

حالة سريرية من الشعبة الهضمية في مشفى المواساة الجامعي

إعداد: د. براء محمد حمدان
دكتوراه بالأمراض الهضمية

الهوية الشخصية

السكن	السويداء
العمل	مزارع
التدخين	غير مدخن
الكحولية	لا يتناول الكحول

الاسم	م.أ
الجنس	ذكر
العمر	69 سنة
الحالة الاجتماعية	متزوج



الشكوى الرئيسية

كبر حجم البطن

القصة المرضية

- بدأت شكاية المريض منذ حوالي 20 يوم بـكبر حجم بطن تدريجي مع حس ثقل بالخاصرتين.
- ترافقت الشكاية بنقص وزن غير مقيس دون قصة نقص شهية أو إقياء أو ألم بطني أو ترفع حروري أو تعرق ليلي أو تغير بعدادات التغوط.

استعراض باقي الأجهزة

الجهاز التنفسي



- لا ألم صدري
- لا سعال.
- لا زلة اضطجاجية أو زلة ليلية انتبايية.

الرأس والعنق



- لا صداع
- لا طنين

الجلد



- لا قصة طفح أو كدمات أو بقع.

الجهاز القلبي الوعائي



- زلة تنفسية جهدية درجة ثالثة.
- لا خفقان.

استعراض باقي الأجهزة

الجهاز البولي التناسلي



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

الجهاز العصبي



- لا اختلاجات 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	السوابق الجراحية	السوابق المرضية
متكرر منذ سنتين	لا يوجد	ورم نقوي عديد مشخص منذ حوالي السنة ومعالج ب: velcade 12/2022 Daratumumab 11/2023 وبانتظار استكمال الجرعات.
السوابق الدوائية	السوابق التحسسية	
Biodical 1x1 خارج أوقات الوجبات الطعامية	لا يوجد	
	السوابق العائلية	
	لا يوجد	

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

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

- الرأس والعنق: شحوب ملتحمة، لا يرقان، لا انتباج وداجيين.
- الجهاز القلبي الوعائي: أصوات القلب منتظمة - لا نفخات مسموعة.
- الجهاز التنفسي: خفوت في قاعدة الرئة اليمنى مع أصمية و نقص بالاهتزازات، الإشباع 97% ه.غ.
- الجلد و الجهاز اللمفي: لا كدمات لا فرغريات، لا نمشات، لا عنكبوت وعائي على جدار الصدر، لا ضخامات عقدية
مجسوسة 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 مجسوس بالطرفين ممتلئ ومتناظر، لا حمامى راحية، لا تبقرط أصابع، لا رجفان.
- الطرفان السفليان: وذمات انطباعية درجة أولى عمق و أولى امتداد، لا علامات DVT.

الاستقصاءات

الفحوصات المخبرية

الاستقصاءات

CBC	
WBCs	4300 /ul
L/N	49/47
RBCs	3.56 *10 ³ /ul
Ht	23%
Hb	7.7 g/dl
MCV	84 fl
PLTs	122 *10 ³ /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

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



- **الممرارة:** طبيعية الحجم رقيقة الجدار رائقة المحتوى لا تحوي ضمنها حصيات.
- **الطحال:** متجانس الصدى يقيس 8 سم ، لا آفات على حسابه.
- **البنكرياس:** متجانس الصدى بالرأس والجسم والذيل ، لا آفات على حسابه.
- **الكليتان :** طبيعيتا الشكل والموقع والصدى والحجم ، تمايز قشري لبي جيد.
- **المثانة:** ممتلئة منتظمة الجدار رائقة المحتوى.
- **الحوض:** كمية متوسطة من السائل الحر.
- يلاحظ انصباب جنب أيمن.



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

SAAG=1

منخفض المدروج عالي البروتين

GeneXpert: Negative

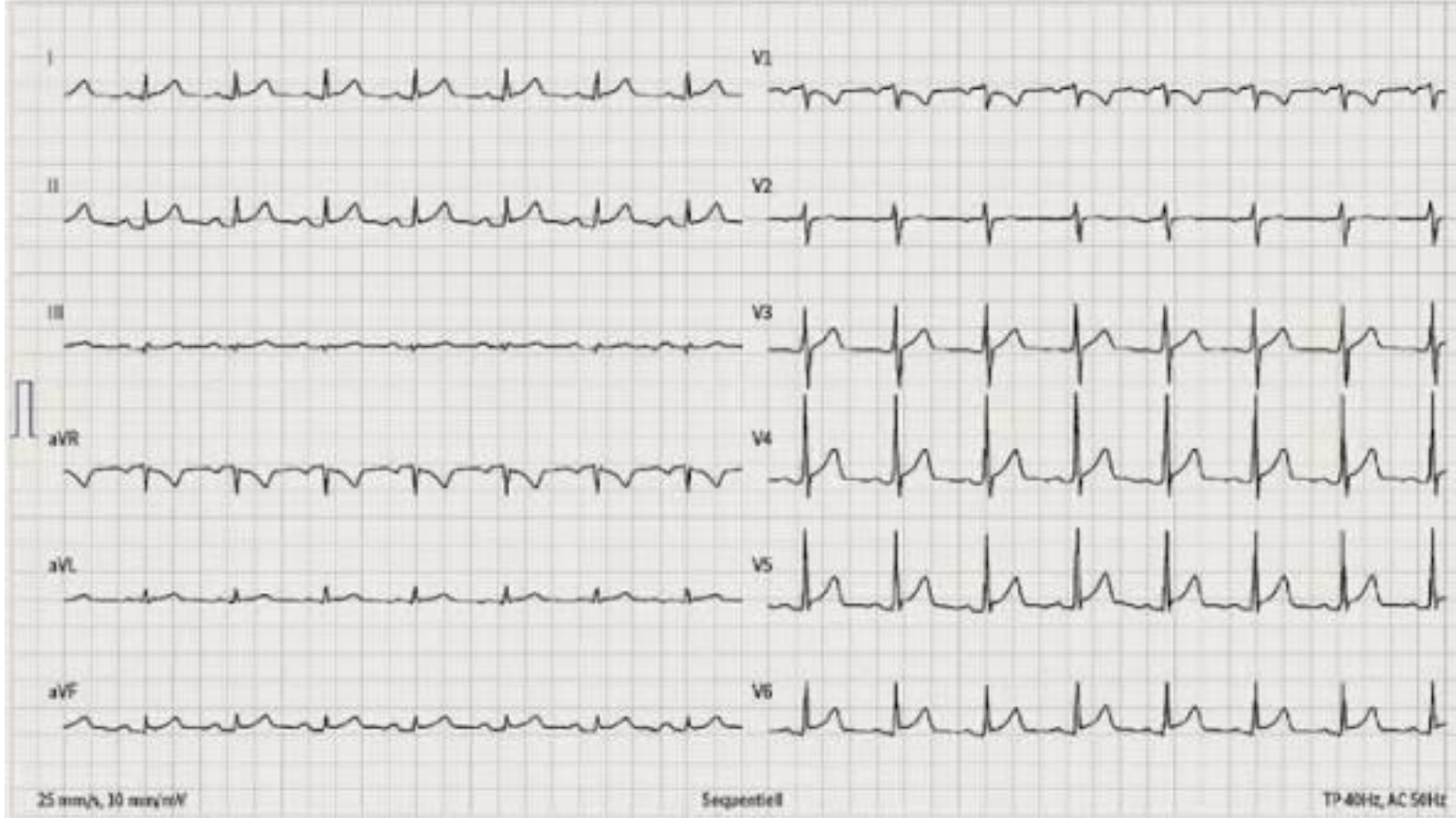
تجري الخلايا الشاذة: سلبي

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

EXUDATE

تجري الخلايا الشاذة:
مجموعات كبيرة من خلايا
ميزوثليالية 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

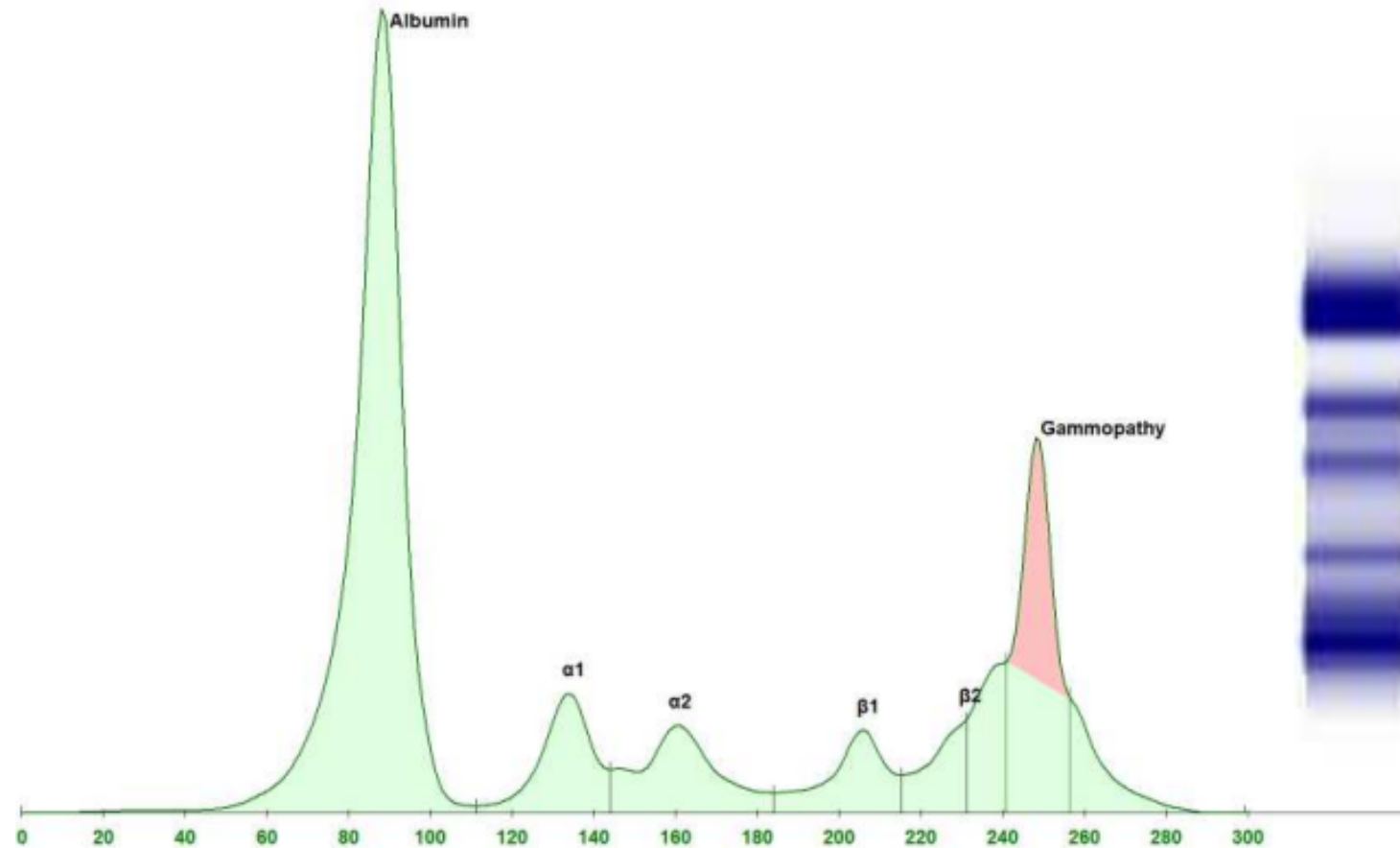


- جيبى ، منتظم.
- محور القلب سوي.
- معدل ضربات القلب ≈ 90 ضربة \ دقيقة.
- لاتبدلات تخطيطة هامة.

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

- الصدر: انصباب جنب في الجهة اليمنى ، تسمك في الجنب على الجهة الخلفية للرئة اليمنى ، البرنشيم الرئوي دون كتل او عقد او كثافات ، لا ضخامات عقدية منصفية مشتبهة.
- الكبد: طبيعي الحجم ذو برنشيم متجانس ، الحواف منتظمة ، لا توسع بالطرق الصفراوية ضمنه ، الوريد الباب والأوردة فوق الكبد تبدو طبيعية.
- المرارة: غير مقيمة قد تكون متأصلة أو متقلصة.
- البنكرياس : البرانشيم متجانس.
- الطحال : طبيعي الحجم منتظم الحواف ذو برنشيم متجانس.
- الكظران طبيعيا المظهر.
- المثانة: جدارها رقيق منتظمة الجدار ، لا تحوي حصيات أو رتوج أو بوليبيات.
- الأبهر والشرايين الكلوية طبيعية ، الأوعية خف البريتوان طبيعية.
- لا ضخامات عقدية مشتبهة على مسير الأبهر وفروعه.
- البطن والحوض: سائل متوسط الكمية في البطن حول الكبد وفي الحوض.

Serum Protein Capillary Electrophoresis




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

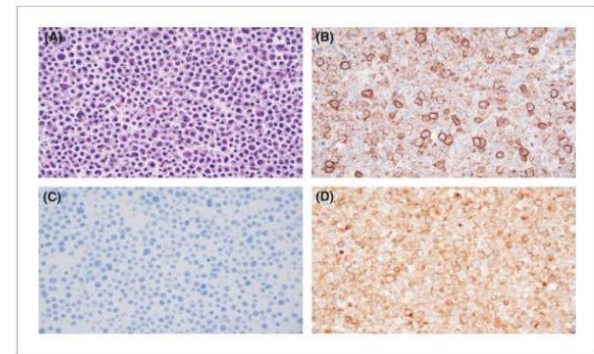
Funding information

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/m² 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^{a b}  , Houda Bachir^{a b},
Siham Hamaz^{a b}, Habiba Alaoui Bennesser^{a b},
Khalid Serraj^{a b}


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

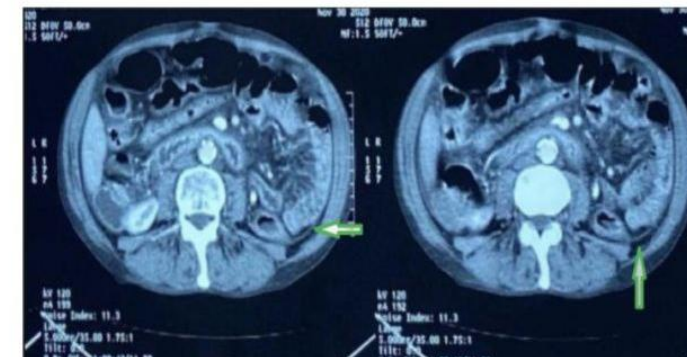
Case presentation

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 afebrile.

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 mm^3 , 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).





شكراً لإصفاائكم