



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 ۳ / ۰ ۸

فهرست موارد ۸ خرداد ۱۴۰۲

صفحه	مسوول	بیمار	
۳	دکتر باقری	خانم ۴۳ ساله	۱۱۱۲۵۱
۸	"	خانم ۵۴ ساله	۱۱۱۲۵۲
۱۴	دکتر احمدی فر	خانم ۷۸ ساله	۱۲۲۴۷
۲۰	"	آقای ۴۴ ساله	۱۲۲۴۸

GI commission and grand round

۰۲/۰۳/۰۸

خانم ۴۳ ساله

- بیمار با سابقه فامیلی کانسر معده در مادر ۴۷ سالگی، خواهر ۲۷ سالگی و برادر ۳۰ سالگی که اکنون با شرح حال درد اپی گاستر تحت اندوسکوپی و بیوپسی معده قرار گرفته است، بیمار تحت درمان ریشه کنی هلیکوباکتری قرار گرفته است.
- سوال: با توجه به سوابق فامیلی بیمار و جواب بیوپسی آیا نیاز به پروفیلاکتیک گاسترکتومی دارد؟



Hypopharynx

Lower third

Fundus

Fundus

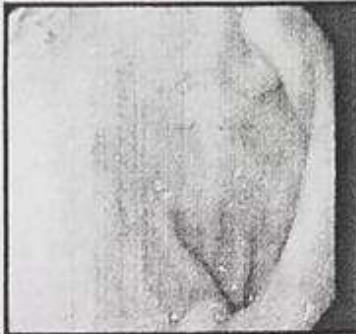
Antrum



Antrum



Antrum



Bulb



2nd portion

Reason for endoscopy : Epigastric distress/ pain, Dyspepsia , Familial history of neoplasm

Premedication : The patient was well informed about the common complication , the procedure was done by conscious sedation (midazolam+pethidine) under the supervision of physician.

Description of procedure : The video endoscope(OLYMPHUS) was introduced Up-to the duodenum with the following findings. Quality of the procedure was Adequate

Esophagus : Crico-pharyngeus, Upper third, Middle third and Lower third were normal

Stomach : Cardia (Retro-vision Maneuver), Fundus and Body were normal , Mucosa of incisura, antrum and pre-pyloric were patchy erythematous with few erosions , Pylorus was normal

Duodenum : Bulb, 2nd part of the duodenum and Area of papilla were normal



Final Diagnosis

Stomach : Gastritis - Erythematous/erosive / Gastric mappi) BX was taken.

Specimen Description:

The sample submitted for consultation consist of 2 slide and 2 paraffin block , labeled as Gastric(body & antrum) biopsy.

Cilical data :

patient is 43 years old female presenting with epigastric distress & dyspepsia, Familial history of gasrtis neoplasm.

Microscopic:

A)Sections from gastic biopsy show antral type mucosa with surface ulceration, mucus secreting glands and intervening lamina properia. Lymphoplasmasitic infilirate in lamina properia is present(individual and aggregate form). neutrophilic infiltration into the glands (activity) is noted. Regenerative change is characterized by mucin loss, cytoplasmic basophiliaand hyperchromatic nuclei .No intestinal metaplasia & malignancy is seen in this specimen. Afew H.pylori organism is seen.

A) Sections from gastic biopsy show body type mucosa, mucus secreting glands and intervening lamina properia.The glands contain bland-looking mucus-producing cells.The epithelial cells show basally located nuclei with a round to oval contour, fine nucleoli and even distroubtion of chromatine. Lymphoplasmasitic infilirate in lamina properia is present.No dysplasia ,intestinal metaplasia & malignancy is seen in this specimen.

DX:

A) Stomach , mucosa , antrum ,biopsy ;

-Antral type mucosa with moderate to severe erosive chronic active follicular gastritis.

-H.Pylori is seen

B)Stomach mucosa, body , biopsy ;

-body type mucosa with chronic active gastritis.

Note : Dear Professor, patient followup Re-biopsy after treatment is recommended.

شرح ماکروسکوپی: نمونه در ۲ ظرف اول ارسال شده است:

ظرف اول با شماره A با عنوان بیوپسی بادی، شامل ۲ قطعه کوچک کرم رنگ جمعا به ابعاد ۰,۲*۰,۴*۰,۶ سانتی متر است که تماما پاس شد.

ظرف دو با شماره B با عنوان بیوسی آنتروم، شامل ۱ قطعه کوچک کرم رنگ جمعا به ابعاد ۰,۲*۰,۲*۰,۴ سانتی متر است که تماما پاس شد.

شرح میکروسکوپی: در بررسی میکروسکوپی نمونه های ارسالی از:

(A) بادی: مقاطع کوچکی از بافت مخاطی معده با آرایش غددی طبیعی دیده می شود که در آستر مخاط ادم و ارتشاح نسبتا زیاد لوکوسیت های التهابی لنفوپلاسماسل و تعداد نه چندان کم نوتروفیل با نفوذ به اپی تلیوم مشهود است. هسته سلول های اپی تلیال بعضا درشت و هایپرکروم می باشند که به نظر تغییرات راکتیو به التهاب است. در این نمونه هلیکوباکتر پیلوری، متاپلازی روده ای و آثار دیسپلازی و مالیگنانسی مشاهده نگردید.

(B) آنتروم: مقاطع کوچکی از بافت مخاطی معده دیده می شود که نسبت غدد به استروما کاهش پیدا کرده است و در آستر مخاط ادم و ارتشاح قابل توجه لوکوسیت های التهابی لنفوپلاسماسل با تشکیل فولیکول لنفاوی و تعدا زیاد نوتروفیل با نفوذ به اپی تلیوم و تشکیل میکروآبسه نوتروفیلی دیده می شود. هسته سلول های اپی تلیال درشت و هایپرکروم می باشند که به نظر تغییرات راکتیو به التهاب است. در این نمونه هلیکوباکتر پیلوری، متاپلازی روده ای و آثار دیسپلازی و مالیگنانسی مشاهده نگردید. در صورت صلاحدید پیگیری بیمار و بیوپسی مجدد پس از درمان پیشنهاد می گردد.

DX)A) Gastric mucosal biopsy(Body):

Severe active chronic gastritis

B) Gastric mucosal biopsy(Antrum):

Acute on chronic gastritis with mild atrophic changes

Patient follow up & rebiopsy after treatment recommended



02/03/08

خانم ۵۴ ساله

- بیمار با سابقه کولیت اولسراتیو از ۱۵ سال پیش که تحت درمان با مزالازین، آزارام در ابتدا که از حدود ۲ سال پیش با توجه به آرتریت بیمار داروهای بیمار به سولفاسالازین هر ۸ ساعت ۲ عدد و آزارام روزی ۱ عدد و آدالیموماب و پردنیزولون ۵ تغییر یافته است (با توجه به درگیری مفاصل یک دوره سینورا قطع و متوتروکسباب آغاز که با توجه به عوارض و عدم تحمل دارو قطع شده است). بیمار ذکر می کند به دنبال تغییر داروها از ۲ سال پیش دچار تشدید دفعات رکتوراژی شده است.
- سوال: با توجه به عدم پاسخ بالینی و همچنین پاتولوژی جهت روند درمانی معرفی شده است.



Rectum



Sigmoid Colon



Mid Ascending Colon



Cecum



Terminal Ileum

Reason for Endoscopy: F.U.

Reason for Endoscopy : Follow up of Ulcerative Colitis

Findings :

Anus : , internal and external hemorrhoid

Rectum : Erythematous and Congested and Granular Mucosa were seen.

Sigmoid : Erythematous and Congested and Granular Mucosa were seen. Biopsy was taken from sent to pathology.

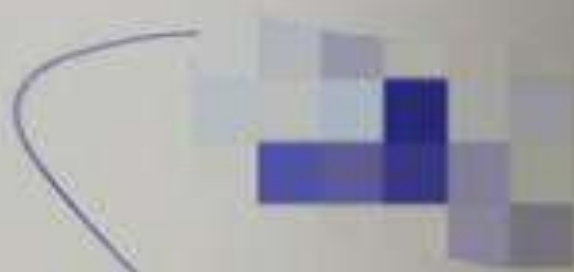
Descending Colon : Erythematous and Congested and Granular Mucosa were seen.

Transverse Colon : Erythematous and Congested and Granular Mucosa in distal Hepatic flexure were seen. Biopsy was taken from sent to pathology.

Ascending Colon : Normal.

Cecum : Normal.

Terminal Ileum : Normal.



Macroscopic Description:

Received specimen in formalin Consist four soft tan pieces total measuring 2x0.5x0.2 cm.

Microscopic Description:

Marked chronic inflammation consist lymphoplasma cell and eosinophil in lamina propria and basal plasmacytosis in addition crypt disarray was seen in all specimen and all part of each specimen .In addition acute inflammatory cell was seen in lamina propria and crypt (cryptitis) with crypt abscess formation .Granuloma was not seen.

Diagnosis:

Colon Biopsy:

- **Ulcerative Colitis, Moderate Activity; IBD-DCA score; D2, C2, A2**
- **Negative for Dysplasia**

NOTE; The scoring system (the IBD-DCA score developed by the consensus group based on the factors of distribution (D) of changes, chronic injury (C) and activity of inflammation (A) is a proposal for a standardized and user-friendly tool for histologic activity assessment. The scoring system (the IBD-DCA score developed by the consensus group based on the factors of distribution (D) of changes, chronic injury (C) and activity of inflammation (A) is a proposal for a standardized and user-friendly tool for histologic activity assessment. Each parameter get one out of three score based on severity of the changes as: 0 =when there is no change : 1=when there mild changes : 2= in severe changes.

Blood Biochemistry

Test	Result	Unit	Reference Interval
Blood urea Nitrogen	9.5	mg/dL	8 - 25
Creatinine	1.0	mg/dL	0.6 - 1.3
S.G.O.T (AST)	31	U/L	Up to 31
S.G.P.T (ALT)	18	U/L	Up to 32
Alkaline Phosphatase	186	U/L	=<15 years: 180-1200 >15 years :64-306
e. Glomerular Filtration Rate	58	mL/min/1.73m ²	e GFR: >60 Normal use for 18-100 years only

Specific Biochemistry

Test	Result	Unit	Method	Reference Interval
Gamma GT	12	U/L		Up to 32

Hematology

Test	Result	Unit	Reference Interval	Differential
E.S.R 1 hrs	3.0	mm/hr	Up to 30	

Serology

Test	Result	Unit	Method	Reference Interval
C Reactive Protein	Negative			

Immunology

Test	Result	Unit	Method	Reference Interval
Stool calprotectin	188			<50 : Negative >50 : Positive 350 : Median value in patients with symptomatic colorectal cancers 200-40000 : Active , symptomatic inflammatory bowel disease



02/03/08

خانم ۷۸ ساله

- بیمار با سابقه جراحی معده حدود ۴۰ سال پیش به علت PUD که از حدود ۳ ماه پیش دچار Abdominal pain با ارجحیت در ناحیه هایپوگاستر، بدون ارتباط با غذا خوردن، با انتشار به پشت شده. شرح حال کاهش وزن و تغییر اجابت مزاج را ذکر نمی کند.
- سونوگرافی شکم و لگن:
- کبد حجم و اندازه و اکوی نرمال داشته و فاقد توده فضاگیر می باشد.
- قطر ورید پورت نرمال و برابر با ۱۳ mm می باشد.
- مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی اتساع غیر طبیعی نداشته اند.
- کیسه صفرا متسع با جدار نازک فاقد سنگ و التهاب.
- ابعاد طحال ۱۱۲ × ۶۰ mm نرمال می باشد. در **طحال ندول هایپو اکو به قطر ۱۴ mm** دیده می شود. (متاستاز و هامارتوم و...) لنفادنوپاتی پارائورتیک دیده نشد.

- Spiral CT scan of abdominal pelvic regions with Po & Iv contrast;
- **18 mm ill defined hypodense mass in spleen.** Its feature is non specific ,so if clinically indicated follow up sonography is advised.
- **Well defined mass like lesion in middle abdominal cavity with mesenteric fat stranding and multiple small soft tissue nodules** which seems surrounded by pseudo capsule and cause mass effect on adjacent structure suggestive for sclerosing mesenteritis.

• آندوسکوپى ← Normal

• کولونوسکوپى ← Internal Hemorrhoid & Diminutive polyp

• بیوپسى:

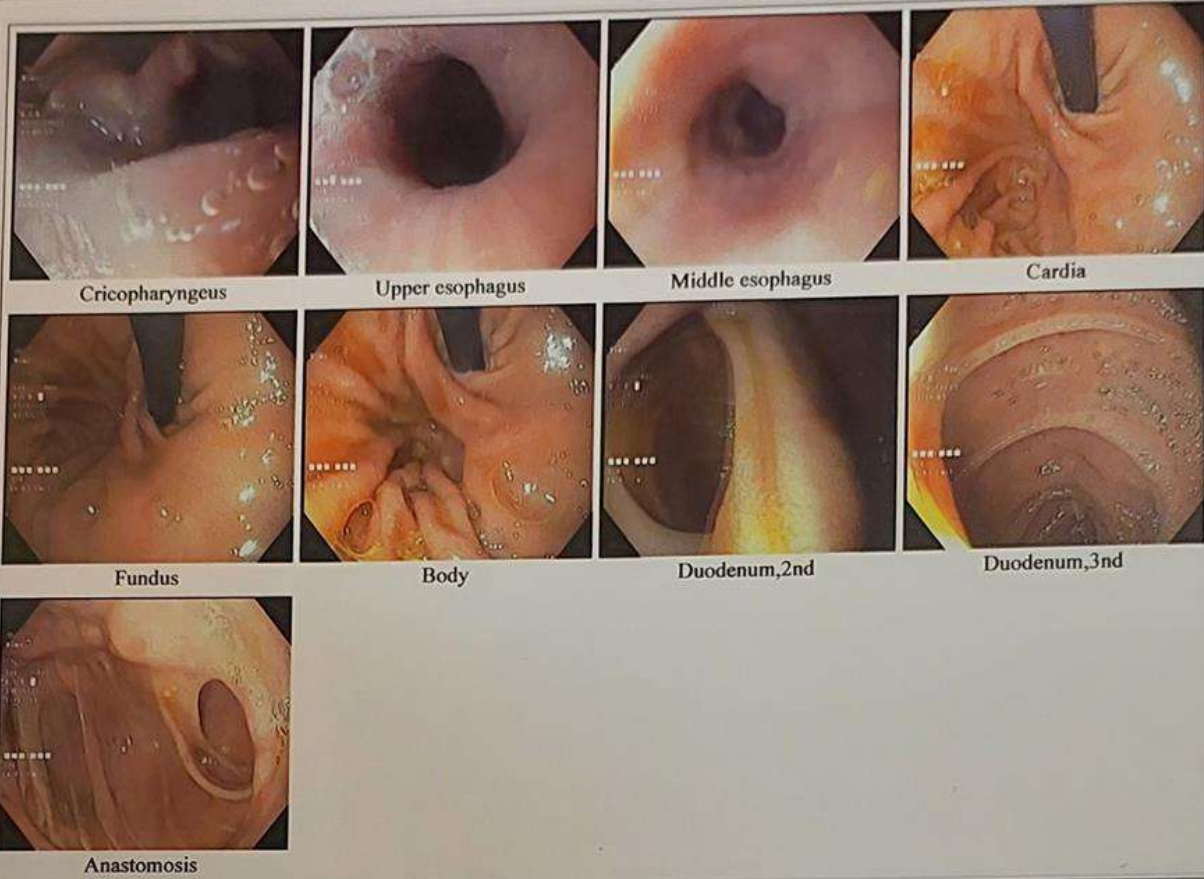
- Sigmoid polypectomy:
- Tubular adenoma with low grade dysplasia and free clearance margin

BUN:14	Cr: 0.8	AST: 12
ALT:11	Alkp: 237	Ferritin: 116
TSH:1.69	AFP: 0.637	CEA: 1.41
CA19-9: 12.92	HB: 12/9	MCV: 87
MCH: 29	Plt: 153000	S/E: NI

علت طرح

- بیمار شرح حال درد شکم و شرح حال spleen mass و گزارش sclerosing mesenteritis.

- اقدام تشخیصی و درمانی مناسب؟



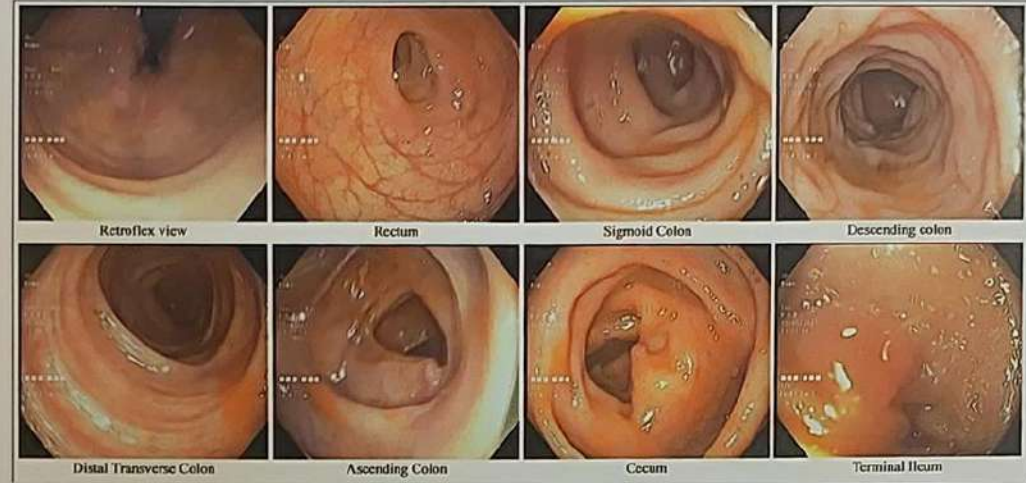
Reason for Endoscopy : Dysphagia (Previous history of subtotal gastrectomy)

Premedication : By Anesthesiologist

Findings :

Esophagus : Cricopharynx and Upper third and Middle third and Lower third were normal.

Stomach : Cardia and Fundus were normal.



Reason for Endoscopy : Screening for CRC

Premedication : By Anesthesiologist

Findings :

Anus : Internal Hemorrhid

Retroflex View : Internal Hemorrhid

Rectum : Normal

Sigmoid : A diminutive polyp was seen and pence Polypectomy was done.

Descending Colon : Normal

Transverse Colon : Normal

Ascending Colon : Normal

Cecum : Normal

Terminal Ileum : Normal

Diagnosis : Internal Hemorrhid - Diminutive polyp

Recommendation : F/U the pathology



02/03/08

آقای ۴۴ ساله

- بیمار مورد Ulcerative colitis از ۱۱ سال پیش که به دنبال بروز rectal bleeding و diarrhea و انجام کولونوسکوپی و بیوپسی تشخیص داده شده و با درمان دارویی بعد از یک سال بهبود کلینیکال پیدا کرده.
- از حدود ۶ سال پیش به دنبال بروز back pain، خستگی و خشکی صبحگاهی بیش از یک ساعت به پزشک روماتولوژی ارجاع داده شده که پس از بررسی ها با تشخیص AS بیمار تحت درمان با داروی بیولوژیک قرار گرفته : Anti TNF = Remicade
- و علائم کلینیکی مربوط به AS بهبود چشمگیر داشته و در حدود یک سال پیش به دنبال تشدید Abdominal pain و diarrhea مجدداً تحت بررسی قرار گرفته و برای بیمار کولونوسکوپی انجام شده که:

کولونوسکوپى:

۱۴۰۱/۴/۲۸

- Rectum: Normal mucosa and vascular pattern
- Rectosigmoid junction: Normal vascular pattern. **Multiple polypoid lesions** were present.
- Sigmoid: **Decrease in vascular marking ,mucosal edema, erythema and superficial erosions were seen. Multiple polypoid lesions** were present, Multiple biopsies were taken
- Descending colon: **Decrease in vascular markings mucosal edema ,erythema & superficial erosions were seen.**
- Transvers colon: Normal vascular pattern. **Multiple diminutive lesions** were present that biopsies were taken.
- Ascending colon: Normal mucosa & vascular pattern
- Cecum: Normal mucosa &vascular pattern
- Terminal Ileum: Normal up to 1cm from ileocecal valve
- **Diagnosis:** Active colitis as mentioned above.

• جواب پاتولوژی نمونہ بیوپسی:

- Colon ,Transverse part ,polyp ,polypectomy:
- Can be suggestive of mucosal polyps.
- No evidence of dysplasia or malignancy.
- Colon, descending part ,polyp, polypectomy :
- One fragment suggestive of hyperplastic polyp
- Two fragment can be suggestive mucosal polyps.
- No evidence of dysplasia or malignancy

- **Colon ,Transverse part ,polyp ,polypectomy:**
- Can be suggestive of mucosal polyps.
- No evidence of dysplasia or malignancy.

- **Colon, descending part ,polyp, polypectomy :**
- One fragment suggestive of hyperplastic polyp
- Two fragment can be suggestive mucosal polyps.
- No evidence of dysplasia or malignancy

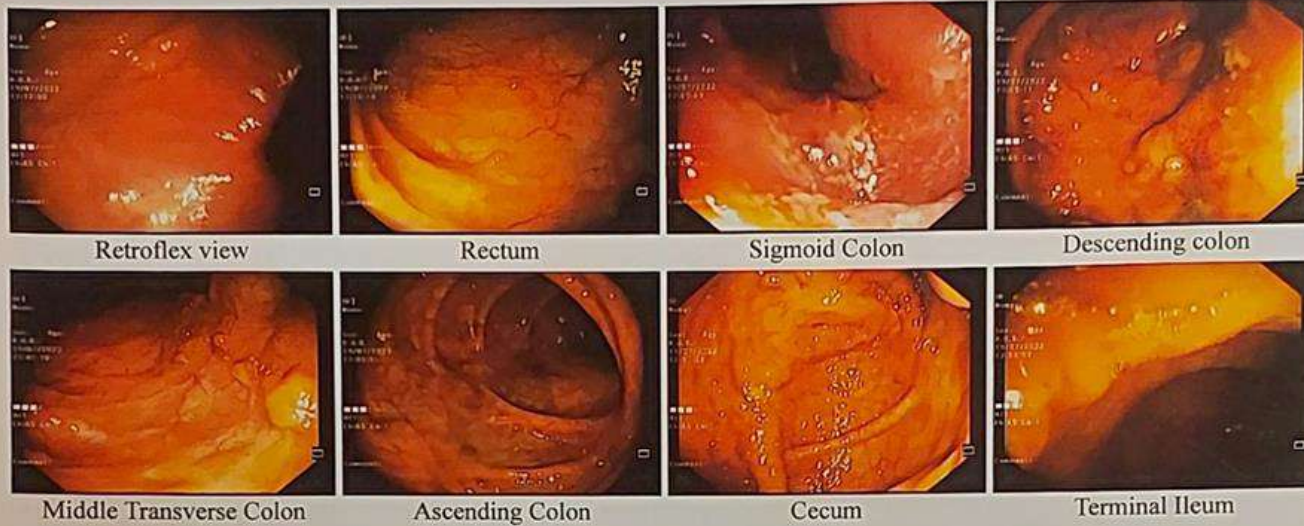
• در حال حاضر بیمار abdominal pain ندارد، diarrhea ندارد و تحت درمان با Remicade بوده که سطح خونی مناسب ندارد و Ab افزایش دارد.

• DH : Azathioprine, Asacol, metronidazole, Remicade

Hb: 15.6	MCV: 90	MCH:31
Plt: 208000	FBS: 105	Cr: 1/1
AST: 17	Alt: 23	CRP: 2
TG: 174	Chol: 202	HDL: 55
LDL: 112	VITD: 22	TSH: 0.69
T3: 134	T4: 0.9	
Infliximab trough level: 0.23 (>5)		
Anti-Infliximab level: 44		

علت طرح

- بیمار مورد UC + AS که علی رغم درمان های دارویی و مصرف Remicade، سطح خونی مناسب ندارد و افزایش Ab دارد و هزینه مالی برای تعویض دارو به vedolizumab هم ندارد. بیمار علامت کلینیکی ندارد ولی در کولونوسکوپی Mucosal healing ندارد. آیا توصیه به Surgery می شود یا نه؟



Reason for Endoscopy : Known case of ulcerative colitis

Premedication : Propofol IV

Description of procedure : The procedure was done up to terminal ileum.
BPPS was 2,2,2 in right, transverse and left colon, respectively.

Findings :

Retroflex View : Normal

Rectum : Normal mucosa and vascular pattern

Rectosigmoid Junction : Normal vascular pattern. Multiple polypoid lesions were present.

Sigmoid : Decrease in vascular markings, mucosal edema, erythema and superficial erosions were seen.
Multiple polypoid lesions were present.
Multiple biopsies were taken.

Descending Colon : Decrease in vascular markings, mucosal edema, erythema and superficial erosions were seen.

Transverse Colon : Normal vascular pattern.
Multiple diminutive lesions were present that biopsies were taken.

Ascending Colon : Normal mucosa and vascular pattern

Cecum : Normal mucosa and vascular pattern

Terminal Ileum : Normal up to 10 cm from ileocecal valve

See you
soon