

Clinicopathological conference

เดือน พฤษภาคม 2566

อายุรแพทย์: อ.พญ.นิชา ซึ่งสนธิพร

รังสีแพทย์: อ.พญ.เกศสุดา จักรชัยรุ่งเรือง

Diagnostician: concealed identity

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 36 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ประกอบธุรกิจส่วนตัว
ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดสมุทรปราการ ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้มาก

Chief complaint

กลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness

Previous status: able to perform basic ADLs without limitation

7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดหลังบริเวณกลางหลังเยื้องไปทางบั้นเอวขวา ขนาดประมาณ 1 ฝ่ามือ ปวดตื้อๆ ไม่ร้าวไปไหน ไม่ได้สังเกตว่าปวดตอนทำกิจกรรมใด อาการปวดเป็นมากในท่ายืนมากกว่าท่านอน ทั้งนอนหงายและตะแคง ก้มตัวไปข้างหน้าอาการปวดแย่ลง อาการปวดไม่สัมพันธ์กับการหายใจ อาการปวดเป็นตลอดเวลา ปวดมากช่วงตื่นนอน อาการปวดดีขึ้นช่วงบ่ายๆ ปวดพอเดิมทั้งวัน ไม่มีช่วงหายสนิท ปวดพอรำคาญ ไปซื้อยาแก้ปวดพาราเซตามอลมากิน อาการปวดพอทุเลาลง ไม่มีใช้

5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดหลังยังเป็นอยู่ ปวดพอเดิม ไม่รุนแรงขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แจ้งว่าเป็นปวดหลังจากกล้ามเนื้อ ให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอลมากิน อาการพอเดิม ไม่มีปวดจนต้องตื่นกลางคืน สามารถนอนหลับได้ ยังใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ น้ำหนักตัวพอเดิม

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดร้าวจากหลังและบั้นเอวขวาที่เดิมไปขาขวา รู้สึกขาขวาบริเวณน่องและต้นขาด้านหน้า ไม่อ่อนแรง กลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ปกติ

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดเท่าๆ เดิม แต่อาการขาเป็นมากขึ้น รู้สึกขาหนาๆ ตั้งแต่บริเวณปลายเท้าข้างขวาจนถึงต้นขาขวาด้านหน้า เริ่มอ่อนแรงขาข้างขวา ลุกขึ้นนั่งจากเตียงหรือชักโครกลำบาก ใส่รองเท้าแตะไม่มีรองเท้าหุ้ม ต้องใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ไม่มีชาหรืออ่อนแรงของขาข้างซ้าย

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มกลืนอุจจาระไม่ได้ ต้องใส่ผ้าอ้อมและถ่ายใส่ผ้าอ้อม ปัสสาวะไม่ออก บางครั้งมีปัสสาวะราดเวลาไอหรือจามหรือราดออกมาเอง อุจจาระราดวันละ 1-2 ครั้ง อ่อนแรงขาข้างขวามากขึ้น ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดิน ลุกขึ้นจากที่นั่งลำบาก อาการขายังคงเป็นอยู่พอเดิม จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติเบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือไข้ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลใกล้บ้านพบ alert, good consciousness, pupils 3 mm RTLBE, full EOM, no facial palsy, no tongue deviation

Motor power:	Right	Left
Neck F/E	V/V	
Deltoid	V	V
Biceps	V	V
Triceps	V	V
Brachioradialis	V	V
Wrist F/E	V/V	V/V
Handgrip	V	V
Hip F/E	III/III	V
Knee F/E	IV/IV	V
Ankle DF/PF	IV/IV	V
EHL	IV	V
Deep tendon reflex:	Right	Left
Biceps	2+	2+
Triceps	2+	2+
Brachioradialis	2+	2+
Knee	0	2+
Ankle	0	2+

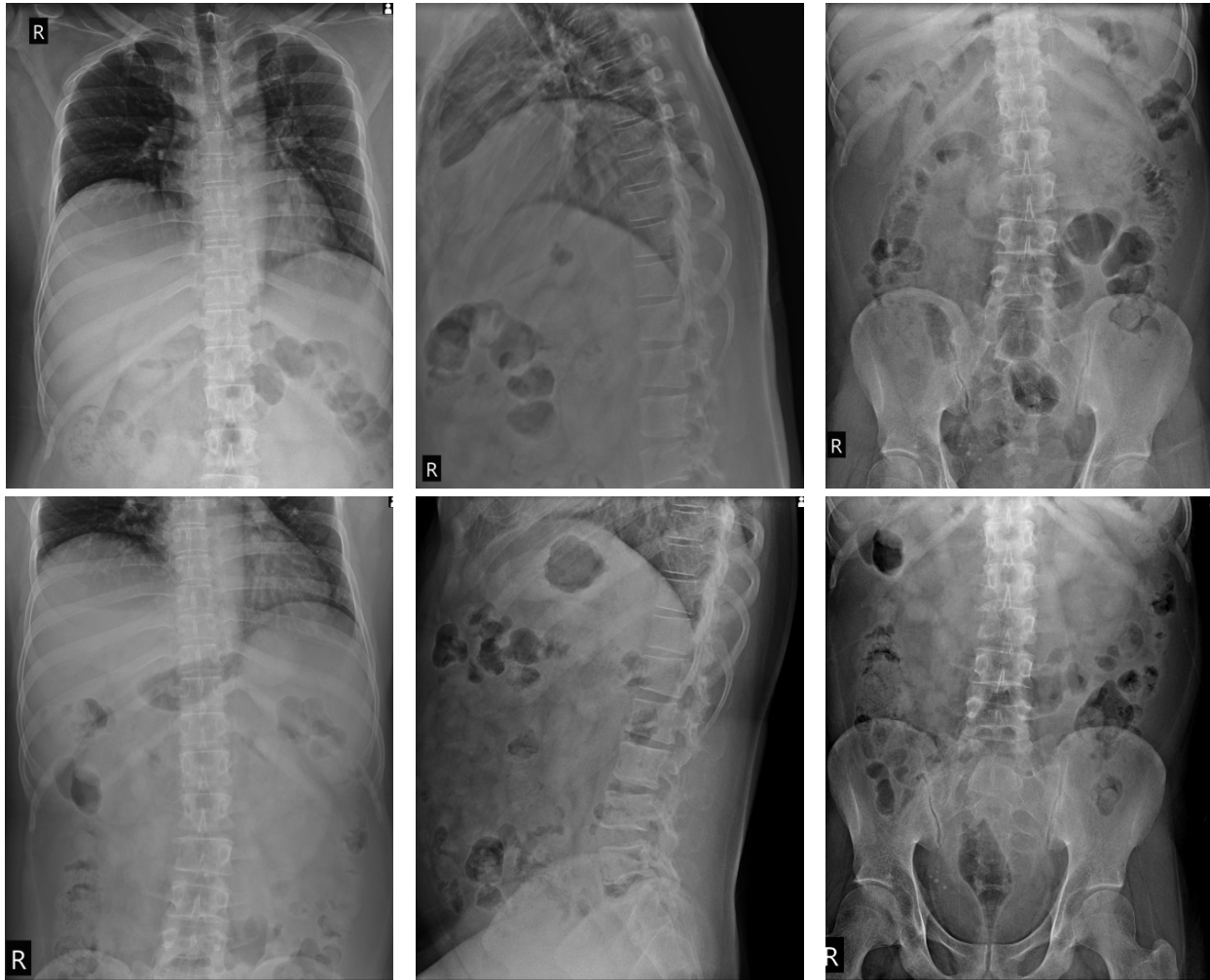
Sensation:

Decreased pinprick sensation along right L2-L5 dermatomes

Anal sphincter tone and wink reflex: not done

ได้ส่งตรวจ TL spine และ LS spine film และ MRI ผลดังแสดง

TL spine and LS spine radiograph



LS spine and screening whole spine magnetic resonance image

- The study reveals normal alignment of the whole spine. No scoliosis, spondylolisthesis or retrolisthesis is noted.
- Infiltrative marrow lesion at right sided L3 body, pedicle superior and inferior articular processes with cortical destruction and associated soft tissue formation, overall sized about 6.5x6.9x7.9 cm in transverse x AP x vertical diameters. Lesion extending involved spinal canal and right L2/3 and L3/4 neural foramen with compression and encasing on the cauda equina and right L2-3 exiting nerve roots, right psoas and paraspinal muscles.

- Lesion showing low and highSI on T1W, highSI on T2W and heterogenous and thickened irregular peripheral and septal enhancement and perilesional soft tissue edema is seen. Internal hemorrhage is possibly.
- Circumferential disc bugling at L2/3 and L3/4 with annular cleft and associated soft tissue causing severe spinal canal stenosis compression on the cauda equina.

Sagittal T1WI



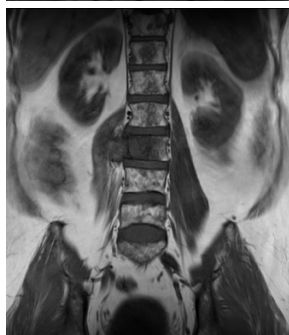
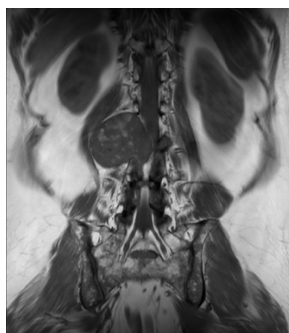
Sagittal T2WI



Sagittal T1WI with Gd



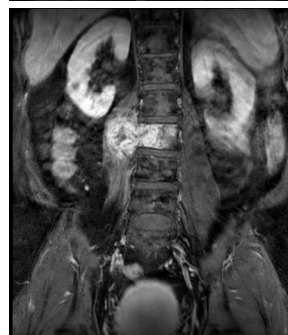
Coronal T1WI



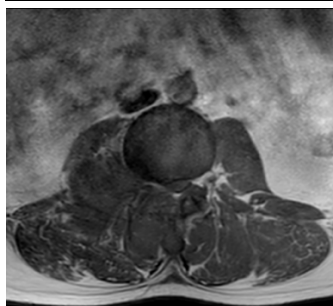
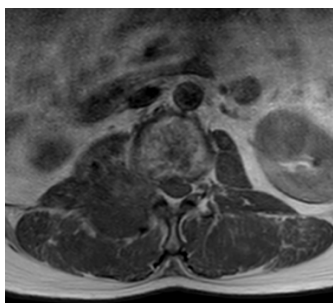
Coronal T2WI



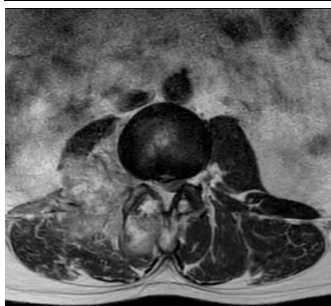
Coronal T1WI with Gd



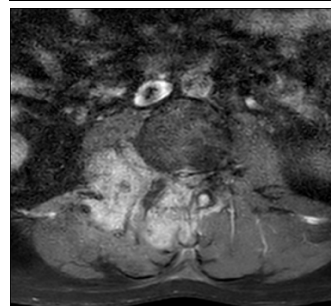
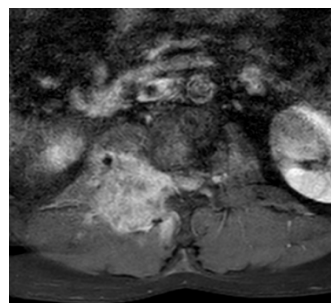
Axial T1WI



Axial T2WI



Axial T1WI with Gd



ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ในระหว่างป่วย 7 เดือน ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำหนักลด

Past history

ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว

Personal and social history

ประวัติแพ้ยาลูกอาหาร

ประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด

ประวัติการสัก การรับเลือด

ประวัติการมี unsafe sexual intercourse

ประวัติการใช้ยาต้ม ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร อาหารเสริม

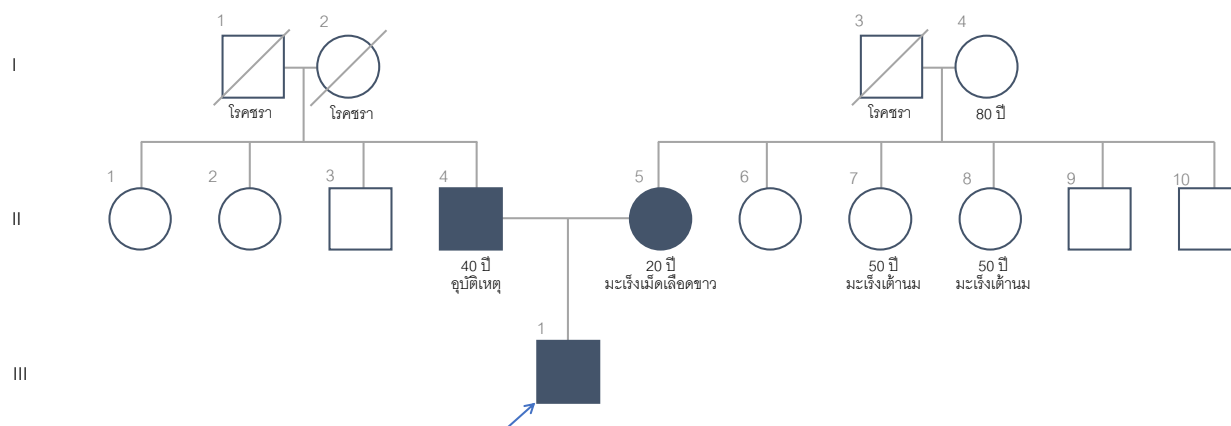
Family history

ลูกคนเดียว มารดาเสียชีวิตตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปี ด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

มารดามีน้องสาว 3 คน น้องชาย 2 คน เป็นมะเร็งเต้านมขณะอายุประมาณ 50 ปี 2 คน

บิดาเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุกลางทะเลตั้งแต่อายุ 40 ปี บิดามีพี่ชาย 1 คน พี่สาว 2 คน

ยายมีชีวิตอยู่ อายุ 80 ปี ป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคชรา



Current medications

none

Physical examination:

General appearance: a Thai male, with good consciousness and well cooperation

height 180 cm, weight 80 kg, BMI 24.69 kg/m²

occipital-frontal head circumference 60 cm

Vital signs: BP 125/70 mmHg, HR 90/min, RR 16/min, BT 36 °C

Skin and appendages: no petechiae, no purpura, no ecchymosis, no bruise, no telangiectasia, no purplish striae, multiple skin-colored to yellowish papules on face (unrecognized exact duration but in years), predominated on forehead, solitary erythematous firm nodules on left shoulder, hyperpigmented macules on penile shaft and gland, palmoplantar pits on palm and soles, papilliform papules on tongue, multiple skin tags on axillae and inguinal areas, multiple hyperpigmented papules and plaques on neck area





HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclerae, intact ear drum, no ear discharge, no swelling or erythema of turbinate, no oral ulcer, no OC/OHL, no thyroid gland enlargement, a palpable firm, non-movable nodule at right lower lobe of thyroid gland

Cardiovascular system: JVP 3 cm above sternal, regular rhythm, PMI at fifth intercostal space at midclavicular line, no LV heave, no RV heave, no thrill, normal S1S2, no S3S4 gallop, no murmur

Respiratory system: trachea in midline, normal thoracic contour, equal chest expansion and tactile fremitus, equal vesicular breath sound, equal vocal resonance, no adventitious sound

Abdomen: no distension, no superficial vein dilatation, normoactive bowel sound, no renal bruit, soft, not tender, liver and spleen cannot be palpated, liver span of 8 cm at MCL, splenic dullness negative

Extremities: no clubbing, no deformity, no pitting edema, no swelling, erythematous, or tenderness of joint and periarticular region

MSK: no spine deformity, no stepping, tenderness at L2-3 spinous processes

Lymph node: no lymph node enlargement at bilateral anterior and posterior cervical, axillar, as well as epitrochlear lymph nodes

Per rectal examination: loose anal sphincter tone, diminished anal wink reflex, intact perianal sensation, no rectal shelf

Neurological examination

Consciousness: alert, orientated to time/place/person

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

Cranial nerves:

RAPD negative, normal visual field by confrontation, pupils 3 mm react to light both eyes, midline resting eye position, fundoscopic exam: sharp disc, A:V ratio of 2:3, normal venous pulsation, no retinal hemorrhage nor exudate, full EOM, no ptosis, no nystagmus, no facial palsy, normal facial pinprick sensation, normal strength of muscles of mastication, normal hearing by finger rub, uvula in midline, normal gag reflex, no tongue deviation

Motor: generalized muscle atrophy both legs both flexor and extensor muscle groups, no fasciculation, flaccid tone both legs

Motor power:	Right	Left
Neck F/E	V/V	
Deltoid	V	V
Biceps	V	V
Triceps	V	V
Brachioradialis	V	V
Wrist F/E	V/V	V/V
Handgrip	V	V
Hip F/E	III/III	V
Knee F/E	IV/IV	V
Ankle DF/PF	IV/IV	V
EHL	IV	V
Deep tendon reflex:	Right	Left
Biceps	2+	2+
Triceps	2+	2+
Brachioradialis	2+	2+
Knee	0	2+
Ankle	0	2+
Babinski	plantarflexion	plantarflexion
Clonus	negative	negative

Sensation:

Decreased pinprick sensation along right L2-L5 dermatomes, intact pinprick sensation of other areas

Impaired joint's position sensation of right toes

Impaired vibration sensation of L2-5 spinous process, right ankle and right toes

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

No neck stiffness

Laboratory investigations

CBC: Hb 13.8 g/dL, Hct 41% (MCV 71.1 fL, MCH 22.3 pg, MCHC 31.4 g/dL, RDW 20.3%), WBC 9,620/mm³ (N 82%, L 12.9%, M 3.2%, E 1.4%, B 0.5%), platelet 268,000/mm³; PT 13/11.5 sec, INR 1.14, aPTT 25.3/25 sec

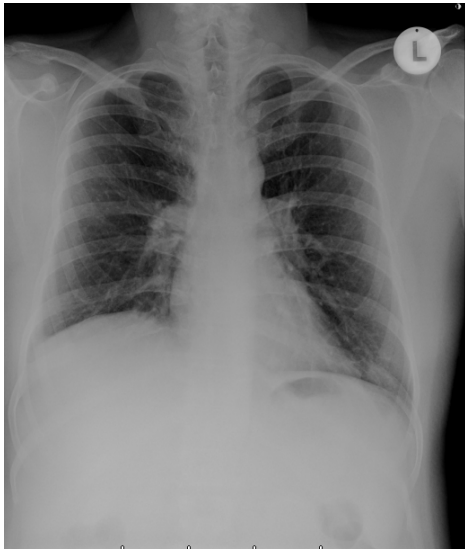
Blood chemistry: BUN 10 mg/dL, Cr 0.58 mg/dL, Na 139 mmol/L, K 4 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO₂ 24 mmol/L, Ca 8.5 mg/dL, Mg 0.86 mmol/L, PO₄ 2.6 mg/dL

LFT: albumin 4.3 g/dL, globulin 4 g/dL, total protein 8.3 g/dL, TB/DB 1.03/0.37 mg/dL, AST 15 U/L, ALT 20 U/L, ALP 80 U/L

Urinalysis: yellow clear, sp gr 1.014, pH 6.5, leukocyte negative, protein negative, glucose negative, ketone negative, blood 3+, bilirubin negative, urobilinogen negative, nitrite negative, WBC 0-1 cells/HPF, RBC 0-1 cells/HPF

Serology: anti-HIV negative

Chest radiograph



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