

Clinicopathological conference

25 กรกฎาคม 2556

Clinician: ผศ.พญ.ภาวิณี ฤกษ์นิมิตร

Radiologist: อ.พญ.น้ำผึ้ง นาคารุณอรุณโรจน์

Diagnostician: Concealed identity

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 59 ปี อาชีพช่างตัดผม ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จ.สมุทรปราการ ประวัติได้จากผู้ป่วย ภรรยา และเวชระเบียนเชื่อถือได้

Chief complaint: ผื่นที่ขาขึ้นมากขึ้นมา 1 สัปดาห์

Present illness:

-5 ปีก่อนมารพ. ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกคันบริเวณขาทั้งสองข้าง ยังไม่มีผื่น สังเกตว่าขาทั้งสองข้างบวมขึ้นทั่วๆ ผิวหนังมีสีแดงคล้ำ ตั้งแต่บริเวณหลังเท้าขึ้นมาถึงเข่า ถัดมาไม่กี่วันมีผื่นแดงลักษณะเป็นตุ่มแดงเล็กๆ คล้ายยุงกัดหลายสิบตุ่มกระจายอยู่ที่หลังเท้าถึงเข่า เป็นครั้งหนึ่งนานประมาณ 1-2 สัปดาห์ จากนั้นแผลจะหายกลายเป็นรอยแผลเป็นสีดำคล้ำ ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่รพ.จังหวัดแห่งหนึ่ง ได้ยาทาและยากินไม่ทราบชนิด ผื่นยังขึ้นลักษณะเดิมเป็นๆหายๆทุกเดือน ไม่มีผื่นหรือแผลในช่องปาก และอวัยวะเพศ ไม่มีอาการตาแดง ไม่ปวดข้อ ไม่มีไข้ น้ำหนักตัวไม่ลด

-2 ปีก่อนมารพ. ผื่นยังขึ้นลักษณะเดิมแต่รุนแรงขึ้น คือหลังจากมีตุ่มแดงคล้ายยุงกัดแล้วจากนั้นจะกลายเป็นตุ่มน้ำใส บางจุดมีเลือดออกภายใน เมื่อเกาตุ่มจะแตกออกกลายเป็นแผลมีน้ำเหลืองไหล หลังจากแผลหายจะเป็นแผลเป็นสีดำคล้ำ แพทย์จึงส่งตัวไปรับการรักษาที่รพ.โรคผิวหนัง ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ แพทย์บอกว่าเป็นผื่นลมพิษชนิดหนึ่ง ได้รับยาทาและยากินไม่ทราบชื่อ หลังจากนั้นอาการยังคงเป็นๆหายๆไม่ดีขึ้น

-8 เดือนก่อนมารพ. มีเลือดออกในช่องปาก โดยที่ไม่มีแผล ไปตรวจรพ.จังหวัดพบว่ามีภาวะซีดต้องได้รับเลือดประมาณทุก 2 สัปดาห์ แพทย์ไม่ได้บอกว่าผลเลือดอื่นๆผิดปกติหรือไม่

-1 เดือนก่อนมารพ. สังเกตว่ามีแผลในปาก ลักษณะแผลเป็นตุ่มน้ำใสและมีเลือดออกภายในตุ่มคล้ายกับผื่นที่ขาขึ้นภายในช่องปากกระพุ้งแก้มและลิ้นไปพบแพทย์ ตรวจพบผื่นแดงที่ผิวหนังและเยื่อช่องปาก ผู้ป่วยได้รับการทำส่องกล้อง EGD พบ hemorrhagic telangiectasia ที่ esophagus และ gastric antrum แพทย์จึงส่งตัวให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่รพ.จุฬาฯ



hemorrhagic telangiectasia at esophagus

ผู้ป่วยมาพบแพทย์โรคผิวหนังที่รพ.จุฬาฯ ตรวจร่างกายพบมีผื่นตุ่มน้ำที่ขาทั้งสองข้าง

ลักษณะเป็น purpura with hemorrhagic vesicles at both legs จึงได้ทำ skin biopsy

ผล skin biopsy:

-Description: The section shows dense superficial and mid perivascular infiltrates composed of lymphohistiocytes, neutrophils, nuclear dusts, and extravasated red blood cells. The epidermis appears normal.

Direct immunofluorescence study of skin: No deposition of immunoreactants.

-Diagnosis: Leukocytoclastic vasculitis

จึงได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อหาสาเหตุ

Past history:

HT วินิจฉัย 5 ปีก่อนมารพ.ระดับความดันอยู่ในช่วง 130/80 mmHg

Asthma วินิจฉัย 5 ปีก่อนมารพ.ขณะนี้อาการไม่กำเริบไม่ได้ใช้ยาพ่นมาหลายปีแล้ว

Current medication

- HCTZ (25) 1 tab po pc เข้า
- amlodipine (5) 1 tab po pc เข้า
- theophylline (200) 1 tab po hs
- simvastatin (10) 1 tab po hs
- ASA (81) 1 tab po pc
- salbutamol MDI 1 puff inhale prn for dyspnea

Personal and social history:

ปฏิเสธประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

ปฏิเสธประวัติแพ้ยา

Family history

ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมโรคมะเร็งโรคเลือดในครอบครัว

Physical examination:

General appearance A middle-aged Thai male, well cooperative

BP 117/67 mmHg, PR 100/min, Ht 165 cm, Wt 65.6 kg

HEENT mild pale conjunctiva, anicteric sclera



Rt leg



Lt leg

Skin & mucosa	multiple purpura with hemorrhagic vesicles and crust and
	hyperpigmentation at both lower leg
	erythematous ulcer and growth at hard palate
Heart	normal s1,s2 no murmur, no heave, no thrill
Lung	normal breath sound, no adventitious sounds
Abdomen	soft, not tender, active bowel sounds, liver and spleen can't be palpated
Extremities	no edema

Laboratory investigation

- CBC: Hb 8.3g/dL, Hct 25.0%, MCV 75.8 fL, MCH 25.2 pg, RDW 19.3%, WBC 6,200/uL (PMN 51.3%, Lym 37.3%, mono 6.8%, eo 4.4%, baso 0.3%) Plt 292,000 /uL
- PT 24.6 sec control 12.3 sec, PTT 38.4 sec control 25.8 INR 1.90
- euglobulin lysis time: initial lysis >240 min (>120 min), complete lysis > 240 min (>240 min), D-dimer 6,498 ng/mL (500 ng/mL)
- LFT: TB/DB 0.28/0.23 mg/dL, AST/ALT 22/8 U/L, ALP 52 U/L, TP 11.6 g/dL, Alb 2.6 g/dL, Glb 9 g/dL
- HbsAg negative, anti-HCV negative
- Ferritin 103.8 ng/mL serum iron 94 ug/dL, TIBC 333 ug/dL

X-ray paranasal sinus; impression:

- mucoperiosteal thickening at floor of right maxillary sinus and round soft tissue density at floor of left maxillary sinus, suggestive of mucous retention cyst.
- The rest of paranasal sinuses are clear.
- There is no bony erosion.
- Swelling of bilateral inferior nasal turbinates is seen.

CXR; Impression:

- Borderline heart size and minimally tortuous aorta.
- Pulmonary vascularity appears normal.
- Both lungs are clear.
- There is no pleural effusion.
- Mediastinum appears unremarkable.
- Minimal lower thoracic spondylosis is seen.

CT upper abdomen; Impression:

- Multiple osteolytic lesions scattering in thoracolumbar spine, sacrum, bilateral pelvic bones and proximal femurs, probably either multiple myeloma or bone metastasis.
- Few small diverticula at ascending and transverse colon without evidence of diverticulitis

CT chest: Impression;

- Cylindrical bronchiectasis and centrilobular nodules in both lower lobes, probably representing either infection or aspiration.
- Focal nodular opacities in the medial segment of RML and few tiny nodules in RML and LLL, probably representing infectious or inflammatory process.
- Multiple osteolytic lesions, probably representing bone metastases.
- Focal sclerotic lesion at the left 6th rib, probably representing bone island.
- Multiple small celiac nodes, up to 1.1 cm in short axis diameter, uncertain clinical significant.

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