

Confusion At Diagnosis, But Frustration When Treating

Presented by
Dr. Hussam Aldeen Alshiekh

Patient background

- K.O, Male, 53 years old, Smoker 60 packet/year, Non Alcoholic
- Chronic, consistent epigastric pain, since 4 years worsens after meals, fixed severe heartburn, nausea, vomiting, sometimes alternating diarrhea and constipation
- Chronic hepatitis C since 2005, no treatment
- EGD, colonoscopy many times during 4 years, last one since 2023 without clear diagnosis
- Left sided colectomy with colostomy 3 months ago (sigmoid volvulus)

[Redacted] حضرتہ الزبدہ العزیزہ
 السلام للہام
 [Redacted] البعد اجراء تصیم لوضع لید
 + ن. ہ. ج. + ام. + منبیا
 حواصی HCV ⊕
 اچھی سے 3 یا 4 سے باقاعدہ افسار لپیہ
 انصاف سے سے قطع سرود + کولیک
 بوقتہ تم کسٹ سریرہ ہام. حالیہ
 لید نفع کھنہ. وقت. صوبہ بلد
 پورا ہے.

Clinical Presentation

- The same history before surgery...
Abdominal pain, severe heartburn, nausea, vomiting, diarrhea ...
- Cachexia, pallor, dehydration
- HR 95, BP 105/60, SpO₂ 96%
- Bowel sounds ↑↑
- $\Delta = 37.8^{\circ}\text{C}$
- No guarding or masses
- No DVT


Lab studies

- WBC ↑ 10,600
- N 84% ↑
- HGB 10↓, MCV 104 ↑
- PLT 287,000
- CRP ↑ 22
- ESR ↑ 30 1st hour
- Tp/Alb 5,6/ (2,5 → 3,2) ↓
- Na 128, K (2,5 → 3,5) ↓, Ca 7,2 ↓, Mg 1,7

Lab studies

- Tuberculin test neg
- HBSAg neg-
- HCVAb **Pos+**, HCVRNA **2430000** copy/ml
- Wright neg, Widal neg
- Vit B12 346, TSH 4,7, tTTG Ab Ig A 16, gastrin 55 pg
- Glu, Urea, Creatinine, Amylase, ALT, AST, TB/DB, INR, CPK, 24h/Urine protein, Urinalysis are within normal limits

طباعة



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
مديرية مخابر الصحة العامة
مخبر السل المرجعي

7/3/2024	تاريخ استلام العينة Date:
ابن النقيس مشفى	الجهة المرسلة
تشخيصي Diagnose	الغرض من الفحص Reason for examination
قشع رئوي Pulmonary	نوع العينة
سلبي Negative	نتيجة الفحص المجهرى Microscopic Result
سلبي / Negative	نتيجة الجين PCR Result of(GeneXpert)

التاريخ: 13/10/2023 13:22

Chemistry

Test name	Result	Normal range	Unit	Last result	Date
Glucose (Fasting)	120 <i>H</i>	75 - 110	mg/dl		
Urea	42	10 - 50	mg/dl		
Creatinine	0.91	0.70 - 1.36	mg/dl		
Electrolytes					
Sodium	143	135 - 148	mmol/l		
Potassium	3.8	3.5 - 5.0	mmol/l		
Chloride	110 <i>H</i>	95 - 105	mmol/l		
Calcium	7.2 <i>L</i>	8.6 - 10.0	mg/dl		
Proteins					
Total Proteins	5 <i>L</i>	6.2 - 8.0	g/dl		
Albumin	2.9 <i>L</i>	3.4 - 4.8	g/dl		
Globuline	2.1 <i>L</i>	2.6 - 4.1	g/dl		
A/G Ratio	1.38	1.2 - 2.5			
GPT (ALT)	30	up to 41	U/l		
Bilirubin					
Total Bilirubin	0.44	0 - 1	mg/dl		
Direct Bilirubin	0.05	0 - 0.30	mg/dl		

- أجري للمريض عدة استشارات : كلوية ، دموية ، قلبية ، مفصلية ، وعائية ...

Abdomen US

الجمهورية العربية السورية
 وزارة الصحة
 مديرية صحة دمشق
 مستشفى ابن النفيس

قسم الأشعة
 وحدة التصوير الابتنوغرافي

تقرير إيكوجرافي للبطن و الحوض

اسم المريض: [Redacted]
 الكنية: [Redacted]
 العمر: [Redacted]
 الدرجة: [Redacted]
 الطول بالصفراوية داخل الكفة: [Redacted]
 الطول الصفراوية خارج الكفة: [Redacted]
 الفينكربيل: [Redacted]
 الطحال: [Redacted]
 الكلية اليمنى: [Redacted]
 الكلية اليسرى: [Redacted]
 الحوض: [Redacted]
 ملاحظات: [Redacted]
 التشخيص النهائي: [Redacted]

توقيع الطبيب: [Redacted]
 الوقت و التاريخ: ٢٠١٤/٣/٦

EGD



Pathologic features

- No specific features

Abdominal CT

- انصباب جنب خفيف ثنائي الجانب مع كثافات سنخية خفيفة قاعدية مخي .
- الكبد قياساته طبيعية ، البرانشيم متجانس ، الحواف منتظمة، بدون توسع بالطرق الصفراوية، الوريد الباب و الأوردة فوق الكبد تبدو طبيعية .
- المرارة جدرها رقيقة منتظمة دون وجود حصيات متكلسة .
- البنكرياس صغير الحجم دون كتل دون توسع بالقناة البنكرياسية .
- الطحال قياساته طبيعية ، البرانشيم متجانس ، الحواف منتظمة .
- الكليتان طبيعيتان بالقياسات و سماكة القشر و انتظام الحواف ، دون استسقاء أو حصيات صريجة .
- المثانة جدرها رقيقة منتظمة ، غير محصاة ، بدون رتوج أو بوليبيات .
- الأوعية الكبيرة خلف البريتوان طبيعية .
- لا يوجد ضخامات عقدية حرقفية أو خلف البريتوان .
- كمية قليلة من سائل حر داخل البريتوان بين العرى .
- توسع شديد بالقسم العلوي من المعدة مع تسمك بجدر القسم المتوسط منها وتوسع العرى الصائمية دون تسمك بجدرها .
- كولوستومي بالحفرة الحرقفية اليسرى .
- الكولون و العرى الدقاقية الأخيرة عملياً غير متوسعة .
- تبدلات تنكسية عظمية خفيفة دون علامات انحلالية أو تصلبية مشتبهة .

EUS

الجدار المعدي سوي التطبق والسمكة والقاع والجسم ، تسمع في المخاطية في
والغار يبدو غير نمونجي لافة محددة



Differential Diagnosis

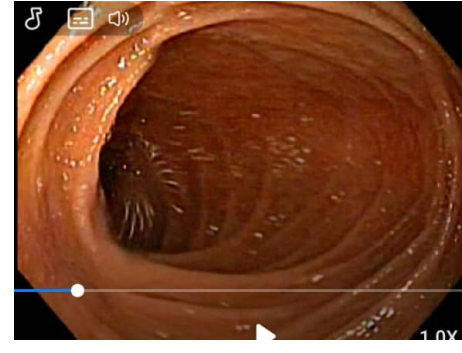
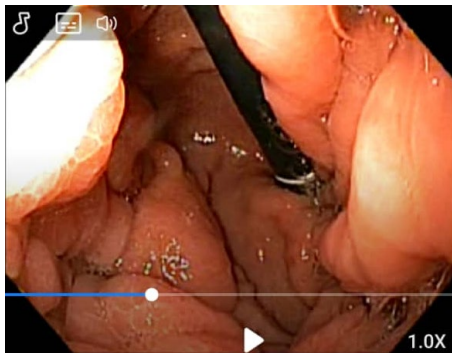
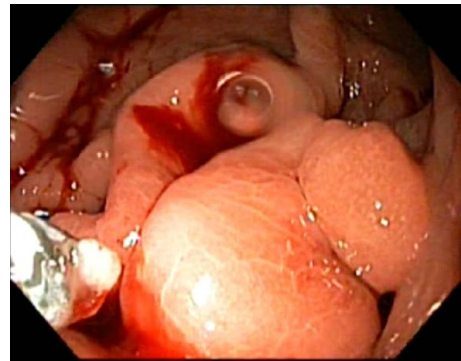
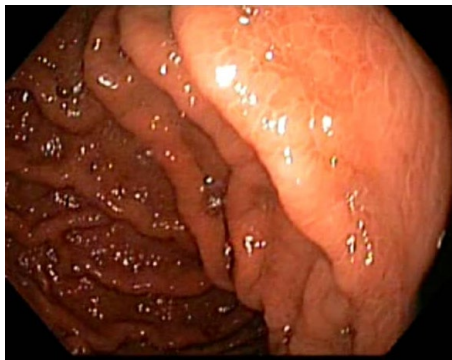
- Gastric lymphoma
- Zollinger-Ellison syndrome
- *H. pylori* gastritis
- Gastric polyps
- Hypertrophic gastropathy (lymphocytic, hypersecretory, Menetrier ...)
- Gastric adenocarcinoma
- Infectious etiologies like histoplasmosis, syphilis, tuberculosis, and infiltrative disorders such as sarcoidosis

Differential Diagnosis

- Gastric lymphoma
- Zollinger-Ellison syndrome
- *H. pylori* gastritis
- Gastric polyps
- **Hypertrophic gastropathy (lymphocytic, hypersecretory, Menetrier ...)**
- Gastric adenocarcinoma
- Infectious etiologies like histoplasmosis, syphilis, tuberculosis, and infiltrative disorders such as sarcoidosis

2nd EGD

نمالة سائلة عزيزة ،	
فاغر	
نمالة طعامية عزيزة ، سخامة صريحة بنبات المعدة بشك معها ب داء منترية ، أخذت جرعات	
طبيعي	
طبيعة	
طبيعي	عشر
شك داء منترية	ص
بانتظار نتيجة الجرعات ، تحسين حالة عامة ، تغذية مركزية ، استشارة جراحية	



Pathologic features

DESCRIPTION:

- MICROSCOPIC EXAMINATION REVEALS MILD HYPERPLASTIC FOVAE WITH FOCAL LEUKOCYTIC INFILTRATE .
- .GIEMSA STAIN NEGATIVE FOR HP .

DIAGNOSIS:

- MILD HYPERTROPHIC GASTRITIS
- NO ATYPIA

During Hospitalization

- Ascites, Dehydration , Malenetrion , Electrolytes disturbance, DVT
-
- High-protein diet
- Metoclopramide
- HCV treatment
- Anti coagulation
- TPN
- PPI, and HP eradication
- Sandostatin
- Cetuximab ?

- Surgery is recommended →
 - Severe, intractable abdominal pain
 - Oral intolerance
 - Weight loss
 - Bleeding
 - Pyloric obstruction
 - Any feature of cancer development
- Total gastrectomy is preferred over partial gastrectomy (better surgical outcomes)

After total gastrectomy...

DIAGNOSIS & COMMENTS:

A- TOTAL GASTRECTOMY:

MARKED FOVEOLAR HYPERPLASIA WITH CYSTICALLY DILATED GLANDS AND MILD INFLAMED LAMINA PROPRIA CONSISTENT WITH MENETRIER DISEASED

MULTIPLE BENIGN REACTIVE LYMPH NODES HYPERPLASIA

NO EVIDENCE OF MALIGNANCY

B- EXTRA PROXIMAL MARGIN; RESECTION:

NO EVIDENCE OF MALIGNANCY

C- EXTRA DISTAL MARGIN; RESECTION:

NO EVIDENCE OF MALIGNANCY

Book

Menetrier Disease

Meghana Gore ¹, Kamna Bansal ², Nagesh Jadhav ³

In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. 2023 Jun 25.

Affiliations [+ expand](#)

PMID: 33085301 Bookshelf ID: NBK563154

[Free Books & Documents](#)

FULL TEXT LINKS



ACTIONS

 Cite

 Collections

Epidemiology

- Informations very rare
- Rare but serious condition
- Prevalence is unknown, to date less than 1000 cases have been reported
- Males are affected more than females
- Usual age 55 years(30 – 60)
- One study, 5 to 10-year survival after diagnosis was 72.7% and 65%, respectively

Prognosis

- Children
 - self-limited (few weeks to months) spontaneously
 - symptoms improve with treatment of CMV infection with ganciclovir
- Adults
 - progressive (few cases of resolution in adults after treating *H. p* infection)
 - ↑risk of malignancies (carcinoma and gastric lymphoma)

Complications

- In adults, the disease is progressive and can be associated with significant morbidity and mortality
 - malignant transformation
 - thromboembolic phenomenon
 - gastric outlet obstruction
 - surgical resection of the stomach, including anastomotic leak and fistula formation, bleeding