



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 ۴ / ۰ ۵

فهرست موارد ۵ تیرماه ۱۴۰۲

صفحه	مسوول	بیمار	
۳	دکتر احمدی فر	خانم ۱۸ ساله	
۸	“	خانم ۶۱ ساله	
۱۴	دکتر باقری	آقای ۵۲ ساله	۱۱۱۲۶۲
۲۲	“	آقای ۳۲ ساله	۱۱۱۲۶۳

GI commission and grand round

۰۲/۰۴/۰۵

خانم ۱۸ ساله

• بیمار در اردیبهشت ماه دچار درد شدید شکم در ناحیه اپی گاستر شده که positional نبوده و همراه با N/V، خارش ژنرالیزه و ایکتر بوده که بستری شده و تحت بررسی قرار گرفته:

• در سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی:

• سایز کبد نرمال همراه با افزایش اکوی آن، مجاری صفراوی داخل و خارج کبد نرمال و کیسه صفرا دارای حجم و ضخامت جداری نرمال و بدون سنگ و اسلاژ درون آن و سایز و اکوی پارانشیمطحال نرمال که یافته های فوق مطرح کننده هپاتیت حاد می باشد.

آزمایشهای زمان بستری

Hb: 12.3	PLT: 139000	ESR: 2
CR: .9	Ca: 9.4	LDH: 1037
Lipase: 20	Amylase: 43	Alt: 413
Ast: 279	Alkp: 640	Alb: 4/3
Na: 138	K: 4.3	Bili T: 1
Bili D: .3	CPK: 193	CRP: 2
Anti HAV IgM: Neg	IgM Anti HBc: Neg	Anti HCV: Neg
INR: 1.28	HBs Ag: Neg	

بیمار با کاهش ترانسامیناز ها در حد 40 ترخیص شده.
در lab Data تکمیلی :

IgG: 1683	Anti-smooth muscle Ab: Neg	INR: 1
ANA: 24.3(Neg<12)	Anti LKM1 Ab: Neg	Ferritin: 14
Bili T: 1	Bili D: .2	Alkp: 274
Alt: 43	Ast: 46	Total pro: 6.7

SPEP: ALB: 61.5, ALPHA I: 2.2, ALPHA II: 7.4, BETA I: 13.9, Gamma: 15(1gr/dl)

• بیمار سابقه مصرف داروهای گیاهی جهت کاهش اضطراب و افسردگی را از ۲ هفته قبل از حملات حاد هپاتیت ذکر می کند.

• علت مطرح شدن بیمار:

• بیمار خانم ۱۸ ساله با یک نوبت acute hepatitis که در آزمایشات IgG بالا و ANA مثبت داشته و هم چنین شرح حال استفاده از داروهای گیاهی در ۲ هفته قبل از جهت نیاز به شروع درمان Acute autoimmune hepatitis یا نیاز به بیوپسی کبد و یا احتمال DILI؟



02/04/05

خانم ۶۱ ساله

- بیمار مورد breast cancer در سال ۱۴۰۰ که تحت عمل جراحی لامپکتومی قرار گرفته از حدود ۲ سال پیش دچار abdominal distention ، ادم و تورم اندام ها به خصوص اندام تحتانی شده اند اما درد شکم و کاهش وزن ندارد.
- سونوگرافی شکم ۱۴۰۰/۱۰/۱۸:
- کبد دارای ابعاد حداکثر نرمال می باشد.
- اکوی پارانشیم کبد افزایش یافته fatty liver grade II و مختصراً coarse و هتروژن می باشد.
- اتساع مجاری داخل و خارج کبدی مشهود نیست کیسه صفرا دارای سایز و ضخامت جداری نرمال و بدون سنگ و اسلاژ می باشد.
- طحال دارای ابعاد و اکوی پارانشیمال نرمال است.
- حدود ۵/۲ لیتر مایع آسیت در فضای شکم و لگن مشاهده گردید.

- بیمار توصیه به بستری را نپذیرفته و مجددا در تاریخ ۲/۱۲/۱۴۰۰ سونوگرافی انجام شده:
- Liver span به اندازه ۹۵ م م می باشد. کبد اندازه طبیعی دارد.
- اکوی پارانشیمال کبد هتروژن و ندولار است.
- ندول های هاپیو اکو متعدد به صورت منتشر در هر ۲ لوب کبد رویت شد که قطر بزرگترین آن ها برابر با ۶ م م می باشد.
- طحال دارای ابعاد و اکوی پارانشیمال نرمال است.
- core needle biopsy of liver در اسفند ۱۴۰۰:
- Highly suspicious to candidiasis infection
- در باز بینی مجدد:
- cirrhosis (macronodular), No evidence of malignancy (primary or metastatic)

• در تاریخ ۱۴۰۱ آندوسکوپی:

- No esophageal varix
- Erosive gastritis
- Portal hypertensive gastropathy

• سونوگرافی دایپلر پورت و ورید طحالی 1401/2 :

- ترومبوز ورید پورت، IVC و ورید طحالی مشاهده نشد.
- اکوی کبد کاملاً coarse و هتروژن است.

• abdominopelvic MRI with out GAD ۱۴۰۲/۲:

- Liver has normal size & heterogeneous parenchyma & irregular margin
- There are at least two T1 & T2 hypo signal mass lesions in both liver lobes with largest diameter of 7 mm in right liver lobe. DDX: regenerative nodule or early Hodgkin's

ANA: Neg	AMA: Neg	
Anti TTG(IgA): Neg	Anti LKMI Ab: Neg	HBC Ab IgM: Neg
IgM Anti HAV: Neg	HBs Ag: Neg	HCV Ab: Neg
Iron:50	TIBC:273	Ferritin: 140
GGT:166	HB:13/1	PLT: 134000
FBS:117	Cr: 1.6	TG: 166
HDL:29	LDL: 45	Ca: 9
Alb: 4.37	TSH: 2.12	AFP: 3.31
Ast: 34	Alt: 33	Alkp: 334
Bili T: .4	CEA: 4.03	CA153: Neg

high SAAG LOW PRO : Tap مايع آسيت

PMH:

- DM+
- HTN +
- CKD +
- Breast ca

علت طرح:

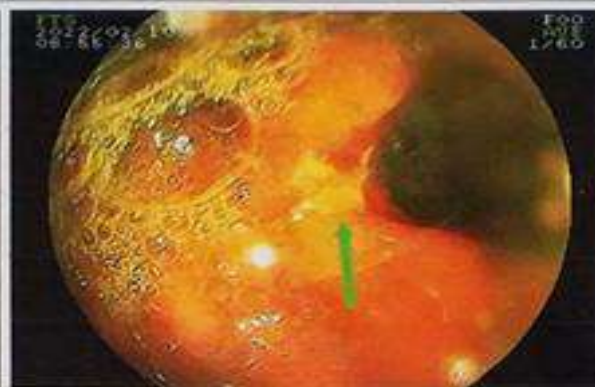
بیمار خانم ۶۱ ساله با سابقه کانسر برست که جراحی شده با توجه به ضایعه کبدی و AFP نرمال و بیوپسی کبد که سیروز کبد مطرح شده، از جهت اقدام لازم برای ضایعه کبدی. آیا نیاز به بیوپسی مجدد دارد؟



02/04/05

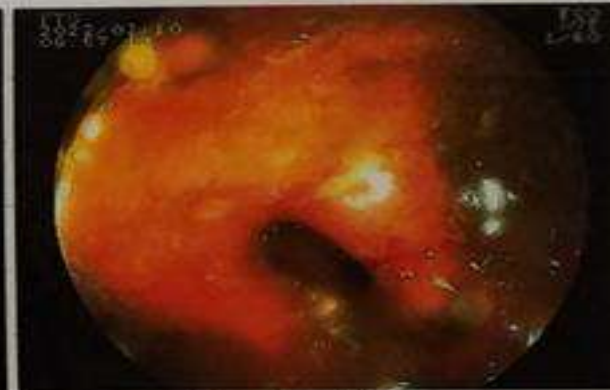
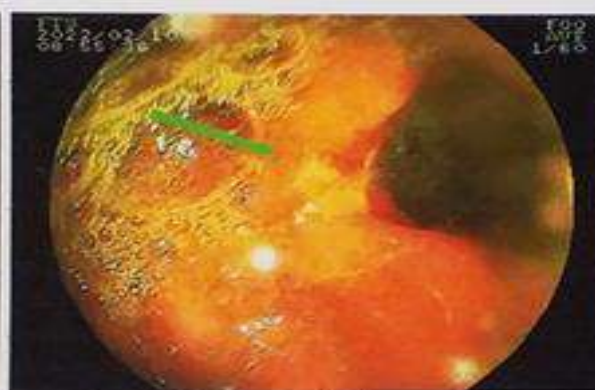
آقای ۵۲ ساله

- بیمار با سابقه احتمالی کرون از حدود ۱۳ سال پیش که درمان های خود را به صورت نامنظم انجام داده است، بعد از یک دوره سه ساله درمان خود را قطع کرده است. حدود ۵ سال پیش به دنبال تشدید علامت ها (درد شکم) تحت کولونوسکوپی قرار گرفته است (تشخیص بیماری کرون) و تحت درمان با مزالازین و ازارام قرار گرفتند که با توجه به عدم تحمل ازارام (درد شکم، احتمالاً پانکراتیت) داروی ادالیموماب جهت بیمار آغاز گردید که به مدت یکسال و نیم تحت درمان با این دارو قرار گرفتند.
- علی رغم مصرف داروها بهبودی بالینی چشمگیری حاصل نشده است. با توجه به عدم بهبود علامت های بالینی و هیستولوژی، اینفلکسیماب آغاز و بیمار ۱ سال تحت درمان قرار گرفتند، در آخرین نوبت تزریق بیمار که بهمن ماه ۱۴۰۱ بوده است بیمار واکنش حساسیت شدید داده است.
- از حدود ۶ ماه پیش جهت بیمار با توجه به آرتريت بیمار پردنیزولون شروع شده است.
- سوال: با توجه به سیر بیماری و مصرف داروهای مختلف، جهت بررسی بیشتر و برنامه درمانی ارجاع شده است.



Retroflex view

Cecum



Terminal Ileum

Terminal Ileum

Terminal Ileum

Terminal Ileum

Reason for Endoscopy : Follow for crohn

Premedication : Midazolam and Pethedine

Discription of Procedure : Boston prep=2-3-3

Cecum : Normal

Ileum : Atleast 3small ulcers up to 10cm biopsy was taken , decrease diameter of lumen 5cm from IC valve

Diagnosis :

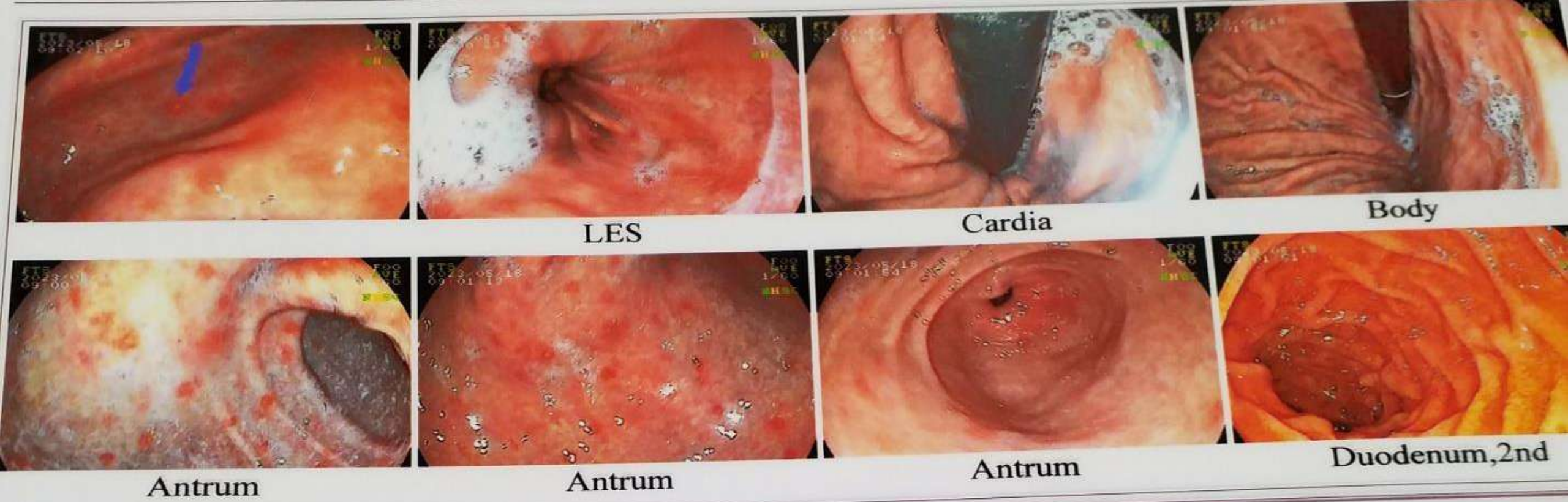
ماکروسکوپی:

نمونه دریافتی شامل چند قطعه به ابعاد $0.3 * 0.2 * 0.5$ cm می باشد.

میکروسکوپی:

در بررسی نمونه ارسالی از بیوپسی زخم ترمینال ایلئوم : مخاط زخمی شده و در زیر زخم نسج گرانولاسیون و آماس مشهود میباشد .
در این نمونه اناری از بدخیمی دیده نشد.

DX : Terminal Ileum Mucosa Biopsy :
Benign Ulcer.



Reason for Endoscopy : Epigastric Pain

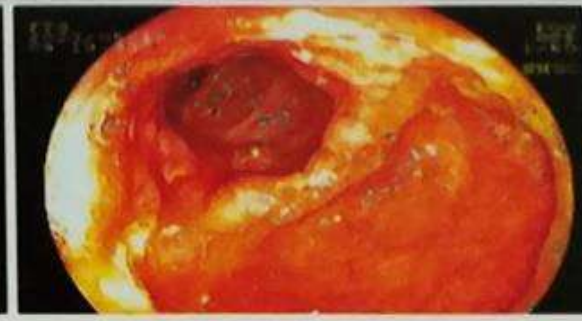
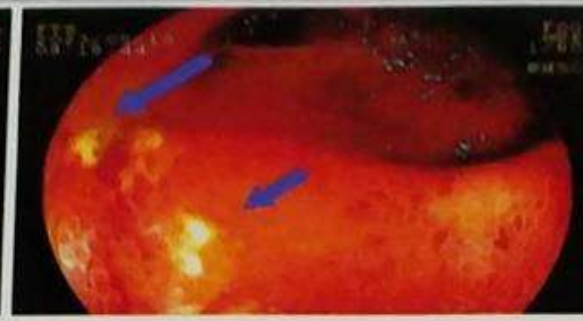
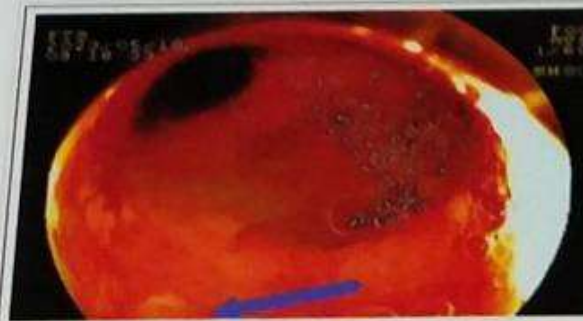
Premedication : Lidocain 2%, Midazolam

Findings :

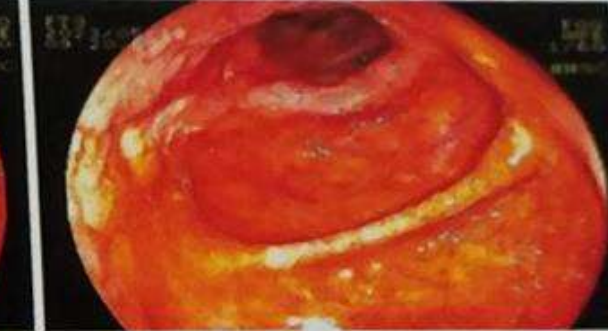
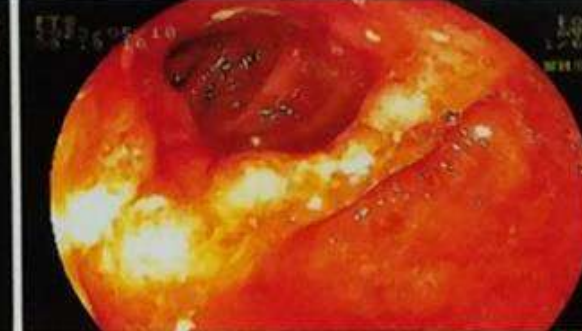
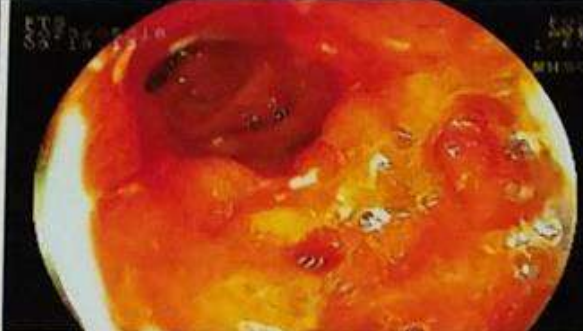
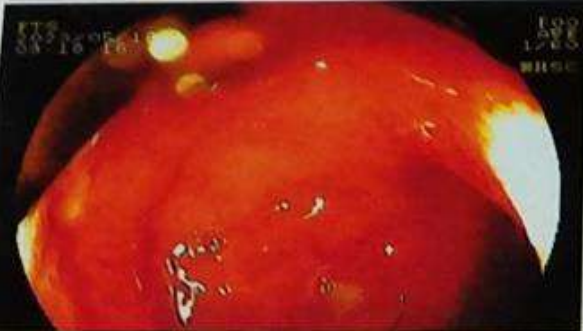
Esophagus : Medium size sliding hiatal hernia

Antrum : Multiple aphthoid lesions Bx

Duodenum : Normal



Cecum



Terminal Ileum

Terminal Ileum

Terminal Ileum

Terminal Ileum

Reason for Endoscopy : Crohn

Premedication : Midazolam and Pethedine

Discription of Procedure : Boston prep=3-3-3

Rectum : Up to cecum was normal

Ileum : Multiple ulceration and erythema and edema at least up to 10 _15cm Bx

Diagnosis :

Handwritten text in Arabic script: "مرض التهاب الأمعاء (Crohn's disease) في القولون و 10-15 cm من الإلئ" (Inflammation of the intestine (Crohn's disease) in the colon and 10-15 cm of the ileum).

MR enterography belong to MR. Ali Akbar Hojati were reviewed, shows, considerable mucosal thickening of terminal ileum and a few centimeter distal ileal loops, as well as, medial aspect of adjacent cecum followed by gadolinium enhancement, causes narrowing of its lumen. This is compatible with inflammatory bowel disease, and Crohn's disease is highly suggested.

No definite stricture is demonstrated, no any lymphadenopathy. No definite fistulous tract or fluid collection.

Mild diffuse mucosal gadolinium enhancement also seen in rectosigmoid area due to the same process.

Impression: Findings are compatible with inflammatory bowel disease, centering on terminal ileum and few centimeters distal ileal loops.

Crohn's disease is highly suggested.

نمونه دریافتی در دو ظرف تحویل آزمایشگاه شد :

ظرف اول با برچسب بیوپسی معده : شامل ۳ قطعه به ابعاد ۰٫۵*۰٫۲*۰٫۱ cm به رنگ سفید - خاکستری می باشد. ظرف دوم با برچسب بیوپسی ایلئوم : شامل یک قطعه نسج به ابعاد ۰٫۲*۰٫۲ cm و به رنگ سفید - خاکستری می باشد.

میکروسکوپی:

۱- در بررسی بیوپسی برداشته شده از ناحیه انتروم معده، اپی تلیوم سطحی و غدد نمای طبیعی دارند. در لامینا پروپریا ارتشاح خفیف لنفوسیت و پلاسماسل دیده شد. انفیلتراسیون نوتروفیل ها بر روی اپی تلیوم غدد دیده نشد. در این نمونه دیسپلازی، اتروفی و متاپلازی روده ای نمایان نیست. در رنگ آمیزی اختصاصی کلونیزاسیون خفیف هلیکوباکتریلوری دیده شد.

۲- در بررسی بیوپسی ایلئوم : ارتشاح خفیف سلول های اماسی مزمن و ادم در زیر مخاط و لابه لای غدد مشهود می باشد. در این نمونه شواهدی از زخم و بدخیمی دیده نشد.

- DX : 1) Gastric Biopsy (Antrum) :
- Mild Chronic Gastritis
 - No Dysplasia
 - Atrophy Not Seen
 - Intestinal metaplasia Absent
 - H.Pylori Infection Are Seen
- 2) Ileum Mucosa Biopsy :
- Mild Chronic Ileitis



02/04/05

آقای ۳۲ ساله

- بیمار مورد CHF (مدارک مربوط به بستری و بررسی قلبی را همراه ندارد) به علت احساس دیستانتیون شکم تحت سونوگرافی قرار گرفته است.
- یافته های سونوگرافی:
- در قسمت تحتانی سرپانکراس یک ناحیه سیستیک بدون جز سولید داخلی 24*10mm گزارش شده است و همچنین تصویر دوناحیه ی سیستیک بین ناف طحال و کلیه چپ واجد چند سپتای داخلی بدون فلوی عروقی و سه کیست کوچک دیگر گزارش شده است.
- سوال: با توجه به پانکراتیک سیست و گزارش پانکراتیت مزمن در بیمار قدم بعدی جهت بررسی بیمار؟

در سونوگرافی انجام شده از شکم ونواحی رتروپریتوئن :
*پر گازی شدید در شکم دیده می شود.

- اکوی کبد افزایش یافته است که معادل Fatty Liver Grade I میباشد .
- احتقان عروق هپاتیک ثانویه به بیماری زمینه ای قلبی دیده می شود.

• طحال دارای حجم و اکوژنیسیته طبیعی هستند. (Spleen Span: 102mm)

• پانکراس در قسمت سر و عمده تنه قابل رویت است.

در قسمت تحتانی سر پانکراس یک ناحیه سیستیک بدون جزء سولید داخلی به ابعاد $24*10\text{mm}$ دیده می شود.

تصویر دو ناحیه سیستیک بین ناف طحال و کلیه چپ واجد چند سپتای داخلی در ابعاد $34*18\text{mm}$, $25*15\text{mm}$ بدون فلوی عروقی داخلی و سه کیست کوچک تر به اقطار 13mm , 14mm , 10mm در مجاورت آن ها مشهود است.

*سی تی اسکن از ناحیه ناف طحال و پانکراس توصیه می شود.

• کیسه صفرا دارای حجم و جدار طبیعی ، فاقد سنگ و توده است .
اتساع مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی دیده نشد.

RK: $98*28\text{mm}$

LK: $88*34\text{mm}$ •

ضخامت پارانشیم کلیه راست برابر 10mm و کلیه چپ برابر 14mm میباشد.

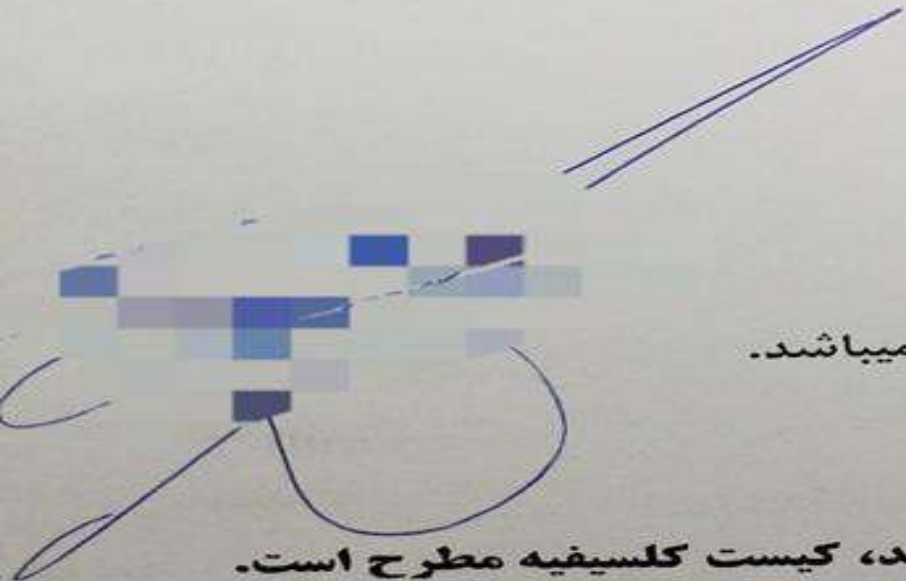
کلیه ها دارای حجم و اکوژنیسیته طبیعی هستند.

کورتکس منظم است . CMj طبیعی است .

سنگ و هیدرونفروز دیده نشد.

*تصویر ناحیه اکوژن به قطر 10mm در پل فوقانی کلیه راست دیده شد، کیست کلسیفیه مطرح است.

• آنورت و پارا آنورت طبیعی است . توده فضاگیر در نواحی رتروپریتوئن رویت نشد.



WBCs				RBCs			
	Result	Unit	Reference Value		Result	Unit	Reference Value
WBC	7.60	$10^3/\mu\text{L}$	3.5 - 11	RBC	5.71	$10^6/\mu\text{L}$	4.3 - 6.0
Neutrophils	57.5	%	43 - 78	Hemoglobin	17.2	g/dL	13.5 - 18.0
Lymphocytes	29.3	%	15 - 45	Hematocrit	50.9	%	38 - 52
Monocytes%	9.8	%	0 - 12	MCV	89.1	fL	80 - 97
Eosinophils%	3.0	%	0 - 7	MCH	30.1	pg/cell	27 - 33
Basophils%	0.4	%	0 - 1.3	MCHC	33.8	g/dL	31 - 36
Neutrophils#	4.4	$10^3/\mu\text{L}$	1 - 8.5	RDW-CV	12.9	%	11 - 15.6
Lymphocytes#	2.2	$10^3/\mu\text{L}$	1 - 4.1	Platelets		Unit	Reference Value
Monocytes#	0.7	$10^3/\mu\text{L}$	0 - 1.1	Platelets	220	$10^3/\mu\text{L}$	145 - 450
Eosinophils#	0.2	$10^3/\mu\text{L}$	0 - 0.5	MPV	7.3	fL	7.4 - 10.4
Basophils#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	0 - 0.3	PDW	12.2	%	10 - 18
Comment	-			PCT%	0.160	%	0.1 - 0.4

Dear Dr:

In contrast enhanced CT study of abdomen and pelvis :

This is a typical case of grade 4 severe chronic pancreatitis based on Cambridge classification system .

There are more than 7 cystic lesions developed in different parts of pancreatic head ,neck , body and tail due to obstruction of side branches , with numerous calcified foci in dilated acini and alongside accessory ducts and main pancreatic duct .

Main pancreatic duct itself shows intervening areas of narrowing and dilation , but is not significantly dilated in a diffuse form .

No distinct solid mass lesion is detectable .

Peripancreatic fat is clear without any evidence of edema or stranding , so acute component is absent .

The other problem in this patient is a very large abnormal bulk of retroperitoneal and intraperitoneal fat in relation to subcutaneous fatty tissue .

Control of triglyceride and cholesterol levels is highly recommended .

Adrenal glands are small and diminutive in size , so exact correlation with lab data is highly recommended .

Liver, spleen ,gallbladder , CBD , intrahepatic ducts , both kidneys , aorta ,IVC , iliopsoas muscles , urinary bladder , prostate and seminal vesicles , scanned portions of bony skeleton are normal .

No adenopathy is detectable

No free fluid are noted .

Endocrinology Department

Test

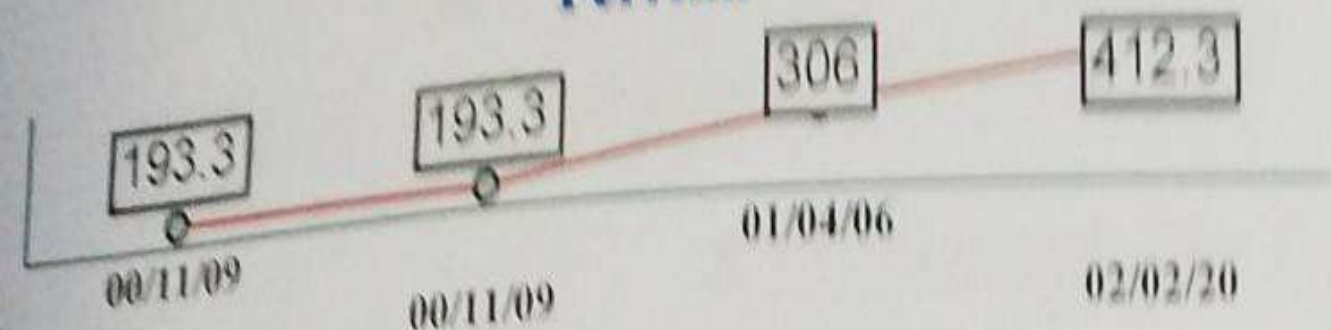
Ferritin

H:High

L:Low

<u>Risk</u>	<u>Result</u>	<u>Method</u>	<u>Unit</u>	<u>Biological Reference Interval</u>
H	412.3	BIA	ng/mL	Men: 20 - 300

Ferritin



Tumor Marker Department

Test

CA19-9: Cancer Antigen 19-9

AFP; Alfa-Feto Protein

<u>Risk</u>	<u>Result</u>	<u>Method</u>	<u>Unit</u>	<u>Biological Reference Interval</u>
	17.23		U/mL	Healthy people and non-pregnant females: ≤ 40
	1.45	ECLIA	IU/mL	0 - 5.89

Blood Biochemistry Department

<i>Bilirubin Total</i>	Continue H	1.44*	mg/dL	0-1day <6 1-2day <8 2-5day <12 >5 day <10 Adult <1.2
<i>Bilirubin Direct</i>		0.26	mg/dL	≤0.3
<i>Bilirubin Indirect</i>		1.18	mg/dL	0.2 - 1.2
<i>AST: Aspartate Aminotransferase (SGOT)</i>	H	39	U/L	< 38
<i>ALT: Alanine Aminotransferase (SGPT)</i>	H	56*	U/L	Up to 40
<i>ALK: Alkaline Phosphatase</i>	H	378*	U/I	80 - 306
<i>Fe: Iron</i>		93	µg/dl	35 - 168
<i>TIBC: Total Iron Binding Capacity</i>		420	µg/dL	250 - 450
<i>Chloride</i>		102.7	mEq/L	Newborn : 95-110 Infant & Adult : 95-105 Values vary with CL intake.