

Clinicopathological Conference

30 มิถุนายน 2554

Clinician: อ.นพ.กำพล สุวรรณพิมลกุล

Radiologist: อ.พญ.บุษกร วชิรานุกภาพ

Diagnostician: To be announced

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 53 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันอำเภอรามัญ ราชบุรี

จ. ศรีสะเกษ

1st admission ประวัติได้จากผู้ป่วยญาติและเวชระเบียนเชื่อถือได้

Chief complaint: ก้อนโตที่หลังด้านขวา 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: 2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลมีก้อนที่ได้กรามด้านซ้าย ค่อยๆ โตมากขึ้นเรื่อยๆ ขนาดเริ่มโตจากประมาณเมล็ดถั่วแดงโตเกือบเท่าผลมะนาวในช่วง 1 เดือน ไม่เจ็บ มีไข้ต่ำๆ ไม่ได้วัดไข้ น้ำหนักลดลงจาก 52 เป็น 50 กิโลกรัม ใน 1 เดือน ไปตรวจรพ.จังหวัด ไม่มี note การตรวจร่างกายได้รับการตรวจ

Ultrasound neck ผล: large heterogeneous hypoechoic mass occupied in the posterior left cervical region, inferoposterior aspect of the left parotid gland, measuring the size is about 22.8x20.7x36.7mm. There are also noted other smaller well-defined hypoechoic mass lesions along perivascular space in the left neck. A well-defined 12.6mm low echoic mass lesion in lower pole of the left parotid gland is noted. Normal parenchymal echo of the right parotid and both lobes of thyroid gland is shown. IMP: Multiple left cervical lymphadenopathies are suggested; TB is in DDx. Well-defined low echoic lesion in lower pole left parotid gland; abscess is possible

ได้รับการวินิจฉัยเป็น Lt parotid gland abscess ทำ Incision and curettage ไม่ได้ note operative finding, post op ได้ส่ง pus gram stain, AFB = no organism, pus C/S aerobe = no growth. Biopsy ส่ง Patho ผล: Gross examination: received in formalin consists of a piece of soft whitish tissue measuring 0.3x0.3x0.3 cm. Histological and pathological diagnosis: Acute and chronic inflammation with marked necrotic tissue ไม่มีรายละเอียดอื่น ๆ ให้การรักษาต่อยด้วย antibiotic เป็น cloxacillin (500) 1x4 pc และ ciprofloxacin (250) 2x2pc รวมระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ก้อนค่อยๆ ยุบลงในเวลา 1 เดือน ไม่มีไข้อีกหลังจากก้อนยุบลงแต่ไม่หมด เหลือขนาดประมาณปลายนิ้วก้อย แผลยังหายช้า ต้องทำแผลต่อเนื่อง 3-4 เดือนจนหายสนิทยังมีน้ำหนักลดลงอีกเรื่อยๆ จาก 50 เป็น 40 กิโลกรัม

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ก้อนที่คอตำแหน่งเดิมโตขึ้นมาซ้ำๆ ขนาดโตเท่าผลมะนาว เช่นเดิม ในเวลา ประมาณ 6 เดือน ยังมีน้ำหนักลดลงเรื่อยๆ จาก 40 เป็น 35 กิโลกรัมมีไข้ต่ำๆ ไปตรวจที่รพ. เอกชน ไม่มี note การตรวจร่างกายไว้ แพทย์ทำ excisional biopsy mass ผล patho: Gross findings: received in formalin are four pieces of yellow-brown tissue, measuring 0.6x0.6x0.5 to 1.4x1.2x1.2 cm in greatest dimension. Areas of caseous necrosis are noted. Microscopic examination: Sections display fragments of lymph nodes showing areas of necrosis. They are encompassed with epithelioid cells forming granuloma. Multinucleated giant cells are not apparent. Diagnosis: Lymph node, neck, biopsy: Necrotizing granulomatous lymphadenitis (ไม่ได้ย้อมเพิ่มเติม) หลังผ่าตัดก้อนหายไปหมด และแผลแห้งดี

วินิจฉัยเป็น TB lymph node ได้รับการรักษาเป็น RIMSTAR (isoniazid 75mg, rifampicin 150mg, pyrazinamide 400 mg, ethambutol 275mg) 4 tabs/day นาน 2 เดือน ต่อด้วย isoniazid 300mg/d, rifampicin 450mg/d อีก 6 เดือน รวมรักษา 8 เดือน ไม่มีก้อนขึ้นใหม่ที่ตำแหน่งเดิมอีกยังมีไข้ต่ำๆ น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น

2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย อึดแน่นท้อง น้ำหนักลดลงเหลือ 32 กิโลกรัม

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนโตขึ้นที่บริเวณหลังด้านข้างด้านขวา (right flank) และโตขึ้นเรื่อยๆ จากขนาดเริ่มต้นคลำได้ประมาณ ผลมะนาวขยายเป็น 2 ฝ่ามือในช่วง 1 เดือน มีอาการเจ็บเล็กน้อย รู้สึกขาขวาไม่มีแรง แต่พอเดินไปมาได้ รู้สึกท้องโตขึ้นซ้ำๆ และมีอาการเคืองตาที่บริเวณหัวตา ด้านซ้าย ไม่เจ็บ ไม่มีซีตา

2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ไปตรวจรพ.ชุมชนเรื่องก้อนที่หลังด้านขวา วินิจฉัย cellulitis ได้ยา dicloxacillin (250) 1x4pc และ paracetamol มาทานอาการไม่ดีขึ้น

น้ำหนักโดยรวมค่อยๆ ลดลงซ้ำๆ จาก 52 เป็น 32 กิโลกรัมในช่วง 2 ปี

Past history:

- ปฏิเสธโรคประจำตัวไม่เคยตรวจสุขภาพ
- ไม่ใช้ยาชุด ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร
- ไม่เคยเดินทางออกนอก อ. ราชสีห์ ยกเว้นมากรุงเทพมหานครบ้าง ครั้งเพื่อหาบุตรครั้งละ 2-3 วัน

Personal/social history:

- ปฏิเสธการได้รับโลหิตการฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดและการสัก
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

Physical examination:

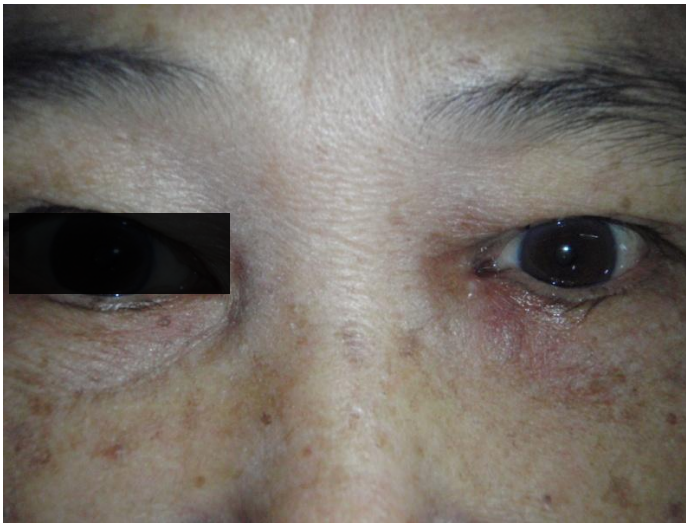
General appearance: A Thai female, good consciousness, look chronically ill, cachexia.

Vital signs: BT 37.0°C, RR 18/min, HR 80 bpm, regular, BP 110/70 mmHg

BW 32 kg, Ht 145 cm, BMI 15.2 kg/m²

Skin: no rash

HEENT: mildly pale conjunctivae, inflammation of lower medial canthus and lid of left eye (Figure), no icteric sclerae, no OC, no OHL, pharynx and tonsils not enlarged, no ulcers at oral mucosa, thyroid gland not enlarged, 2 old surgical scars at left side of neck (Figure)



Lymph node:enlarged 1 right posterior cervical lymph node 0.5 cm in size with soft consistency and no tenderness, 2 right groin nodes 1.5 cm in size with soft consistency and no tenderness

CVS: Apical beat at Lt 5th ICS, MCL, normal S1, S2, no murmurs

Lungs: Trachea in midline, normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: Mild distension, normoactive bowel sound, fluid thrill and shifting dullness positive, no hepatosplenomegaly

PR: no mass, no ulcer, no rectal shelf

Back: Cystic mass 12x10 cm of right side of back from right flank down to both buttocks with mild tenderness (Figures)

Psoas sign: positive both sides

Ext: No pitting edema

Neurological examination:

Consciousness: E4M6V5

Cranial nerves: no papilledema, positive retinal venous pulsation

Motor: Tone: normal tone

Power:

	Rt	Lt
All muscles of upper limbs	V/V	V/V
Hip flexion/extension	III/V	IV/V
Hip abduction/adduction	V/V	V/V
Knee flexion/extension	V/V	V/V
Ankle flexion/extension	V/V	V/V
Inversion/eversion	V/V	V/V
EHL	V	V

(inability to evaluate proximal muscles power of lower limbs well due to pain)

DTR: 2+ all extremities except Rt knee 1+

BBK plantar flexion, clonus negative

Sensory: normal pinprick sensation, normal proprioception

PR: normal sphincter tone

Cerebellar sign: normal

Meningeal irritation signs: no neck stiffness, negative Kernig sign



Laboratory investigations:

CBC: Hb 7.9 g/dl, Hct 25.0% (MCV 75.3 fL, RDW 18.5%), WBC 33,890 cells/mm³ (PMN 86.1%, L 6.6%, M 2.8%, E 4.1%), Platelet 554,000 cells/mm³

PT 12.7/12.2 sec, INR 1.04, PTT 22.3/27.0 sec

UA: clear yellow color, pH 5, sp.gr 1.025, protein neg, glucose neg, WBC 5-10/HPF, RBC 0-1/HPF, no organism on AFB stain

Random plasma glucose 94 mg/dL, BUN 36 mg/dL, Cr 2.24 mg/dL

Electrolytes: Na 134, K 3.6, Cl 99, HCO₃ 28 mEq/L

Total protein 7.3 g/dL, albumin 2.6 g/dL, total bilirubin 0.34 mg/dL, direct bilirubin 0.18 mg/dL, SGOT 15 U/L, SGPT 10 U/L, ALP 137 U/L

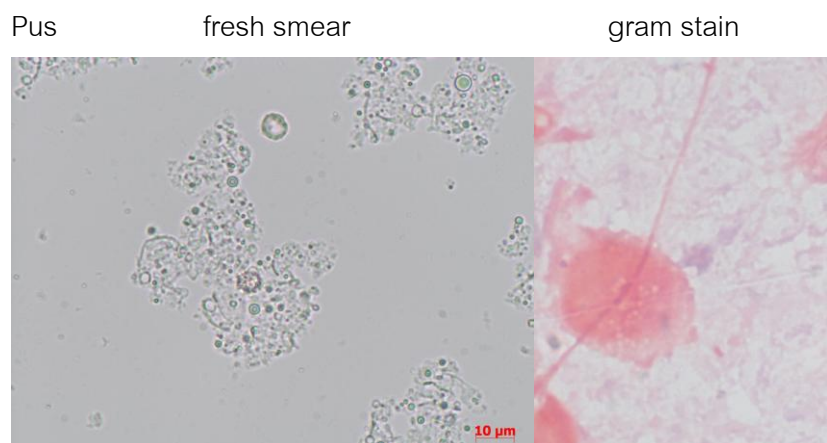
LDH 203 U/L (230-460), Calcium 14.1 mg/dL (8.4-10.2), corrected Calcium 15.7 mg/dL, phosphate 5.6mg/dL (2.5-4.5)

Uric acid 13.8 mg/dL (2.5-6.0)

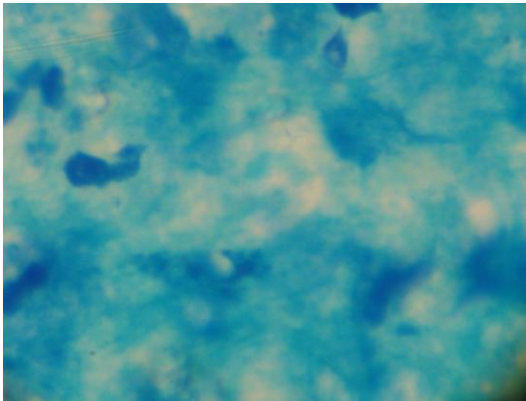
Serum iron 27 ug/dL (37-145), Serum ferritin 324.2 ng/ml (15-50), TIBC 145 ug/dL (228-428)

Ascites fluid: yellow color, mild turbid, WBC 1352 cells/mm³ (PMN 2%, Mono 98%), RBC 76 cells/mm³, protein 5.9 g/dL, albumin 1.6 g/dL, SAAG = 1.0, cytology: mixed neutrophils and lymphoplasmacytic cells, reactive mesothelial cell, negative for malignancy, no organism on Gram, Kinyoun AFB, modified AFB, and Wright stains, bacterial culture no growth, PCR for *M. tuberculosis* negative, mycobacterial culture pending

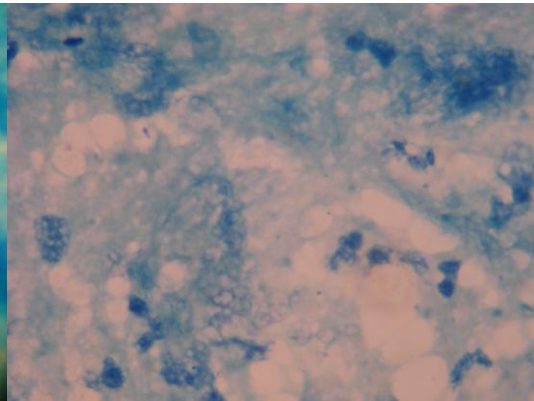
FNA of the mass: PUS 200 mL, numerous neutrophils, no organism on Gram, Kinyoun AFB, modified AFB, and Wright stains PCR for *M. tuberculosis* negative; bacterial culture no bacterial growth, mycobacterial culture pending; fungus culture: pending



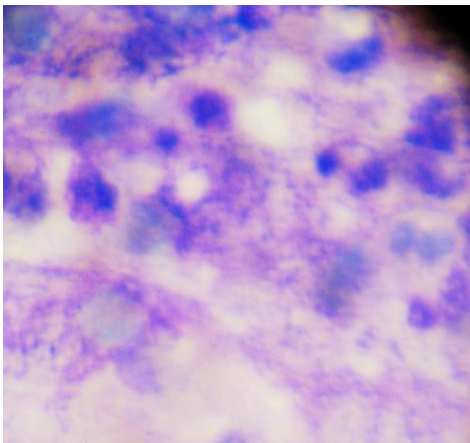
AFB stain



modified AFB



Wright stain



Blood cultures: no bacterial growth

Blood cultures for *Mycobacterium*: pending

Serology

Anti-HIV: negative

Anti-HCV: negative, HBsAg: negative, anti-HBc: positive, anti-HBs: positive

Serum cryptococcal antigen: negative

Serum galactomannan: 0.16 (OD index)

Immunology:

Tuberculin skin test negative, tetanus toxoid test negative, candida skin test negative

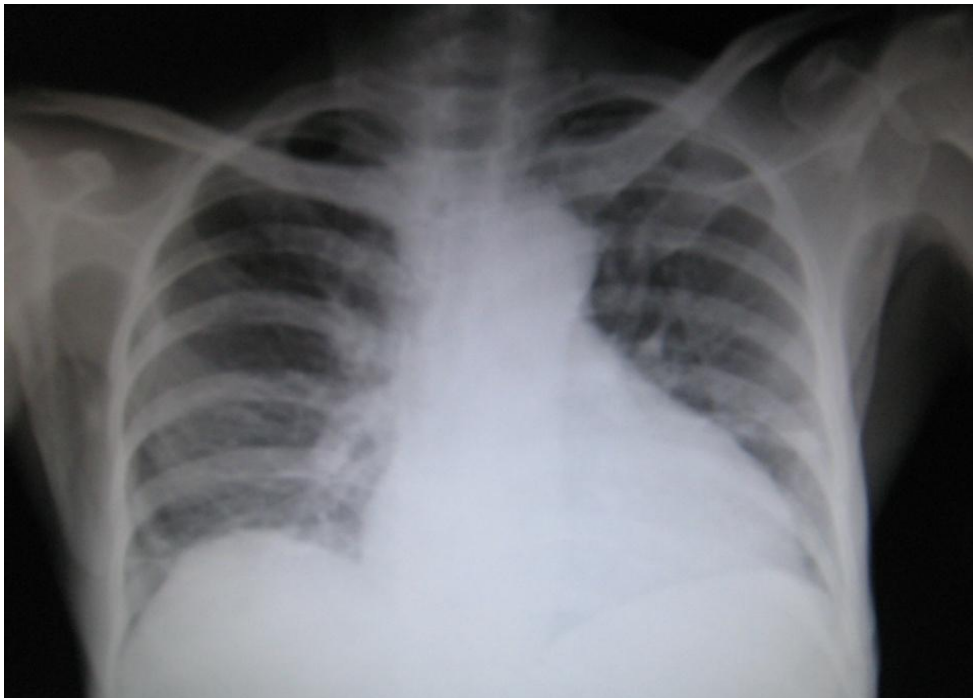
Absolute CD4 605/uL (470-1404), 67% (20.1-50.7)

Absolute CD8 236/uL (360-1250), 67% (17.1-44.6)

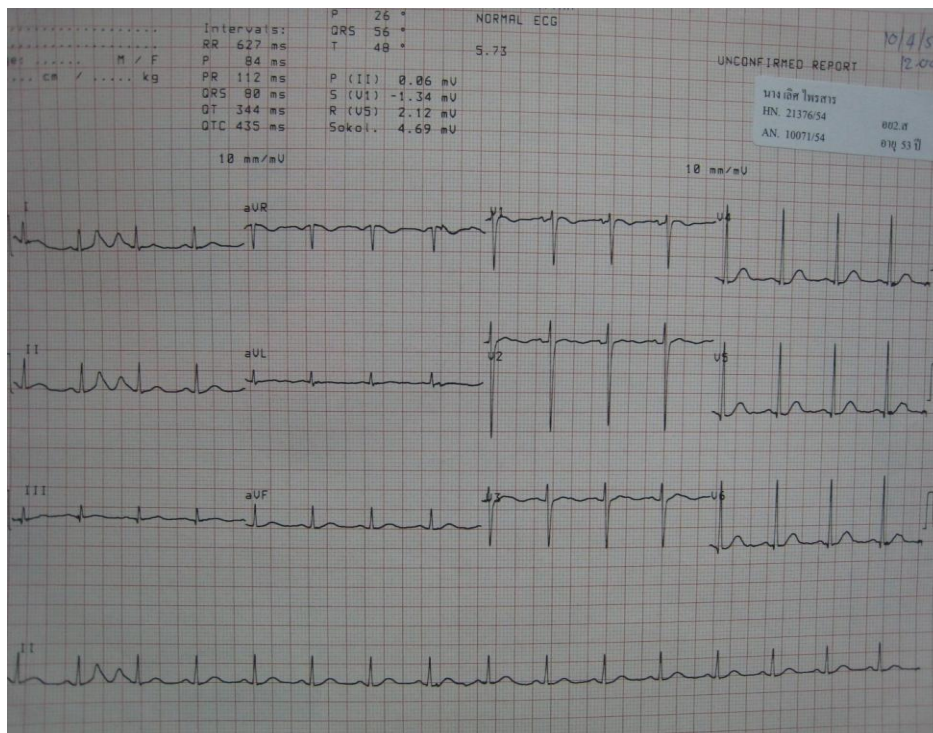
%CD19 = 21% (7.7-25.4), %CD56 = 12% (6.4-31.1)

IgG 2900 mg/dL (700-1600), IgM 80.6 mg/dL (40-230), IgA 210 mg/dL (70-400)

Chest x-ray



EKG12 leads



CT whole abdomen:

Impression:

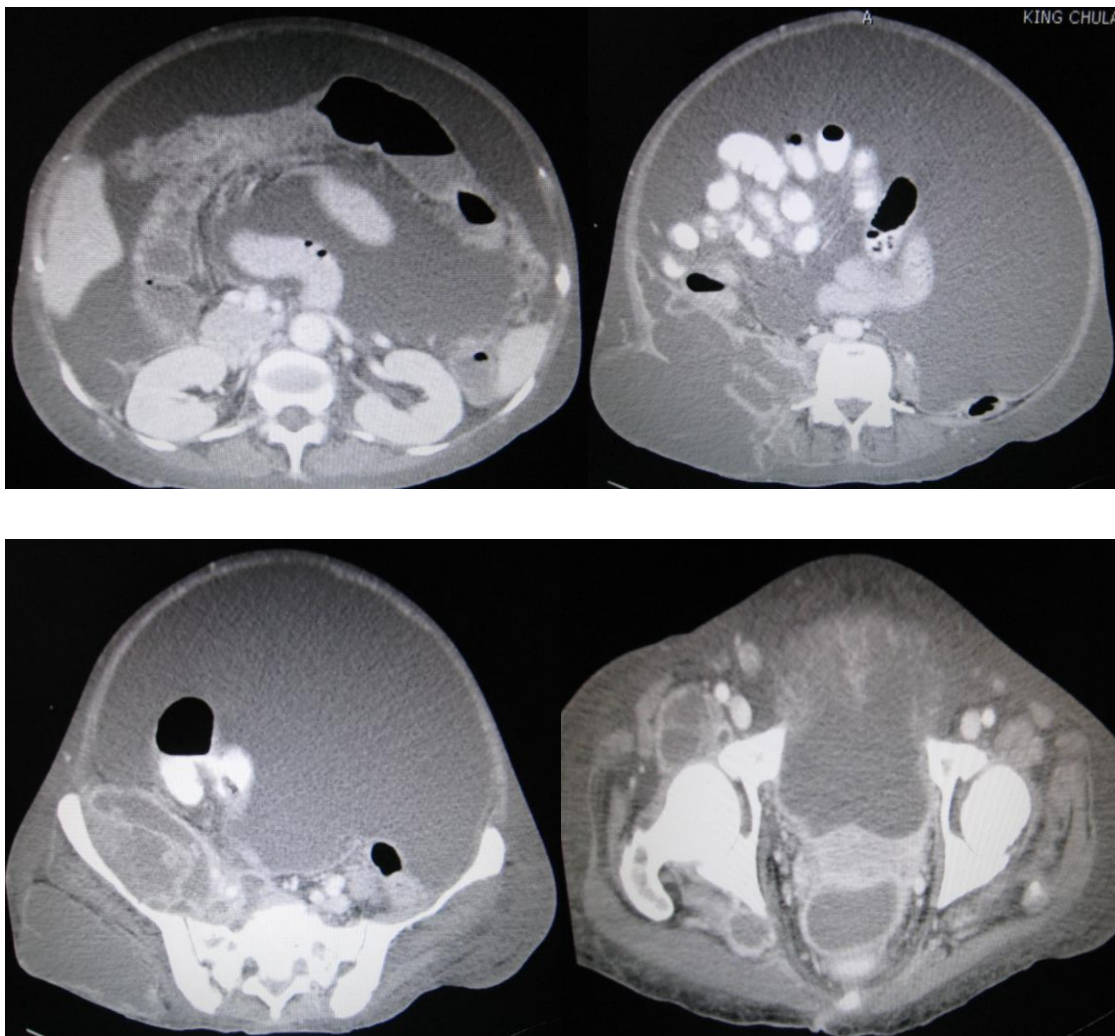
Multiple lobulated fluid density with rim enhancing lesion in right sided abdomen, right groin region and pelvic cavity with extension as described without adjacent bone destruction, infected fluid collection is suspicious.

Two enlarged right inguinal nodes, up to 1.1 cm in short axis diameter

Large amount of ascitic fluid.

Bilateral pleural effusion with passive atelectasis

Collapsed vertebra at T12 level, likely osteoporotic fracture



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