

# **حالة سريرية من الشعبة الهضمية في مشفى المواساة الجامعي**

إعداد: د. براء محمد حمدان  
دكتوراه بالأمراض الهضمية

# الهوية الشخصية

السويداء السكن

مزارع العمل

غير مدخن التدخين

لا يتناول الكحول الكحولية

م.أ الاسم

ذكر الجنس

69 سنة العمر

متزوج الحالة الاجتماعية



# الشکوی الرئیسیة

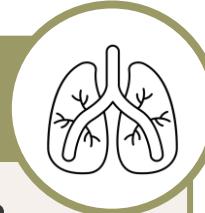
کبر حجم البطن

# القصة المرضية

- بدأت شكاية المريض منذ حوالي 20 يوم بكبر حجم بطن تدريجي مع حس ثقل بالخاصرتين.
- ترافقت الشكاية بنقص وزن غير مقياس دون قصة نقص شهرية أو إقياء أو ألم بطني أو ترفع حروري أو تعرق ليالي أو تغير بعادات التغوط.

# استعراض باقي الأجهزة

## الجهاز التنفسـي



- لا ألم صدرـي
- لا سعالـ.
- لا زلة اضطجاعـية أو زلة ليلـية انتـيابـية.

## الجلـد



- لا قصـة طـفح أو كـدمات أو بـقعـ.

## الرأس والعنـق



- لا صـداعـ
- لا طـنـينـ

## الجهاز القـلـبي الوعـائي



زلـة تنـفـسـية جـهـدـية درـجـة ثـالـثـةـ.

- لا خـفـقـانـ

# استعراض باقي الأجهزة

## الجهاز البولي التناسلي



- لا حرقة بولية
- لا تبدل بالصادر البولي
- لا تغير بلون البول

## الجهاز العصبي



- لا اختلالات أو تبدل بالحالة العقلية
- لا أعراض حسية أو حركية.

## الجهاز الحركي



- لا آلام هيكلية، لا آلام مفصلية.
- لا يبوسة صباحية

# السوابق المرضية

سوابق نقل الدم

متكرر منذ سنتين

السوابق الدوائية

Biodical 1x1

خارج أوقات الوجبات  
الطعامية

السوابق الجراحية

لا يوجد

السوابق التحسسية

لا يوجد

السوابق العائلية

لا يوجد

السوابق المرضية

ورم تقوي عديد مشخص منذ  
 حوالي السنة ومعالج ب:

velcade 12/2022

Daratumumab 11/2023

وبانتظار استكمال الجرعات.

# العلامات الحيوية

20 / دقيقة

معدل التنفس

37 درجة مئوية

درجة الحرارة

97 % ه.غ

الأكسجة

واع متوجه

الوعي

110/70 ملم.ز

الضغط الشرياني

100 نبضة / الدقيقة

النبض

## فحص البطن

- التأمل: متنفس متناظر، لم يلاحظ دوران جانبي، لاندبات عمل جراحي.
- الإصغاء: الحركات الحوية مسموعة بتواتر طبيعي.
- الجس:
  - ✓ السطحي: لين، لا كتل سطحية مجسورة.
  - ✓ العميق: لا كتل أو ضخامت مجسورة، النقاط الألميه سلبية.
- القرع: الكبد مقروع من الورب الخامس، liver span 14 cm، الطحال غير مقروع، أصمية متنقلة.  
 $BMI = 26.5 \text{ kg/m}^2$

### فحص باقي الأجهزة

- الرأس والعنق: شحوب ملتحمة، لا يرقان، لا انتباخ وداجين.
- الجهاز القلبي الوعائي: أصوات القلب منتظمة - لا نفخات مسموعة.
- الجهاز التنفسي: خفوت في قاعدة الرئة اليمنى مع أصمية ونقص بالاهتزازات، الإشباع 97% ه.غ.
- الجلد والجهاز البلغمي: لا كدمات لا فرفريات، لا نمشات، لا عنكبوت وعائي على جدار الصدر، لا ضخامت عقدية مجسورة بفحص العقد اللمفية الرقبية والإبطية والمغبنية.
- الجهاز العصبي: واع متوجه ومتجاوب، لا علامات عصبية بؤرية، فحص القوة والمقوية والمنعكسات والحس ضمن الطبيعي.
- الطرفان العلويان: النبض الكعبري محسوس بالطرفين ممتهن ومتناظر، لا حمامي راحية، لا تقرط أصابع، لا رجفان.
- الطرفان السفليان: وذمات انطباعية درجة أولى عمق وأولى امتداد، لا علامات DVT.

# الاستقصاءات

## الاستقصاءات

## الفحوصات المخبرية

CBC	
WBCs	4300 /ul
L/N	49/47
RBCs	3.56 *103.ul
Ht	23%
Hb	7.7 g/dl
MCV	84 fl
PLTs	122 *103.ul

الشوارد	
Na	135 mEq/l
K	3.7 mEq/l
Ca	8.3 mg/dl
P	3.6 mg/dl

Urea	24 mg/dl
Creatinine	0.7 mg/dl
Glu	87 mg/dl
CRP	30 mg/dl (up to 5)
LDH	205 U/L
ALT	15 U/L
AST	21 U/L
TP	7.9 g/dl
ALB	2.8 g/dl
ALP	26 U/L
Total Bilirubin	0.38 mg/dl
Direct Bilirubin	0.18 mg/dl
PT	100%
INR	1

Amylase	50
Uric Acid	4
فحص البول والراسب	
أصفر	اللون
رائق	المظهر
2-1	RBCs
12-10	WBCs
5.5	pH
++	HB

### إيكو البطن

- الكبد: متجانس الصدى، منتظم الحواف يقىس على الخط الموازي لحور الكلية اليمنى الطولاني حوالي 140 ملم، وريد الباب في سرة الكبد سالك يقىس حوالي 10، الأوردة فوق الكبد سالكة غير متوسعة، لا يوجد توسيع بالطرق الصفراوية داخل أو خارج الكبد، يوجد سائل حر حول الكبد.



- المراة: طبيعية الحجم رقيقة الجدار رائقة المحتوى لا تحوي ضمنها حصيات.
- الطحال: متجانس الصدوية يقىس 8 سم، لا آفات على حسابه.
- البنكرياس: متجانس الصدى بالرأس والجسم والذيل، لا آفات على حسابه.
- الكليتان : طبيعيتنا الشكل والموقع والصدى والحجم، تمایز قشرى لبى جيد.
- المثانة: ممتهلة منتظمة الجدار رائقه المحتوى.
- الحوض: كمية متوسطة من السائل الحر.
- يلاحظ انصباب جنب أيمن.

## صورة الصدر البسيطة



- خلفية أمامية، شهيقية، متناظرة.
- ضخامة مشعر قلبي رئوي.
- انغلاق زاوية ضلعية حجابية يمنى.
- لا كثافات او ارتشاحات مشاهدة في الساحتين.

## تحليل سائل الحبن

SAA G=1

منخفض المدروج عالي البروتين

GeneXpert: Negative

تحري الخلايا الشاذة: سلبي

أصفر	اللون
عكر قليلاً	المظهر
180	RBCs
2000	WBCs
69/11	L/N
5	TP
1.8	ALB
164	LDH
54	Cholesterol

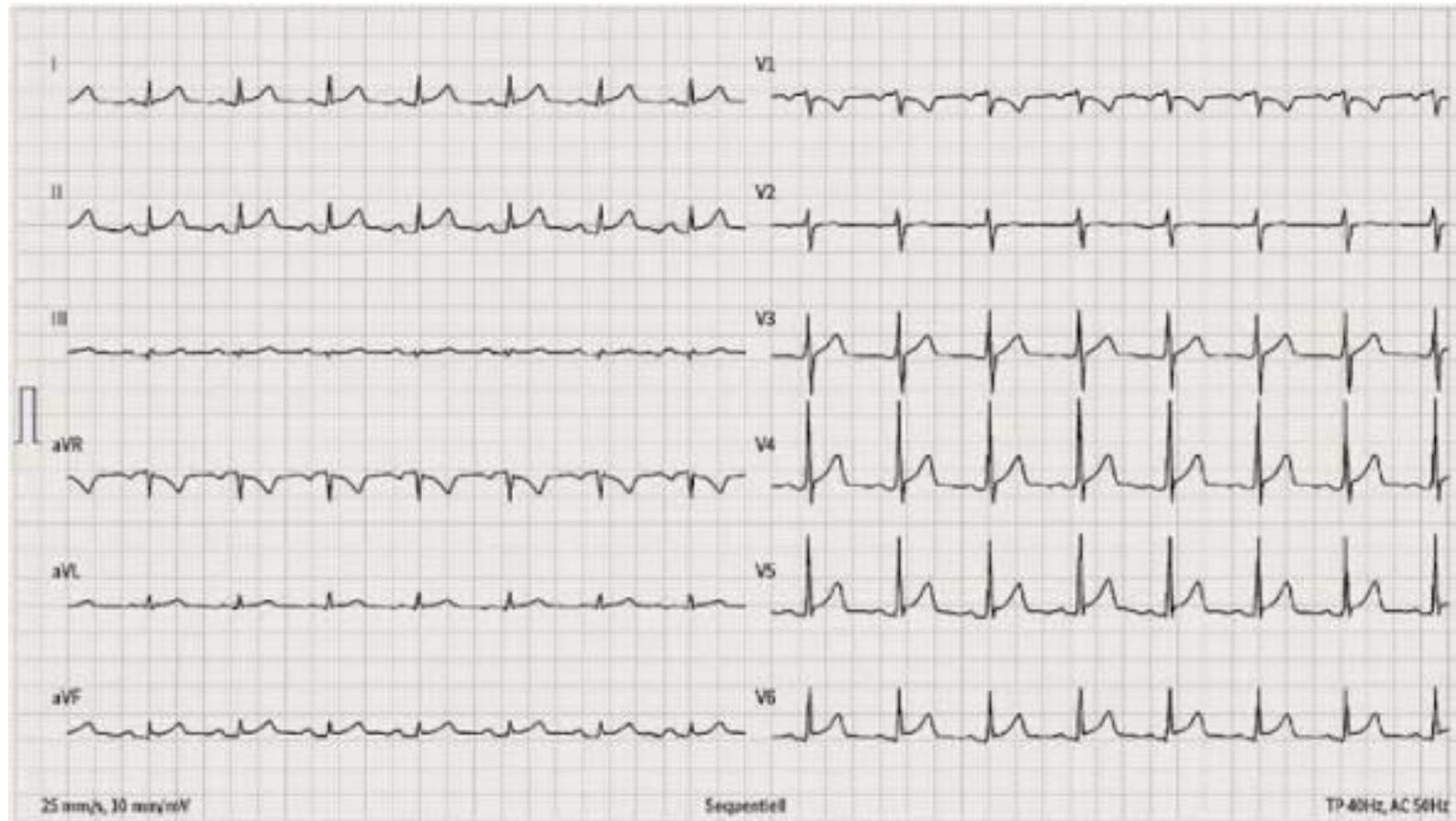
## تحليل سائل الجنب

## EXUDATE

تحري الخلايا الشاذة:  
 مجموعات كبيرة من خلايا  
 ميوزوثيلالية مفعلة وخلايا التهابية  
 مختلطة مزمنة وحادة  
 مع مشاهدة مجموعات خلوية عالية  
 الشبهة بخلايا ورمية

أصفر	اللون
رائق	المظهر
5600	RBCs
320	WBCs
96/4	L/N
10	TP
2	ALB
182	LDH
108	Glucose
9.2	ADA

## تخطيط القلب الكهربائي



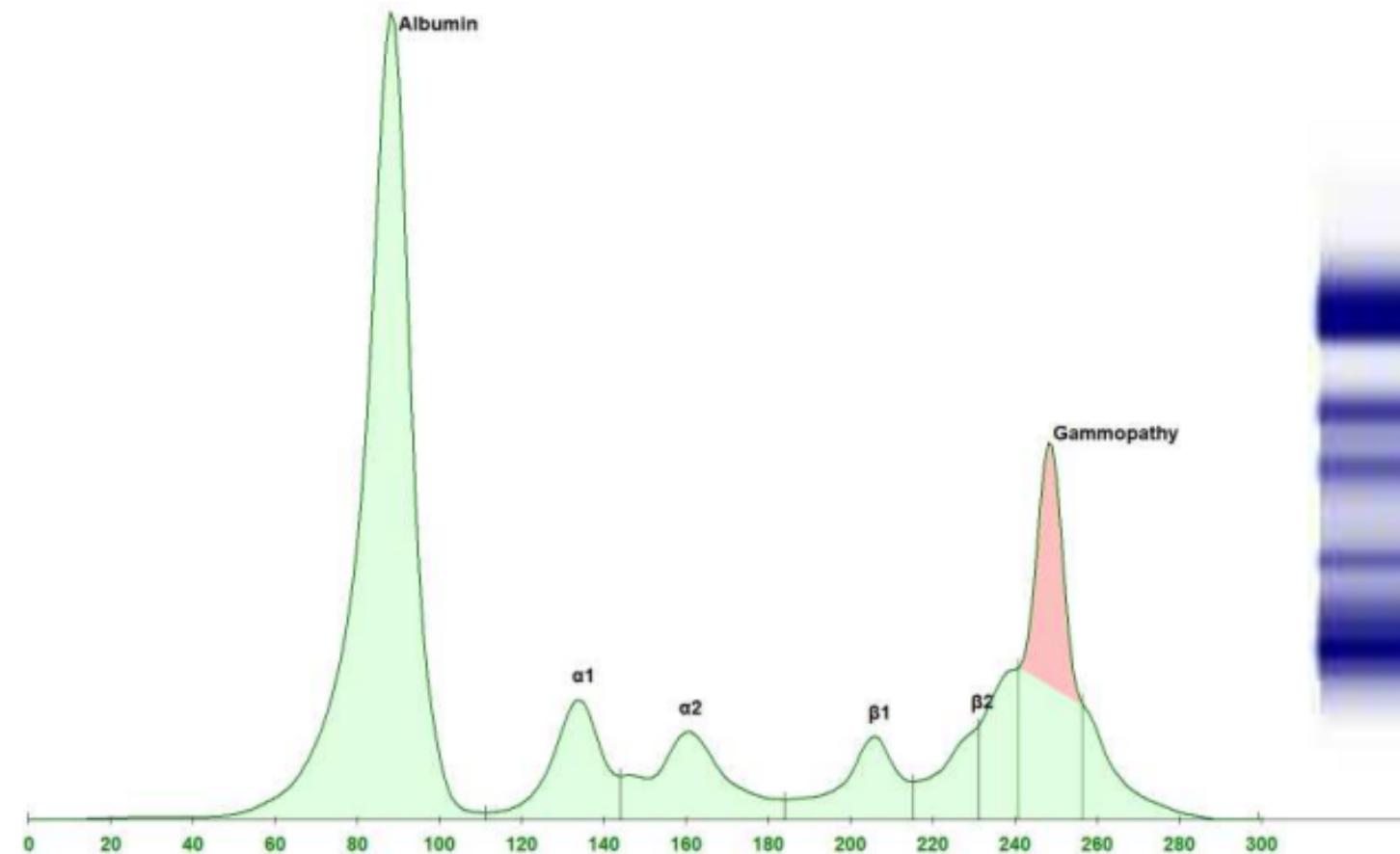
- جيبي، منتظم.
- محور القلب سوي.
- معدل ضربات القلب  
 $\approx 90$  ضربة / دقيقة.
- لاتبدلات تخطيطية هامة.

- جذر الأبهر سوي
- الأذينة اليسرى سوية
- الأذينة اليمنى سوية
- البطين الأيسر سوي الحركية والأبعاد، الوظيفة الانبساطية نمط جريانی سوي  
 $EF=60-56\%$
- الدسام التاجي والأبهري والرئوي سوي
- الدسام مثلث الشرف سوي
- الضغط الرئوي الانقباضي  $SPAP: 30-35 \text{ mmHg}$
- الوريد الأجوف السفلي متفاعل مع التنفس أكثر من 50%

### طبقي محوري للصدر والبطن والحوض مع حقن

- الصدر: انصباب جنب في الجهة اليمنى، تسمك في الجنب على الجهة الخلفية للرئة اليمنى، البرنشيم الرئوى دون كتل او عقد او كثافات ، لا ضخامت عقدية منصفية مشتبهه.
- الكبد: طبيعي الحجم ذو برنشيم متجانس ، الحواف منتظمة ، لا توسيع بالطرق الصفراوية ضمنه ، الوريد الباب والأوردة فوق الكبد تبدو طبيعية.
- المراة: غير مقيمة قد تكون متصلة أو متقلصة.
- البنكرياس : البرانشيم متجانس.
- الطحال : طبيعي الحجم منتظم الحواف ذو برنشيم متجانس.
- الكظران طبيعي المظهر.
- المثانة: جدارها رقيق منتظمة الجدار ، لا تحوي حصيات أو رتوج أو بوليبات.
- الأبهر والشرابين الكلوية طبيعية ، الأوعية خف البريتوان طبيعية.
- لا ضخامت عقدية مشتبهه على مسیر الأبهر وفروعه.
- **البطن والحوض:** سائل متوسط الكمية في البطن حول الكبد وفي الحوض.

## Serum Protein Capillary Electrophoresis



## رحلان البروتينات على سائل الحبن

Tests	Result		Normal range	Unit	Last dated result
Total Protein Concentration	3.7	L	6.4 - 8.3	g/dL	
Albumin	1.81	L	3.40 - 4.74	g/dL	
Alpha1	0.28		0.21 - 0.35	g/dL	
Alpha2	0.3	L	0.51 - 0.85	g/dL	
Beta1	0.21	L	0.34 - 0.54	g/dL	
Beta2	0.16	L	0.23 - 0.49	g/dL	
Gamma	0.95		0.6 - 1.6	g/dL	
Percentage					
Albumin %	48.8	L	55.8 - 66.1	%	
Alpha1 %	7.5	H	2.9 - 4.9	%	
Alpha2 %	8.1		7.1 - 11.8	%	
Beta1 %	5.7		4.7 - 7.2	%	
Beta2 %	4.2		3.2 - 6.5	%	
Gamma %	25.7	H	11.1 - 18.8	%	
Albumin To Globulin Ratio	0.9	L	1.1 - 2.2	Ratio	

Suggested Diagnosis SPE = In Acsitic Fluid: Suspecting monoclonal gammopathy 0.61g/dL (16.4%)

**تم إجراء تنظير بطن استقصائي وأخذ خزعات.**

**أظهر التشريح المرضي وجود خلايا لا نموذجية**

**بانتظار نتيجة التلويبات مناعية.**

# Myelomatous ascites and pleural effusion in relapsed multiple myeloma

Mizba Baksh, Ke Li, Liuyan Jiang, Victoria Alegria,  
Taimur Sher, Vivek Roy, Asher Chanan-Khan,  
Sikander Ailawadhi, Ricardo D. Parrondo,  
Muhamad Alhaj Moustafa 

First published: 02 February 2022

<https://doi.org/10.1002/CCR3.5329>

Citations: 2

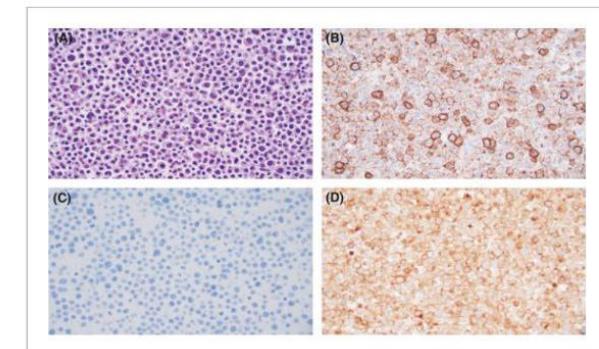
## Funding information

None.

A 70-year-old male patient with an initial presentation of back pain and difficulty walking was diagnosed with IgD lambda subtype of International Staging System (ISS) stage II MM 8 years prior to current presentation with only bony lesions and without renal disease. He was found to have a T3 tumor with a lytic bone lesion which was managed by a laminectomy and radiation therapy. He was able to achieve a very good partial response with six cycles of lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone (RVD). The patient underwent high-dose chemotherapy followed by autologous stem cell transplant and was subsequently started on maintenance therapy with 10 mg lenalidomide. He had multiple relapses and underwent multiple lines of therapy. Most recently, the patient was on once-weekly salvage therapy with carfilzomib, pomalidomide, and dexamethasone (KPd); however, he developed anemia grade 3 and neutropenia grade 4. He was hospitalized due to acute kidney injury with oliguria likely due to cast nephropathy in the setting of progressive MM. His renal function improved significantly following treatment with cyclophosphamide 1 gm/m<sup>2</sup> for 2 days, pulse dexamethasone

significant abdominal pain and distension. Paracentesis revealed ascitic fluid with elevated white blood cell count indicating possible SBP. An abdominal ultrasound with liver doppler ruled out any liver pathology, and ascitic fluid cultures were negative. The peritoneal fluid cytology demonstrated the presence of numerous atypical CD138+ plasma cells with lambda light chain restriction on kappa/lambda immunoglobulin light chain immunostaining, and this confirmed our suspicion of malignant plasmacytic ascites (Figure 1A–D). The patient's condition progressed rapidly over a period of 1 month. Thereafter, he was further evaluated for possible non-B-cell maturation antigen (BCMA) directed therapies under clinical trials. He was hospitalized multiple times for pleural effusions requiring thoracentesis and pleural catheter placement to alleviate his worsening dyspnea. The possibility of malignant effusion was considered since his respiratory symptoms were new and of sudden onset. Accordingly, a confirmatory pleural fluid cytology and immunohistochemistry was performed which revealed atypical plasma cells positive for CD138 with lambda immunoglobulin light chains restriction (Figure 2A–D). Concurrently, his serum creatinine levels rose dramatically

dyspnea. The possibility of malignant effusion was considered since his respiratory symptoms were new and of sudden onset. Accordingly, a confirmatory pleural fluid cytology and immunohistochemistry was performed which revealed atypical plasma cells positive for CD138 with lambda immunoglobulin light chains restriction (Figure 2A–D). Concurrently, his serum creatinine levels rose dramatically from 0.86 to 2.63 mg/dl and evolved to acute renal insufficiency necessitating a cystoscopy to place a ureteral stent. Although the patient's kidney function improved after one cycle of cyclophosphamide, bortezomib, and dexamethasone (CyBorD), he developed uncontrolled atrial fibrillation. The patient was transitioned to hospice care and ultimately died.



Case Report

# Ascites revealing peritoneal amyloidosis and IgG kappa multiple myeloma: A case report

Samia Sabri <sup>a b</sup>  , Houda Bachir <sup>a b</sup>,  
Siham Hamaz <sup>a b</sup>, Habiba Alaoui Bennesser <sup>a b</sup>,  
Khalid Serraj <sup>a b</sup>

Show more 

 Outline |  Share  Cite

---

<https://doi.org/10.1016/j.radcr.2024.08.013> 

[Get rights and content](#) 

Under a Creative Commons license 

 Open access

## Case presentation

We report the case of a 71-year-old male chronic smoker with a 50 pack-year history, presented with abdominal distension among a background of general deterioration. At his first clinical presentation, he was alert, well oriented in time and space, with a Glasgow Coma Scale (GCS) of 15/15, he was also apyretic.

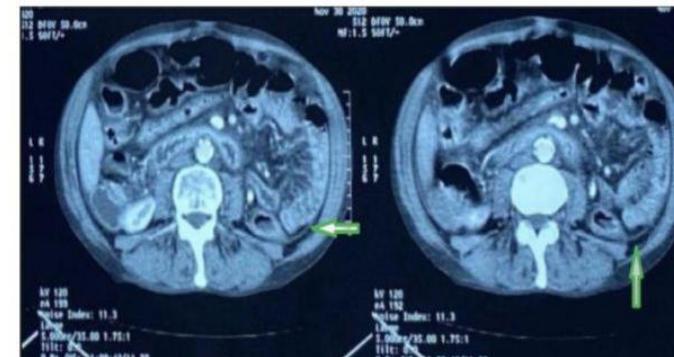
On physical examination, the patient was bedridden, malnourished, and showed various dermatological manifestations including painless flesh-colored papules and nodules in the pelvic region, ecchymotic purpura ([Fig. 1](#), [Fig. 2](#)), lower limb oedema, and a distended abdomen with dullness on percussion.

Examination of the pleuropulmonary system revealed we noted decreased vocal fremitus and breath sound evoking a condensation pulmonary syndrome.

Examination of the ascitic fluid indicated an exudative profile (albumin = 35 g/l) with a predominant cellular composition consisting mainly of lymphocytes (569 white cells per m<sup>3</sup>, comprising 60% lymphocytes). Despite comprehensive assessments including cultures and assays for neoplastic cell detection such as quantiferon and antinuclear antibodies, all yielded negative results.

An injected CT-scan was conducted revealing pleural effusion, moderate ascites, peritoneal thickening, and infiltration of abdominal fat

([Fig. 3](#)). Histopathological analysis of peritoneal biopsies disclosed Congo red staining under polarized light, suggestive of amyloid deposits ([Fig. 4](#)).





شکراً لاصغائكم