



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 ۹

## فهرست موارد ۲۹ خرداد ۱۴۰۲

صفحه	مسوول	بیمار	
۳	دکتر باقری	خانم ۶۴ ساله	۱۱۱۲۶۱
۲۰	"	خانم ۷۶ ساله	۱۱۱۲۵۸
۲۴	دکتر احمدی فر	آقای ۱۷ ساله	
۳۰	"	خانم ۵۰ ساله	

GI commission and grand round

۰۲/۰۳/۲۹

## خانم ۶۴ ساله

- بیمار با سابقه بیماری دیابت با شرح حال ضعف بی حالی، کاهش وزن ۱۱ کیلوگرم، تب، تعریق و بیوست در بیمارستان خورشید بستری و تحت بررسی قرار می گیرند.
- در بررسی ها و آزمایشها بیمار آنمی، هیپرکلسمی و کراتینین بالا و در الکتروفورز هایپرگاماگلوبینمی دارد.
- سی تی اسکن شکم و لگن بدون کنتراست: طبیعی (علیرغم سونوگرافی غیرطبیعی)
- اندوسکوپی: نرمال

• کولونوسکوپی:

• External hemorrhoid & diminutive polyp: tubular adenoma with low grade dysplasia

• در سونوگرافی شکم و لگن: اکوژنیستی کبد هتروزن و اسپلنومگالی خفیف

• بیمار چندین نوبت به دلیل عفونت ادراری بستری و تحت درمان آنتی بیوتیک قرار می گیرد و با توجه به آزمایشها و توصیه هماتولوژیست تحت نمونه برداری مغز استخوان قرار می گیرد.

• در بررسی نمونه برداری مغز استخوان: به نفع آنمی بیماری مزمن

• بیمار در حین بررسیها دچار خارش و افزایش آنزیم های کبدی می شود، به صورتی که با توجه به الگوی کلستاتیک و خارش بیمار جهت سونوگرافی کبد (طبیعی) و آزمایش GGT (235) و AMA: neg و MRCP ( گزارش در زیر آورده شده است) انجام می شود و بیمار تحت بیوپسی کبد قرار می گیرد که گزارش آن گرانولوماتوز ذکر می شود.

• سوال: چه اقدام تشخیصی درمانی توصیه می شود؟

شکایت اصلی بیمار:  
ضعف و بی حالی

R/o MM& malignancy

تشخیص نهایی:

**+ Acute Kidney Injury due to hypercalcemia  
suspecious homoral hypercalcemia of malignancy**

تشخیص اولیه:  
سایر تشخیص ها

مختصری از شرح حال:

بیمار خانم ۶۲ ساله HTN, DM IHD که با شکایت ضعف بی حالی و کاهش وزن ۱۱ کیلو گرم از ۳ ماه قبل و بیوست از سه هفته قبل، و درد شکم + تب و تعریق، طی هفته اخیر وضعیت بیمار هنگام ترخیص (با عبارت شفاف بیان شود):

بیمار با حال عمومی خوب و بهبود نسبی و توصیه به مراجعه به درمانگاه هماتولوژی و نفرولوژی مرخص است

توصیه های پس از ترخیص:

مراجعه به پزشک:  نام تخصص: نفرولوژی هماتولوژی مراجعه بعدی: ۰ هفته

دستورات دارویی:

قرص تاوانکس ۷۵۰ م گ یک عدد یک روز درمیان  
قرص لیناگلیپتین ۵ میلی گرم روزی یک عدد  
ادامه آتورواستاتین کلردپازوکساید سینتالوپرام و نورتریپتیلین آ اس ۸۰  
قرص آملودیپین ۵ م روزانه  
قطع لوزارتان  
چک آزمایشات CBC BUN Cr Ca ph alb Ferritin پنج روز بعد از ترخیص

آموزش های ارائه شده به بیمار و خانواده وی:

Name: Zahra Zamani

Age : 64

Sample number: 18

Date: 09/07/20

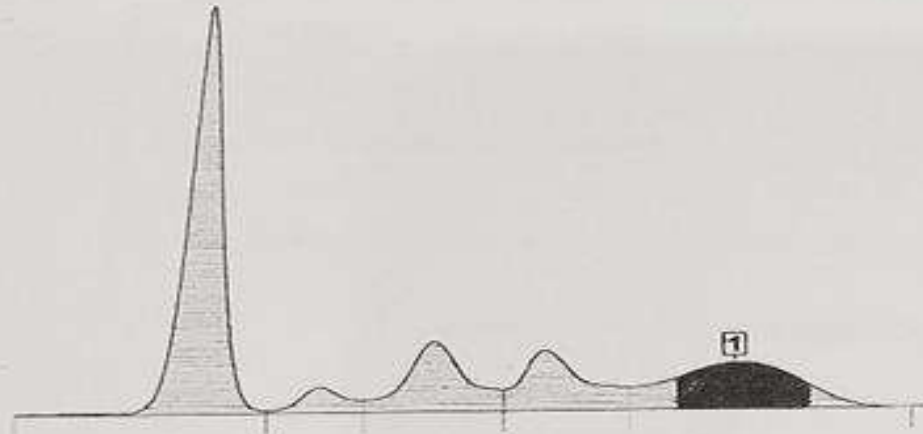
ID: 1388

Sex: F

Depart: Clinical Chemis

### Serum Protein Electrophoresis

Results:



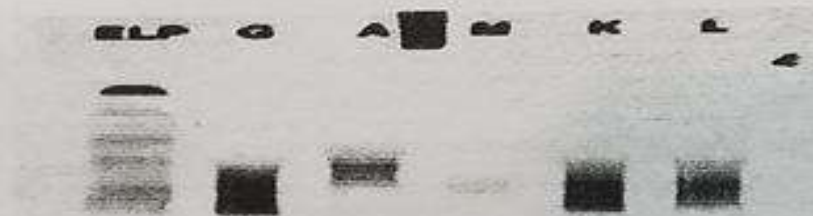
Fractions	%	Int. rif. %	g/dl	Int. rif. g/dl
Albumin	48.2	59.8 - 72.4	3.5	
Alpha 1	4.1	1.0 - 3.2	0.3	
Alpha 2	14.2	7.4 - 12.6	1.0	
Beta	13.1	7.5 - 12.9	1.0	
Gamma	20.4	8.0 - 15.8	1.5	

Total Protein: 7.3

A/G: 0.93

### IMMUNO FIXATION RESULT

Interpretation and Comment:  
Polyclonal Pattern.



یافته های مهم بالینی و پاراکلینیکی:

ضمیمه پرونده

درمان اصلی:

ضمیمه پرونده

سایر اقدامات درمانی:

۱ اندوسکوپي : نرمال

۲ کولونوسکوپي : normal except hemorohid

۳ سونو شکم لگن: کبد واجد سایز نرمال و اگوژنیسیته هتروژن سایر یافته ها نرمال

۴ سي تي شکم و لگن بدون کنتراست : normal

۵ گاموپاتي پلي کلونال 20/4 Gamma 13/1 betha 14/2 alopha 2 4/1 alpha 1 48/2 alb spep:

immunofixation: polyclonal patern

۶ به دليل کراتينين بالا سي تي با کنتراست انجام نشد

۷ سونوگرافي پستان ها نرمال و تخمدان ها اتروفیک

***Abdominopelvic M.D.C.T scan without IV contrast:***

*The study is performed without IV and Po contrast. so, as far as detected:*

- *Liver has normal size and shape without biliary dilation.*
- *Gall bladder is normal .*
- *Spleen and pancreas have normal size and shape.*
- *The kidneys have normal size and shape.*
- *Renal stone is not seen.*
- *Both adrenal glands are normal.*
- *No paraaortic adenopathy is present.*
- *Urinary bladder is empty containing foley catheter .*
- *There is no abdominopelvic free fluid.*

***IMP: Normal abdominopelvic MDCT Scan***



سونوگرافی شکم و لگن:

کبد واجد سایز نرمال و اکوژنیسیته هتروژن می باشد. ضایعه فضاگیر پارانشیمال مشهود نیست. قطر ورید پورت و CBD نرمال می باشد.

شواهدی از اتساع مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی وجود ندارد.

کیسه صفرا نرمال و فاقد سنگ یا اسلاژ می باشد.

طحال با اندازه و اکوژنیسیته نرمال مشاهده می شود

spleen span: 132mm

هر دو کلیه دارای سایز طبیعی هستند:

RT Kidney: 101 mm

LT Kidney: 108 mm

ضخامت پارانشیمال در هر دو طرف طبیعی است.

RT= 14 mm LT= 14mm

ضخامت پارانشیمال / اکوژنیسیته کورتیکال و افتراق کورتیکومدولاری دو طرف طبیعی می باشند.

شواهدی از وجود سنگ و یا هیدرونفروزیس در سیستم پیلوکالیسیال وجود ندارد.

نواحی قابل مشاهده پانکراس شامل سر و بادی با نمای طبیعی مشهود و در ناحیه پارائورت ضایعه ای وجود ندارد.

مایع آزاد در فضاهای بالقوه شکم مشاهده نگردید.

مثانه خالی می باشد و بررسی لگن مقدور نیست.

**Biochemistry**

Bun	17.2	mg/dl	8-23	12-1/12/09 11:22
Creatinine	1.14	mg/dl	Men : < 1.3 Women : < 1.1	12-1/12/09 11:22
Quantitative CRP	52	mg/L	Up to 10	12-1/12/09 11:22
Sodium	134	mEq/L	135 - 148	12-1/12/09 11:22
Potassium	4.9	mEq/L	3.5 - 5.5	12-1/12/09 11:22

**Hematology****CBC Diff**

WBC	14.6	$\mu\text{L}/3^{10}\times$	4 - 10	12-1/12/09 11:22
RBC	3.51	$\times 10^6/\mu\text{l}$	Child: 4.6-4.8 Men : 4.5-6.2 Women: 4.2-5.4	12-1/12/09 11:22
Hb	9.4	g/dl	Male: 13 - 17 Female: 11-16	*L 12-1/12/09 11:22
Hct	29	%	F: 32 - 45 M: 42 - 49	* 12-1/12/09 11:22
M.C.V	82.6	fl	80-96	12-1/12/09 11:22
M.C.H	26.8	p.g	26-33	12-1/12/09 11:22
M.C.H.C	32.4	gr/dl	30-36	12-1/12/09 11:22
Rdw	15.2	%	11 - 13.5	12-1/12/09 11:22
Platelets	720	$\mu\text{L}/3^{10}\times$	150-450	*H 12-1/12/09 11:22
.Neutrophils	77.5	%		12-1/12/09 11:22
Lymphocytes	11.1	%		12-1/12/09 11:22
.Monocyte	7.7	%		12-1/12/09 11:22
Eosinophils	3.4	%		12-1/12/09 11:22
Basophils	0.3	%		12-1/12/09 11:22

**PT, Patient Time**

PT, Patient Time	11.7	Seconds		12-1/12/09 11:09
I.N.R	1		0.8 - 1.2 : Normal < 2 : Inadequate protection 2 - 3 : Patient on anticoagulant > 4 : Blood is clotting too slowly	12-1/12/09 11:09

**PT, Patient Time**

APTT	36	Seconds	25-40	12-1/12/09 11:09
------	----	---------	-------	------------------

With Best Regards

Signature

Chief Complaint Of The Patient History & Primary Diagnosis:

شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه: *خستگی مزمن، تب، کاهش وزن*

*طریقه زندگی: <sup>بالدین</sup> فعالیت بدنی کم و استرس زیاد*

Final Diagnosis:

*Chronic Granulomatous Inflammation*

تشخیص نهایی:

Medical & Surgical Procedures:

*Liver Biopsy → Non Caseating Granulomatous Inflammation*

*PPD test → Neg / No lymphadenopathy / No lymphadenopathy / NL in Brain CT / BIRADS I*

*MARCP → Metastatic focus of metastatic small upper lymphadenopathy*

Results of Paraclinical Examination:

*ANA → Neg*

*OB @ / SER → NL / Independent PTN Hypercalcemia /  $V_{t+D} = 13,8$*

*U/A → Active / ESR = 11 / AST, ALT, ALP,  $V_{t+D}$ ,  $V_{t+D}$ ,  $V_{t+D}$  / Bili  $< 0,5$  / Hb = 9,5 / pTH = 2,4*

Disease Progress (Cause of Death):

*Ca = 1,3 / ALB = 3,2 / P = 3,1*

*Brain CR 1, 2, 2, 1, 19 CR p. 5, 2*

*حالت بیمار بعد از ۵ روز: <sup>موت</sup> در صورت فوت علت مرگ*

Patient's Condition At The Time of Discharge:

*وضعیت بیمار هنگام ترخیص: <sup>موت</sup> در صورت فوت علت مرگ*

Recommendations After Discharge:

*توصیه های پس از ترخیص: <sup>موت</sup> در صورت فوت علت مرگ*

*Handwritten signature and notes in the bottom left corner.*

Test	Result	Unit	Method	Reference Interval
Anti Mitochondrial Ab(AMA)	Negative	titer	IFA	<1/100 :Negative >=1/100 :Positive

*Dr. B. B. B. B.*

**BLOOD BIOCHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Interval
Blood Urea Nitrogen	20	mg/dl	1-3 Years: 5- 17 4-13 Years: 7- 17 14-19 Years: 8.5-21 Women: 20-50 Years: 9- 20 > 50 : 10-20 Men: 20-50 Years: 9-21 > 50 Years: 8.5-26
Creatinine	H 1.4*	mg/dl	0.6 - 1.3
e. Glomerular Filtration Rate	40	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	>60 Normal use only for 18-100 years
S.G.O.T (AST)	27	IU/L	Up to 5 day: 35-140 <3 Years: 15-60 3-6 Years: 15-50 6-12 Years: 10-50 12-18 Years: 10-40 Adult : 0-35
S.G.P.T (ALT)	31	IU/L	Up to 34
Alkaline Phosphatase	H 1458*	IU/L	64 - 306
Bilirubin Total	1.1	mg/dl	Adult: 0.1 - 1.2 New Born: 1 day:<8.8 2 day: 1.3-11.3 3 day: 0.7-12.7 4-6 day: 0.1-12.6 <1 Month: 0.2-1
Bilirubin Direct	H 0.6	mg/dl	Up to 0.35
Bilirubin Indirect	0.50		
Blood sugar	H 246*	mg/dl	70 - 135

*High normal size liver & spleen show inhomogeneous signal on T2 sequence (R/O infiltrative disorders or metastatic disease ?)*

*Several small upper abdominal lymphadenopathies are seen.*

*Gall bladder is normal in size, shape and signal intensity.*

*Intra and extra hepatic bile ducts show no dilatation.*

*Pancreatic duct ectasia is not seen.*

*Pancreas and kidneys appear normal.*

*No CBD stone is seen.*

*Vertebral bony lesions are seen (R/O metastases?)*

## Molecular Analysis Report for Qualitative BCR-ABL

Case ID: MOL 0108-42

Referrer: Dr. Fardad

Patient Name: Zahra Zamani ab nili

Date Sample Received: 01/08/22

Sample Type: Blood

Date of report:01/09/02

### Description:

Mrs Zahra Zamani ab nili, was referred to the genetic lab for the study of BCR-ABL (p210, p190 and p230) by qualitative RT-PCR method. RNA was extracted from peripheral blood cells and real time PCR test was conducted by (p210, p190 and p230) RQ kit (REF No.NG-M2X0920A-v2.1) and mBCR (p190) RQ kit (REF No.M1X1020A-v1.1). In addition, nested RT-PCR was done for qualitative analysis to detect the BCR-ABL fusion gene RNA (chimer protein 230KD).

### Result:

Molecular analysis of breakpoint products by real time PCR and nested RT-PCR does not reveal presence of BCR-ABL (b2a2), (b3a2), (e1a2) and (e19a2) fusion gene RNA (chimer protein 210KD, 190KD and 230KD), cytogenetic manifestation of which is t(9;22)(q34;q11) in majority of cases.

### Note:

The t(9;22)(q34;q11) BCR-ABL has been observed in 95% of CML cases, 25-30% of adult and 2-5% of childhood ALL. There are 7 types of break points in t(9;22)(q34;q11) BCR-ABL. With this protocol we detect BCR-ABL [(b2a2), (b3a2), (e1a2) and (e19a2)] breakpoint. This technique may also be used to detect minimal residual disease up to a sensitivity of a single leukemia cell in a background of 100,000-1,000,000 normal cells and also can be used for monitoring response to therapy.

#### References:

1. Gabert J, et al. Standardization and quality control studies of 'real-time' quantitative reverse transcriptase polymerase chain reaction of fusion gene transcripts for residual disease detection in leukemia: A Europe Against Cancer Program. *Leukemia* 2003; 17(12):2318-57.
2. Pallisgaard N, et al. Multiplex reverse transcription polymerase chain reaction for simultaneous screening of translocation and chromosomal aberrations in acute leukemia. *blood* 1998; 92(2):574-88.

**[Clinical Data]**

*Patient is a 64 year old female presenting with anemia and thrombocytosis*

**[PBS]:**

*Red cells are normochromic with mild anisocytosis.*

*Leukocytes are normal in count and morphology with granulocytic predominancy.*

*Many platelets aggregation with some large feature is seen.*

**[BMA]**

*Bone marrow aspiration smears show trilineage hematopoiesis with progressive maturation.*

*M/E ratio is about 2/1*

*4-5% mature appearing plasma cell is seen.*

*Megakaryocytes are increased some arranged as clusters, mid eosinophili, bsophilla is seen.*

**[Prussian blue staining on BMA]:**

*-Storage: 4+ (increased)*

*-Incorporation: Less than 10% (Decreased)*

*-Ring sideroblast is not seen.*

**[BMB]**

*Bone marrow biopsy sections reveal hypercellular marrow with an approximate cellularity about 60%.*

*All hematopoietic series are present and display maturation.*

*Megakaryocytes are normal in count and morphology.*

*No plasma cell sheet*

**[PBS & BMA & BMB]:**

*-Thrombocytosis in PB with abnormal feature*

*-Hypercellular marrow with trilineage hematopoiesis*

*-Increased iron storage with decreased incorporation*

*-No morphological or flowcytometry evidence of plasma cell neoplasia*

*-No excess blast*

**Note:**

*-Morphological findings are in favor of Anemia of chronic disease (ACD), in the presence of persistent thrombocytosis and appropriate clinical context after exclusion of secondary thrombocytosis patient evaluation about MPN also recommended.*

C.B.C

CBC data confirmed by PBS.

	Result	Unit	Reference Interval
<b>WBCs</b>			
<b>W.B.C.</b> .....	<b>H</b> 13.8	$\mu\text{L}/1000$	3.9 - 11.5
	Result	Unit	Reference Interval
<b>RBCs</b>			
R.B.C. ....	3.97	$\mu\text{L}/1000$	3.4 - 5.2
<b>Hemoglobin</b> .....	<b>L</b> 9.8	g/dL	10.5 - 15.3
<b>Hematocrite</b> .....	<b>L</b> 30.7	%	31 - 45
<b>M.C.V</b> .....	<b>L</b> 77.3	fL	80 - 100
<b>M.C.H</b> .....	<b>L</b> 24.7	pg	27.6 - 35
<b>M.C.H.C</b> .....	31.9	g/dL	31 - 36
<b>R.D.W.</b> .....	<b>H</b> 17.4	%	11.5 - 15.5
	Result	Unit	Reference Interval
<b>Platelets</b>			
<b>Platelets</b> .....	<b>H</b> 870	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
<b>P.D.W</b> .....	11.5	fL	7 - 20
<b>M.P.V</b> .....	9.4	fL	7.5-12
	Result	Unit	Reference Interval
<b>Differential</b>			
Neutrophils .....	77.9	%	43 - 78
Lymphocyte .....	17.9	%	15 - 45
Monocyte .....	3.0	%	4 - 9
Eosinophil .....	1.0	%	1 - 7
Basophil .....	0.2	%	0.3 - 1.3

H=High L=Low



## Biochemistry

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Method</u>	<u>Reference Interval</u>
<i>F.B.S</i>	H 119	mg/dL	GOD	70-100
<i>Glucose(2hrs.p.p)</i>	H 206	mg/dL		50 - 140
<i>Blood Urea Nitrogen</i>	H 27.2	mg/dL		9.8 - 20.1
<i>Creatinine</i>	H 1.42*	mg/dL		0.6 - 1.3
<i>Uric Acid</i>	H 7.3*	mg/dL		2.3 - 6.1
<i>Triglycerides</i>	137			Normal : Less than Border line: 150-200 Abnormal : More than
<i>Cholesterol</i>	125	mg/dL		Normal : less than Border line : 200-240 Abnormal: More than
<i>H.D.L Cholesterol</i>	34	mg/dL		No risk:>65 Low risk:45-65 High risk:<45
<i>L.D.L Cholesterol</i>	64	mg/dL		Normal : < 130 Bolderline : 130 - Abnormal : > 160
<i>Calcium</i>	H 11.8*	mg/dL		8.5-10.5
<i>Phosphorus</i>	4.0	mg/dL		2.6 - 4.5
<i>Albumin Serum</i>	L 3.2*	g/dL	BCG	3.5 - 5.2
<i>S.G.O.T (AST)</i>	H 48*	U/L	IFCC	<31
<i>S.G.P.T (ALT)</i>	H 74*	IU/L		Up to 31
<i>Alkaline Phosphatase</i>	H 1455.0*	IU/L	DGKC	64 - 306

\* = Confirmed by Repeated Analysis

H=High L=Low

## Hormon Analysis

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Method</u>	<u>Reference Interval</u>
<i>T4</i>	8.68	µg/dL		1-4 Days : 11-20 1-4 weeks : 8.2-17.6 1-12 months : 7.7-14.6 1-5 years : 7.3-13.6 >5 years: 4.7-8.9
<i>Anti TPO Antibody</i>	<10	IU/mL	SIEMENS	<35
<i>T3</i>	L 59.7	ng/dL		60-215
<i>TSH</i>	1.49	µIU/mL		0.32 - 5.2
<i>Para Thyroid Hormon</i>	L <3.0	pg/mL		Adult : 11-67

L=Low

## Urinalysis

### Macroscopic

Urinalysis	Yellow
Color	Semi clear
Appearance	1.016
Sp. Gravity	5.5
PH	Positive(+)
Proteins	Neg.
Glucose	Neg.
Bilirubin	
Urobilinogen	Neg.
Ketones	Neg.
Nitrite	Neg.
Hemoglobin	Neg.
Blood	Neg.

### Microscopic

W.B.C/hpf	5-10
R.B.C/hpf	0-2
Epithelial Cells/hpf	2-5
Bacteria	Few
Mucus	Not Seen
Cast	Not Seen
Yeast	Not Seen
Crystals	Calcium Oxalate Moderate

## Urine Biochemistry

Test	Result	Unit	Reference Interval
Urine Volume (24 hr)	700	ml/24hr	Up to 1 year: 500-600 Adults: 600-2
Urine Calcium (24 hrs)	251.02	mg/24hr	Male: <300 Female: <250

## Specific Biochemistry

Test	Result	Unit	Method	Reference Interval
25-OH Vitamin D	32.0	ng/mL	ALEGRIA	Defficient : <20 Insufficient : 20-29 Sufficient : 30-100 Intoxication : >100
<b>Hb A1C</b>	<b>H 7.0</b>	%		Non diabetic: <6 Prediabet : 6-6.5 Diabet : >6.5



02/03/29

## خانم ۷۶ ساله

• بیمار با شرح حال ضعف، بی حالی، خستگی و ادم اندام تحتانی و تنگی نفس به دنبال افزایش انزیم های کبدی تحت بررسی های مختلف به شرح زیر قرار گرفته است، در آزمایش ادرار، پروتئینوری گزارش شده است و در سونوگرافی درخواستی بیمار سائز کبد بزرگتر از حد طبیعی گزارش شد. با توجه به درخواست پزشک معالج تحت بیوپسی کبد قرار گرفته و در پاسخ بیوپسی آمیلوئیدوز مطرح گردیده است. توصیه به مراجعه به هماتولوژیست گردید و تحت بیوپسی مغز استخوان قرار گرفته و به گفته بیمار هماتولوژیست ذکر کرده که با توجه جواب بیوپسی از لحاظ هماتولوژی اندیکاسیون درمان ندارد و توصیه به مراجعه به نفرولوژیست شده است، جهت بیمار اسپرونولاکتون آغاز شده است. جهت بیمار اقداماتی از جمله اسپرومتری، اکوکاردیوگرافی انجام شده است.

• سوال: آیا بیمار از لحاظ گوارشی نیاز به اقدام خاصی دارد؟

WBC(White Blood Cells)		<b>6.90</b>		10 <sup>3</sup> /ul	3.5-10	Neutrophil
RBC(Red Blood Cells)	High	<b>5.61</b>		10 <sup>6</sup> /ul	4.2-5.4	Lymphocyte
HGB	High	<b>16.1</b>		g/dl	12-15	Mixed
HCT	High	<b>49.8</b>		%	36-46	
MCV		<b>88.8</b>		f	82-100	
MCH		<b>28.7</b>		pg	26-33	
MCHC		<b>32.3</b>		g/dl	31-35	
RDW-SD	High	<b>50.9</b>		f	36-49	
RDW-CV		<b>15.1</b>		%	11.5-15.5	
PLT(Platelets)	High	<b>500</b>		10 <sup>3</sup> /ul	150-410	
PDW		<b>11.3</b>		f	9.5-18	
MPV		<b>9.3</b>		f	7-12	
P- LCR		<b>20.3</b>		%	17-47	
Neutrophil		<b>4.20</b>		10 <sup>3</sup> /ul	1.8-8	
Lymphocyte		<b>2.30</b>		10 <sup>3</sup> /ul	1-3	
Mixed		<b>0.40</b>				

**Notes:** -Sysmex XT 1800i Hematology analyzer

<b>Coagulation</b>					
Test	Fla	Result	Unit	Metho	Reference Rang
(PTT)Partial Thromboplastin Time		<b>30</b>	Second	COAGULOMETER	>18y: 25 - 41
(PT)Prothrombin Time		<b>12</b>	Second	COAGULOMETER	10 - 13.2
PT control		<b>12</b>	Second	COAGULOMETER	
(I.N.R)International Ratio		<b>1</b>	Ratio	COAGULOMETER	0.8 - 1.1

<b>Blood Biochemistry</b>					
Test	Fla	Result	Unit	Metho	Reference Rang
(FBS)Fasting Blood Sugar		<b>86</b>	mg/dl	ENZYMATIC	Hypoglycemia : <55 (ADA, 2015) : Normal <100 Impaired fasting : 100-125 Diabetes Mellitus >125 Pregnancy : Normal <92
Triglyceride, Serum	High	<b>166</b>	mg/dl	ENZYMATIC	(ESC/EAS 2016) : <150

Cholesterol, Total, Serum	High	<b>243</b>	mg/dl	ENZYMATIC	Desirable : <200 Borderline : 200-240 High risk : >240
HDL Cholesterol, Serum		<b>67</b>	mg/dl	ENZYMATIC	Low <40 Desirable >60
Cholesterol/HDL Ratio		<b>3.63</b>	mg/mg		Optimal : <3.5 High risk : >5
LDL Cholesterol, Serum	High	<b>143</b>	mg/dl	ENZYMATIC	(ESC/EAS, 2019) Risk groups Low Moderate High Very high
(BUN)Blood Urea Nitrogen		<b>14</b>	mg/dl	ENZYMATIC	5-23
Urea, Serum		<b>30.0</b>	mg/dl	ENZYMATIC	10.7 - 49.2
(Cr)Creatinine, Serum		<b>0.76</b>	mg/dl	COLORIMETRIC	>20y : 0.6 - 1.1
BUN/Cr Ratio, Serum		<b>18.4</b>	mg/mg		In ACUTE RENAL FAILURE Renal causes: <10 Prerenal causes: >10
(SGOT,AST)Asp Transferase, Serum	High	<b>57 *</b>	U/L	ENZYMATIC	>2y : 10 - 35
(SGPT,ALT)Ala Transferase, Serum	High	<b>56 *</b>	U/l	ENZYMATIC	>16y : 5 - 35
(ALKP)Alkaline Phosph., Total, Serum	High	<b>906 *</b>	U/l	ENZYMATIC	>18y : 61 - 294
(LDH)Lac.Dehydrogenase, Total, Serum		<b>410</b>	IU/l	ENZYMATIC	>65y : <530
(CPK)Cr.Phosphokinase, Total, Serum		<b>42</b>	IU/l	ENZYMATIC	>15y : 24 - 170
(Na)Sodium, Serum		<b>139</b>	mEq/l	ISE(Careium)	Normal range : 135-145
(K)Potassium, Serum		<b>4.2</b>	mEq/l	ISE(Careium)	>12y : 3.5 - 5.1
(Ca)Calcium, Total, Serum		<b>10.4</b>	mg/dl	COLORIMETRIC	>18y : 8.5 - 10.6
(P)Phosphorus, Inorganic, Serum		<b>3.4</b>	mg/dl	COLORIMETRIC	>18y : 2.5 - 5.0

(TSH)Thyroid-Stimulating Hor.,Serum High 5.1

mIU/L

CLIA(Cp)

## Parasitology

No. 1

Stool Exam	Stool X1
Consistency	Semi Formed
Color	Brown
Fat	Not Seen
Undigested Food	Not Seen
Yeast	Not Seen
WBC	Not Seen
RBC	Not Seen
Ova Of Parasites	Not Seen
Protozoa Cyst	Not Seen

## Occult Blood

Occult Blood Negative

## Urine Analysis

### Macroscopic

Urine Analysis

Color	+
Appearance	Yellow
Specific Gravity	Slightly Cloudy
pH	1016
Proteins .Urine	6
Glucose Urine	pos (3+)
Ketons	Negative

### Microscopic

اندازه کبد بزرگتر از حد طبیعی است. (SPAN= 19 – 20 cm)  
اکوژنیسیته کبد به صورت منتشر افزایش یافته است که بیانگر  
fatty liver grade I میباشد.

ضایعه فضاگیر و اتساع مجاری صفراوی مشهود نیست.  
کیسه صفرا جدار صاف و منظم دارد.

در داخل کیسه صفرا سنگ های متعدد با قطر متوسط 7.5mm دیده می شود.  
قطر CBD و قطر ورید پورت در حدود نرمال است.

هر دو کلیه سایز نرمال دارند. ( Rt= 100mm & Lt= 97mm )

ضخامت کورتکس نرمال می باشد. ( Rt= 13mm & Lt= 11mm )

اکوی پارانشیم کلیه ها خصوصا سمت راست افزایش یافته است که نمای آن  
مطرح کننده بیماری پارانشیمال کلیه می باشد.

کنترل BUN و Cr و همچنین LFT توصیه می شود.

دو کیست کورتیکال ساده به اقطار 24mm و 8.5 در پل میانی کلیه چپ دیده می شود.  
سنگ قابل مشاهده با سونوگرافی و یا هیدرونفروز دیده نشد.

طحال و قسمت های قابل مشاهده پانکراس سایز و اکوی پارانشیم نرمال دارند.

در حد قابل بررسی در پارائورت آدنوپاتی با سایز پاتولوژیک دیده نشد.

انوریسم درائورت شکمی مشهود نبود. مثانه حجم و ضخامت جداری طبیعی دارد.

رحم و تخمدان ها دیده نشدند. (هیسترکتومی - اوفورکتومی)

آزاد مختصر در لگن دیده می شود

همچنین Rim باریکی از مایع در اطراف طحال مشاهده می شود که می تواند ثانویه به

بیماری پارانشیمال کلیه باشد.



Dear Dr:

In MRCP of the patient :

*There is significant hepatomegaly with a mid-clavicular span of 22cm , having slightly heterogeneous parenchyma , needing correlation with lab data and if indicated core needle biopsy of liver tissue .*

*Small amount of free fluid is noted around right liver lobe .*

*CBD shows slight kinking with a maximum diameter of about 8.5mm with normal distal tapering .*

*Gallbladder is distended , containing some sludge , admixed with tiny stones of 2-3mm size , however having normal wall thickness without any evidence of cholecystitis .*

*No stone or sludge is detectable alongside CBD lumen .*

*Intrahepatic ducts are normal in diameter .*

*Small pleural effusion is also demonstrable and there is some edema of anterior abdominal wall .*

*Spleen , pancreas , main pancreatic duct , peripancreatic fat are normal .*

*No adenopathy is detectable .*

**Clinical Data:**

SGOT: 71

SGPT: 51

ALK Ph: 1588

Bili (T); 1.39

GGT: 849

HCV-Ab: Negative

HBS -Ag: Negative

HAV-Ab(IgM):

ANA: Negative

ASMA:

AMA : Negative

LKM; Negative

Gamma Globulin:

IgG;

IgM;

MRCP; Fibroscan; F ;S

**Macroscopic Description:**

Received specimen consist One tubular soft tan pieces total length 1.5cm and 0.1cm in diameter.

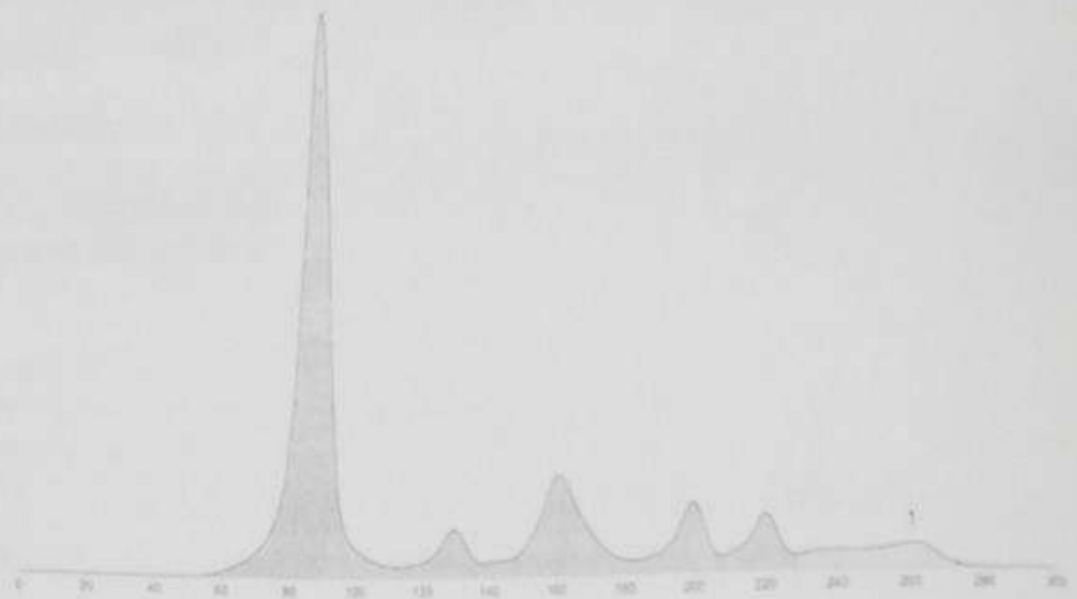
**Microscopic Description:**

Section show liver tissue contain portal tracts and parenchyma. Diffuse linear deposition of eosinophilic material was seen in sinusoid. In addition diffuse parenchymal atrophy was noted. On masson staining fibr was seen.

**Diagnosis:**

Liver core needle biopsy:

**-Amyloidosis**



Fractions	%	Ref. %		g/dl	Ref g/dl
Albumin	58.0	55.8 - 66.1		2.9	4.0 - 4.8
Alpha 1	5.6	2.9 - 4.9	H	0.3	0.2 - 0.4
Alpha 2	16.3	7.1 - 11.8	H	0.8	0.5 - 0.9
Beta 1	7.4	4.7 - 7.2	H	0.4	0.3 - 0.5
Beta 2	5.6	3.2 - 6.5		0.3	0.2 - 0.5
Gamma	7.1	11.1 - 18.8	L	0.4	0.8 - 1.4

Total Protein:

5

ded comment: A/G Ratio: 1.38

Comment :

*Interpretation: Hypogammaglobulinemia presented.  
 Serum & Urine Immunotyping is recommended.  
 Increase in Alpha1 & Alpha2 & Beta1 presented.*

## ***Immunology Department***

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>
Anti HCV	0.17 (Non-Reactive)	Index

Elisa- wantai (Lot no.cs20220401- Exp :2023.07.01)

HBS-Ag	0.16 (Negative)	Ratio
--------	-----------------	-------

Elisa -Wantai (Lot B20221001 - exp.2024.01.07)

LKM1 Ab(liver kidney microsomal)	0.9	U/mL
-------------------------------------	-----	------

## ***Tumor Markers Department***

<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>
C.E.A	1.07	ng/mL

Note:

Test	Result	Unit	Reference Interval
Albumin Serum	3.8	g/dL	3.5-5.2
S.G.O.T (AST)	H 71	U/L	<31.0
S.G.P.T (ALT)	H 51	U/L	<31

**Note:**

SGOT & SGPT normal value for neonatal and child under 2 year not established and condition depends

Alkaline Phosphatase	H 1588	U/L	90 - 430
Gamma GT	H 849.4*	U/L	7.0 - 32.0
Bilirubin(Total)	H 1.39	mg/dl	0.1 - 1.2
Bilirubin Direct	H 0.57	mg/dl	<0.4
Bilirubin Indirect	0.82	mg/dl	0.1 - 1.1
Total Protein	L 5.0	g/dL	6.3-8.5

\* - Confirmed by Repeat Analysis      H=High      L=Low

Test	Result	Unit	Reference Interval
Protein Electrophoresis	See index	mg Alb/gr cr	

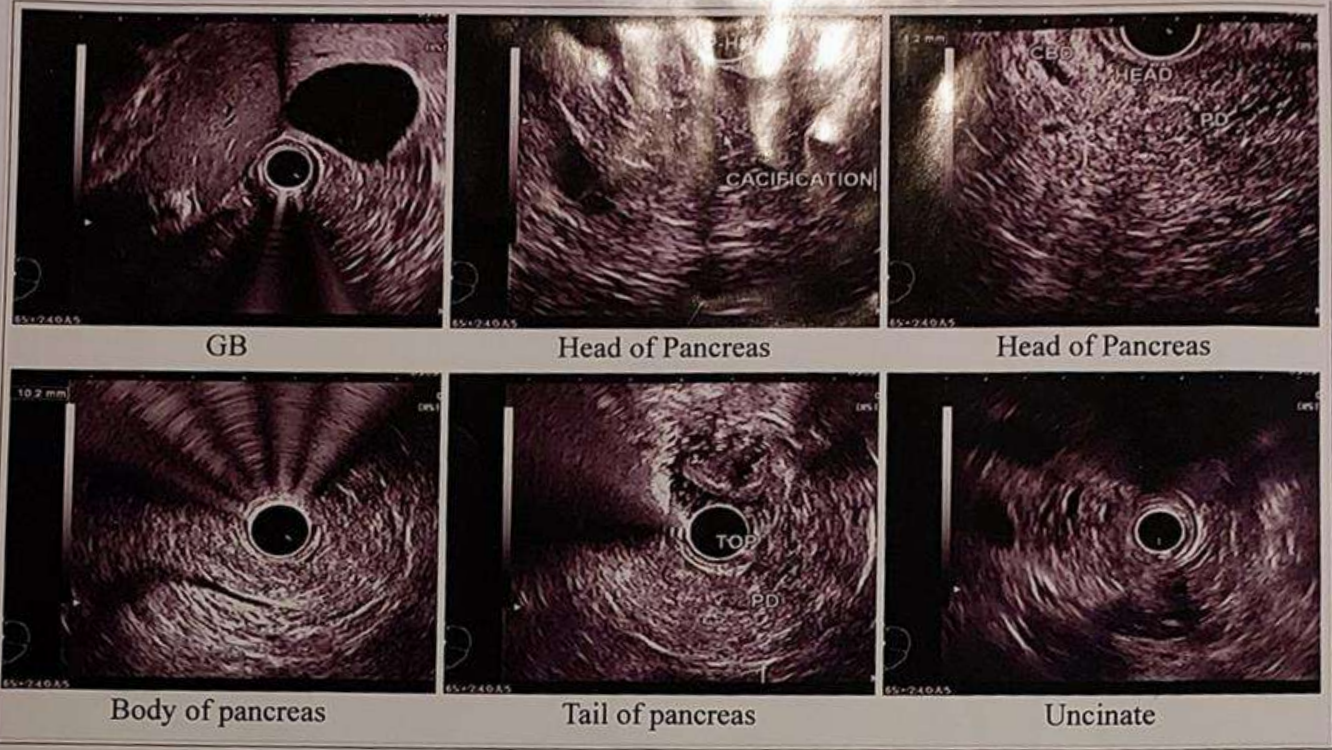
تروفورز تمام الومائیک فول کاپیلاری      Sclia Cap † (Telex)  
 تروفورز الومائیک †      HYDRASYS

Test	Result	Unit	Reference Interval
ANA (IF)	<1:80 (Negative)	titer	Negative: <1:80 Positive: >1:80
Anti-mitochondrial Ab	<1:20 (Negative)	titer	Negative: <1:20 Borderline: 1:20 Positive: >1:20

## خانم ۵۴ ساله

- بیمار که در شهریور ماه سال ۹۹ دچار sever abdominal pain در ناحیه اپی گاستر شده که positional بوده با انتشار به back و بدون ارتباط با غذا خوردن که همراه با N/v بوده و همچنین بیمار شرح حال weight loss در حدود 11 kg طی ۴ ماه را ذکر میکند در ابتدا برای بیمار سونوگرافی شکم و لگن انجام شده که normal بوده
- در ادامه upper GI endoscopy انجام شده که: normal بوده
- با توجه به lab Data و علایم کلینیکی برای بیمار EUS انجام شده:
- Imp :EUS finding compatible with early chronic pancreatitis
- در ادامه برای بیمار هر ۴ تا ۵ ماه یکبار حملات مشابه : abdominal pain در ناحیه اپی گاستر با انتشار به back به همراه N/v تکرار شده

- مجددا برای بیمار در تاریخ ۲۷/۱۰/۱۴۰۰ EUS انجام شده:
- IMP :pancreatic parenchymal changes due to chronic pancreatitis
- در تاریخ ۱۲/۵/۱۴۰۱ برای بیمار MRCP انجام شده که:
- Normal study of the MRCP
- Abdominal pelvic CT scan with IV & oral contrast ۲۳/۱۰/۱۴۰۱ در تاریخ
- Focal fat stranding and fluid around uncinete process of pancreas is seen. (focal acute pancreatitis)
- One peri-pancreatic lymph node measuring about (6×7mm) near uncinated process is noted.
- در نهایت در تاریخ ۲۲/۳/۱۴۰۲ آندوسکوپی و کولونوسکوپی انجام شده که:
- **Endoscopy:** a few patchy erythema at antrum biopsies were taken.
- **Colonoscopy:** internal hemorrhoid
- **PMH:** Pemphigus vulgaris
- **DH:** Atorvastatin 20 mg



**Indication :** Recent episode of Acute Pancreatitis ?

**Ampulla of Vater :** Was Normal

**Biliary Tract :** CBD had normal diameter (3mm) & contained no stone/sludge,etc.IHBDS were normal.

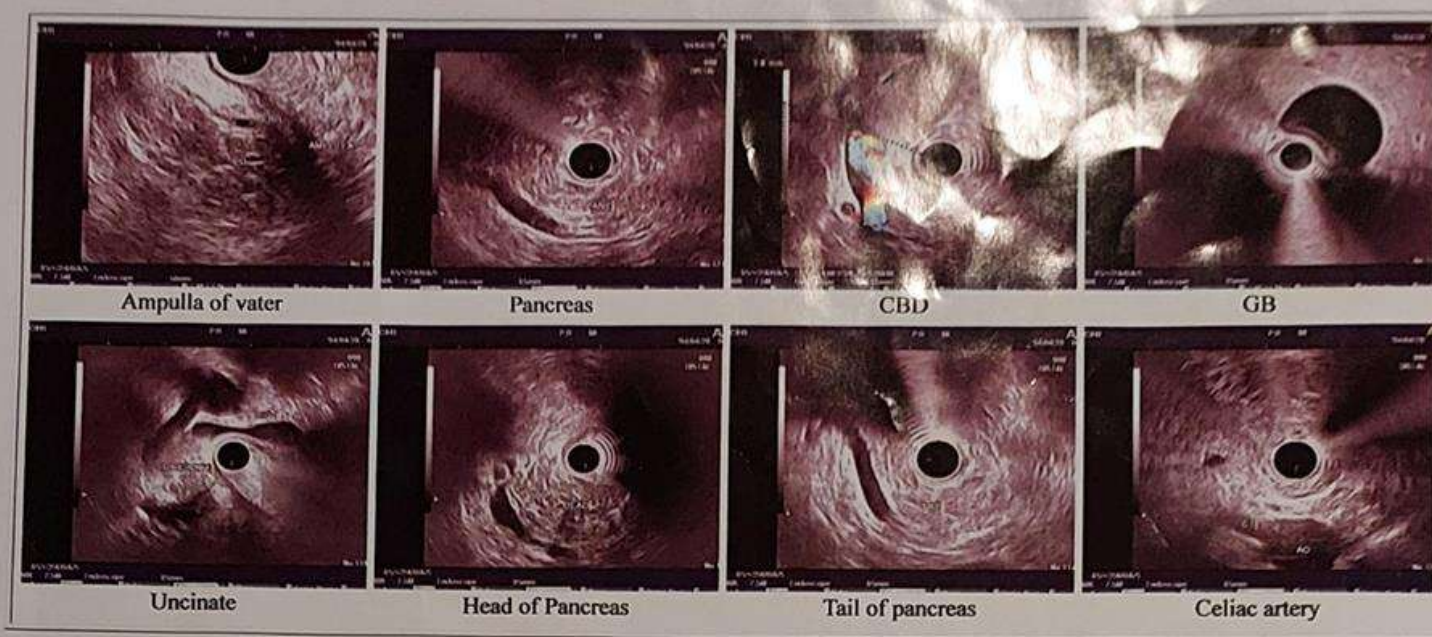
**Gallbladder :** GB wall thickness was normal and contained no sludge or stone.

**Pancreas :** Pancreatic echotexture was heterogenous and lobulated in uncinata, head, body and tail area . Hyperechoic strands were seen throughout the pancreatic perenchyma. , Small foci of parenchymal calcification were seen in head area. , PD diameter was normal all the way from ampulla to the tail.

**Great Vessels :** No celiac LN

**Mediastinum :** No mediastinal LN





**Indication :** Abdominal pain , Recent episodes of Acute Pancreatitis?

**Ampulla of Vater :** Was Normal

**Biliary Tract :** CBD had normal diameter & contained no stone/sludge,etc.IHBDS were normal.Evaluable parts of the liver were normal.

**Gallbladder :** GB wall thickness was normal and contained no sludge or stone.

**Pancreas :** Pancreatic echotexture was heterogeneous and lobulated and contained hyperechoic strands in uncinata and head and somewhat in body and tail area .PD diameter was normal all the way from ampulla to the tail. Few tiny parenchymal calcifications were seen in head/uncinate of pancreas.

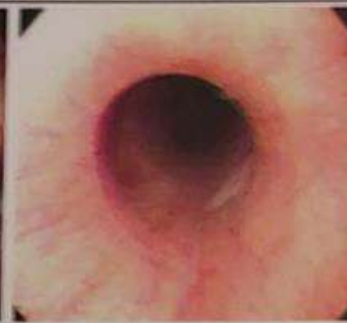
**Greed Vessels :** Normal

**Mediastinum :** Normal

**Impression :** EUS findings compatible with early chronic pancreatitis



Crico-pharynx



Middle third



Lower third



Cardia (Retro-vision)



Body



Body



Body



Antrum



Antrum



Bulb



Distal portion of bulb



2nd portion

**Reason for endoscopy :** Chronic epigastric pain

**Premedication :** 5 mg midazolam

**Description of procedure :** Quality of the procedure was Adequate

**Esophagus :** Was normal

**Stomach :** A few patchy erythema at antrum. biopsies were taken otherwise stomach was normal

**Duodenum :** Was normal

# Lab Data: 1401/10/21

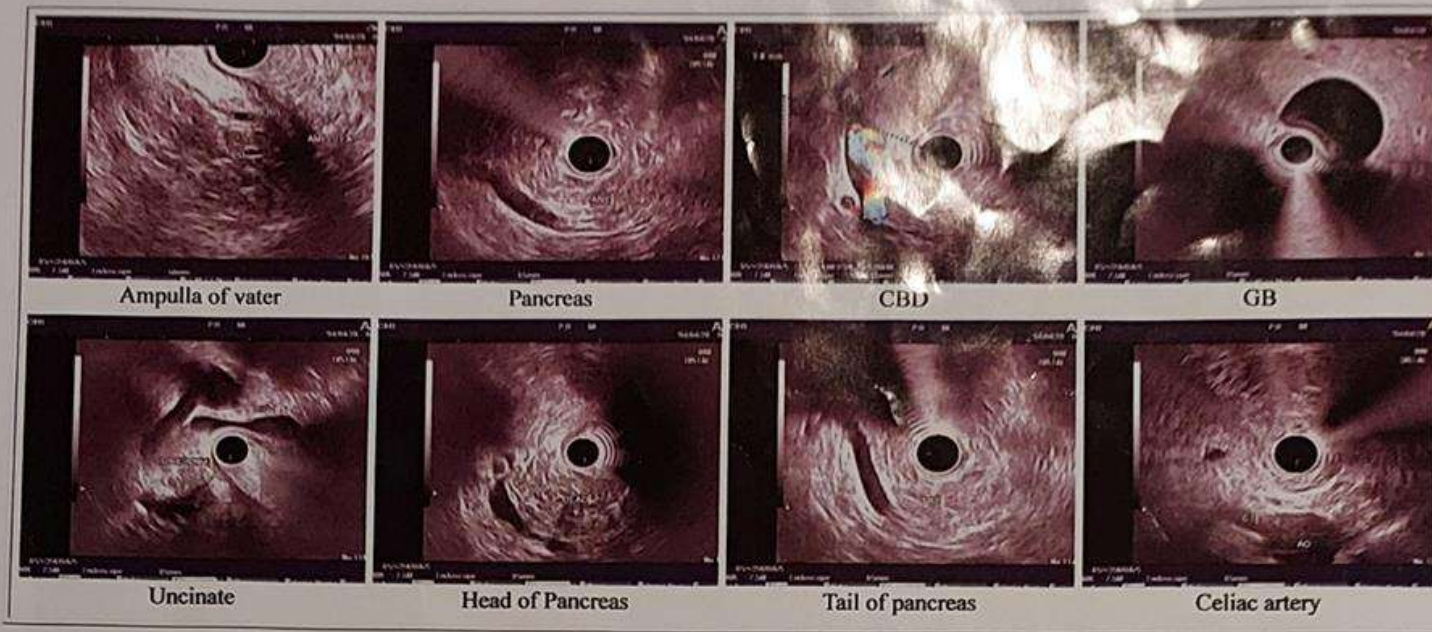
Cr: .8	Ast:23	Alt:8
Alkp:195	Bili T:1/3	Bili D: /3
LDH: 589	Amy: <b>854</b>	Lipase: <b>930</b>
Bs:98	Chol:141	TG:178
HB:13/8	PLT:378000	INR:1
Alb: 4/5		

1402/2/5

Hb: 11/9	MCV: 91	MCH: 28/4
Plt: 360000	Fbs: 79	Cr: /9
Chol: 176	TG: 119	HDL:71
Bili T: /6	Ast: 17	Alt: 13
Alkp: 220	Alb: 4/9	INR: 1
Ca: 9/3	P: 3/6	Mg: 2
LDL: 81	Folic acid : 6/8	Vit B12: 580
Vit D: 18	CRP: Neg	RF: Neg
ANA: Neg	Anti CCP: /1	TSH: 2/5
Ferritin: 52	Cortisol 8am: 1/2	IgG4: 53/1(3/9-86)

## علت طرح :

- خانم ۵۴ ساله با شرح حال پانکراتیت های مکرر با علت نامشخص؟



**Indication :** Abdominal pain , Recent episodes of Acute Pancreatitis?

**Ampulla of Vater :** Was Normal

**Biliary Tract :** CBD had normal diameter & contained no stone/sludge,etc.IHBDs were normal.Evaluable parts of the liver were normal.

**Gallbladder :** GB wall thickness was normal and contained no sludge or stone.

**Pancreas :** Pancreatic echotexture was heterogeneous and lobulated and contained hyperechoic strands in uncinata and head and somewhat in body and tail area .PD diameter was normal all the way from ampulla to the tail. Few tiny parenchymal calcifications were seen in head/uncinate of pancreas.

**Greed Vessels :** Normal

**Mediastinum :** Normal

**Impression :** EUS findings compatible with early chronic pancreatitis



**Indication :** Recent episode of Acute Pancreatitis ?

**Ampulla of Vater :** Was Normal

**Biliary Tract :** CBD had normal diameter (3mm) & contained no stone/sludge, etc. IHBDs were normal.

**Gallbladder :** GB wall thickness was normal and contained no sludge or stone.

**Pancreas :** Pancreatic echotexture was heterogenous and lobulated in uncinata, head, body and tail area. Hyperechoic strands were seen throughout the pancreatic parenchyma. Small foci of parenchymal calcification were seen in head area. PD diameter was normal all the way from ampulla to the tail.

**Great Vessels :** No celiac LN

**Mediastinum :** No mediastinal LN

(Due to chronic pancreatitis?)



Crico-pharyngeus



Middle third



Lower third



Cardia (Retro-vision)



Body



Body



Body



Antrum



Antrum



Bulb



Distal portion of bulb



2nd portion

**Reason for endoscopy :** Chronic epigastric pain

**Premedication :** 5 mg midazolam

**Description of procedure :** Quality of the procedure was Adequate

**Esophagus :** Was normal

**Stomach :** A few patchy erythema at antrum. biopsies were taken otherwise stomach was normal

**Duodenum :** Was normal