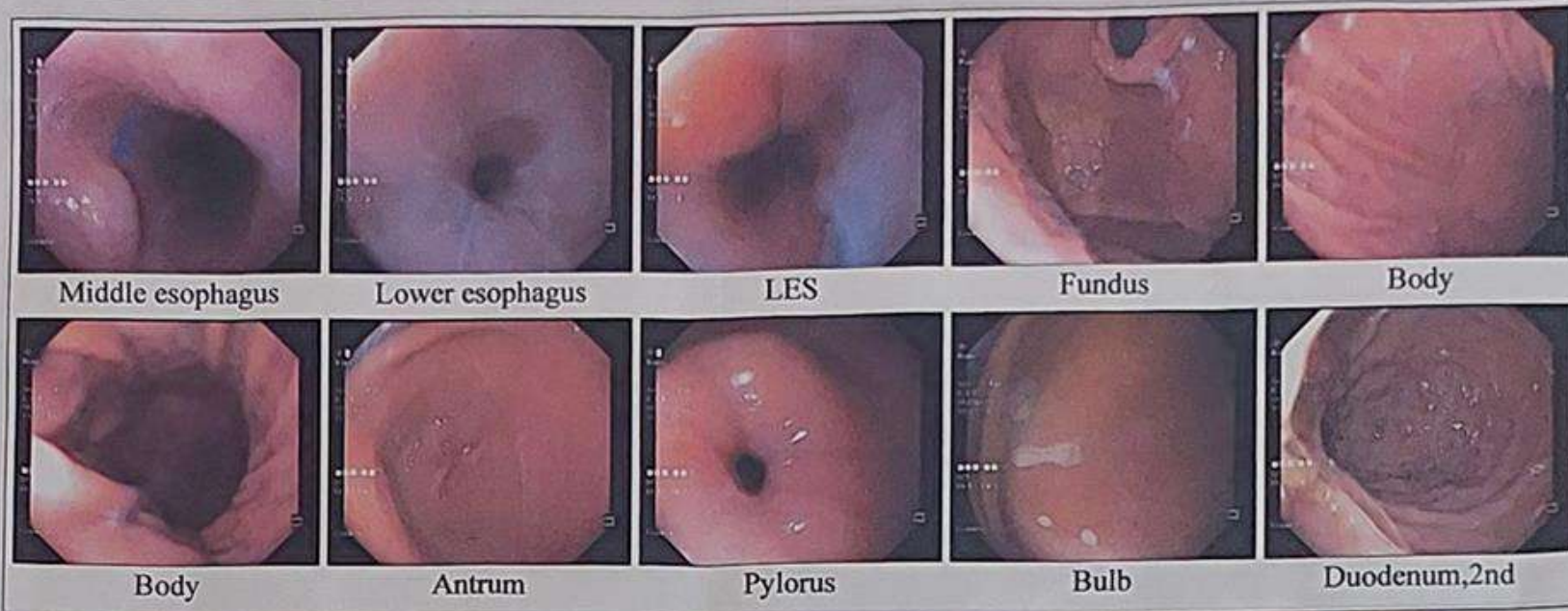
- Imp :A homogeneous hypoechoic lesion at middle third of esophagus originating from second layer(muscularis mucosa)
- Its EUS features are suggestive for leiomyoma, less likely possibility includes GIST.

• در Abdominopelvic CT SCAN with &without contrast :

- Normal abdominopelvic organ
- PDH: PPI, Doxepin

علت مطرح شدن

- بیمار خانم ۵۲ ساله با درد فلانک و شکم ۲ طرفه که کولونوسکوپی و آندوسکوپی و CT توجه کننده نبوده و درمان با PPI و Doxepin موثر نبوده است، جهت اقدام تشخیصی و درمانی مناسب؟



Reason for Endoscopy : Dyspepsia

Premedication : By Anesthesiologist with conscious sedation

Findings :

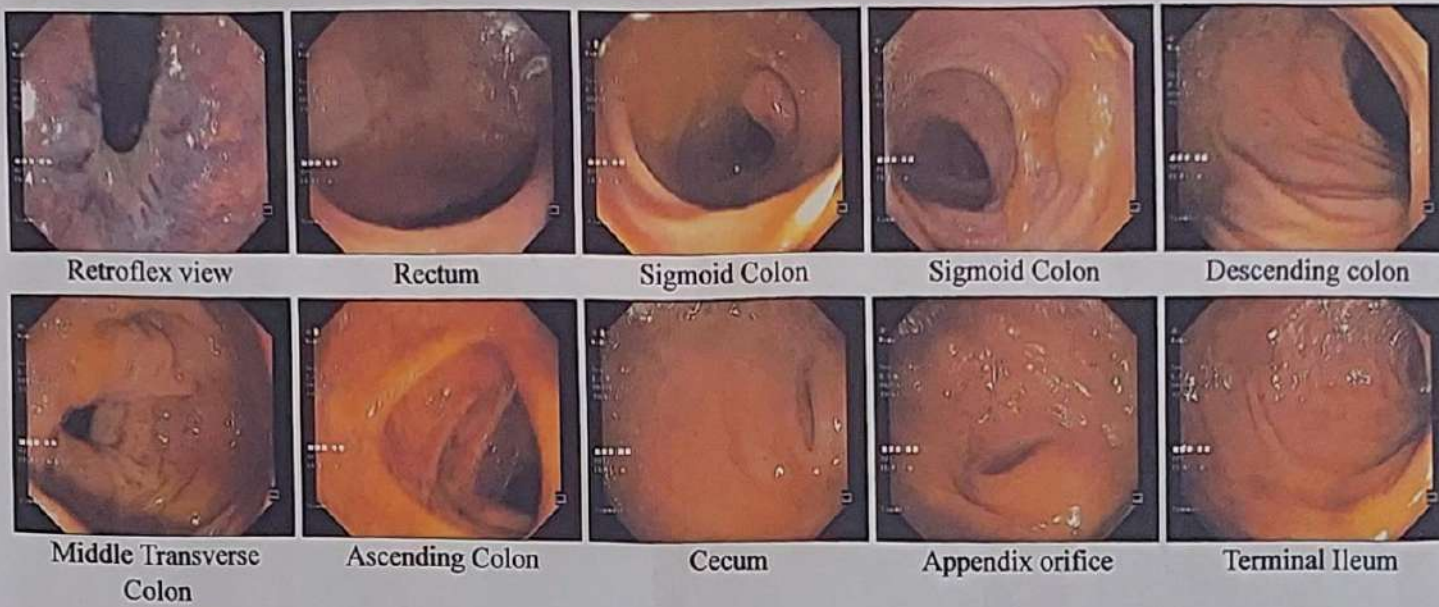
Esophagus : There was a sub-mucoal lesion with normal mucosa (size: 10 mm) in 24 cm incisor teeth.
Mucosal break < 5 mm in distal part of esophagus were seen.

Stomach : Cardia, fundus and body were normal.
Erythema and erosions in antrum were seen.
Biopsy from antrum were obtained.

Duodenum : Bulb and D2 were normal.

Diagnosis : Sub-ucosal lesion in esophagus
Esophagitis LA-A
Antral gastropathy

Recommendation : F/U pathology / PPI / EUS



Reason for Endoscopy : Positive OB

Premedication : By Anesthesiologist under conscious sedation

Description of procedure : Total colonoscopy was done up to terminal ileum. Boston bowel preparation score was 2, 2 and 2 in left, transverse and right colon, respectively.

Findings :

Anus : Was normal.

Retroflex View : Hypertrophid anal papilla was seen in retroflex view.

Rectum : Normal mucosa and vascular pattern.

Sigmoid : Normal mucosa and vascular pattern.

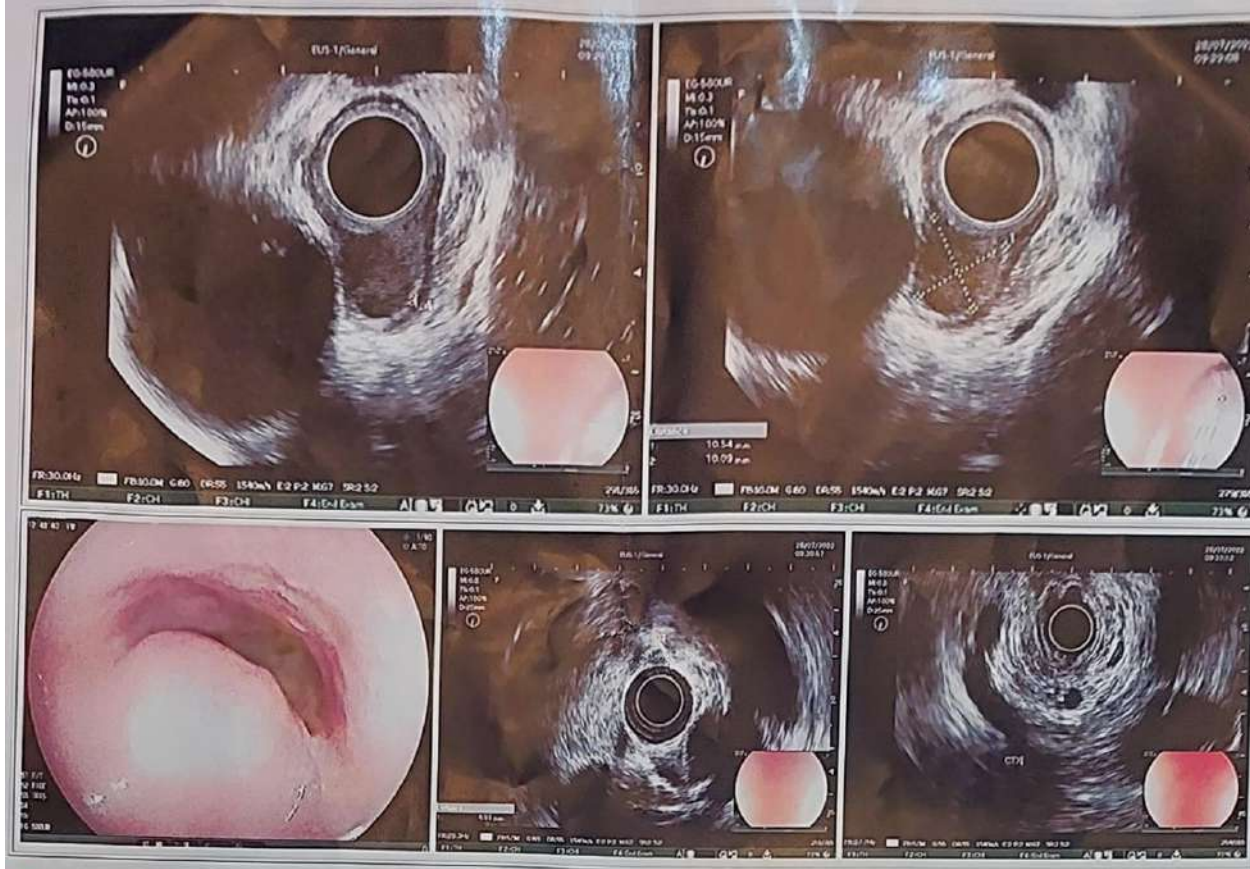
Descending Colon : Normal mucosa and vascular pattern.

Transverse Colon : Normal mucosa and vascular pattern.

Ascending Colon : Normal mucosa and vascular pattern.

Cecum : Was normal.

Terminal Ileum : Was normal.



Reason for EUS : Referred for evaluation of esophagus sub-epithelial lesion

Premedication : Midazolam and Propofol

Esophagus : On endoscopic view, there was a sub-epithelial lesion at middle third of esophagus. It was encountered at 24 cm from the incisors.
 On EUS the lesion was homogeneous and hypoechoic and located beside the aorta. It was measured up to 10x10 mm in diameter. It originated from second layer (muscularis mucosa) and limited on it.
 Its EUS features more likely suggestive for leiomyoma and less likely for GIST.
 There was a small mediastinal lymph node (5x5 mm) around the lesion.

Impression : A homogeneous hypoechoic lesion at middle third of esophagus originating from second layer (Muscularis mucosa).
 Its EUS features are suggestive for leiomyoma. A less likely possibility includes GIST.

Recommendation : Would recommend repeat EUS after one year

خانم ۶۳ ساله

- بیمار مورد DM و RA از ۶ سال پیش می باشد که در بررسی ها به صورت اتفاقی متوجه LFT مختل شده. بیمار abdominal pain و ضعف و بیحالی، خارش و ایکتر و کاهش وزن را ذکر نمی کند.
- در سونوگرافی انجام شده در تاریخ ۲۳/۱۲/۱۴۰۰
- کبد با span:149mm دارای حجم طبیعی بدون ضایعه فضاگیر و افزایش اکوژنیسیته پارانشیم کبد ناشی از fatty liver grade ۱ و قطر مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی نرمال. کیسه صفرا ضخامت جداری طبیعی بدون سنگ و اسلاژ

1900/12/19

Fbs:65	Cr: 0.83	Uric acid: 8.1
TG:124	Chol:225	HDL:62
LDL:138	AST:82	ALT:188
TSH:3/8	Ferritin:84	Vit D:66
Hb:12/4	Mcv:97	Mch:32
Plt:143000	INR:1/3	ALKP:193

Fibrosis-4 (FIB-4): 2.63

Metavir score: F4

• در FibroScan در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۲:

• سونوگرافی کالر داپلر عروق کبدی، پورت، طحال و IVC: Normal Doppler study

۱۴۰۱/۵/۱

Alb:4.7	AST:30	ALT:44
ALKP:206	Ceruloplasmin:37/6	Hbs Ag: negative
ANA: neg	INR:1	Anti HCV: non-reactive
Hb:12/.8	MCV:95	MCH:30
Plt:127000		

SPEP

Alphal:5.1	Alpha2: 12.1	Beta 1: 6
Beta2:4.8	Gamma: 13.8 (.98 gr/dl)	

- سولفاسالازین و پردنیزولون و هیدروکسی کلروکین و دیابزاید: DH

علت مطرح شدن بیمار

- بیمار با شرح دیابت و RA که در بررسی ها LFT مختل و F4= mtavir score
- آیا نیاز به بیوپسی کبد می باشد؟
- درمان های پیشنهادی؟