

Clinicopathological conference

27 มกราคม 2554

อายุรแพทย์ ผศ.นพ.อิโรชิ จันทาภากุล
รังสีแพทย์ อ.พญ.เกวลี ศศิวิมลพันธุ์

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี อาชีพขายของชำ ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันอยู่จังหวัดนครสวรรค์ ประวัติได้จากผู้ป่วยและ OPD card เชื่อถือได้

Chief complaint: ท้องอืด 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

ปกติเดิมแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว

2 เดือน ก่อนมารพ. เริ่มมีอาการปวดท้องทั่วๆ เป็นนาน 3-4 วัน ปวดมากบริเวณด้านล่างสะดือค่อนข้างด้านซ้าย ลักษณะตื้อๆ หลังกินอาหารจะรู้สึกปวดมากขึ้น คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4-5 ครั้ง มีมูกแต่ไม่มีเลือดปน มีไข้ต่ำๆ ไม่หนาวสั่น ปัสสาวะปกติ ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่มีटकขาว ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด กินยา paracetamol อาการไม่ดีขึ้น จึงไปตรวจที่รพ.ประจำจังหวัด PE: BT 37.8°C, mild tenderness at LLQ of abdomen, decreased BS CBC: wbc 10,900/mm³ (N 89 %, L 9%), Hb 12.1 g/dL, Hct 36.3 %, platelet 138,000 / mm³ BUN 20 mg/dl , Cr 0.80 mg/dl, Na 131 mmol/l, K 3.2 mmol/l, Cl 101 mmol/l, HCO₃ 19 mmol/l รักษาโดยการให้ IV fluid และ ceftriaxone 2 g IV OD หลังนอนรพ.ได้ 1 วัน มีอาการปวดท้องมากขึ้น ตรวจพบ BT 38°C , marked tenderness at left lower abdomen with generalized guarding and rebound tenderness, decrease bowel sound

Acute abdomen series : abnormal free air at right dome of diaphragm จึงได้ปรึกษาศัลยกรรเพื่อทำผ่าตัดขณะรอผ่าตัด มีอาการใจสั่น กระสับกระส่าย EKG: atrial flutter rate 140/min จึงได้ amiodarone 150 mg IV drip in min then 600 mg IV drip in 24 hours (ผล thyroid function test ก่อนให้ยาอยู่ในเกณฑ์ปกติ)

Intraoperative findings: - Jejunal ulcer and perforation 0.3 cm in diameter at mesenteric side

- Multiple white patches on the whole small bowel

Operation: Jejunal resection and end to end anastomosis, peritoneal toilet; estimated blood loss 50 ml

Pathology from jejunum , partial resection:

- Focal hypervascularization and acute inflammation of jejuna wall with perforation and peritonitis.
- Neither evidence of malignancy nor tuberculosis is seen.

Intraoperation: BP อยู่ในช่วง 100-120/50-60 mmHg หลังผ่าตัด ไม่ได้ถอดท่อช่วยหายใจและรับย้ายไปตึกศัลยกรร หลังจากนั้นอาการปวดท้องทุเลาลงแต่ยังรับอาหารไม่ได้จึงได้เป็น Parenteral feeding ยังมีไข้ต่ำๆ 37-37.8 °C CVP อยู่ในช่วง 14-20 cmH₂O หลังผ่าตัดได้ antibiotics เป็น ceftriaxone 2 g IV OD และ

metronidazole 500 mg IV q 8 hr นาน 14 วัน 2 วันหลังหยุดยากลับมาไข้สูง 38-38.5°C ไม่หนาวสั่น เหนื่อยมากขึ้นขณะ on Bird's respirator ไม่ไอ ไม่มีลูกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ขาไม่บวม จึงทำการตรวจเพิ่มเติม ดังนี้

CBC: wbc 21,300/mm³ (N 93 %, L 2.4 %), Hb 12.3 g/dL, Hct 35.2 %, platelet 244,000 / mm³

PT 21.8 sec (control 11.3) , INR 1.99 , PTT 32.8 sec (control 27.1) , BUN 26 mg/dl , Cr 1.1 mg/dl

LFT: TB 9.9 mg/dl, DB 5.4 mg/dl, AST 68 U/L, ALT 87 U/L, ALP 84 U/L alb 1.8 g/dl, globulin 3.2 g/dl

Hemoculture *II: no growth

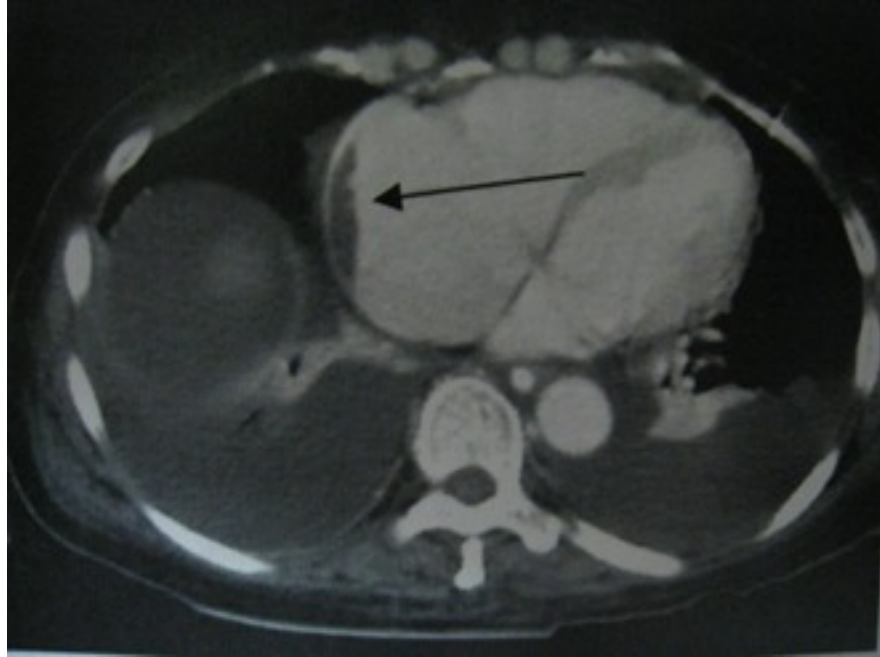
CXR: bilateral mild-to-moderate pleural effusion (right>left side)

Thoracentesis (pleural fluid): WBC 3 cells/cumm , RBC 88 cells/cumm, glucose 89 mg/dl, LDH 426 U/L, pH 8.0, ไม่ได้ส่ง protein, (plasma glucose 93 mg/dl , LDH 580 U/L), Gram's stain : no organism , culture for bacteria : no growth

Ultrasound upper abdomen: Well defined hypoechoic lesion with internal lobulation at right hepatic lobe 3*3.3 cm. in size, suspected liver abscess or complicated liver cyst.

CT whole abdomen:

- Normal size and parenchymal attenuation of the liver.
- Non enhancing hypodense lesion at hepatic segment VII ,measuring about 4.4*3.2*2.5 cm in size.
- Another non enhancing lesion hypodense lesion , 0.5 cm. in size , at hepatic segment VIII, could be hepatic cyst.
- The intrahepatic bile duct and common bile duct are not dilated.
- Portal vein , hepatic vein and IVC are normal. Moderate amount of ascites.
- Normal size and contour of both kidneys. No renal stone , cyst or hydronephrosis is seen.
- No intraabdominal collection and lymphadenopathy.
- Bilateral pleural effusion with curvilinear hypodense lesion at the right atrium with enlargement , measuring about 4.8*0.9 cm. in size DDX included thrombus or tumor.



แพทย์จึง restart ceftriaxone , metronidazole (treat as liver abscess) ต่อไป รวมได้ยาขณะ admit นานประมาณ 1 เดือน อาการผู้ป่วยดีขึ้น สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีปวดท้องแต่ท้องอืดเล็กน้อย (review film CT abdomen ภายหลัง ก้อนที่พบน่าจะเป็น hepatic cyst มากกว่า liver abscess จึงหยุดยาต้านจุลชีพทั้งหมดไป)

LFT ขณะนั้นลดลงเหลือ TB 3.2 mg/dl, DB 2.8 mg/dl, AST 57 U/L, ALT 52 U/L, ALP 228 U/L

สรุปยาที่ผู้ป่วยได้รับ: Amiodarone(200) 1*1 po pc , lanzoprazole FDT (30) 1*1 po ac , lactulose 30 ml po hs

3 สัปดาห์ ก่อนมารพ. ขณะเตรียมออกจากโรงพยาบาล มีท้องอืดและโตขึ้น ไม่ปวดท้อง กินอาหารได้น้อย คลื่นไส้และอาเจียนออกมาเป็นน้ำดีหลังกินอาหาร ไม่มีถ่ายเป็นเลือด สังเกตว่ามีผื่นขึ้นที่ตามแขนขาและลำตัว ไม่คัน ไม่เจ็บ กลับมามีไข้ 38°C ไม่ไอ หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นต้องใช้ O2 mask with bag 10 LPM , spO2 94% BP 70/40 mmHg CXR: bilateral pulmonary infiltration suspected congestive heart failure เริ่มมีอาการสับสนและวันต่อมาซึมลง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจอีกรอบและ start dopamine 6.7 µg/Kg/min ญาติจึงขอมารักษาต่อที่รพ.เอกชนในกรุงเทพฯ

ประวัติที่รพ.เอกชนในกรุงเทพฯ (admit นาน 8 วัน)

Treat as UTI with septic shock เนื่องจากตรวจพบ UA: wbc 100-200 cells/cumm , urine culture: Enterococcus faecalis , ESBL-producing *Klebsiella pneumoniae*, hemoculture: no growth ได้ให้ยามาเชื่อเป็น meropenem 1 g IV q 12 hours และ vancomycin 1 g IV OD และเปลี่ยนจาก dopamine เป็น norepinephrine 0.06 µg/kg/min หลังจากให้ยา 3 วัน ไข้ไม่ลงและผล sputum culture ออกมาเป็น pandrug-resistant

Acinetobacter baumannii จึงเปลี่ยนยาเป็น tigecycline 100 mg IV then 50 mg IV q 12 hr. และ colistin 75 mg + NSS 5 ml nebulize bid

ผู้ป่วยมีปัญหาท้องอืด รับ feed ไม่ได้และ malnutrition จึง start total parenteral nutrition via right internal jugular vein ระหว่างนอนรพ. มีใจสั่น EKG: Atrial fibrillation , T inversion in V3,4 จึง start amiodarone IV drip และ heparin IV drip นาน 2 วันหลังจากนั้นเปลี่ยนเป็น amiodarone (200) 1*1 po pc , enoxaparin 0.6 ml SC q 12 hr.

Echocardiography: LVEF 30% , moderate RV dysfunction , dilated RA and RV.

No RA clot , no pericardial effusion .

Impression: ischemic cardiomyopathy.

หลังจากนั้นมี financial problem จึงขอย้ายมารักษาต่อที่รพ.จุฬาฯ

ในระหว่างไม่สบายน้ำหนักลดลงแต่ไม่ทราบก็กลัวโรคร้ายเนื่องจากยื่นข้งน้ำหนักไม่ได้

Personal and social history:

- ไม่สูบบุหรี่
- ไม่ดื่มเหล้า
- ปฏิเสธประวัติยาเสพติด/ยาหม้อ/ยาหลอกกลอน , ปฏิเสธการซื้อยากินเอง
- ปฏิเสธฟันแพ้งแสง แผลในปาก ปวดข้อ

Physical examination

General appearance: An elderly Thai female patient, looks acutely ill , drowsiness.

On endotracheal tube with Bird's respirator.

On central line via right internal jugular vein.

Vital sign: BT 37.0°C , BP 130/80 mmHg, PR 90 /min regular, RR 24/min (control mode of Bird's)

HEENT: mildly pale, no icteric sclerae, no engorged neck vein

No OC , OHL.

LN: no cervical, supraclavicular, axillary lymphadenopathy.

Skin: numerous erythematous blanching papules with central white (porcelain-like) atrophic scar or crust in accompanying with surrounding telangiectasia distributed on trunk, extremities, palms and soles (pictures as shown).

Chest: coarse crepitation both lungs, no wheezing , equal breath sounds , no palpable breast mass

CVS: normal S1S2, no murmurs

Abdomen: upper midline surgical scar

soft, mildly distended, not tender, decreased bowel sound

liver and spleen can't be palpated , liver span 12 cm.

fluid thrill and shifting dullness :positive

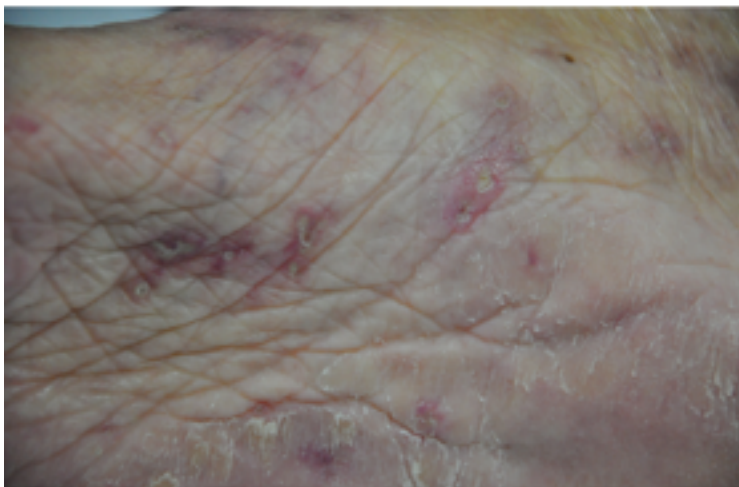
Extremities: pitting edema 3+ both legs , no clubbing of fingers

Neuro exam: grossly intact

no stiffneck

Rectal exam : not tender , no fluctuation, yellow feces.

Skin lesion as shown







First day of admission

Laboratory investigations

CBC: Hb 9.7 g/dl, Hct 29.7%, MCV 98.3 fL, RDW 16.8 %

Plt 196,000 /mm³ , WBC 15,300/mm³ (N 93.1%, L 4.9%, M 1.2%, Eo 0.3%, Ba 0.5%)

UA: specific gravity 1.020 , pH 6.5 , albumin 2+ , wbc 20-30 , rbc 80-100 (on Foley's catheter)

24-hour urine protein : 0.09 g , Cr 9 mg/dl

Stool occult blood : negative

PTT 37.6 seconds (control 28.9 seconds)

PT 15.3 seconds (control 11.3 seconds) , INR 1.4

BUN 14 mg/dl , Cr 0.4 mg/dl

LFT: alb 1.6 g/dl, TB 1.90 mg/dl , DB 1.21 mg/dl ,AST 95 U/L, ALT 46 U/L , ALP 574 U/L

Electrolytes: Na 130 mmol/l, K 3.4 mmol/l, Cl 97 mmol/l, HCO₃ 26 mmol/l

Ca 6.1 mg/dl, corrected Ca 8.02 mg/dl

Serum morning cortisol 26.5 µg%

FT3 1.06 pg/ml (1.6-4.0)

FT4 0.59 ng/dl (0.8-1.8)

TSH 35.07 mU/ml (0.3-4.1)

Microbiology

Sputum Wright's, AFB, modified AFB stain: no organisms seen

Sputum cytology: no atypical cells seen

Discharge from kin lesion: Gram's stain: no organism, AFB stain: negative

Culture for bacteria and fungus: no growth

Hemoculture: no growth

Hemoculture for fungus: no growth

Urine culture: yeast cells

Sputum culture: *Pseudomonas aeruginosa*

Serology

HbsAg : negative , anti HBs : positive , anti HCV: negative , anti-HBc: positive

Anti HIV: negative

ANA \leq 1:80 (Anti-dsDNA: negative , Anti Sm: negative , Anti SS-A: negative , Anti Ro: negative ,
Anti Scl-70: negative , Anti Jo-1 : negative , Anti ribosomal P-protein: negative , Anti RNP: negative
p-ANCA and c-ANCA: negative

Cryoglobulin and rheumatoid factor: negative

Direct and indirect Coombs' tests: negative

C3= 106 mg/dl (76-171) , C4= 31.2 mg/dl (10-40) , CH50= 30.2 U/ml (19-40)

Imagings

Acute abdomen series: fluid filled bowel , small air in central abdomen and rectum

CT chest and whole abdomen :

- Massive intraabdominal loculated fluid collection. No free air is detected.
- No significant change of 3.4*3.9*2.8 cm liver cyst at segment VII of liver.
- Multiple small non enhanced hypodense lesions scatter in the liver , size 2-4 mm in diameter.
- Large amount of ascites with mild thickened and enhanced peritoneum with generalized fat stranding , peritonitis is possibly.
- Several hyperdense lesion within subcutaneous fat at mid abdomen , adjacent to midline surgical scar , unknown nature.
- Bilateral pleural effusion and fibrosis include basal lungs.

Consult intervention for percutaneous drainage of intraabdominal collection

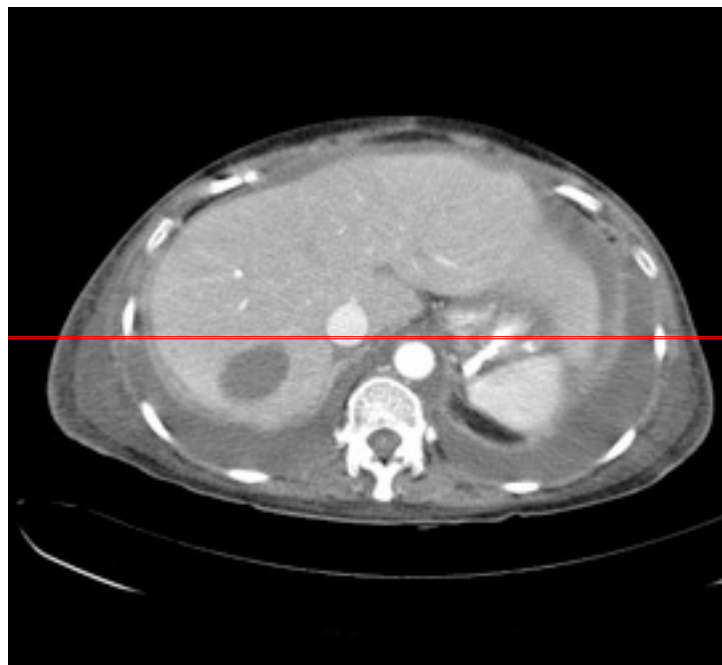
Ascitic fluid: WBC 100 cells/cumm (PMN 5%, mononuclear cell 95%) RBC 2,800 cells/cumm

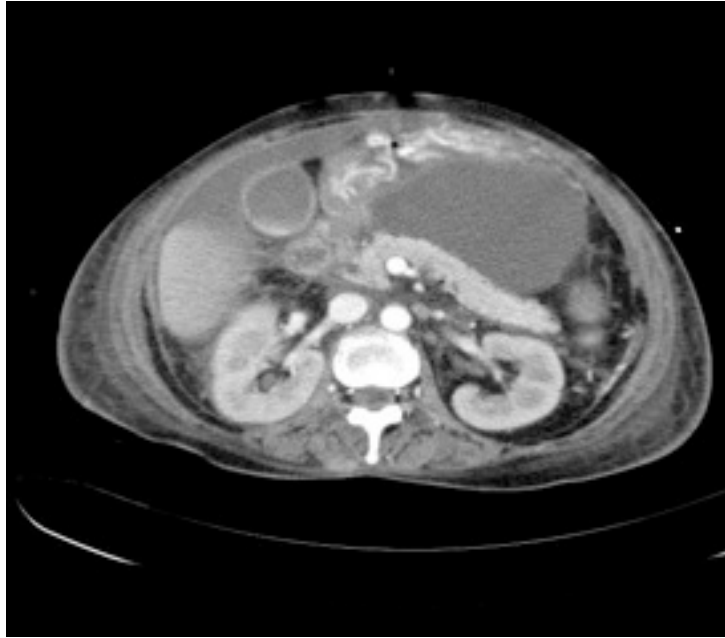
protein 3.4 g/dl , albumin 1.4 g/dl (blood albumin 1.6 g/dL)

Gram's, AFB, modified AFB stain: no organism

Culture for bacteria: no growth

Cytology: no malignant cell





Pathology from jejunum (review): The slide show small bowel wall revealing intact mucosa with normal architecture of villi. At the one resected margin display acute inflammatory infiltration through the wall with reactive atypia of adjacent gland and organizing inflammation. The submucosa and muscular proper are edematous and congested. The serosa is edematous and congested covered by fibrinopurulent exudates. No granulomatous formation is present. Neither malignant change nor vasculitis seen.

Diagnosis

- Acute jejunitis with peritonitis and suspected perforation.
- No granulomatous formation present.
- Neither malignant change nor vasculitis seen.

Provisional diagnosis

1. Abdominal distention with history of jejunal ulcer and perforation
2. Generalized multiple erythematous papules on trunk and extremities

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