

Clinicopathological conference

เดือนมกราคม 2565

อายุรแพทย์: อ.นพ. วรพจน์ นิลรัตน์กุล

รังสีแพทย์: อ.นพ.อิทธิ อิทธิสวัสดิ์พันธุ์

Diagnostician: concealed identity

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 57 ปี อาชีพพยาบาลบ้านนาญ ที่อยู่ปัจจุบัน และภูมิลำเนา อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ admit ครั้งที่ 1 ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื้อถือได้มาก

Chief complaint:

ไข้ 11 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

Previous status able to perform basic ADLs without limitation

25 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้ไปช่วยน้ำท่วม ทำอิฐรวงใส่หน้าแข้งขวา มีแผลถลอกที่หน้าแข้งขวา
และ ได้เดินลุยน้ำท่วมทั้งวัน หลังจากกลับบ้านทำแผลเองตลอด แผลแห้งหายดีในอีก 4-5 วันต่อมา

11 วันก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีไข้ทุกวัน ไข้ต่ำๆ หนาวสั่น มักมีไข้ช่วงเช้าและตอนกลางคืน ไม่ได้วัดไข้ กิน
ยาพาราเซตามอล 1 เม็ด แล้วไข้ลง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีตาเหลืองตัวเหลือง

8 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีไข้อยู่ผู้ป่วยจึงไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐใกล้บ้านแห่งหนึ่ง ได้รับการเจาะ
เลือด ตรวจปัสสาวะ ไม่ทราบผล และตรวจ COVID-19 antigen test kit ได้ผลเป็นลบ แพทย์ผู้ตรวจแจ้งว่า สงสัย
ว่ามีการติดเชื้อไวรัส ได้รับการรักษาตามอาการด้วยการกินยาพาราเซตามอลไข้

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีไข้หนาวสั่น อาการไข้เป็นวันละ 4 เวลา เช้า กลางวัน เย็น และช่วงกลางคืน
ต้องกินยาพาราเซตามอลครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา ไข้ถึงลง มีอาการปวดเมื่อยตามตัวมากขึ้น โดยเฉพาะปวด
น่องด้านขวา เริ่มมีอาการปวดท้องแน่นๆ บริเวณลิ้นปี่ ไม่ร้าวไปไหน ไม่มีปวดที่ไหล่หรือสะบัก นอนตะแคงซ้ายแล้ว
จะแน่นเพิ่มขึ้น ไม่แน่นท้องเพิ่มขึ้นเมื่อขยับตัวหรือเดิน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนหรือท้องเสีย ไม่มีตาเหลืองตัวเหลือง ไม่
มีแผลในปากหรืออวัยวะเพศ ไม่มีผื่น ไม่มีผื่นวง เดินได้ปกติไม่ปวดตามข้ออื่นๆ ไม่มีน้ำหนัลด มาตรวจรักษาที่
ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Physical examination

Vital signs: BP 130/79 mmHg, HR 102 beats/min, RR 20/min, BT 37.8°C, SpO₂ at room air 98%

Skin and appendages: no malar rash, no petechiae

HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclerae

Cardiovascular system: normal S1 & S2, no murmur

Respiratory system: equal breath sounds, no adventitious sound

Abdominal examination: no distension, no tenderness at abdomen, back and CVA, liver and spleen cannot be palpable

Extremities: no pitting edema

Lab investigations

CBC: Hb 11.9 g/dL, Hct 35.2% (MCV 89.6 fL, RDW 12.6%), WBC 8,380/cumm. (N 56.0%, L 36.0%, M 6.0, E 0.0%, B 0.0%, Atypical Lymph 2.0%), platelet 159,000/cumm.

UA: sp.gr 1.018, pH 5.5, 1+ protein, negative glucose, negative ketone, negative nitrite, WBC 0-1 cell/HPF, RBC 0-1 cells/HPF, squamous epithelium 0-1 cell/HPF

BUN 11 mg/dL, Cr 0.73 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 4.4 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO₃ 23 mmol/L

LFT: TB 1.30 U/L, DB 0.52 U/L, AST 28 U/L, ALT 17 U/L, ALP 78 U/L, CPK 9 U/L, globulin 2.6 g/dL, albumin 3.9 g/dL

Serology and bacteriology

Positive for rapid test Dengue IgG, negative for Dengue IgM nor NS1Ag and negative *Leptospira* IgM

Scrub typhus Ab-IgG <50, Scrub typhus Ab-IgM <50, murine typhus Ab-IgG <50, murine typhus Ab-IgM <50, *Leptospira* Ab IgM: negative

Negative for urine PCR for *Leptospira* spp.

การวินิจฉัย: สงสัยโรคฉี่หนู

การรักษา: doxycycline 100 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 เวลา เข้า เียน (ทั้งหมด 7 วัน)

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีไข้หนาวสั่น กินยาพาราเซตามอลครั้งละ 1 เม็ดครั้ง ทุก 6 ชั่วโมง วัดไข้ได้ 38.5 องศาเซลเซียส ยังมีปวดเมื่อยตามตัวอยู่ และปวดท้องบริเวณลิ้นปี่กุ่มๆ ตลอดทั้งวันโดยเฉพาะตอนนอน

ตะแคงซ้าย คลื่นไส้ อาเจียนลดลง กินได้มากขึ้น ไม่มีถ่ายเหลว มีผื่นแดงขึ้นบริเวณ inner thighs 2 ข้าง ไม่เจ็บไม่คัน ไม่ได้สังเกตว่าตกขาวหรือไม่ มาตรวจตามนัดที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไปในเวลา

ได้รับการรักษาโดยการให้รับประทาน doxycycline 100 มิลลิกรัมต่อตามเดิมจนครบ 7 วัน และนัดตรวจติดตาม

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล สังเกตว่าอาการปวดแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ ถ้านอนตะแคงซ้ายและหายใจเข้าลึกๆ จะมีปวดเพิ่มที่ left upper quadrant ของท้องร่วมด้วย ยังคงมีไข้หนาวสั่นเป็นบางเวลาและห่างขึ้นๆ แต่ผื่นที่ต้นขาจางลงมาก

วันมาโรงพยาบาล มาตามนัดตรวจติดตามอาการ ที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไปในเวลา แขนงโน้มไข้ลดลง มีคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้งเป็นน้ำที่กินพร้อมยาลดไข้ ผื่นที่ต้นขาหายเริ่มจางลง ไม่มีอาการปวดท้องแล้ว แต่ยังมีอาการปวดเมื่อยตามตัวอยู่ กินได้น้อยลง เพราะหาเบื่ออาหารร่วมกับกินแล้วท้องอืด จึงได้รับไว้ในโรงพยาบาล

น้ำหนักลด 2 กิโลกรัมใน 3 เดือน (จาก 55 เหลือ 53 กิโลกรัม) ไม่แน่ใจว่าตาชั่งไม่เที่ยงตรง แต่ไม่รู้สึกว่าผอมลงและยังเจริญอาหารก่อนหน้าป่วยครั้งนี้

Past history

No underlying disease

No current medications

OB/GYN history

Para 2-0-0-2, last child 25 years PTA, menopause at age of 49 year old.

Personal and social history

No history of smoking/ alcohol drinking/ IVDU/ herbal use

No history of surgery

No history of food and drug allergy

Pet 3 dogs

Family history

บิดาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตอนอายุ 74 ปี เสียชีวิตอายุ 76 ปี

มารดาเป็นมะเร็งปอด ตอนอายุ 84 ปี เสียชีวิตอายุ 87 ปี

ย่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตอนอายุ 70 ปี เสียชีวิตอายุ 73 ปี

Physical examination

General appearance: a Thai female, good consciousness and well-cooperation, height 161 cm, weight 52 kg, BMI 20 kg/m²

Vital signs: BP 89/56 mmHg, HR 92 beats/min, RR 16/min, BT 38.0°C

Skin and appendages: faint erythematous macules at both popliteal fossae, nape (unrecognized by the patient), and both inner thighs, no petechiae, no purpura, no ecchymosis, no bruise, no telangiectasia, no central or peripheral cyanosis, no clubbing fingers, no cushingoid appearance, hair pulling test negative



HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no retinal hemorrhage nor exudate and A: V ratio of 2: 3, intact ear drum, no ear discharge, no swelling or erythema of turbinate, no oral ulcer, no OC/OHL, no thyroid gland enlargement

Cardiovascular system: JVP engorgement of 2 cm above sternal angle, PMI at fifth intercostal space at midclavicular line (MCL), no heave/thrill, normal S1 & S2, no loud P2, no S3/S4 gallop, no murmur, no pericardial rub, no distant heart sound, no carotid bruit

Respiratory system: no accessory muscle use, normal thoracic contour, equal chest expansion, trachea in midline, resonance on percussion, equal breath sounds, no adventitious sound

Abdominal examination: no distension, normoactive bowel sound, no renal bruit, no tenderness at right upper quadrant nor epigastrium, no tenderness at back and CVA, liver and spleen cannot be palpable, liver span 10 cm at MCL, positive splenic dullness, no palpable abdominal mass

Extremities: no pitting edema

Lymph node: subcentimeter lymph node enlargement at bilateral anterior and posterior cervical as

well as epitrochlear lymph nodes

Genitalia: normal

Per rectal examination: no tenderness, no melena, no rectal shelf

Breast examination: no breast mass

Neurological examination:

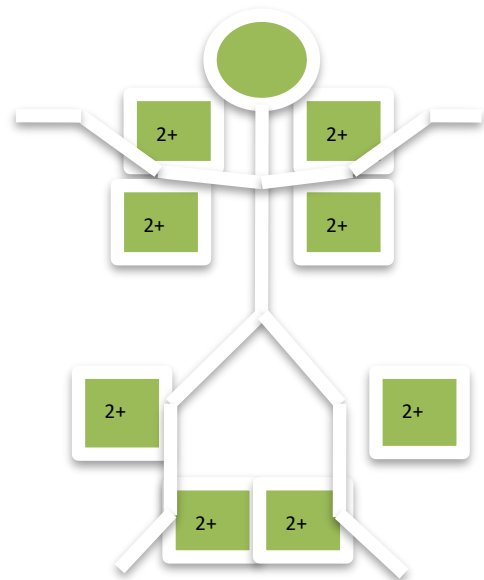
Consciousness: alert, orientated to time/place/person

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

CN : RAPD negative, normal visual field by confrontation, pupils 3 mm react to light both eyes, midline resting eye position, full EOM, normal corneal reflex, no ptosis, no nystagmus, normal strength of muscles of mastication, symmetrical nasolabial folds, normal hearing, no tongue or uvula deviation

Motor: normal tone, no atrophy, no fasciculation, no pronator drift, motor power as follows:

	Rt.	Lt.
Neck F/E	V/V	
Shoulder abd./add.	V/V	V/V
Elbow F/E	V/V	V/V
Wrist F/E	V/V	V/V
Handgrip	V	V
Hip F/E	V/V	V/V
Knee F/E	V/V	V/V
Ankle DF/PF	V/V	V/V
EHL	V	V



Deep tendon reflex: As in stick figure

Babinski: plantarflexion both sides

Sensation: intact pinprick sensation, and proprioceptive sensation of both sides

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

Stiff neck: negative

Investigations:

CBC: Hb 10.0 g/dL, Hct 30.1% (MCV 91.2 fL, RDW 13.3%), WBC 5,390/cumm. (N 67.8%, L 21.9%, M 9.1%, E 0.6%, B 0.6%), platelet 177,000/cumm., PT 13.4/11.2 sec, INR 1.20, aPTT 26.5/24.4 sec

PBS: Normochromic normocytic RBC, no agglutination, no NRC adequate platelet, no clumping platelet, normal WBC, PMN predominated, no band form, no blast

UA: sp.gr 1.030, pH 5.5, 1+ protein, negative glucose, negative ketone, negative nitrite, WBC 0-1 cell/HPF, RBC 0-1 cells/HPF, squamous epithelium 0-1 cell/HPF

BUN 11 mg/dL, Cr 0.65 mg/dL, Na 139 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 102 mmol/L, CO₃ 24 mmol/L, Ca 9.0 mg/dL, PO₄ 4.0 mg/dL, Mg 0.9 mmol/L, LDH 306 U/L

LFT: TB 1.51 U/L, DB 0.62 U/L, AST 42 U/L, ALT 52 U/L, ALP 94 U/L, CPK 9 U/L, globulin 2.9 g/dL, albumin 4.0 g/dL

Microbiology

2 blood cultures for bacteria: no growth

Serology

Anti-HIV, HBsAg, antiHBs, antiHBc IgG, anti HCV: negative

CMIA antibody for *Treponema*: non-reactive, VDRL: non-reactive

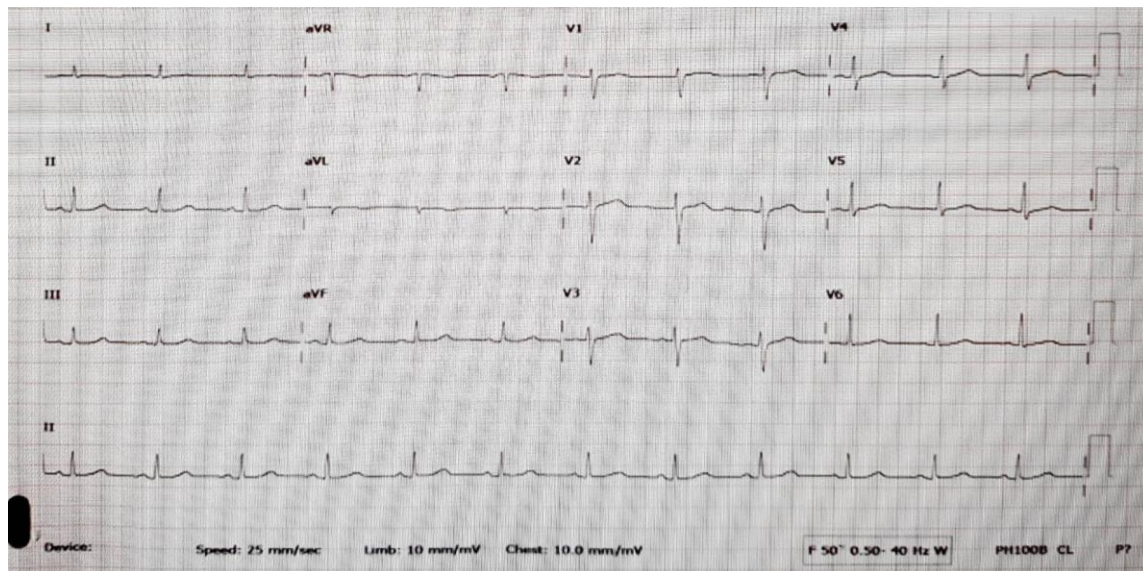
Anti EBNA IgM: negative, anti EBNA IgG: positive, antiVCA EBV IgM: negative , antiVCA EBV IgG: positive

Scrub typhus Ab-IgG <50, murine typhus Ab-IgG <50

Anti-Chikungunya IgM and IgG, anti-Zika IgM and IgG: negative

Anti-Parvo B19 IgM: negative, anti-Parvo B19 IgG: positive

EKG: sinus rhythm rate 84, normal axis, no ST-T change



Chest X-ray:



Abdominal CT:

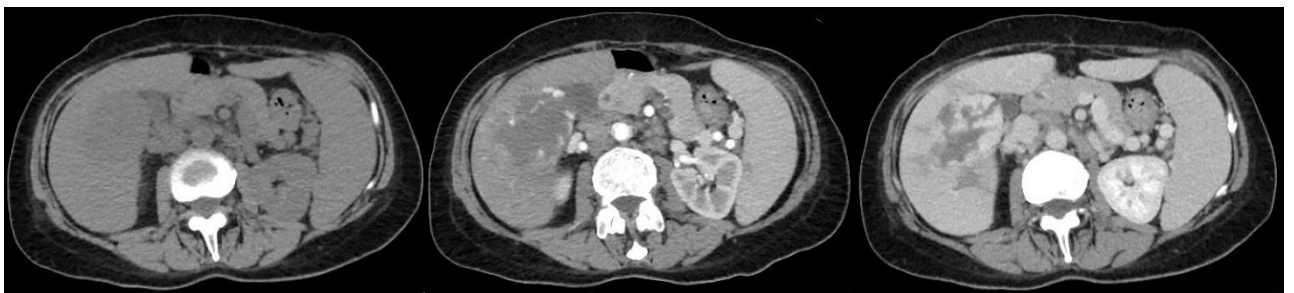
Upper abdomen



Plain

A phase

V phase



Plain

A phase

V phase



A phase

V phase



A phase

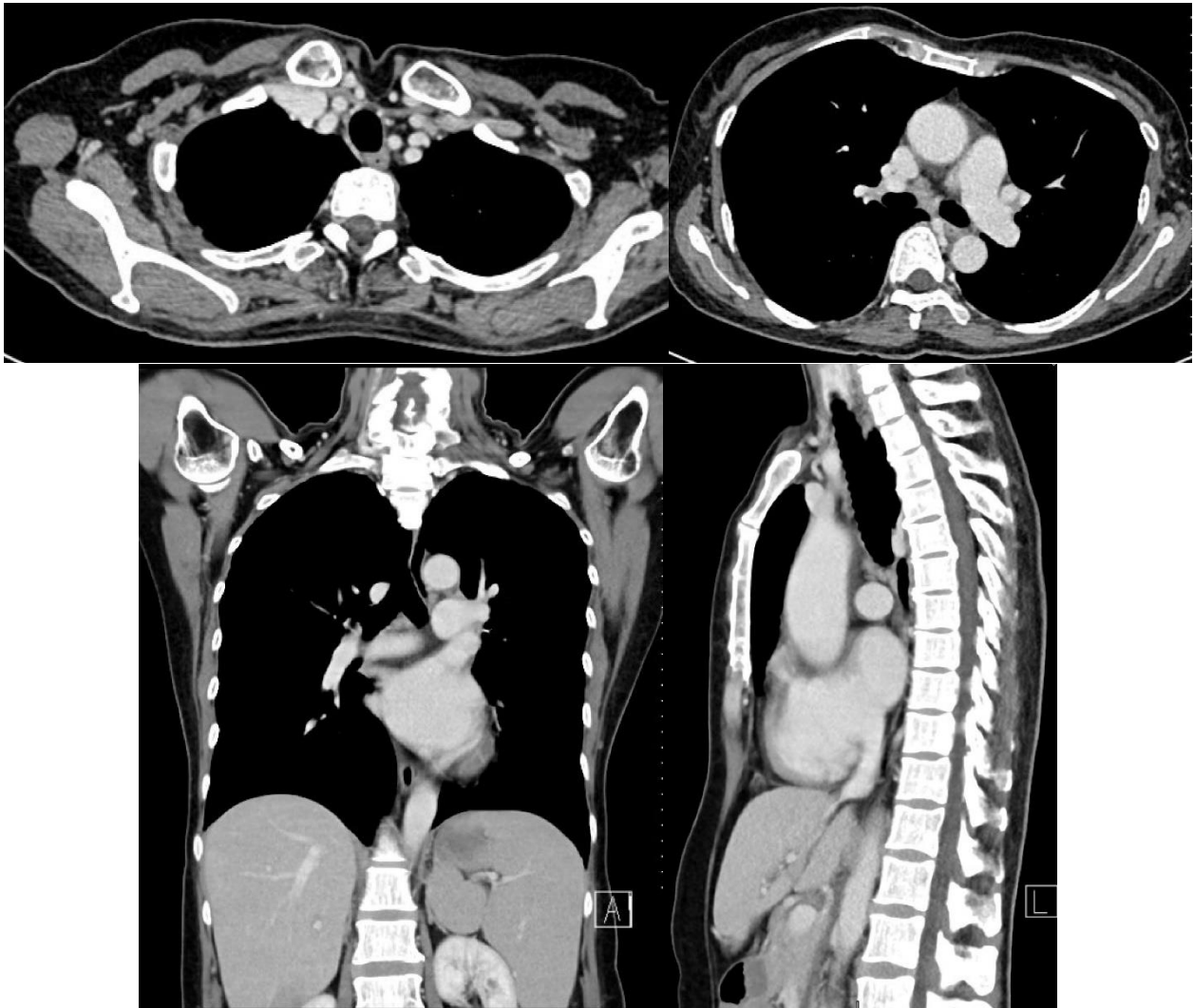


V phase

- Mild fatty liver.
- Multiple small nodular and patchy arterial enhancing lesions scattered both hepatic lobes, probably THADs.
- Few hypodense nodules showing interrupted peripheral nodular enhancement on arterial phase, gradual centripetal filling in on later phase in hepatic segment VIII and V, measured up to 6.0x5.2x8.8 cm in hepatic segment V, likely hemangioma.
- Few ill-defined hypoenhancing lesions without definite rim enhancement scattered in hepatic both hepatic lobes, up to 0.9 cm, probably complicated cysts.
- Splenomegaly with multiple ill-defined hypodense lesions, splenic micro-abscess cannot be excluded.
- Multiple prominent sizes and subcentimeter nodes in right anterior superior diaphragmatic, hepatoduodenal, portocaval, aortocaval, paraaortic and retrocaval regions, measuring up to 1.0 cm in short axis, probably reactive nodes.

Chest CT:

V phase



V phase

V phase

- Multiple paratracheal, subaortic, bilateral hilar, subcarinal, right interlobar, and right anterior superior diaphragmatic nodes, measuring up to 1.0 cm in short axis
- A 3-mm indeterminate nodule in apical segment of the RUL

Skin biopsy: band-like lymphohistiocytic infiltrates with eosinophils in upper dermis; spongiosis and reactive changes at the overlying epidermis. Impression: lichenoid (band-like) dermatitis

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