

Clinician: รศ.นพ.สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร

Radiologist: อ.นพ.ธีรชัย ชัยทัศน์ย์

Diagnostician: Concealed identity

ผู้ป่วยหญิงไทยม่าย อายุ 44 ปี อาชีพขายอาหาร ที่อยู่ปัจจุบัน จ.กรุงเทพฯ ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียนเชื่อถือได้

1st admission

Chief complaint: รับ refer จากรพ.เอกชน ด้วยเรื่อง prolonged fever

Present illness:

3 สัปดาห์ก่อนมารพ. ใช้สูงหนาวสั่น ไม่ปวดเมื่อยตัว รู้สึกเจ็บบริเวณก้อนที่คอทั่วๆ ก้อนที่คอขนาดใหญ่เท่าๆเดิม ประมาณ 15 เซนติเมตร ผิวหนังโดยรอบไม่แดง เบื่ออาหาร กินข้าวได้ลดลง คลื่นไส้ อาเจียน บางครั้งหลังมื้ออาหาร ไม่ปวดท้อง ไม่ปวดศีรษะ ไม่ไอ ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีน้ำมูก ไม่เจ็บคอ ไม่มีผื่นแผลตามตัว ปัสสาวะอุจจาระปกติ

หลังจากมีไข้สองวัน ไปตรวจที่คลินิก ได้ยาลดไข้ ยาแก้อาเจียน ยาฆ่าเชื้อแคปซูลสี่ชมพูขาว กินครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังจากกินยาไป 1 วัน ยังมีไข้สูง จึงไปตรวจที่รพ.เอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ให้นอนรพ. ตรวจร่างกายพบ

General appearance: look severely ill

Vital signs: BT 40°C, PR 100/min, RR 20/min, BP 120/80 mmHg

HEENT: flushy face, thyroid 100 g with generalized mild tenderness

Heart: tachycardia

Lung: clear

Abdomen: WNL

Neurological examination: WNL

Gynecological examination: no palpable mass at uterus and adnexa

Impression: acute febrile illness, with thyrotoxicosis

แพทย์จึงให้นอนรพ.เพื่อหาสาเหตุของไข้

Investigations:

-CBC: Hb 10.6 g/dL, Hct 31.5%, MCV 81.9 fL, MCH 27.5 pg, RDW 12.3%, WBC 6,400/uL (neu 48.7%, lym 44.5%, mono 5.8%, eo 0.1%, baso 0.4%) Plt 202,000 /uL, INR 1.4, PTT 30/28 sec, PT 15.9/11sec

-BUN/Cr 11.4/0.6 mg/dL, Na 123 mEq/L, K 3.5 mEq/L, Cl 89 mEq/L, HCO₃ 22 mEq/L

-UA: turbid, sp.gr. 1.010, pH 6.0, alb trace, sugar neg, ketone neg, RBC 3-5/HPF, WBC 1-2/ HPF, squamous epithelium 1-2 /HPF, bacteria few

-Hemoculture 2 specimens: no growth

-T3 0.55 ng/mL (0.87-1.78), FT4 0.93 ng/dL (0.58-1.64), TSH 0.22 uIU/mL (0.34-5.6)

-ANA negative, anti-dsDNA negative, anti-sm negative, anti nRNP negative

-CSF; opening and closing pressure are not noted, clear, colorless, WBC 0 cell/mm³ (PMN and mononuclear cell are too low to diff), RBC 3 cell/mm³, protein 16 mg/dL, sugar 42 mg%, culture: no growth

-CXR PA:



-USG whole abdomen:

The liver is normal in size and echo. No space taking lesion, intra or extrahepatic bile duct dilatation is identified.

Pancreas and spleen appear normal. Both kidneys are normal in size and echo.

No hydronephrosis or stone.

No free fluid or mass. Bladder is well distended without thicken wall or stone.

Uterus is normal in size and echo

Imp: negative study

-FNA thyroid: bloody colloid material, compatible with colloidal nodule (ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าแพทย์เจาะที่ด้านไหนของก้อน)

(smear of 4 slides are limited due to lack of follicular epithelial cell and display some acute and chronic inflammatory cells and many hemosiderin laden macrophages on background of bloody colloidal material, no follicular epithelial cell can be demonstrated, no atypical or malignant cell is seen)

-BM aspiration:

- Progressive maturation of all lineages
- M:E ratio = 3:1
- megakaryocyte adequate
- no significant dysplastic changes
- no excess blast or abnormal lymphocytosis
- scattered lymphocytes and plasma cells
- no evidence of eosinophilia or basophilia

- BM Bx:

- normocellularity (60% of total marrow volume)
- normal trilineage maturation and distribution

- no abnormal lymphoid aggregation
- no specific organism
- negative for malignancy or granuloma

ผู้ป่วยนอนรพ. นาน 17 วัน ได้รับการรักษาโดย

- PTU (50) 4 tab po q 4 h x2 วัน
- Propranolol 1 tab po tid pc
- Piperacillin/tazobactam x 7 วัน จากนั้นให้ imipenem x 10 วัน
- prednisolone 10-30 mg/d (start ที่ admission day 7)
- naproxen (250) 1 tab po tid pc (start ที่ admission day 7)
- indomethacin 1 tab po tid pc (start ที่ admission day 10)

ขณะอยู่รพ. เอกซเรย์เห็น ผู้ป่วยยังมีไข้ 39-40 °C หนาวสั่น และมีอาการปวดที่บริเวณต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะด้านซ้ายของต่อม BP 110-140/60-80 PR 100-120/min RR 20/min อาการไข้ยังไม่ดีขึ้น จึงขอ refer มารพ. จุฬาฯ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ในช่วง 3 สัปดาห์นี้ มีน้ำหนักตัวลดลงประมาณ 10 กิโลกรัม จาก 70 กิโลกรัม เป็น 60 กิโลกรัม

Past history:

- Neck mass

20 ปีก่อนมารพ. มีคนทักว่าคอโต ไม่มีไข้สั่น ไม่กินจุ ไม่มีน้ำหนักลด น้ำหนักตัวประมาณ 80 กิโลกรัม ไม่มีผื่น มีเสียงแหบ ไม่มีกลิ่นลำบาก ไปตรวจที่รพ. เอกซเรย์เห็น ได้เจาะก้อนที่คอไปตรวจ ไม่ทราบผลการเจาะก้อนที่คอ แพทย์ไม่ได้บอกว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ ได้รับการรักษาเป็นยาขับประทุกัน เป็นยาเม็ดเล็กสีขาว กินครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง รักษา 2 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ได้ไปตรวจต่อเนื่องอีก ก้อนที่คอโตขึ้นอย่างช้าๆ

1 ปีก่อนมารพ. ก้อนที่คอโตขึ้นเร็วผิดปกติ ไม่มีอาการปวด ไม่มีกลิ่นคาว ไม่มีเสียงแหบ ไม่มีไข้สั่น กินจุ หรือ น้ำหนักลด

ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติฉายแสงบริเวณศีรษะและลำคอ

- HT

10 ปีก่อนมารพ. ปวดศีรษะบ่อยๆ ไปตรวจคลินิกแพทย์แห่งหนึ่ง พบมีความดันโลหิตสูง ได้ยาลดความดันโลหิตมากินนาน 1 เดือน จากนั้นผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจต่อเนื่องอีก

Obs/Gyn history:

Obs: มีลูกชาย 1 คน อายุ 16 ปี แข็งแรงดี

Gyn: 2 เดือนก่อนมารพ. ประจำเดือนมากระปรี้กระเปร่า ไม่ตรงรอบเดือน ก่อนหน้านั้นประจำเดือนมาปกติ ทุก 4 สัปดาห์ ครั้งละ 3 วัน ปฏิเสธอาการร้อนวูบวาบ

Social history:

ปฏิเสธประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

Family history:

บิดาเสียชีวิตด้วยมะเร็งที่คอ ไม่ทราบชนิด มีอาการคอโต กลืนลำบาก เมื่ออายุ 50 ปี มารดามีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน เสียชีวิตจากโรคหัวใจ เมื่ออายุ 81 ปี

มีสามีคนเดียว เสียชีวิตเมื่อ 14 ปีที่แล้ว ตอนอายุ 36 ปี มีประวัติถูกโง่ทับ จากนั้นติดเชื้อในปอดเรื้อรัง แพทย์บอกว่ารักษาไม่หาย และเสียชีวิตด้วยโรคปอดติดเชื้อ ไม่ทราบประวัติ multiple partner ของสามี

หลังสามีเสียชีวิต ไม่ได้แต่งงานใหม่ ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับใครอีก

มีลูกชาย 1 คน อายุ 16 ปี แข็งแรงดี ฝากครรภ์ที่รพ.เอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ผลเลือดตอนฝากครรภ์ไม่พบความผิดปกติ มีพี่ 5 คน มีน้อง 2 คน พี่ชายคนที่ 2 เสียชีวิตแล้ว จากการถูกยิง พี่ชายคนที่ 3 เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานและมีแผลติดเชื้อที่ขา ปฏิเสธโรคไทรอยด์ในครอบครัว

Physical examination:

General appearance A middle-aged Thai female, conscious, well cooperative

BP 120/70 mmHg, PR 110/min, BT 39°C, RR 20/min

HEENT moderately pale conjunctivae, anicteric sclerae,
no oral ulcer, no oral thrush, no OHL
no paranasal sinus tenderness
thyroid gland; diffuse enlargement of thyroid gland size about 180 gm, nodular surface, firm consistency, with generalized tenderness
no lid lag, no lid retraction
hoarseness (ผู้ป่วยเพิ่งมีอาการมาประมาณ 1 สัปดาห์ ขณะนอนที่โรงพยาบาลเอกชน)

LN: no cervical lymphadenopathy; bilateral groin lymphadenopathy, 0.5-1 cm in size

Skin non-scarring alopecia, no rash, no petechiae, no PPE

Breast no mass, no abnormal discharge per nipple

Heart apical beat at 5th ICS MCL, no heave, no thrill, normal S1, S2 no murmur

Lung normal breath sound, no adventitious sounds

Abdomen soft, no distention, no tenderness, liver and spleen can't be palpated

Extremities no pitting edema

Neurological exam good consciousness, good orientation
pupil 3 mm RTLBE, full EOM, no facial palsy
motor grade 5 all
stiffness of neck: negative

Gynecologic examination

MIUB	normal
Vagina	normal mucosa
Cervix	os closed
Uterus	normal size
Adnexa	no mass

Laboratory investigations

-CBC: Hb 7.6g/dL, Hct 24.8%, MCV 81fL, MCH 24.9pg, RDW 13.2%, WBC 6,390/uL (Neu 65.6%, Lym 23.0%, mono 7.4%, eo 0.6%, baso 0.2%, LUC 3.2%) Plt 395,000/uL

-PT 15.9 sec, control 11.3 sec, PTT 30.0 sec, control 28.9, INR 1.4

-reticulocyte count 1.7% (1-2), 0.043×10^6 /dL (0.025-0.075), CHr 23.9 pg (25-35)

-direct antiglobulin test: positive 1+ (Gel test); anti-IgG 1+, anti-C3d negative

-indirect antiglobulin test: negative (Tube test)

-ferritin 498.3 ng/mL (15-50), serum iron 24 ug/dL (37-145), TIBC 149 ug/dL (228-428)

-ESR 140 mm/hr (0-28)

-UA: yellow, hazy, Sp.gr. 1.005, pH 7.0, protein negative, glucose negative, ketone negative, bilirubin negative, urobilinogen negative, nitrite negative, WBC 0-1 /HPF, RBC 3-5 /HPF, squamous epithelium 0-1

-BUN/Cr 11/0.3 mg/dL Na 126 mEq/L K 4.3 mEq/L Cl 94 mEq/L HCO₃ 21mEq/L

-serum calcium 8.8 mg/dL (8.5-10.5), phosphate 3.1 mg/dL (2.5-4.5), magnesium 0.75 mmol/L (0.7-1.0), uric acid 2.5mg/dL (2.5-6.0)

-LFT: TB/DB 0.67/0.44 mg/dL, AST/ALT 74/36 U/L, ALP 162 U/L, TP 8.3 g/dL, alb 2.9 g/dL

-spot urine sodium 71mg/dL, creatinine 48 mEq/L, osmolarity 349 mOsm/Kg (100-1,200)

-FT3 3.45 pg/mL (1.60-4.0), FT4 2.26 ng/dL (0.8-1.8), TSH 0.01 uIU/mL (0.30-4.10)

-thyroglobulin > 500 ng/mL (2-52), anti-thyroglobulin 23.24 U/mL(0-50)

-8-AM morning cortisol 32.4 µg%

-LDH 184 U/L (125-220)

-hemoculture 2 specimen: no growth

-hemoculture for mycobacteria: impending

-hemoculture for fungus: impending

-Serum cryptococcal antigen: negative

-HBsAg negative, anti-HBS negative, anti-HBc negative, anti HCV negative

-anti-HAV IgM negative, anti-HAV (total Ig) positive

-anti-HIV positive

-HIV-1 RNA (ultrasensitive) 253,027 copies/ml (20-10,000,000), Log equivalence 5.40 logC/ml

-absolute CD4 72/uL (470-1,404), %CD4 6% (24.1-50.7)

-VDRL (RPR) non-reactive, treponemal Ab (CMIA) non-reactive

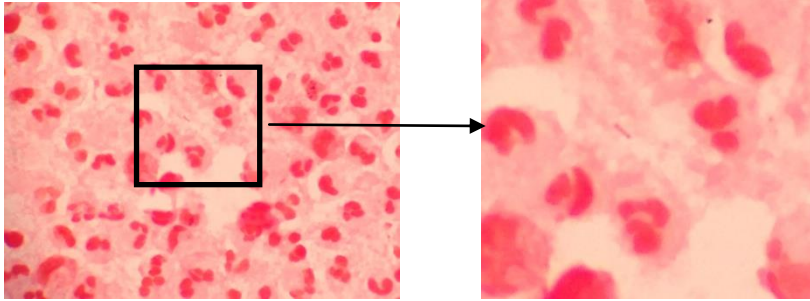
FNA thyroid

-First time; thyroid cytology (on the right side of thyroid gland): consistent with a benign colloid nodule

-Second time (on the left side of thyroid gland, on admission day 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้ายมากขึ้น) ได้ pus 0.5 mL;

-cytology: acute thyroiditis

-gram stain: gram negative rod



-AFB stain: negative

-Modified AFB: negative

-Wright stain: no organism found

-Bronchoscopy with bronchoalveolar lavage: normal finding

-WBC 43 cell/mm³ (Polymorphonuclear cell 23%, Mononuclear cell 77%)

-RBC 1400 cell/mm³

-AFB; negative

-modified AFB; negative

-wright stain; not found

-gram stain gram; negative rod (moderate), gram positive cocci in pair (few)

-Pap smear: negative for intraepithelial lesion or malignancy, reactive cellular changes associated with inflammation

Imagings

Chest X-ray:



-There are three nodule/mass-like opacities, about 2.6-3.3 cm in diameter, at right lower lung zone. Reticulonodular opacities at right lung and left-lower lung zone. Further chest CT is suggested.

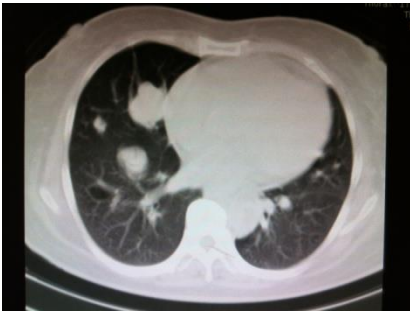
-No pleural effusion

-Normal heart size and contour.

-Mediastinum, diaphragm and bony thorax are unremarkable.

-Thoracic and lumbar spondylosis.

CT chest



CT Larynx infrahyoid:

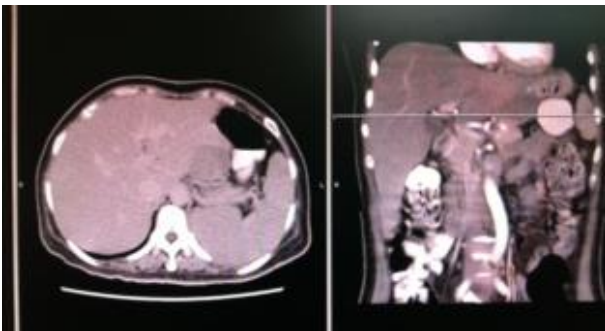


-A 11.8x6.2x10.1 cm heterogeneous enhancing thyroid mass with mixed cystic/solid content and internal septation, probably cystic necrosis of tumor or goiter. However abscess formation cannot be excluded, please correlate with clinical symptoms.

-Trachea and esophagus are deviated to the right with flattened bilateral internal jugular veins but not totally obliterated due to pressure effect.

-A 0.9 cm lung nodule at anterior segment of RUL

CT whole abdomen:



-Slight hepatomegaly without space taking lesion.

-Slight splenomegaly with a 0.4 cm small cyst at its middle pole.

-4.8x3.8 cm enhancing hypodense mass abut lesser curvature of stomach and left hepatic lobe, probably enlarge gastrohepatic node.

-Several bilateral subcentimeter inguinal lymph nodes.

-Several nodules at the right basal lung.

1. what are the diagnostic investigations leading to final diagnosis?

2. what is the most likely diagnosis?