Clinicopathological conference

วันที่ 26 กรกฎาคม 2555

อายุรแพทย์ อ.พญ.อภิญญ์เพ็ญ สาระยา

รังสีแพทย์ อ.พญ.เนตรศิริ ดำรงพิศุทธิกุล

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 19 ปี อาชีพนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล ภูมิลำเนา อำเภอสูงเม่น จ.แพร่ ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร

ครั้งนี้เป็น 1st admission ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประวัติได้จากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief complaint ซึมลง 1วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness

10วัน ก่อนมารพ. ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่หอพัก โทรศัพท์มาที่บ้านบอกมารดาว่ารู้สึกว่าไม่สบายขอลาเรียนกลับบ้าน สามารถเดินทางกลับบ้านได้เองที่รังสิต ระหว่างอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่แต่ในห้องของตัวเอง มารดาไม่ได้สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการไม่สบายแต่อย่างใด แค่รู้สึกว่าผู้ป่วยนอนมากขึ้น และกินอาหารน้อยลง โดยปกติผู้ป่วยกินอาหารมื้อดึกด้วย แต่ช่วงนี้ไม่ได้กิน ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีเสมหะ ทำกิจวัตรประจำวันได้ เล่นกับหลาน เล่นคอมพิวเตอร์ มารดาไม่ได้สังเกตถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติอื่นๆ นอกจากน้ำหนักที่ลดลง 10 kg ใน 3 เดือน

7 วัน ก่อนมารพ. ผู้ป่วยบอกว่ามีคนป่วยมานอนข้างๆ พูดกับมารดาว่า "ให้เอาอาม่าไปอาบน้ำ" ทั้งๆที่ไม่มีคนอื่นอยู่ด้วย มารดาทักว่าไม่ใช่ ผู้ป่วยจึงบอกว่าลืมไป อาการเห็นภาพมักเป็นช่วงบ่ายและหัวค่ำ เป็นๆหายๆมาทุกวัน ระหว่างนี้ยังทำกิจวัตรประจำวันได้ มารดาบอกกับผู้ป่วยว่า"จะพาไปหาหมอโรคประสาท" ผู้ป่วยตอบว่า "โคตรไม่มีโรคประสาท จะเป็นโรคประสาทได้อย่างไร"

3 วัน ก่อนมารพ. เริ่มไอ เสมหะสีขาวไม่มีเลือดปน ไม่มีน้ำมูก ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย

1วัน ก่อนมารพ. ไข้สูงไม่หนาวสั่น ไม่บ่นปวดเมื่อยตามตัวหรือปวดศีรษะ มารดาสังเกตหายใจเร็วเพิ่มขึ้น นอนเยอะขึ้น ถามตอบช้าลง ยังพอรู้เรื่อง มีพูดคนเดียวถึงคนแก่ที่ผู้ป่วยช่วยดูแลอยู่ มารดาจึงพามา รพ.

มีประวัติลุยน้ำสูงเท่าตาตุ่มเมื่อ 2 สัปดาห์ก่อน เนื่องจาก ไปช่วยขนย้ายคนไข้ที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยช่วงน้ำท่วม ไม่มีแผลตามตัว ไม่ได้ไปต่างจังหวัด ไม่ได้เข้าป่า อยู่หอพักเป็นตึก ช่วง 2 อาทิตย์หลังนี้ไม่มีน้ำหนักลดลงอีก

Past history

ปฏิเสธเข้าป่า ไม่ได้กลับบ้านที่แพร่ มาหลายปีแล้ว

ย่าเป็นโรคทางจิตเวชรับยาที่รพ. ศรีธัญญา มีอาการหวาดระแวง

Personal history

ปฏิเสธประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด

ชอบอยู่คนเดียว ไม่มีเพื่อนสนิท เอาแต่ใจตนเอง

Physical examination

General appearance: A young Thai female patient, agitated, not co-operative

Vital sign: BT 37.9^{O}C, BP 100/78 mmHg, PR 126 /min regular, RR 24/min

HEENT: not pale conjunctiva, anicteric sclera, thyroid gland no enlargement.

Lymph node: no lymph node enlargement.

Skin: no rash

Chest: decreased breath sound and vocal resonance left lower lung, fine crackles left lower lung, dullness on percussion left lower lung.

CVS: apical impulse at 5th ICS, MCL; no heave, no thrill, normal S1S2.

Abdomen: no distension, active bowel sound

soft, not tender, no guarding, no rebound tenderness

liver and spleen can't be palpated, liver span 8 cm

PR: normal sphincter tone, no rectal shelf

Pelvic examination: NIUB-normal

Vagina-normal mucosa, no discharge

Cervix-no gross lesion, normal discharge per os, no cervical motion tenderness

Uterus-normal size, anteversion, mobile, no tenderness

Adnexa-no mass palpable, not tender both sides

Extremities: no edema, no clubbing of finger

Neurological examination:

Level of consciousness: Drowsiness

Content of consciousness:

-Orientation: oriented to time, place and person

-Attention: accurately name Monday to Sunday, cannot name backward

-Memory: cannot recall 3 things (even with cue), intact long term memory

-Language: follow simple command but can't follow 2-step command, normal fluency, normal repetition, normal naming, normal calculation

Cortical signs:

- Frontal lobe: positive bilaterally (glabellar tapping, grasping, palmomental, rooting, sucking, snout reflex)

- Parietal lobe: stereognosis intact, normal double simultaneous signs, intact 2-point discrimination

- Temporal lobe: no sensory aphasia, normal comprehension

- Occipital lobe: normal visual field, no visual agnosia, complex visual hallucination positive.

CN: II: Pupil 2 mm RTL BE, no papilledema, presence of retinal venous pulsation.

III, IV, VI: Full EOM, roving eye movement

V: Normal facial sensation, normal power of temporalis, masseter and pterygoid muscles, Normal corneal reflex

VII: no facial weakness

VIII: no nystagmus

IX, X: normal gag reflex, uvula in midline

XI: intact

XII: intact

Motor: No fasciculation, normal muscle tone

Motor power: at least IV+ all

Deep tendon reflex 2+ all

BBK: plantar flexion response both sides, Clonus – negative

Sensory:

Pin prick sensation: normal.

Proprioception: cannot be evaluated.

Meningeal irritation signs: no stiff neck, negative Kernig's sign

Cerebellar signs: finger to nose, heel to knee: intact, no dysdiadokokinesia, gait: can't be evaluated

Laboratory investigations

CBC: Hb 12.0 g/dl, Hct 36.5%, MCV 70.1.0 fl, RDW 14.9%, WBC 8,110/ul (N 90.3%, L 6.8% M 2.8%), Platelet 261,000/ul

PTT 27.5/28.6, INR 1.32, PT 15.7 /11.8

UA: sp.gr. 1.026 pH5.0 protein1+ glucose: negative RBC 0-1 WBC 0-1

BUN/Cr= 24/0.6 mg/dl

Electrolytes = Na 134 mmol/L, K = 5.1 mmol/L, Cl 98 mmol/L, HCO3 = 21 mmol/L

LFT: TB/DB = 1.64/1.36 mg/dl, AST/ALT = 228/243 U/L, ALP = 350 U/L, TP = 7.0 g/dl, Alb = 3.0 g/dl, Glob = 4.0 g/dl

LDH 1,732 U/l Ca 8.7 mg/dl Phosphate 4.2 mg/dl Mg 1.1 mg/dl

FT4 1.01 ng/dl (0.8-1.8) FT3 1.22 pg/ml(1.60-4.00) TSH 3.110 mU/ml(0.300-4.100)

Urine screening for methamphetamine, morphine, marijuana, amphetamine: negative

ABG room air: pH 7.318 PaO_2 56.3 $PaCO_2$ 26 HCO_3 13 O_2sat 87.6%

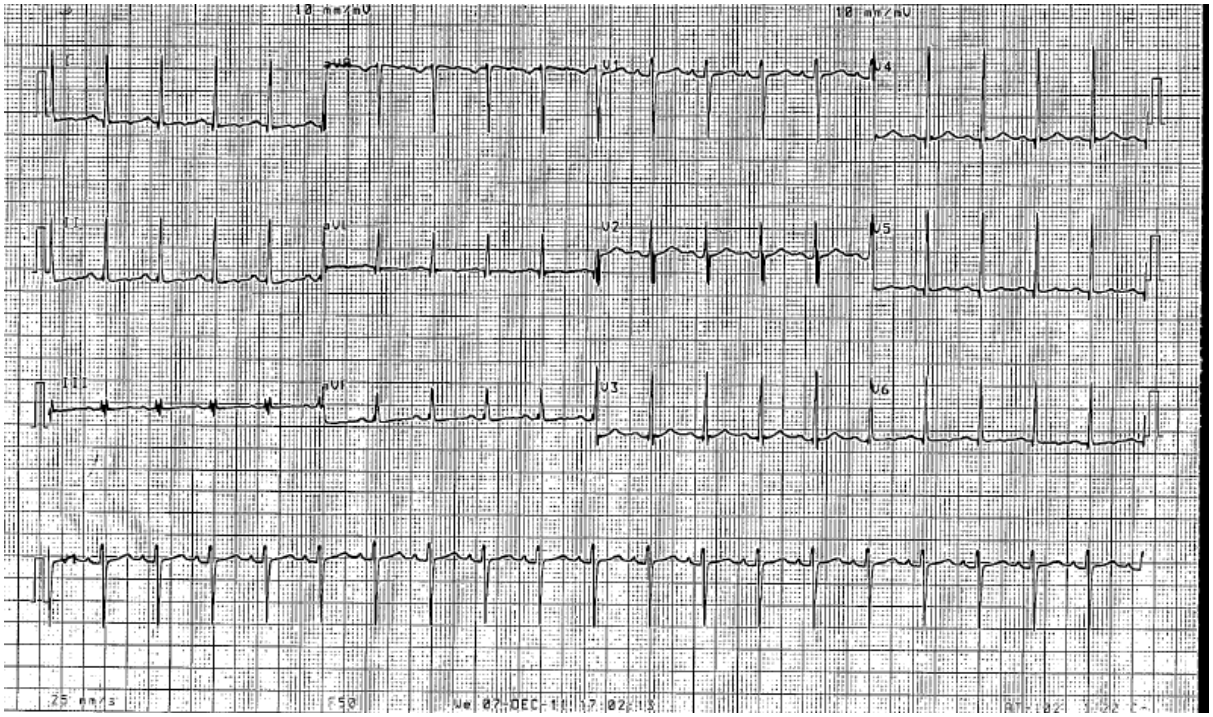
CSF study: OP 19 CP 17 mmH2O

WBC 1 (mono 100%) RBC 1 Glucose 38 mg/dl /75(plasma glucose) protein 15.5 mg/dl

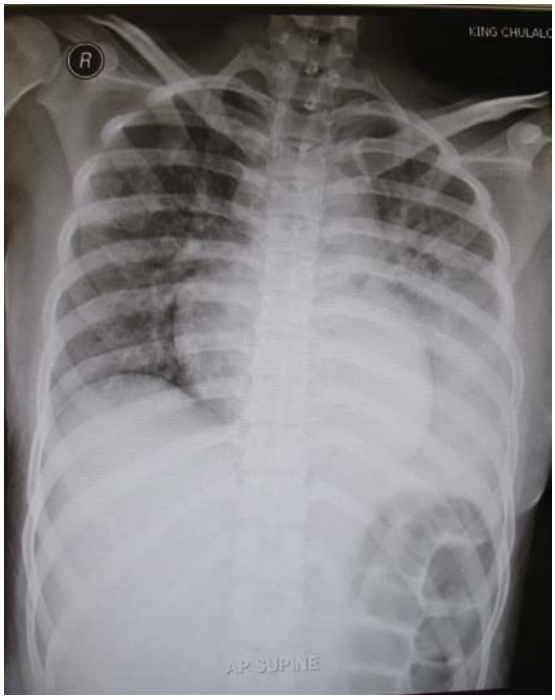
Cryptococcal antigen: negative

PCR for Pan-enterovirus, HSV1, HSV2, CMV, VZV, EBV: negative

EKG: EKG: sinus tachycardia 120/min, normal axis



CXR: Reticulonodular opacity in right lung with left pleural effusion



Microbiology

Sputum Gram's stain: inadequate sputum, Sputum AFB stain: negative

Hemoculture x 2 specimens: No growth

Serology

Anti HIV: non reactive

HBsAg, anti-HBc, anti-HBs, anti-HCV, anti-HAV IgM: negative

VDRL, TPHA, Treponemal Ab (CMIA): non reactive

Cryptococcal antigen: negative

ANA <80

AFP 1.24 IU/ml (0-10)

Beta hCG <5 mU/ml

Bronchoscopic findings:

Carina: normal

Hypopharynx: normal

Larynx: normal

Lingula: redness

LLL: redness

Lt. Main: normal

LUL: redness

Nasal cavity: normal

Nasopharynx: normal

RLL: redness

RML: redness

Rt. Inter: normal

Rt. Main: normal

RUL: redness

Subglottis: normal

Trachea: normal

Vocal cord: normal

Comment: whitish secretion on both lungs

BAL

-WBC 302 (PMN 30%, mono 70%) RBC 714

-Microscopic examination: abundant cells, composed of many alveolar macrophages, ciliated cells and small amount of inflammatory cells. No viral inclusion, fungus or foamy material is seen

-Conclusion: negative for viral inclusion, fungus and foamy material, negative for malignant cell

Lung biopsy

-Gross examination: three pieces of pale brown tissue, measuring 0.1, 0.3 and 0.3 cm in greatest dimension

-Microscopic examination: necrotic material containing neutrophil infiltration. No granuloma, fungus or identifiable malignant cell is seen

-Diagnosis: Acute necrotizing inflammation

Pleural fluid cytology: serosanguinous fluid

Pleural fluid: WBC 40 RBC 5015 (mono100%) protein 2.9 mg/dl LDH 3433 U/l

-Microscopic examination: moderate cellularity composed of lymphocytes and smaller amount of neutrophils. Mesothelial cells are scant. Red background is seen

-Conclusion: Lymphocytic effusion

Pleural biopsy:

-Gross examination: five pieces of grey white and dark brown tissue, ranging from 3.4x0.3x0.2 to 1x0.3x0.3 cm)

-Microscopic exam: fibromuscular tissue and aggregates of acute fibrinous inflammatory exudates. No granuloma is seen. No LE cell is noted. No hemosiderin-laden macrophage is seen

-Diagnosis: Acute fibrinous inflammatory exudates, no granuloma seen

PCR for MTB negative

CT brain

-Normal attenuation of the brain parenchyma

-The ventricles, cortical sulci and basal cisterns are within normal limits

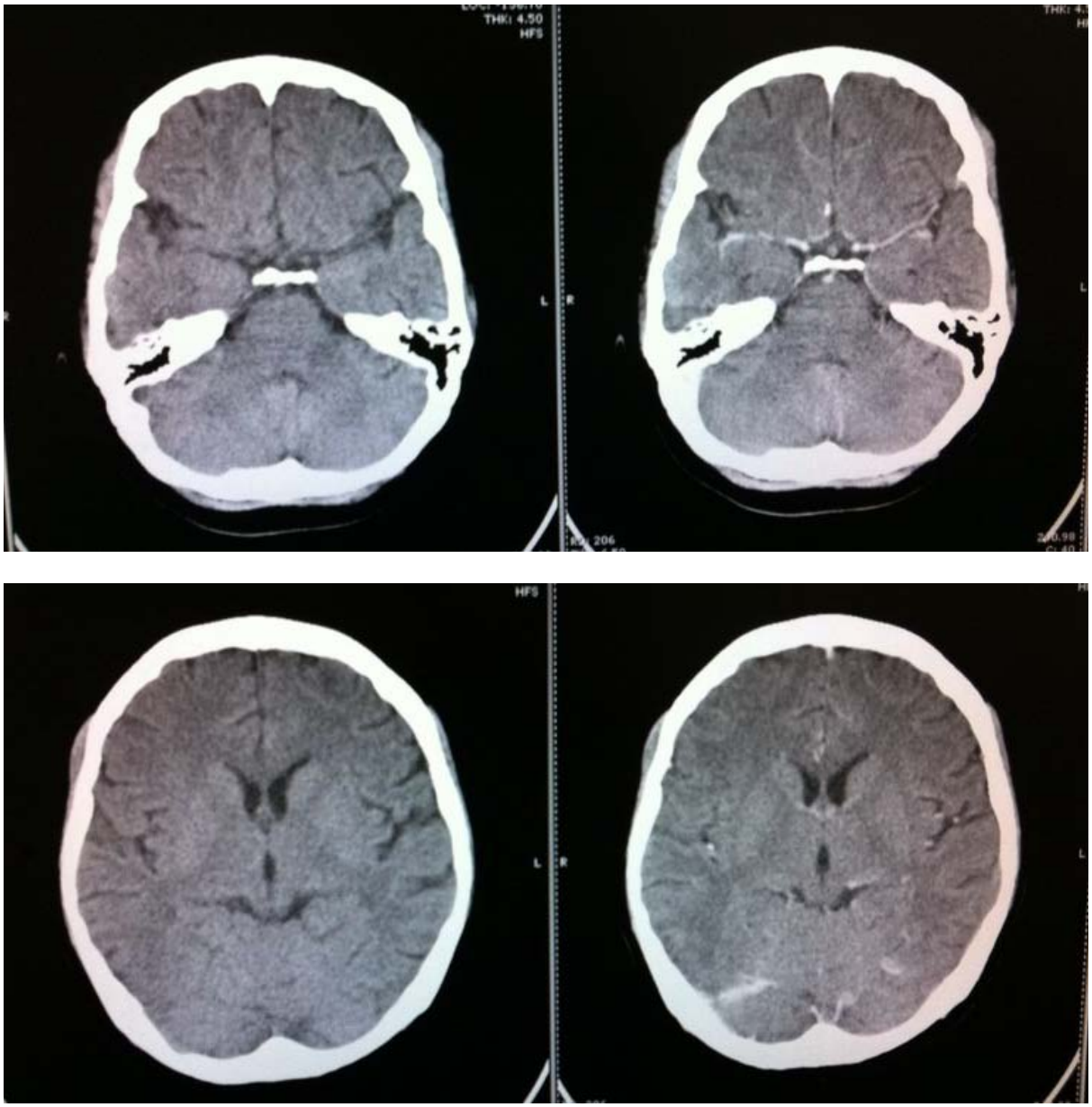
-There is no shift of midline structures or extraaxial collection

-Neither abnormal enhancement of the brain parenchyma and leptomeninges nor filling defect in visualized venous sinus is observed after IV contrast injection

-The visualized paranasal sinuses and mastoid air cells appear normal.

-Bone structures appear unremarkable

Imp: no abnormal brain parenchymal attenuation



MRI brain encephalitis protocol:

-Normal signal intensity of the cerebral parenchyma, brainstem and cerebellum on all pulse sequences.

-Cortical sulci, gyri, ventricular system and basal cisterns appear unremarkable

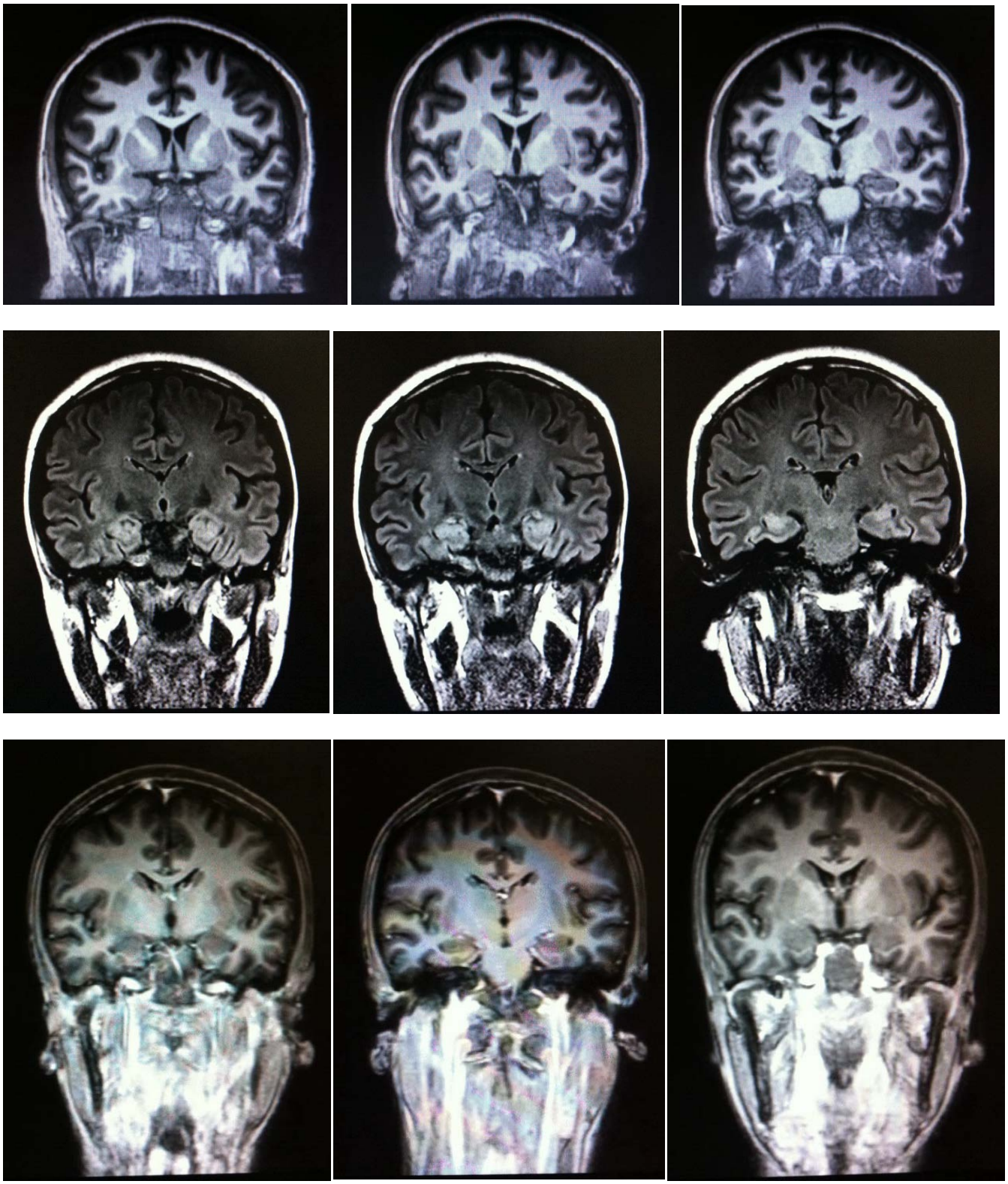
-There is no space taking lesion or extraaxial lesion. There is no evidence of restricted fluid diffusion or prior hemorrhage

-On post contrast FLAIR images, no abnormal parenchymal or leptomeningeal enhancement is detected.

-Visualized paranasal sinuses and mastoid air cells are clear

-SWI, MR spectroscopy and ASL perfusion were not performed due to the patient was unable to stay still

Imp: no demonstrable intracranial abnormality



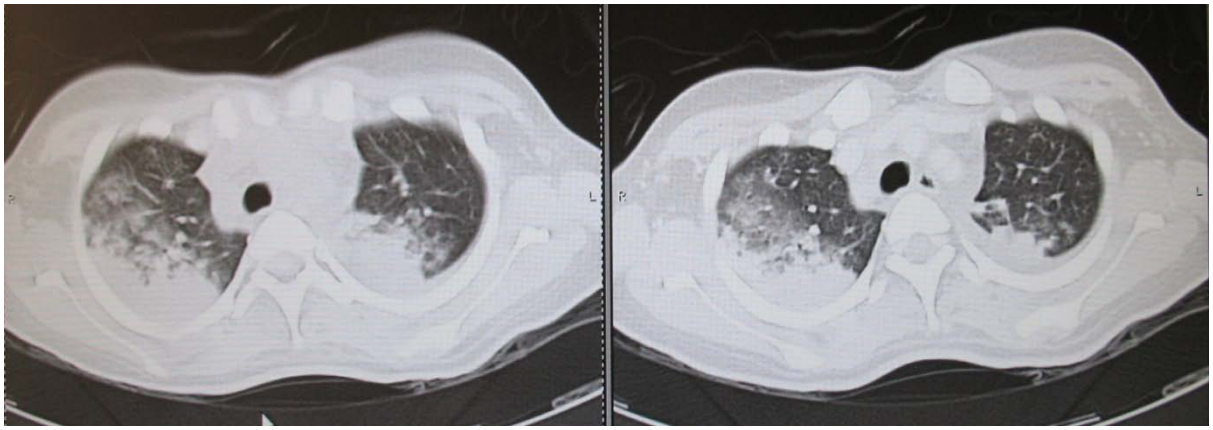
CT chest

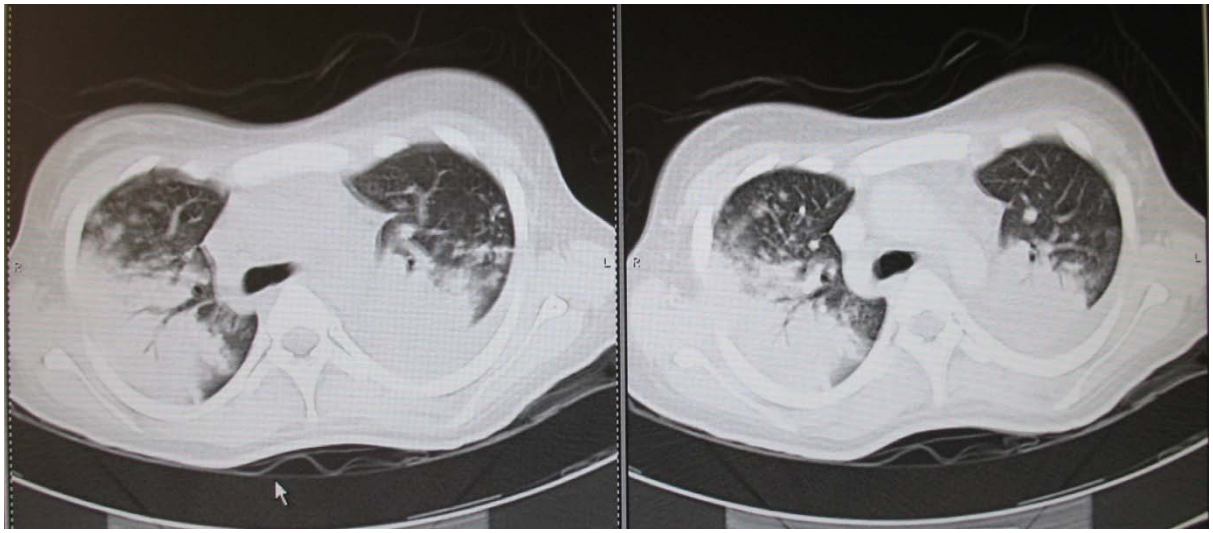
-Multiple consolidations and centrilobular nodules scattering in both lungs, more pronounce at both upper lobes and LLL, together with minimal left pleural effusion& enhancing pleura, likely infectious process

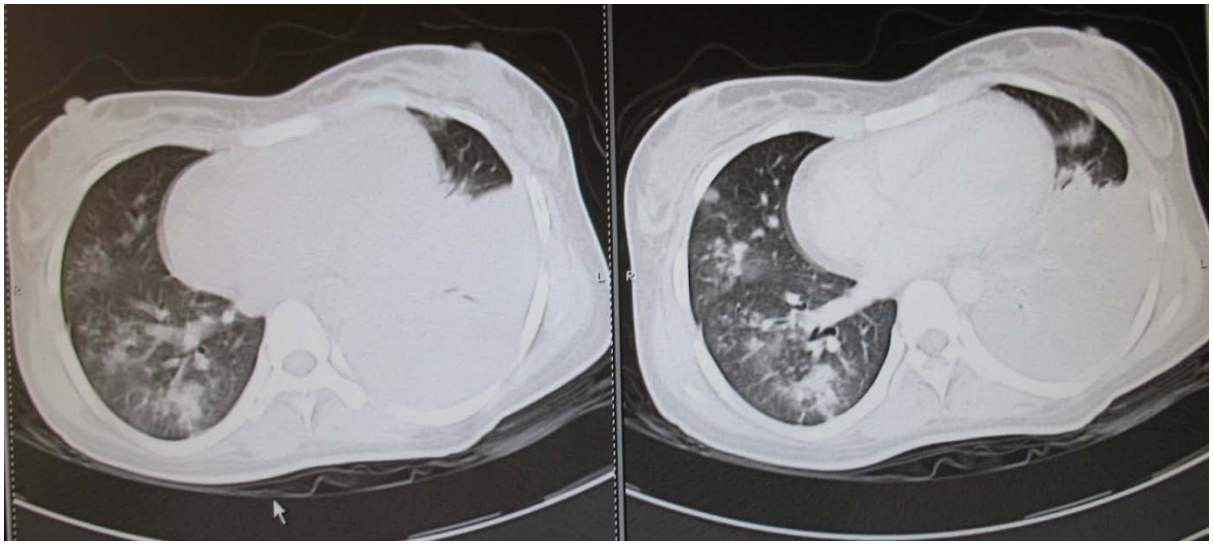
-Suggestive of small lung abscess at superior segment of LLL

-Mucous plugging at superior segment of LLL

-Mild cardiomegaly with minimal pericardial effusion







Ultrasonography of upper abdomen

- hepatomegaly with coarsening hepatic parenchyma without space taking lesion, liver parenchymal disease

-diffuse mild dilated intrahepatic bile duct

-markedly distended gall bladder with internal sludge

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

2. What is the most likely diagnosis?