

Clinicopathological conference

6 พฤษภาคม 2553

Clinician ผศ.น.พ. ขจร ตีรณนากุล

Radiologist อ.พ.ญ. บุษกร วชิราภาพ

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 57 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาเดิม จะเขิงเทรา ปัจจุบัน สมุทรปราการ ศาสนาอิสลาม 3rd admission ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน

CC: ปวดท้องมากขึ้น 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

PI: 12 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกผอมลง ไม่เบื่ออาหาร

10 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกท้องตรงกลางเหนือสะดือ ไม่ร้าวไปไหน ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร มักเป็นเวลากลางคืน หลังจากนอนหลับไปแล้ว หรือตื่นนอนตอนเช้า เวลาถูกอากาศเย็น โดยเฉพาะเวลาอาบน้ำเย็น ในที่สุดผู้ป่วยต้องอาบน้ำอุ่นตลอด คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ท้องผูก สลับท้องเสีย น้ำหนักลดจาก 95 กก. เป็น 89 กก. 6 กก. ใน 2 เดือน ทำ

esophagogastroduodenoscopy (EGD): reflux esophagitis grade B with hiatal hernia, gastritis with subepithelial hemorrhage, prominent at fundus. positive CLO test ไม่ได้ biopsy สำหรับ colonoscopy: a healed ulcer at sigmoid colon with pustule on top with scar retraction without narrowing of lumen ทำ biopsy บริเวณ ulcer ผลเป็น organizing ulcer with increased eosinophils ได้ยา amoxicillin, clarithromycin, rabeprazole 7 วัน ยังมีอาการปวดท้องเป็นๆ หายๆ กินได้น้อย เบื่ออาหาร

7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการบวมที่หน้าตา หน้า ขาบวมกดบวมทั้งสองข้าง เป็นมาก ตอนเช้า อวัยวะเพศไม่บวม ท้องไม่โตขึ้น นอนราบได้ ไม่ต้องตื่นขึ้นมาไอหรือหอบตอนกลางคืน ปัสสาวะไม่เป็นฟอง ปริมาณปัสสาวะเท่าเดิม

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจเพิ่มเติมเรื่องปวดท้องพบมี delayed gastric emptying time: half gastric emptying time 146.86 นาที (ค่าปกติ 60-120 นาที) วินิจฉัยเป็น DM with gastroparesis แพทย์เพิ่มยา domperidone และแนะนำเรื่องการกินอาหาร

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลว 6-7 ครั้ง อาเจียนเป็นเศษอาหารสีดำ ไม่มีถ่ายดำเหลว ตรวจร่างกายพบว่ามีไข้ NG lavage ได้ coffee ground content ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นในตาราง EGD: normal esophagus and esophagogastric junction

Fundus: 2 violaceous enlarged masses on mucosal fold were seen, size is about 2 cm. with irregular surface erythematous spot on top, friable. The surrounding gastric mucosa has diffuse hemorrhagic gastritis.

Antrum and pylorus: normal

Duodenum: normal

Biopsy at mass and nearby mucosa

ผล patho: chronic hemorrhagic gastritis, no malignancy seen.

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไปประกอบพิธีฮัจญ์ที่เมกกะ ไม่ได้มาตรวจติดตามสังเกตว่าอาการปวดท้องเป็นมากขึ้นเวลาอาบน้ำเย็นเช่นเดิม ปวดบิดๆบริเวณเหนือสะดือ เป็นนานประมาณ 20 นาที บางครั้งหายเอง บางครั้งต้องกินยาโรครกระเพาะ ยังบวมที่หน้าและขาตลอด ปริมาณปัสสาวะปกติ

8 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยังปวดท้องอยู่ลักษณะเดิม ถ่ายเป็นเลือดสดประมาณ 10 มล. ปนกับอุจจาระสีดำเป็นก้อน หลังถ่ายอาการปวดท้องดีขึ้น ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ไม่ได้มาพบแพทย์

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องมากจนต้องตื่นขึ้น ไปห้องน้ำถ่ายเป็นเลือดสดปนอุจจาระสีดำแยกกัน หลังถ่ายยังปวดท้องอยู่ อาเจียนเป็นเศษอาหาร 4-5 ครั้ง ลูกจึงพามาโรงพยาบาล

ใน 12 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลด 33 กก. (95 เป็น 62 กก.)

Past history:

- DM type 2 วินิจฉัย 8 ปีก่อนเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย หิวน้ำบ่อย FPG 450 มก/ดล.

last eye examination 2 yr: no diabetic retinopathy, no peripheral neuropathy

ล่าสุด 4 เดือนก่อน FPG 96 มก/ดล. HbA1C 6.1 % ขณะนี้ diet control

- HT วินิจฉัย 3 ปี ความดันอยู่ในช่วง 110/70 -130/80 มม.ปรอท

- Dyslipidemia วินิจฉัย 3 ปี ผลตรวจครั้งสุดท้าย 7 เดือนก่อน (ช่วงที่มีอาการบวม)

Total cholesterol 241 mg/dl, triglyceride 294 mg/dl, HDL 33 mg/dl, LDL 149 mg/dl

- Obesity ปกติน้ำหนัก 93-95 กก BMI เดิม 37.1 kg/m²

- OA both knees 10 ปี follow up กับ PM&R ได้ยา Crystalline glucosamine sulfate (viatril-S), celecoxib, reparil gel หยุดยา 8 เดือน

Current medication: furosemide (40) ½ tab po OD, enalapril (20) 1 tab po OD., ferrous sulfate 1 tab po t.i.d., folic acid 1 tab po t.i.d.,

Personal history: ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เคยกินยาชุดแก้ปวดเข้า หยุดมา 1 ปี

Family history: พี่น้อง 12 คนแข็งแรงดี

Physical examination:

General appearance: An elderly Thai female patient, look chronically ill

Vital signs: BT 38^oC, RR 20 /min, PR 102 /min full, BP 140/80 mmHg

BW 62 kg HT 160 cm BMI 24.2 kg/m²

Skin: no skin lesion

HEENT: mildly pale conjunctivae, no icteric sclerae

Pharynx and tonsils not enlarged,

No oral candidiasis, no oral hairy leukoplakia

Lymph node: no cervical lymphadenopathy. Left axillary lymph node enlargement: 0.8 cm in size, movable, rubbery consistency

CVS: PMI at 5th Lt. intercostal space, midclavicular line

No RV, LV heave, normal S1, S2, no murmur

Lungs: Trachea in midline

Normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: no distention, normoactive bowel sound

Soft, mild tender at epigastrium

Liver and spleen can't be palpated.

Negative shifting dullness

Bimanual palpation: negative

Extremities: no clubbing of fingers, genu varus, crepitus both knees

Neuro: intact

Breast: no mass

DRE: hematochezia, external hemorrhoid grade II, no thrombosis/bleeding

no rectal shelves, no mass

Lab investigations

CBC: Hb 10.3 g/dl, HCT 34 %, MCV 64 fL, RDW 17 %, WBC 7,390/mm³
(N 52%, L 40%), platelet 169,000 /mm³

Peripheral blood smear: normochromic, microcytic RBC, no polychromasia, no nucleated RBC, no schistocyte, predominated band and segmented neutrophils, no basophils and no eosinophils, normal platelets

BUN 32 mg/dL, creatinine 2.55 mg/dL

PT 9.9 sec. (9.5-12.5), INR 0.9, PTT 33.5 sec. (28-32)

Sodium 139, potassium 3.4, chloride 109, HCO₃ 23 mmol/L

Calcium 8.9 mg/dL (8.1-10.4), phosphate 5.5 mg/dL (2.7-4.5), LDH 516 U/L (230-460)

LFT: total protein 7.1 g/dl, albumin 2.1 g/dl, TB 0.16 mg/dL, DB 0.04 mg/dL

AST 27 U/mL, ALT 12 U/mL, ALP 100 IU

UA: protein 3+, glucose 1+, sp.gr 1.015, WBC 2-3/HPF, RBC 30-50/HPF

no RBC cast, squamous epithelium 3-5/HPF

Iron study ferritin 18.2, serum iron 8, TIBC 162

Anti HIV negative

ANA < 80, CH50 40.6 (19-40), C3 116 mg/dl (76-171), C4 19.5 mg/dl (10-40)

Rheumatoid factor <15 IU/ml, Cryoglobulin: negative

Anti Sm < 5 U/ml, anti dsDNA <10

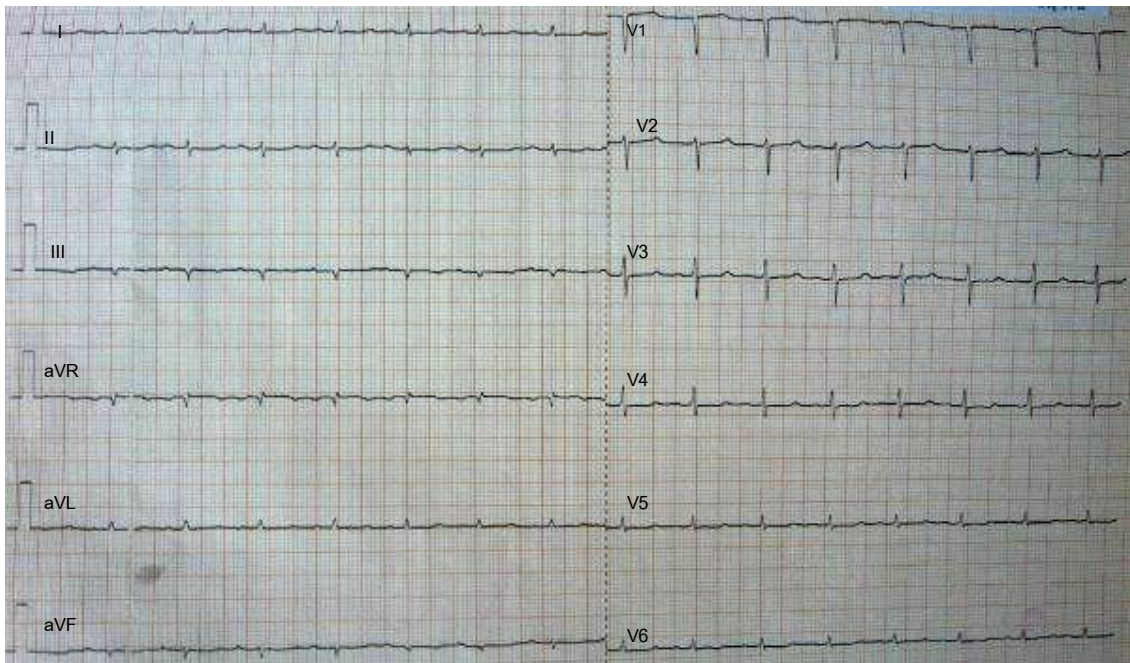
p ANCA negative, c ANCA negative, anti MPO < 20, anti PR3 <20

Direct Coombs'test negative, indirect Coombs'test negative

CXR



EKG



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Lab	1 ปี PTA	4 เดือน PTA	3 เดือน PTA	This admission
WBC		8,910	7,480	7,390
N		54	42	52
L		38	45	40
Mo		3.6	6.6	4
Eo		1.3	4.3	3
Hb		5.8	8.3	10.3
HCT		19.9	27	34
MCV		52	64	64
RDW		19	-	17
platelets		594,000	281,000	169,000
BUN		18		32
creatinine	0.85	1.85		2.55
Total protein		5.9		7.1
Globulin		4.3		5.0
Albumin		1.6		2.1
Urine analysis				
sp.gr		1.015	1.010	1.015
protein		3 +	3+	3+
glucose		Neg	neg	1+
WBC (/HPF)		1-2	30-50	2-3
RBC (/HPF)		0-1	1-2	30-50
Sq. epi(/HPF)		0-1	3-5	3-5
24 hr urine				
protein (g)		1.19		3.21
Creatinine		110		57
Volume (ml)		410		940
CCI				13.3

EGD (this admission): edematous mucosa with subepithelial hemorrhage with clear marginal zone.

Some area show marked edema with red- purplish nodule.

Moderate amount of blood slow oozing from fundic mucosa.

Colonoscope (this admission):

Terminal ileum: multiple clear base ileal ulcers, some with blood clot varying in sizes scattered nearby circumferential. Multiple hemorrhagic mucosal nodules are noted.

Rectum to cecum: multiple ulcerated colonic polyps varying in size. 2 post polypectomy ulcers with suspected non bleeding visible vessels are seen at descending colon. A hemorrhagic sessile polyp size is about 2 cm. are seen. Multiple violaceous mucosal nodules with contact bleeding are noted.

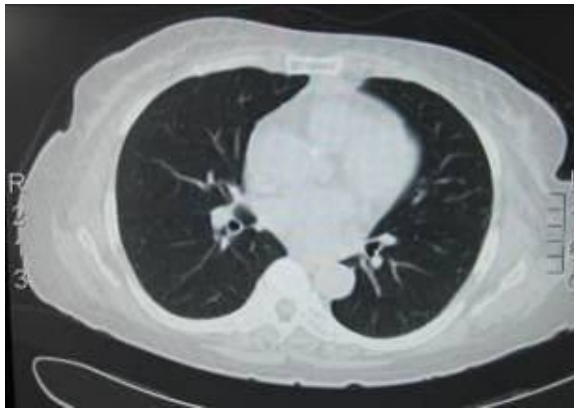
Anus: internal hemorrhoids without evidence of bleeding.

CT chest without contrast (this admission):

Several tiny pulmonary nodules in both lungs.

Few subcentimeter bilateral paratracheal, prevascular and axillary nodes.

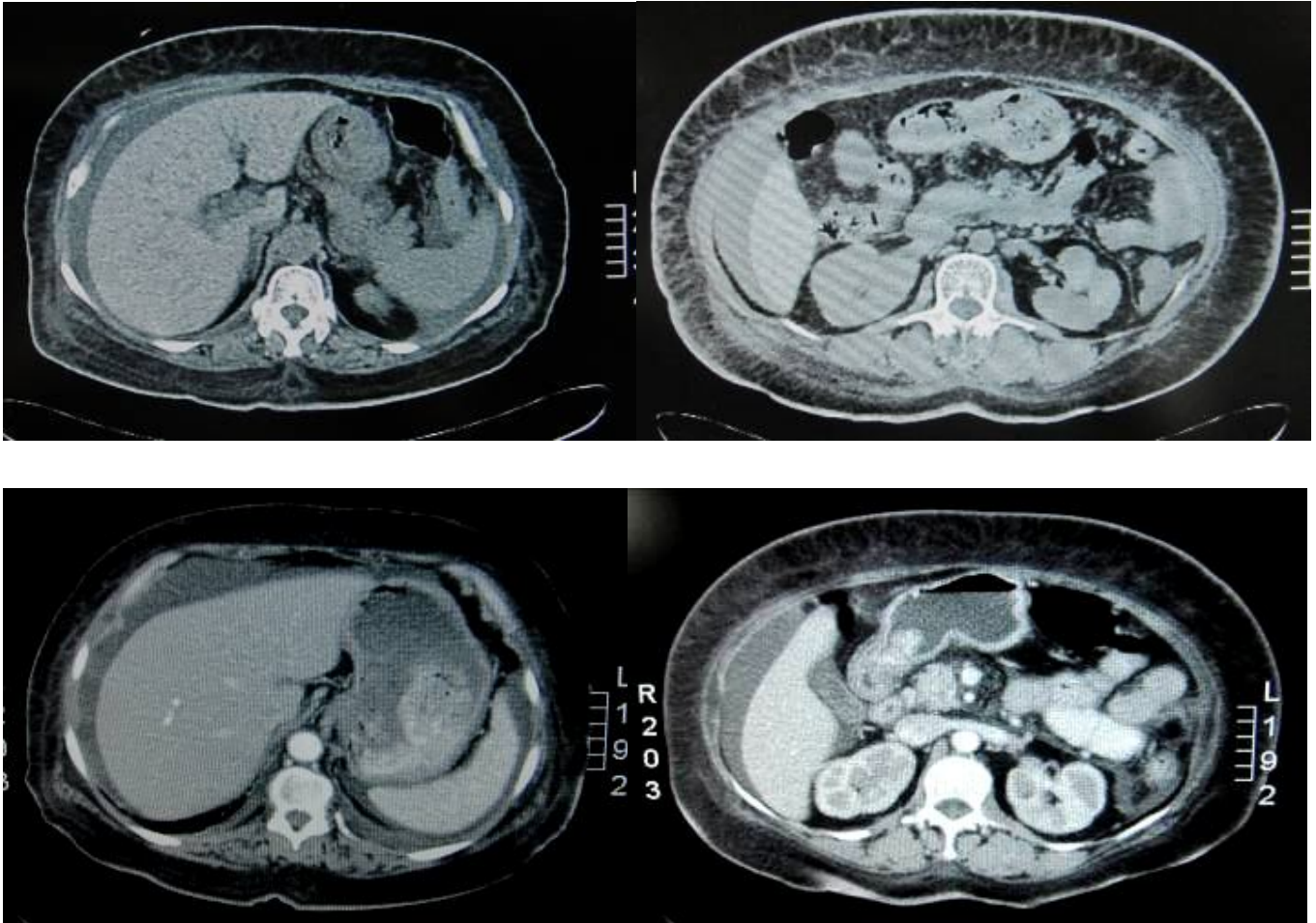
Pericardial, perihepatic, perirenal and perisplenic fluid and ascites are observed.



CT abdomen (4mo PTA):

There is a 3-cm enhancing mass at gastric antrum. The small bowel and large bowel are unremarkable. The liver is of normal size, smooth surface and normal parenchymal density.

A 2.3-cm gall stone is seen without gallbladder wall thickening. A 1.3-cm simple cyst at upper pole of right renal. Moderate amount of ascites is seen. No lymphadenopathy is seen.



Questions

1. What is the most likely diagnosis?
2. What is/are the investigation(s) leading to the final clinical diagnosis?