

Clinicopathological conference

เดือนตุลาคม 2564

อายุรแพทย์: อ.พญ.กุลยา ตรรกวาทการ

รังสีแพทย์: อ.นพ.กัมพล ยืนยงสินชัย

Diagnostician: concealed identity

ผู้ป่วยชายพม่า คู่ อายุ 38 ปี อาชีพค้าขายผ้าม้วน ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร ภูมิลำเนา ประเทศเมียนมา เชื้อชาติเมียนมา สัญชาติเมียนมา ศาสนาพุทธ ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้มาก

Chief complaint:

ปวดท้องมากขึ้น 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

Previous status able to perform basic ADLs without limitation

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องด้านซ้ายโดยเฉพาะบริเวณด้านซ้ายบน หลังกินอาหารมีไ้เย็น 10 นาที อาการปวดเป็นมากขึ้น ปวดแสบๆท้องด้านซ้าย ร้าวไปหลัง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีไข้ จึงมาโรงพยาบาล

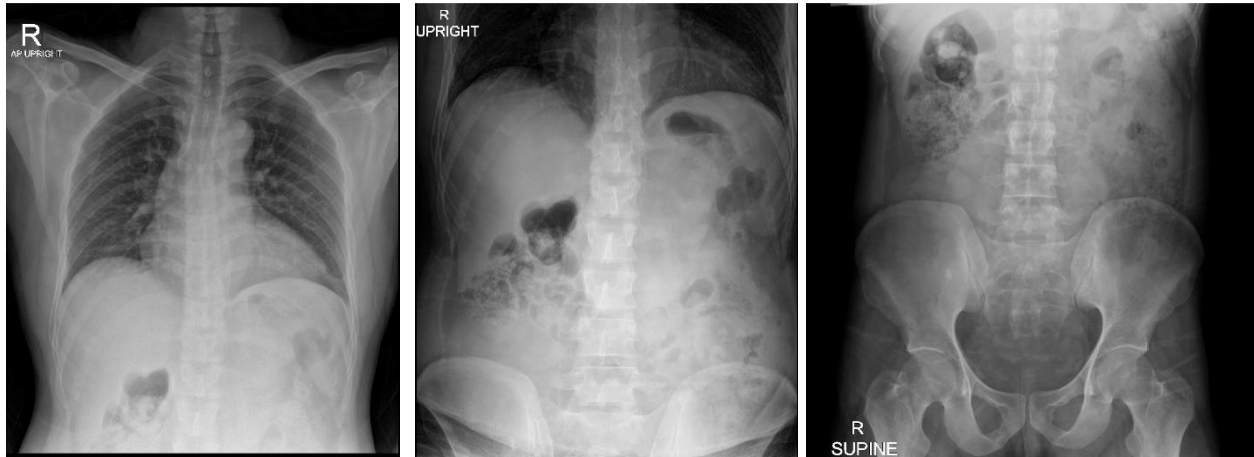
Physical examination

Vital signs: BP 160/109 mmHg, HR 88 beats/min, RR 20/min, BT 37°C

Abdominal examination: mild tenderness at epigastrium, no guarding, no rebound tenderness, no CVA tenderness

No record of other examinations

Film acute abdomen series: no free air under dome of diaphragm, no bowel dilatation



การรักษา: hyoscine 20 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ และ pantoprazole 40 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ

หลังจากให้ยาอาการปวดท้องบรรเทาลง แพทย์ได้จ่ายยาชนิดรับประทาน เป็น

Hyoscine 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

Omeprazole 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 เวลาก่อนอาหารเช้า เย็น

Simethicone 80 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

Alum milk 30 มิลลิลิตร รับประทานวันละ 4 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

หลังจากนั้นสามารถกลับไปทำงานได้ปกติ แต่ยังไม่หายปวดท้องสนิท

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังกลับจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการปวดท้องโดยเฉพาะบริเวณซ้ายบน ปวดแสบ ๆ มีร้าวไปหลังบางครั้ง ปวดเบาลงเป็นบางช่วงแต่ไม่มีช่วงที่หายปวดสนิท อาการปวดเป็นมากขึ้น หลังจากรับประทานอาหาร กินข้าวได้น้อยลงเนื่องจากปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่อุจจาระเลยช่วง 4 วัน

8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หลังจากรับประทานอาหารเย็น ประมาณ 1 ชั่วโมง ขณะนั่งอยู่เฉยๆ มีอาการปวดท้องขึ้นมาทันที ปวดแสบ ๆ ปวดทั่วท้อง ปวดมากที่สุดบริเวณด้านซ้ายบน ปวดร้าวไปหลัง อาการปวดค่อย ๆ ปวดเพิ่มมากขึ้นจนปวดมากที่สุดในชีวิต อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทาง ไม่มีอาเจียน ไม่เบื่ออาหาร ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีถ่ายเป็นเลือด ไม่มีปวดหลัง ไม่มีไข้ ปวดมากจนทนไม่ไหว อาการปวดเป็นอยู่ตลอดเวลา จึงนำยาที่ได้จาก

โรงพยาบาลมารับประทาน อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล

ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีแผลในปากหรืออวัยวะเพศ ไม่มีผื่น ไม่มีผดผื่น ไม่มีปวดที่ปลายนิ้วมือ เวลาอากาศเย็นๆ เดินได้ปกติไม่ปวดขาหรือปวดตามข้ออื่นๆ ไม่มีน้ำหนักรลด

Past history:

1. ESRD S/P LDKT ที่ประเทศอินเดีย 10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ปัจจุบันตรวจติดตามกับ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง ตอนอายุ 29 ปี ด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน และ ปัสสาวะออกลดลง ไม่มีประวัติปัสสาวะเป็นเลือด สีน้ำตาลเข้ม หรือมีฟองมากผิดปกติมาก่อน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ไตวายเรื้อรัง ไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้ไตวาย ผู้ป่วยปฏิเสธการล้างไต และขอเดินทางกลับประเทศมาเพื่อไปรักษา โดยการเปลี่ยนไตที่ประเทศอินเดีย โดยรับไตจากพี่สาว (LDKT) ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนไต ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ transplant ทั้ง donor และ recipient เคยล้างไตทางหลอดเลือดที่แขนซ้าย 1 ครั้ง หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน กินยากคุมไตตลอด หลังจากนั้นเดินทางกลับมาประเทศไทย มาตรวจติดตามการรักษาที่ คลินิกโรคไต โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ การรักษาที่ได้ดังแสดงในตาราง

Date	6 เดือน PTA	3 เดือน PTA	1 เดือน PTA
BUN/Cr (มก%)	14/1.14	15/1.25	12/1.20
Ca/PO4 (มก%)	9.6/2.6	-	-
K (mEq/ล.)	2.9	3.3	3.4
UA	1+ protein, WBC 0-1, RBC 0-1	-	-
CBC	Hb 15.6 g%, platelet 256,000/cumm., WBC 7,440/cumm.	Hb 14.4 g%, platelet 279,000/cumm, WBC 7,250/cumm	-
Tacrolimus level (นก./มล.)	6.2	3.9	5.1
Medication	Prograf (1) 1-0-0.5 สลับวันเว้นวันกับ Prograf (1) 0.5-0-0.5 MMF 1x2 Enpott 2x2	Prograf (1) 1-0-0.5 MMF 1x2 Enpott 2x2	Prograf (1) 1-0-0.5 สลับวันเว้นวันกับ Prograf (1) 0.5-0-0.5 MMF 1x2 Enpott 2x2

2. HT วินิจฉัย 10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยพร้อมกับ ESRD

3. History of acute pyelonephritis วินิจฉัย 5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล

มาด้วยอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะแสบขุ่น ไม่มีไข้ 1 วัน ตรวจร่างกาย BP 152/95 mmHg, HR 90 beats/min, RR 20/min, BT 36.3°C; tenderness at kidney graft ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 15 g/dL, WBC 15,680/cumm. (N 88%, L 6.4%), platelet 191,000/cumm.; UA: sp.gr 1.006, pH 5.5, negative sugar nor protein, negative nitrite, WBC 50-100 cells/HPF, RBC 0 cell/HPF; no growth on urine and blood cultures รักษาด้วย ceftriaxone 2 กรัม นาน 5 วัน หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็น ciprofloxacin 500 มก. ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น นาน 14 วัน

Current medications

Prednisolone (5) 0.5 tab po pc

Prograf (1) 1 tab po AD

Prograf (0.5) 1 tab po bid pc

Cellcept (500) 1 tab po bid pc

Lercardipine (20) 1 tab po pc

Enpott 2 tab po bid pc

Ergocalciferol (20,000 IU) 1 cap po q weekly

Personal and social history

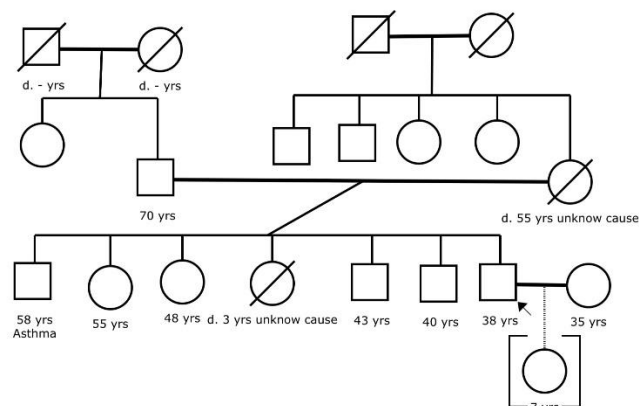
Exsmoker 10 pack-year; stop 10 years PTA

No history alcohol drinking/IVDU/herbal use

No history of surgery

Family history

No family history of hypertension or kidney disease



Physical examination

General appearance: a Myanmar male, good consciousness and well-cooperation, height 160 cm, weight 54 kg, BMI 23 kg/m²

	129/89	AVF
Vital signs: BP	148/91	148/90

 mmHg, HR 110 beats/min, RR 24/min, BT 37.8°C

Skin and appendages: no malar rash, no discoid rash, no petechiae, no purpura, no ecchymosis, no bruise, no telangiectasia, hyperlucency skin at left forearm (superficial vein was seen), no central or peripheral cyanosis, no clubbing fingers, no cushingoid appearance

HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no retinal hemorrhage nor exudate and A: V ratio of 2: 3, intact ear drum, no ear discharge, no swelling or erythema of turbinate, no oral ulcer, no OC/OHL, no thyroid gland enlargement

Ophthalmoscopic examination: VA 20/25 OU, full EOM, no injected conjunctivae, cornea clear OU, lens clear OU, fundus C:D 0.3 sharp pink, flat, no vasculitis, no retinitis OU

Cardiovascular system: JVP engorgement of 2 cm above sternal angle, PMI at fifth intercostal space at midclavicular line (MCL), no heave/thrill, normal S1 & S2, no loud P2, no S3/S4 gallop, no murmur, no pericardial rub, no distant heart sound, no carotid bruit

Respiratory system: tachypnea, no accessory muscle use, normal thoracic contour, equal chest expansion, trachea in midline, resonance on percussion, equal breath sounds, no adventitious sound

Abdominal examination: no distension, normoactive bowel sound, no renal bruit, marked tenderness at left upper quadrant, no tenderness at kidney graft, no tenderness at back and CVA, voluntary guarding, liver and spleen cannot be palpable, liver span 10 cm at MCL, negative splenic dullness, no palpable abdominal mass

Extremities: no pitting edema

Lymph node: impalpable

Genitalia: normal

Per rectal examination: no tenderness, no melena, no rectal mass

Neurological examination:

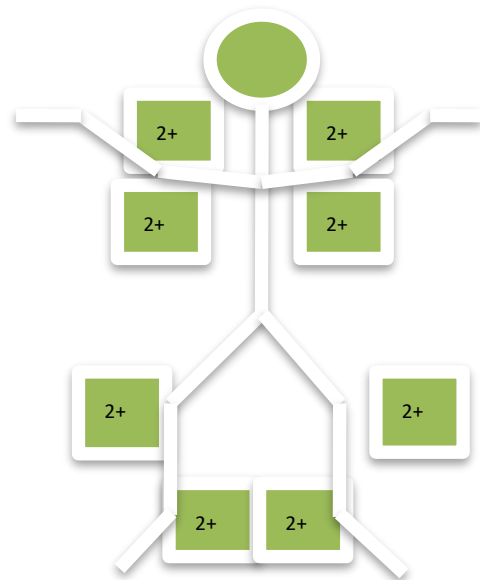
Consciousness: alert, orientated to time/place/person

Speech: no dysarthria, intact fluency, comprehension, repetition, and naming

CN : RAPD negative, normal visual field by confrontation, pupils 3 mm react to light both eyes, midline resting eye position, full EOM, normal corneal reflex, no ptosis, no nystagmus, normal strength of muscles of mastication, symmetrical nasolabial folds, normal hearing, no tongue or uvula deviation

Motor: normal tone, no atrophy, no fasciculation, no pronator drift, motor power as follows:

	Rt.	Lt.
Neck F/E	V/V	
Shoulder abd./add.	V/V	V/V
Elbow F/E	V/V	V/V
Wrist F/E	V/V	V/V
Handgrip	V	V
Hip F/E	V/V	V/V
Knee F/E	V/V	V/V
Ankle DF/PF	V/V	V/V
EHL	V	V



Deep tendon reflex: As in stick figure

Babinski: plantarflexion both sides

Sensation: intact pinprick sensation, and proprioceptive sensation of both sides

Cerebellum: finger to nose and heel to knee intact, no truncal ataxia, no dysdiadokokinesia

Stiff neck: negative

Investigations:

CBC: Hb 14.7 g/dL, Hct 40.3% (MCV 82.2 fL, RDW 11.9%), WBC 14,580/cumm. (N 78.5%, L 11.5%), platelet 244,000/cumm., INR 1.25, aPTT 27.7/25.5 sec

UA: sp.gr 1.013, pH 7.0, 3+ protein, negative glucose, 2+ ketone, negative nitrite, WBC 0-1 cell/HPF, RBC 5-10 cells/HPF, squamous epithelium 0-1 cell/HPF

BUN 14 mg/dL, Cr 1.07 mg/dL, Na 135 mmol/L, K 2.6 mmol/L, Cl 95 mmol/L, CO₃ 22 mmol/L, Ca 9.9 mg/dL, PO₄ 1.3 mg/dL, Mg 0.75 mmol/L, LDH 215 U/L

LFT: TB 1.42 U/L, DB 0.52 U/L, AST 29 U/L, ALT 15 U/L, ALP 87 U/L, amylase 117 U/L, lipase 32 U/L, globulin 3.7 g/dL, albumin 4.2 g/dL

Microbiology

Blood cultures for bacteria: no growth

CMV viral load: <20 copies/mL

EBV viral load <316 copies/mL

Serology

Anti-HIV, HBsAg, antiHBs, antiHbc, anti HCV: negative

CMIA antibody for *Treponema*: non-reactive, VDRL: non-reactive

Lupus anticoagulant: negative by aPTT, positive by dilute Russell viper venom test (เจาะหลังให้ enoxaparin)

Protein C 112 (70-140) U/dL, protein S 109 (57-155) U/dL, antithrombin 95 (75-125) U/dL

Anticardiolipin IgG: <12 PL IgG (<12) U/mL, anticardiolipin IgM: <12 PL-IgM (<12) U/mL, antiPML: negative, antiB2 glycoprotein 1 IgG: <20 (<20) RU/mL, anti B2 glycoprotein 1 IgM: 2.58 (<20) RU/mL

Negative for ANA, antidsDNA, antiSm, cANCA, pANCA, PR3, and MPO

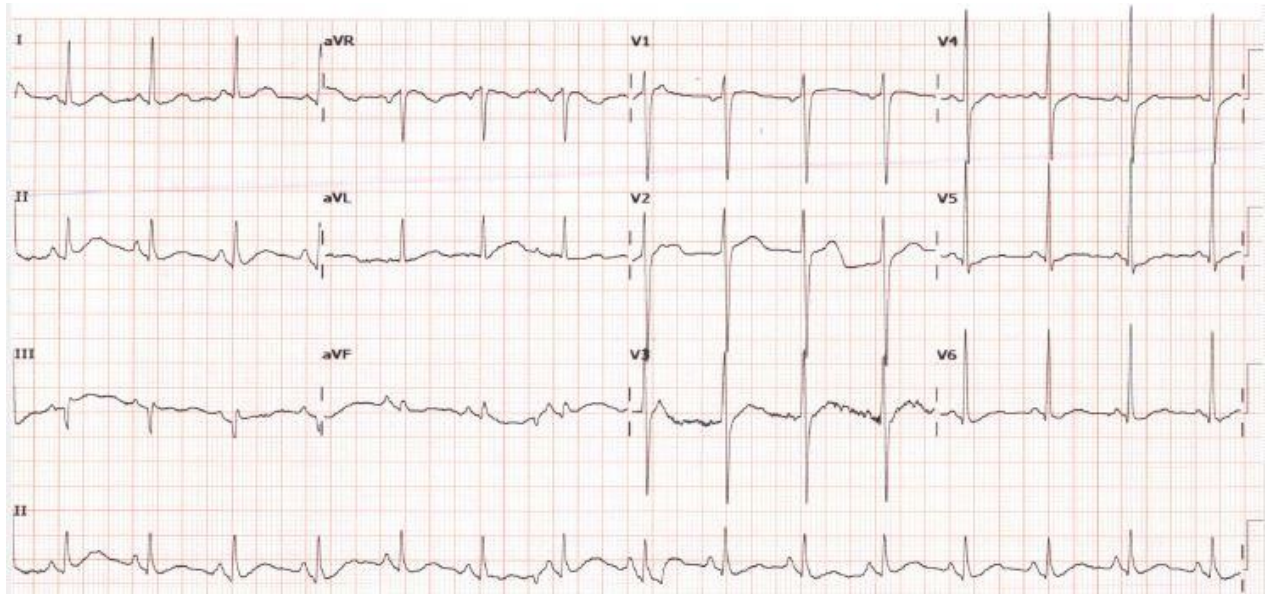
CH50 87.4 (42.0-95.0) U/mL, C3 134.1 (83-177) mg/dL, C4 19.1 (15-45) mg/dL

Pathergy test

Skin biopsy: overlying epidermis is unremarkable; and nonsignificant perivascular lymphocytic infiltrate is in the upper dermis.

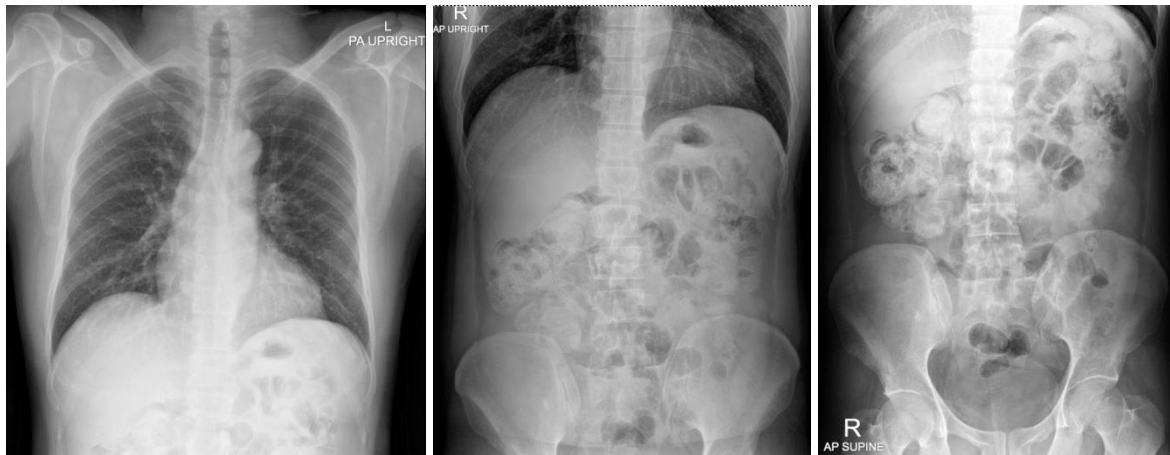
Result: negative test

EKG



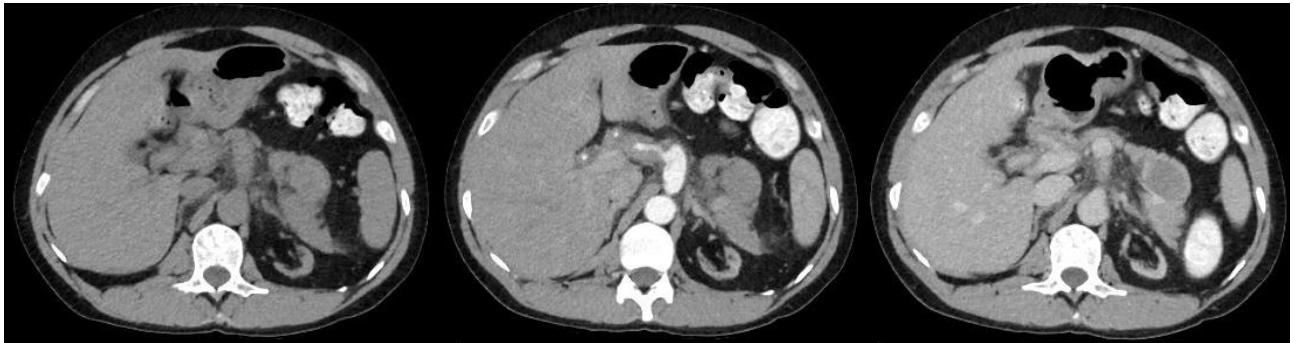
Imaging

Acute abdomen series



Abdominal CT:

Upper abdomen



Plain

A phase

V phase

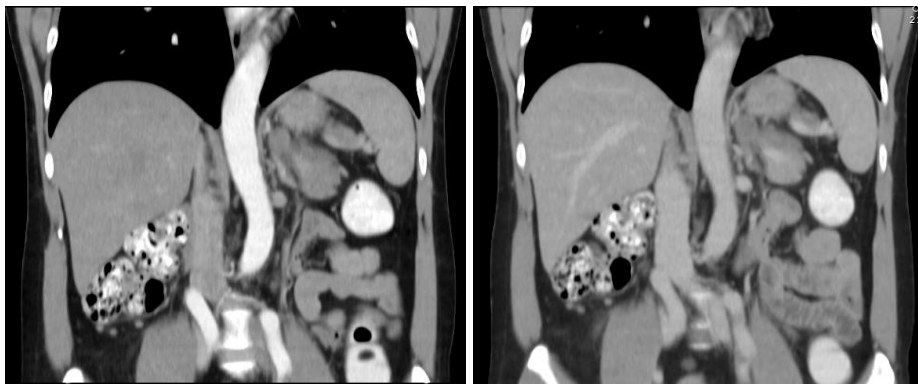
Lower abdomen



Plain

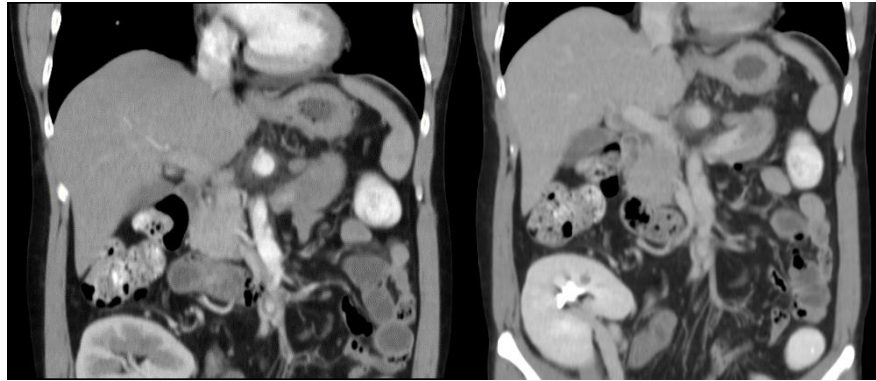
A phase

V phase



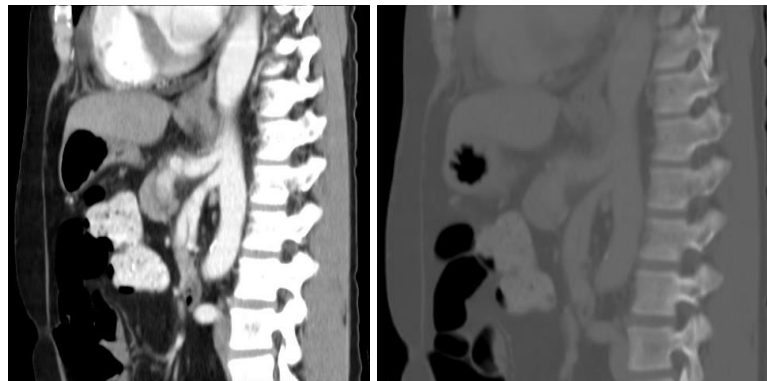
A phase

V phase



A phase

V phase



A phase

V phase

Aneurysmal dilatation of celiac axis with arterial dissection involving from celiac axis to proximal common hepatic artery and long segment hypoenhancing soft tissue thickening along common hepatic artery to both hepatic arteries, probably perivascular soft tissue thickening. The differential diagnosis is thrombosed false lumen; dissecting aneurysm with eccentric thrombus in false lumen at proximal splenic artery to splenic hilum with suspected splenic infarction; aneurysmal dilatation of SMA with dissecting aneurysm at about L2 to L3 levels and a 1.4x1.1x1.2-cm saccular aneurysm at about L4 level; minimal soft tissue thickening along celiac axis and SMA, probably inflammation process. The differential diagnosis is medium vessel vasculitis/ collagen vascular disease; mild luminal ectasia of both common iliac arteries; transplanted kidney, located in right-sided retroperitoneum, with a few cortical cysts, size up to 0.7 cm, Bosniak I; chronic renal parenchymal disease in both native kidneys.

จึงปรึกษา general surgeon และทำ urgent exploratory laparotomy

ก่อนทำการผ่าตัด 1 วัน ได้ให้ยา Enoxaparin 0.6 มล. ให้ทางใต้ชั้นไขมันทุก 12 ชั่วโมง

Intraoperative finding: congested and viable of jejunum, normal colon, stomach, spleen, and thrill at

mesenteric root

Operative procedures: omental biopsy

หลังผ่าตัด 2 วัน ได้ทำการเริ่มยา heparin 1,200 ยูนิต ให้ทางหลอดเลือดดำและปรับระดับตาม aPTT

Pathology of omentum: fibrofatty tissue infiltrated by numerous neutrophils with some lymphocytes admixed with fibrin and hemorrhage. Reactive fibroblasts are present in some area. Fat necrosis is focally present. Reactive mesothelial cells are noted. No definite vasculitis is seen. No malignancy is present.

Impression: acute and organizing inflammation with scattered hemorrhage, involving omental tissue; no evidence of vasculitis seen

1. What are the diagnostic investigations leading to final diagnosis?
2. What is the most likely diagnosis?