



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 / ۲ ۲

## فهرست موارد ۲۲ خرداد ۱۴۰۲

صفحه	مسوول	بیمار	
۳	دکتر باقری	آقای ۴۲ ساله	۱۱۱۲۵۹
۱۱	"	آقای ۵۲ ساله	۱۱۱۲۵۷
۲۴	دکتر احمدی فر	آقای ۱۷ ساله	
۳۰	"	خانم ۵۰ ساله	

GI commission and grand round

۰۲/۰۳/۲۲

## آقای ۴۲ ساله

- بیمار با BMI بالا و سابقه عمل جراحی فتق و عمل جراحی ابدومینوپلاستی همزمان ۲ سال پیش، که به دنبال عمل جراحی و عوارض آن، تحت عمل جراحی مجدد (با توجه آبسه های شکمی به دنبال عمل جراحی که مجدد یکسال بعد تحت عمل جراحی قرار گرفته است و درن تعبیه).
- بیمار بعد از عمل جراحی ۲ نوبت تحت دچار پانکراتیت شده است. با توجه به پانکراتیت مکرر بیمار و بررسی ها چه اقدامات تشخیصی، درمانی توصیه می شود؟

Specimen:

*Abdominal wall*

Macroscopy:

*Received specimen in formalin consists of several fibrofatty tissue fragments totally measured 9x7x2.5cm with hard consistency containing purulent material.*

Microscopy:

*Slide reveals dermal fibrosis with massive mixed inflammatory cell infiltration, multinucleated giant cells and microvessel proliferation. fat necrosis also were seen.*

*There is no evidence of malignancy in this specimen.*

Diagnosis: *Abdominal wall resection:*

*Acute on chronic inflammation and fat necrosis around foreign body.*

## سونوگرافی از نسج نرم جدار شکم در محل جراحی :

در سونوگرافی از محل جراحی هرنیورافی (اسکار عمودی شکم) در خط وسط شکم شواهد سلولیت به صورت افزایش اکوی چربی زیرجلدی و ادم زیرجلدی رویت می شود.

در سونوگرافی از محل جراحی ابدومینو پلاستی (اسکار افقی قسمت تحتانی شکم) تصویر یک ناحیه کیستیک با جدار ضخیم همراه با اینترنال اکو و سپتای فراوان در سمت چپ که تا وسط شکم و سمت راست نیز امتداد دارد (قسمت بیشتر آن در سمت چپ می باشد) به ابعاد تقریبی  $151*73*100\text{mm}$  و حجم تقریبی  $580\text{cc}$  در فاصله  $11\text{mm}$  از سطح پوست رویت می شود که می تواند مطرح کننده هماتوم و یا کالکشن باشد.

همچنین شواهد سلولیت (به صورت افزایش اکوی چربی زیرجلدی و ادم زیرجلدی) در محل اسکار ابدومینو پلاستی رویت شد.

# Hematology

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Reference Range</u>
<b><u>CBC</u></b>			
W.B.C	<b>H▲ 10600</b>	10*3/ $\mu$ l	4000-10000
R.B.C	5.72	10*6/ $\mu$ l	3.9-6
Hemoglobin	16.6	gr/dl	M :13.5-18
Hematocrit	49.5	%	36-51
M.C.V	87	fl	80-105
M.C.H	29	pg	26-31
M.C.H.C	33.5	%	32 - 37
RDW	12.4	%	9 - 14.5
Platelets	335	10*3/ $\mu$ l	140- 450
MPV	9.8	fl	
PDW	12.1	fl	
<b><u>Differential</u></b>			
Neutrophils	62.0	%	20-75
Lymphocyte	31.2	%	15 - 44
Mix%	6.8	%	
Neu#	6.6	#	
Lym#	3.3	#	
Mix#	0.7	#	
R 1st hr	<b>H▲ 46</b>	mm/hr	0 - 20

... full automated cell counter and confirmed by peripheral blood s



## *Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography:*

- 1. Gall bladder: normal appearance and volume. without gross abnormality or filling defects*
- 2. Intrahepatic bile ducts and common hepatic and common bile ducts: not shown dilatation. No obvious filling defect in CHD or CBD*
- 3. Cystic duct: tortuosed without dilatation*
- 4. Peribiliary spaces: normal signal*
- 5. The diameter of biliary ducts are as follow:*  
*RHD= 2mm    LHD=2mm    CHD=5mm    CBD= 5mm    PD=4mm*
- 6. Liver: parenchymal shows normal volume without space occupying lesion or abnormal signal intensity*
- 7. Pancreas: Distal body and tail of pancreas are mildly prominent with peripheral edema (correlation with lab data to R/O of pancreatitis). No fluid accumulation.*
- 8. Both kidneys, spleen and adrenal glands and visualized bowel are grossly normal.*
- 9. No free fluid, lymphadenopathy or osseous abnormality.*



**Blood Biochemistry**

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Reference Range</u>
Fasting Blood Sugar	H▲ 410*	mg/dL	70-115
Urea	35	mg / dl	19 - 44
Creatinine	1.09	mg /dl	Men: 0.7-1.3 Women: 0.6-1.2 child: 0.5-1.2 Neonates :0.24 -1.0
Cholesterol Total	H▲ 367	mg/dL	normal: <200 Borderline: 200-240 abnormal: >240
Triglycerides	H▲ 441	mg/dL	normal: <200 Borderline: 200-400 abnormal: >400
HDLcholestrol	53	mg / dl	Men:30-70 Women:30-85
LDL cholestrol	H▲ 274	mg /dl	Notreatment <150 Suspect range 150-150 Treatment required >190
LDL/HDL Ratio	5.2	Ratio	0.5-3: Low Risk 3-6 : Moderate > 6 : High Risk
Cholestrol/HDL Ratio	6.9		Low Ris: Less than 4.4 Moderate Risk : 4.4-11 High Risk : More than 11
S.G.O.T (AST)	15	U/L	Male:<37 Female:<31
S.G.P.T (ALT)	29	U/L	Male:<41 Female:<31
Alkaline Phosphatase	255	U/L	Adult:100-275 Children(1 - 12 years) :<727 Female(13 - 17 years):<448 Male(13 - 17 years):<935

\* = Rechecked

## اقای ۵۲ ساله

- بیمار با سابقه یبوست و اسهال متناوب از سال ها پیش که مهر ماه گذشته به دنبال درد شکم در ناحیه تحتانی سمت راست و تب با تشخیص آپاندیسیت تحت عمل جراحی قرار می گیرند که در شرح عمل: (آپاندیس مختصری ملتهب بود که آپاندکتومی انجام شد، اوزینگ منشر خون از همه مخاط ایلئوم داشت، توده بسیار ملتهب در ناحیه دیستال سکوم داشت، با توجه به اوزینگ شدید داخل شکمی، محل پک شد). بیمار دو روز بعد از عمل مجددا جهت خروج پد به اتاق عمل منتقل می شود و پد خارج می شود. بیمار بعد از یک هفته با حال عمومی خوب مرخص می شود.

## یک هفته بعد

- بیمار از ترخیص مجدد با علامت دیستانسیون شکم بستری می شود و با توجه به افت هموگلوبین ۳ واحد خون دریافت می کند و مرخص می شود. با توجه به ادامه دیستانسیون و درد شکمی تصمیم به تغییر جراح معالج گرفته می شود و بعد از بستری در بیمارستان با تشخیص انسداد کامل تحت عمل جراحی قرار می گیرد: "چسبندگی شدید روده باریک در ناحیه فاشیا مشهود بود که انترولیز وسیع انجام شد. در ناحیه لگن در قسمت زیر فاشیا در ناحیه ناف در قسمت رکتوم و سکوم در سمت راست توده ای بسیار بزرگ لمس شد که سکوم را در سمت راست درگیر کرده بود. در سمت راست در ناحیه توده پرفوریشن اتفاق افتاده بود. لوپ های روده باریک شدیداً ملتهب و دیلاته بوده است و با توجه به وسعت درگیری در ناحیه شکم در فاصله ۲۰ سانتی متری ایلوسکال روده باریک رزکت شد و ایلوستومی تعبیه شد. با توجه به خونریزی منشر محل عمل پد شد. حدود سه روز بعد بیمار مجدداً جهت خروج پد تحت عمل جراحی قرار گرفت و ایلوستومی بیمار حفظ شد و از توده نمونه برداری شد."

- در نمونه بافت شناسی التهاب گسترده و منتشر دیده شد و شواهدی به نفع بدخیمی گزارش نشد.

- با توجه به عمل های جراحی توصیه به کولونوسکوپی ۴ ماه بعد شد. بیمار طی این مدت چندین نوبت بستری با افت فشار و هموگلوبین داشته است و یک نوبت با شرح حال DVT بستری گردیده است.
- در اردیبهشت ماه امسال جهت کولونوسکوپی بستری گردیده و تحت کولونوسکوپی قرار گرفت و بیوپسی (در پاتولوژی التهاب شدید و نکروز گزارش شده است) و با توجه به کالکشن موجود در جدار شکم تخلیه زیر گاید سونوگرافی جهت بیمار انجام شد. بیمار از فروردین ماه تحت درمان با مزالازین ۵۰۰ هر ۱۲ ساعت و اکسایین می باشد.

• سوال: جهت بیمار چه اقدام درمانی توصیه می شود؟

تشخیص قبل از عمل:

آب سرد

Post-OP Diagnosis :

تشخیص بعد از عمل:

See the path

Type of Operation :

نوع عمل جراحی:

لاپاروسکوپی

۸۰۱۹۹۵

Specimen:

Yes:

No:

No:

تعداد

خیر

بلی

نه برداشته شده:

Procedur and Findings:

عمل و مشاهدات:

Handwritten notes in Persian describing the procedure and findings, including mentions of 'MSS' and 'laparoscopy'.

Cont of Swabs / Instrument is correct? Yes:  No:

The Specimen Sent To Laboratory: Yes:  No:

Nurses of OP. Room Sign:



برگه گزارش عمل جراحی

Source of specimen

Gross Examination

آپاندیس به طول 4 قطر 1 سانتیمتر سرورز پر خون  
امنتوم : قطعات نسوج زرد رنگ بزرگترین به ابعاد 5.5\*5\*2 سانتیمتر در برش نرم

Microscopic Examination

Diagnosis / Impression

- 1- APPENDECTOMY:  
REACTIVE LYMPHOID FOLLICULAR HYPERPLASIA OF APPENDIX.
- 2- OMENTUM:  
CONGESTED FIBROFATTY TISSUE WITH ONE REACTIVE LYMPH NODE.

M.Mehdi zadeh.M.D  
MD AP-CP

F.Yazdani Puor.M.D  
MD AP-CP

جواب این آزمایش بدون مهر و امضای پاتولوژیست فاقد ارزش میباشد

Chief Complaint Of The Patient History & Primary Diagnosis:

شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه: درد شکم

بیمار آقای ۴۲ ساله مرد در تاریخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵ به بیمارستان ...  
در تاریخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵ به بیمارستان ...  
در تاریخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵ به بیمارستان ...

نیزات ندارد

سنگ

Final Diagnosis:

تشخیص نهایی: آپاندیسیت

Medical & Surgical Procedures:

اقدامات درمانی و اعمال جراحی:

WBC: 91000

در تاریخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۵ ...  
نتایج آزمایش های پاراکلینیک: ...  
نتایج آزمایش های پاراکلینیک: ...

Results of Paraclinical Examination:

نتایج آزمایش های پاراکلینیک:

Disease Progress(Cause of Death):

سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):

Patient's Condition At The Time of Discharge:

وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بیمار با حال عمومی خوب و دست و پاها سردی ندارد

Recommendations after Discharge:

توصیه پس از ترخیص: توجه به سبزی سرفه نشود

acute peritonitis due to mass	نوع عمل
کد عمل فراخوانی: ۴۰۰۸۷۰ ۴۰۱۱۷۶ ۴۰۰۹۹۰ ۴۰۱۹۹۵	explorative laparotomy and entrolysis and end ileostomy . secoud look
کد تعدیلبی	
تعداد	تعداد
۲۵۰	بلی
سوابه جهت آزمایش فرستاده شده؟	
شرح عمل و مشاهدات	



با علائم حیاتی پایدار به اتاق عمل منتقل گردید. پس از بیهوشی عمومی و پرپ و درپ در ابتدا با برش میدلاین شکم باز شد. پس از باز شدن فاشیا چسبندگی روده باریک در زیر ناحیه فاشیا مشهود بود که انترولیز وسیع انجام شد. در ناحیه لگن در قسمت زیر فاشیا در ناحیه ناف در قسمت رکتوم و سکوم در سمت توده ای بسیار بزرگ لمس میشد که سکوم در سمت راست را درگیر کرده بود. در سمت راست د ناحیه ی توده پرفوراسیون اتفاق افتاده بود و تشحات فکال راست راه پیدا کرده بود. لوپ های روده باریک د ناحیه ی ایلئوسکال به قسمتهایی از تومور چسبندگی داشت که از ادسازی در حد امکان انجام شد. لوپ ده ی باریک شدیداً دیلاته و ملتهب بود. با توجه به وسعت تومور و درگیری ناحیه سکوم و التهاب شدید منطقه و الودگی فکال در ناحیه ی شکم در فاصله ی متری ایلئوسکال روده ی باریک رزکت شد و برای بیمار ایلئوستومی انتهایی تعبیه شد. ترشحات کولون و روده ی باریک به صورت کامل سایکشن شد. ۵ لیتر سرم گرم شستشو شد. ناحیه ی تومور لگنی و تومور سکوم تعبیه شد. با توجه به اوزینگ تومور در ناحیه ی لگن و خونریزی از همان ناحیه با ۲ عدد لنگاز فضای لگن پک شد. به second look برای بیمار پوست ترمیم شد. بیمار با حال عمومی خوب به ریکاوی منتقل شد.



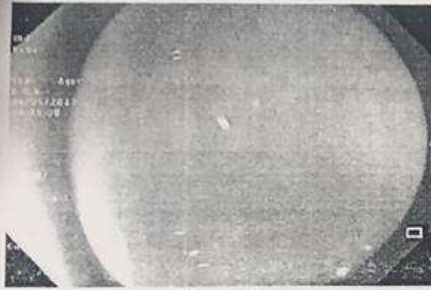
شرح عمل و مشاهدات

پس از پرپ و درپ و در پوزیشن سوپاین و تحت بیهوشی عمومی شکم باز شد و گازها از شکم خارج شد و شکم پر از def بود که با ۵ لیتر سرم شست و شو داده شد  
توده بزرگ لگنی وجود داشت که به رکتوم و سکوم دست اندازی کرده بود و سبب پرفوریشن سکوم و رکتوم شده بود از توده نمونه برداری انجام شد مزو نیز درگیر  
شده بود و چسبندگی نومور به سکوم و کولون زیاد بود و به دلیل خونریزی امکان جدا سازی وجود نداشت بنابراین با حفظ ایلیوستومی و تعبیه درن در محل فیسچورا  
ها تصمیم به ختم عمل گرفته شد و پس از اعلام شمارش صیحیح گازها و سائل و هموستاز مناسب شکم به ترتیب لایه های اناتومیک ترمیم شد

تاریخ بیهوشی

کد تعدیل بیهوشی

11/11/22



Rectum



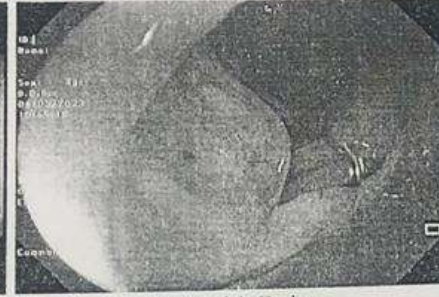
Sigmoid Colon



Sigmoid Colon



Sigmoid Colon



Sigmoid Colon



Sigmoid Colon

**Reason for Endoscopy :** Evaluation of sigmoid mass; Hx of appendectomy, recto sigmoid fistula & Abdominal collection

**Premedication :** By anesthesiologist

**Findings :**

**Anus :** Normal.

**Rectum :** Edematous mucosa was seen.

**Sigmoid :** There was edematous mucosa & some erosions in distal portion of sigmoid that biopsies were taken.

Edematous mucosa with evidence of omentum were seen in proximal portion of sigmoid that biopsies were taken from proximal portion of sigmoid. Puss secretion were seen in lumen. Sigmoid loop was blinded and covered by omentum.

**Diagnosis :** As mentioned above

**Specimen:**

**A:** Proximal sigmoid biopsy

**B:** Distal sigmoid biopsy

**Macroscopic:** Received in two containers of formalin were the following:

**A:** Labeled as "Proximal sigmoid" and consisted of 3 fragments of cream colored tissue, measuring 3 mm in greatest dimension.

**B:** Labeled as "Distal sigmoid" consisted of 2 cream colored tissue fragments measuring 5 mm in greatest dimension.

**Microscopic: A:** Sections show colon mucosa in which severe inflammation is seen.

**B:** Sections consist of colonic mucosa in a polypoid configuration, with increased inflammation and surface erosion, granulation formation along with reactive nuclear features within the mucosal epithelial cells.

**Diagnosis:**

**A:** Proximal sigmoid biopsy:

**Chronic inflammation and reactive changes in epithelial cells**

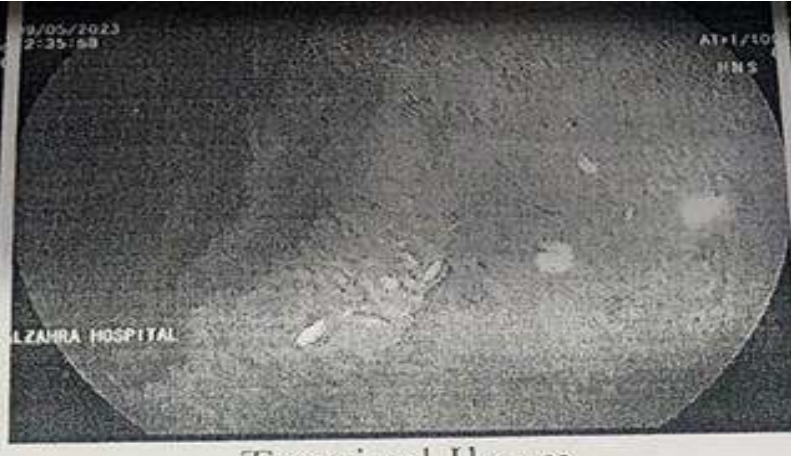
**B:** Distal sigmoid biopsy:

**Polypoid granulation tissue, necrosis and puss secretions**

**NO evidence of dysplasia or malignancy in these specimens**



Terminal Ileum



Terminal Ileum



Terminal Ileum

**Reason for Endoscopy :** Evaluation for Crohn disease

**Premedication :** By anesthesiologist

**Description of procedure :** The evaluation was done through ileostomy.

**Findings :**

**Terminal Ileum :** The scope was passed through lumen up to 40 cm from ileostomy. Mild snow appearance was seen that biopsies were taken.

**Diagnosis :** As mentioned above

**Recommendation :** F/U pathology

شکم و لگن با تزریق اسپیرال

سوئی اسکن اسپیرال شکم و لگن با تزریق  
Abdominopelvic M.D.C.T Scan with  
Multisession / Multiplanar contrast  
study reveal: Liver has normal size  
shape & density with no space  
occupying lesion or biliary  
dilatation. Spleen and pancreas are  
normal with no SOL. The kidneys are  
well opacified with normal  
nephrogram. Both adrenal glands are  
normal. No paraaortic adenopathy is  
present. Open wound in midline  
surgical site and right side is seen  
associated with large collection in  
size of 130\*40mm in right abdominal  
wall with extention to right inguinal  
area. A suspicious proximal to distal  
sigmoid fistula is noted. Colonic wall  
thickening with peripheral fat  
stranding is noted

سوئی اسکن اسپیرال شکم و لگن با تزریق  
Post-surgical changes as ileostomy  
in right side and abdominal catheter  
and mesenteric fat stranding are  
noted. Mild abdominopelvic free fluid  
is seen. There is a simple cyst (75  
63mm) in left renal is seen. In limited  
view of thorax: Mild bilateral pleural  
effusion with passive collapse of both  
lower lobes is seen. IMP  
Post-surgical changes Right  
side abdominal wall collection  
Suspicious proximal to distal sigmoid  
fistula Mild abdominopelvic free  
fluid  
Best regards

ماده ی حاجب Meglumine از طریق سوند وارد دیستال رکتوم شد .  
حجم ماده حاجب 100cc است.  
در محل آناستوموز رکتوم به ایلئوم تنگی و Leakage دیده نمی شود .  
حدود 15 سانتی متری قبل از آناستوموز ، یک Traction ظریف ماده حاجب به قدام  
شکم دیده می شود که بدلیل فیستول می باشد.

## آقای ۱۷ ساله

- بیمار که در سن ۶ سالگی به دنبال درد و تورم مفاصل با شروع از اندام فوقانی با تشخیص JRA که مدارکی از آن موجود نمی باشد به مدت ۲ سال تحت درمان بوده (پردنیزولون و سولفاسالازین) سپس درمان قطع شده در سال ۹۹ به دنبال انجام آزمایشات check up متوجه ترومبوسایتوپنی شده که تحت نظر هماتولوژیست بوده برای بیمار BmA&BmB انجام شده که تشخیص ITP گذاشته شده .
- در سال ۱۴۰۱ به دنبال انجام سونوگرافی شواهد سیروز گزارش شده است .

# سونوگرافی ۲۷/۷/۱۴۰۱

- کبد دارای سایز نرمال و اکوی coarse و کمی هتروژن است لذا احتمال وجود بیماری های پارانشیمال کبدی را باید مد نظر قرار داد و چک آنزیم های کبدی توصیه می شود.
- ضایعه فضاگیر در کبد رویت نشد.
- مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی CBD دارای قطر نرمال هستند.
- قطر ورید پورت نرمال است.
- کیسه صفرا دارای حجم و ضخامت جداری نرمال است سنگ و اسلاژ واضحی در آن رویت نشد.
- طحال دارای سایز نرمال و فاقد ضایعه فضاگیر می باشد.

- در حال حاضر بیمار abdominal pain ندارد سابقه ی هماتمز و ملنا را ذکر نمی کند شواهدی از انسفالوپاتی ندارد کاملاً هوشیار است
- تحت معاینه چشم پزشکی هر ۲ چشم قرار گرفته که کاملاً طبیعی بوده است.
- سونوگرافی شکم و لگن در سال ۹۹ نرمال بوده است.
- سونوگرافی شکم و لگن در سال ۱۴۰۱: کبد اکوی coarse و هتروژن وطحال سایز نرمال دارد و آسیت ندارد.



Fbs:79	Cr:/8	Ast:56
Alt:33	Alkp:800	Bili T:/8
Bili D: /2	EsR:17	Ferritin:158
TsH:1/47	GGT:73	Hb:12/6
Mcv:97	McH:32	PLT:78000
Anti HCV Ab: non-reactive	Ceruloplasmin:20	Urine cu (24):31/83
AMA<1/20	ANA<1/80 (neg)	HBS Ag: Neg
Anti TTG (IgA):Neg	Anti LKMI Ab: Neg	IgG:1644(549_1584)
IgA: 389/6(66-348)	Anti HAV: Neg	

# سوال

- بیمار آقای ۱۷ ساله با سابقه روماتیسم که از ۲ سال قبل دچار ترومبوسایتوپنی و تحت نظر هماتولوژیست بوده در سونوگرافی اخیر شواهد سیروز در کبد گزارش شده و در بررسی های انجام شده IgG افزایش و GGT افزایش دارد مجاری صفراوی و طحال نرمال می باشد.
- اقدام تشخیصی و درمانی مناسب؟

## خانم ۵۰ ساله

- بیمار با سابقه ZES در سال ۷۰ که از سه ماه قبل دچار Abdominal pain در ناحیه RUQ و اپی گاستر شده بدون Radiation درد و non positional و بدون ارتباط با غذا خوردن شده که همراه با N/V گاه گاهی بوده و شرح حال تب و کاهش وزن را ذکر نمی کند و ایکنتر ندارد.
- برای بیمار در ابتدا در تاریخ ۲۴/۱۲/۱۴۰۱ سونوگرافی شکم و لگن انجام شده که:
- کبد دارای اکوی هتروژن و حاوی چند ضایعه تارگت شکل پراکنده و اکتازی مجاری صفراوی در لوپ چپ می باشد.
- چند فوکوس کلسیفیه در همین نواحی مشهود است.
- این یافته ها میتواند به نفع متاستاز باشد.

# Spiral CT scan of abdominal pelvic with po & IV contrast:

- Spleen and pancreas have normal size 'density architecture and contour.
- There are few hypo dense left liver lobe mass like lesions (metastasis)
- The gall bladder is contracted contains calcified stone
- Retroperitoneal & para-aortic space is free from mass lesion or lymphadenopathy
- Mesenteric fat density is normal
- There is well defined heterogeneous mass like lesion about 36×30mm adjacent inferior aspect of pancreatic head with mild CBD ectasia up to 8mm and mild left lobe intrahepatic biliary ectasia suggestive for pancreatic head mass.
- No obvious local invasion to adjacent structures and vessels is seen.
- Porto hepatic lymph node up to 6mm in diameter is noted.
- Partial gastrectomy and gastrojejunostomy is seen.
- Suspicious adrenal nodule at Right side about 10 mm is seen.

- در octreotide scintigraphy \_Tc99 در تاریخ ۱۹/۱/۱۴۰۲:
- Imp: multiple octreotide-avid lesions in liver and head of pancreas .
- در liver mass biopsy در ۴/۲/۱۴۰۲:
- Metastatic well differentiated neuroendocrine neoplasm

Gastrin level:90/16	Fbs:99	Ca:8/7
Total pro:7/3	Alb:4/6	Cr:/68
Hb:13/5	Mcv:87/5	mch:26/3
Plt:200/000	INR:1	AST:34
ALT:21	Bili T:/37	Bili D:/1
Alkp:467	LDH:577	AFP:1/19(NI:<5/5)
CA19_9:9/6(NI<37)	FOB_FIT: Neg	Serum Iron:60
TIBC:378	Ferritin :18	Chol:159
TG:100	LDL:94	

# علت طرح

- بیمار با احتمال MX neuroendocrine tumor جهت بررسی.