

Clinicopathological Conference

ตุลาคม 2554

Clinician: ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร

Radiologist: อ.พญ.ณัฐพร ตันเผ่าพงษ์

Diagnostician: To be announced

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 47 ปี อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว (ร้านอาหาร) ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอ เมือง จ.พะเยา

ประวัติได้จากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียนเชื่อถือได้

Chief complaint: อาเจียนเป็นเลือด 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: 30 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอาเจียนเป็นเลือดปริมาณมาก ไปตรวจรพ.จังหวัด ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบเนื้องอกในกระเพาะอาหาร และตัดกระเพาะอาหารบางส่วน ไม่ได้รับการรักษาอื่น ต่อมายังมีอาการอาเจียนเป็นเลือดอยู่เล็กน้อย 2-3 ปีครั้ง หยุดได้เอง ไม่ต้องไปพบแพทย์

20 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องโต อืดท้อง ไปตรวจที่รพ.ศูนย์พบเนื้องอกที่กระเพาะอาหาร และตัด ได้รับการผ่าตัดตับและกระเพาะอาหารบางส่วนออก แพทย์แจ้งว่าไม่ใช่มะเร็ง มีนัดตรวจส่องกล้องหลังจากผ่าตัดทุก 1 ปี ประมาณ 5 ปี ต่อมาไม่ได้ไปตรวจอีกเพราะไม่มีอาการผิดปกติ

2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอาเจียนเป็นเลือดแดงสด ประมาณ 1 แก้วน้ำทันที ไม่มีอาการปวดท้อง ไปตรวจที่รพ.ศูนย์ PE: afebrile, markedly pale, no jaundice, no sign of chronic liver disease, no abdominal mass ได้ investigations เพิ่มเติมดังนี้

-EGD: multiple EV at distal esophagus, multiple polyps and sessile mass at stomach and jejunum, no active bleeding was seen ได้ทำ biopsy at stomach and jejunum

Patho - antrum section shows edematous antral mucosa with intact epithelial surfaces. There is moderate infiltration of plasma cells and lymphocytes in the lamina propria with small amount of neutrophils destroying the gastric pits. Dx chronic superficial gastritis

- jejunum section shows hyperplastic crypts with hypertrophic mucosal-associated lymphoid tissue. The mucosal villi are flattened. No malignancy is seen. Dx inflammatory polyp

-CT whole abdomen: Absence of right hepatic lobe, suspected gastric mass, multiple hypodensity nodule at liver and spleen could be either abscess or metastasis

-Colonoscopy: multiple sessile polyps entire colon and rectum, more than 100 polyps, size 0.5-1.5 cm ไม่ได้ทำ biopsy

ปรึกษา intervention radiologist เรื่อง obscure active GI bleeding ได้ทำ Angiography
Finding: normal SMA and IMA angiography, celiac angiography: large AVM of left hepatic lobe,
feeding from enlarged left hepatic artery and draining into dilated portal vein, not successful to
coil embolization of feeding left hepatic artery

ระหว่างที่ admit ยังมีถ่ายเป็นเลือดอยู่ต้องได้รับเลือด งดอาหารตลอด น้ำหนักลด จาก 60 เหลือ
52 กิโลกรัม ผู้ป่วยขอย้ายมารักษาต่อที่รพ.จุฬา

Past history:

- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น
- มีก้อนใต้ผิวหนังหลายตำแหน่ง ตั้งแต่อายุ 10 ปี เคยตัดขึ้นเนื้อตรวจพบเป็นก้อนไขมัน

Personal/social history:

- ปฏิเสธการได้รับโลหิต การฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดและการสัก
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้ยาชุด ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร

Family history:

- มารดาอายุ 80 ปี และ บุตรสาวอายุ 17 ปี มีก้อนที่ใต้ผิวหนัง เช่นเดียวกับผู้ป่วย ทั้งคู่แข็งแรงดี
- บิดาเสียชีวิตตอนอายุประมาณ 40 ปีด้วยมะเร็งตับ
- ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 8 จากพี่น้อง 11 คน ทุกคนแข็งแรงดี

Physical examination:

General appearance: A Thai male, good consciousness, cachexia

Vital signs: BP 100/60 mmHg, HR 70 bpm regular, RR 16/min, BT 37.0°C

BW 52 kg, Ht 175 cm, BMI 16.9 kg/m²

Skin: multiple subcutaneous nodules, varying in size, not tender on trunk and all
extremities, no spider nevi



HEENT: mildly pale conjunctivae, no icteric sclerae, no OC, no OHL, pharynx and tonsils not enlarged, thyroid gland not enlarged, no parotid gland enlargement

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

Chest: normal chest contour, no gynecomastia

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

Abdomen: mild distension, no caput medusa, normoactive bowel sound, fluid thrill and shifting dullness positive, no hepatosplenomegaly

PR: mucous bloody stool, polyp 0.5-1.0 cm at lower rectum

Ext: no pitting edema, no palmar erythema, no clubbing of finger

Lymph node: no enlargement

Genitalia: hyperpigmented macules at glans penis



Neurological examination:

Consciousness: E4M6V5, fully conscious

Cranial nerves: normal

Motor: normal tone and power

Sensory: normal pinprick sensation, normal proprioception

DTR: 2+ all extremities

Babinski's sign: plantar flexion

Cerebellar functions: normal.

Laboratory investigations:

CBC: Hb 10.5 g/dL, Hct 32.9% (MCV 84 fL, RDW 20%), WBC 4,200 cells/mm³
(N 67.8%, L 21.4%, M 5.4%, E 3.1%), Platelet 122,000 cells/mm³
PT 13.3/11.7 sec, INR 1.1, PTT 27.1/28.8 sec
UA: clear yellow color, pH 5, sp.gr 1.015, protein neg, glucose neg, WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF
Random plasma glucose 120 mg/dL, BUN 7 mg/dL, Cr 0.6 mg/dL
Electrolytes: Na 138, K 4.2, Cl 102, HCO₃ 23 mEq/L
Total protein 6.2 g/dL, albumin 2.7 g/dL, total bilirubin 0.81 mg/dL, direct bilirubin 0.4 mg/dL, SGOT 24 U/L, SGPT 11 U/L, ALP 102 U/L
Calcium 7.7 mg/dL, corrected Calcium 8.74 mg/dL (8.4-10.2)
Serum iron 64 ug/dL(59-158), Serum ferritin 103.4.2 ng/mL(30-400), TIBC 240 ug/dL(228-428)
Ascites fluid: yellow color, clear, WBC 72 cells/mm³ (PMN 2%, Mono 98%), RBC 246 cells/mm³, protein 1.7 g/dL, albumin 0.4 g/dL, SAAG = 2.3
Anti-HIV: negative, Anti-HCV: negative
HBsAg: positive, anti-HBs negative, anti-HBc: positive
HBV-DNA qualitative (In house PCR): positive

EGD:

Esophagus: 3 medium sizes EV, no red color sign, multiple polyps extended from hypopharynx to lower esophagus
Stomach: multiple polyps
Duodenum: erosive duodenitis and multiple polyps
Biopsy at stomach: The section of gastric mucosa shows reactive change of gastric glands. There are neutrophils and lymphocytes infiltrate in lamina propria. Dx mild chronic and acute gastritis

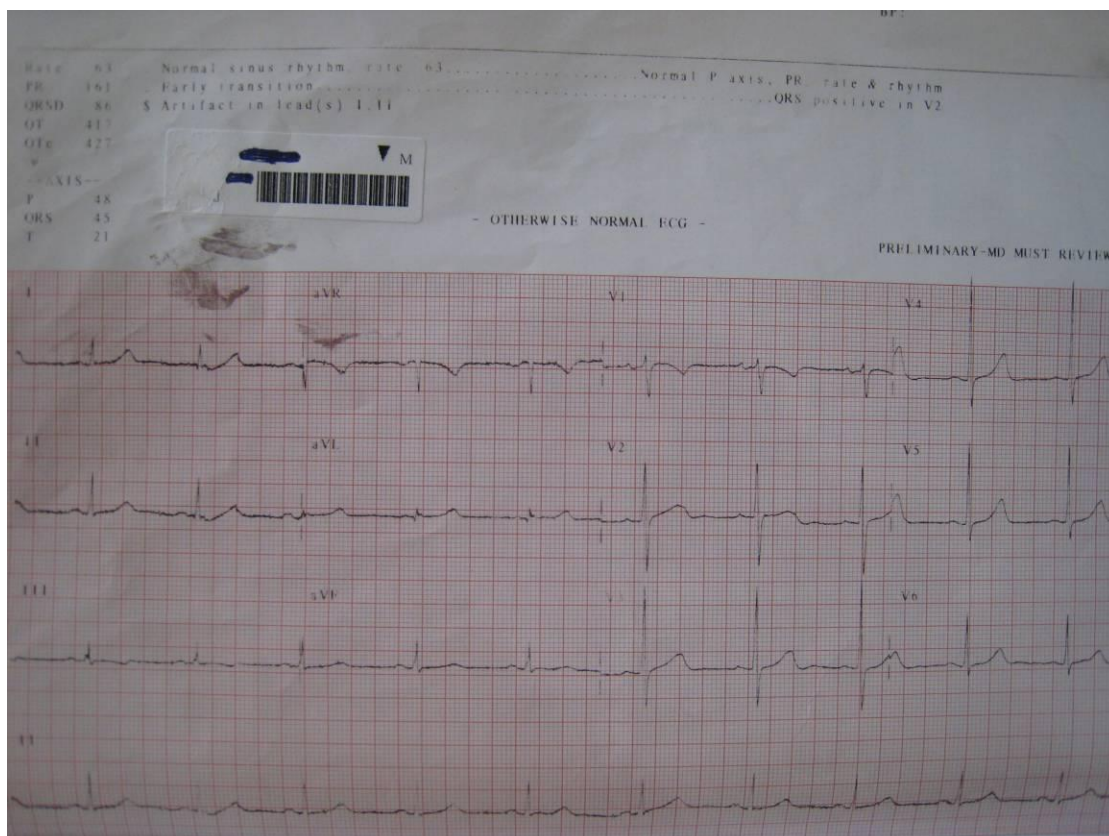
Colonoscopy:

Numerous polyps entire colon and rectum, no ulcerative mass
Polypectomy for patho: The section shows polypoid colonic mucosal tissue with serrated profile of the epithelium. No dysplastic change is seen. Dx hyperplastic polyp

Chest x-ray



EKG12 leads



CT whole abdomen

Multiple ill-defined hypodense lesions scattered in the remained left hepatic lobe and spleen, metastases is possible.

Suspected multiple bone metastases.

Diffused thickened wall of the entire colon, focal thickening of the hepatic colonic flexure is suspected further investigation should be performed.

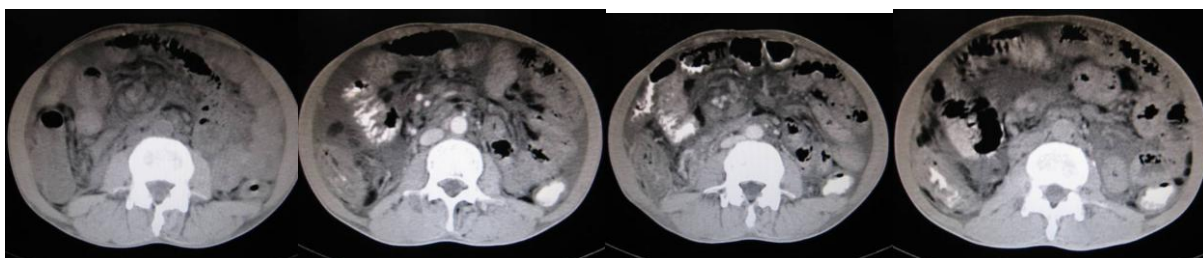
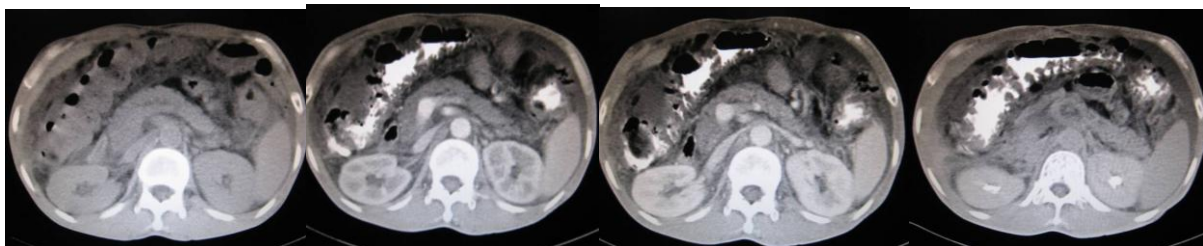
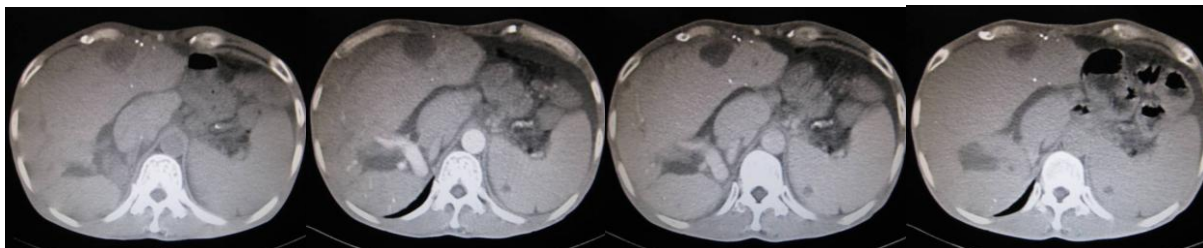
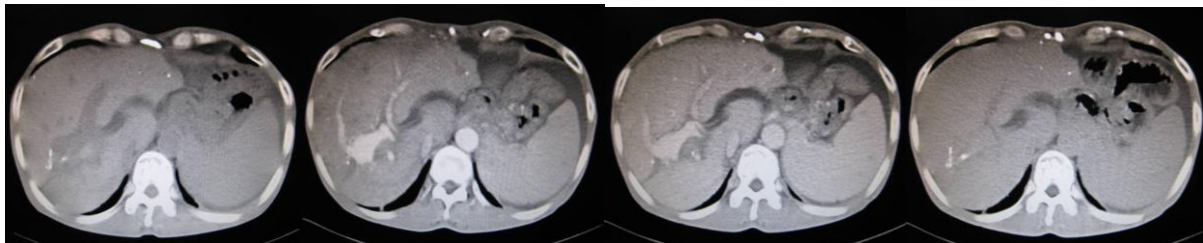
Splenomegaly, multiple collateral vessels and ascites.

Small space occupying lesion in the spleen, cannot be excluded from metastases.

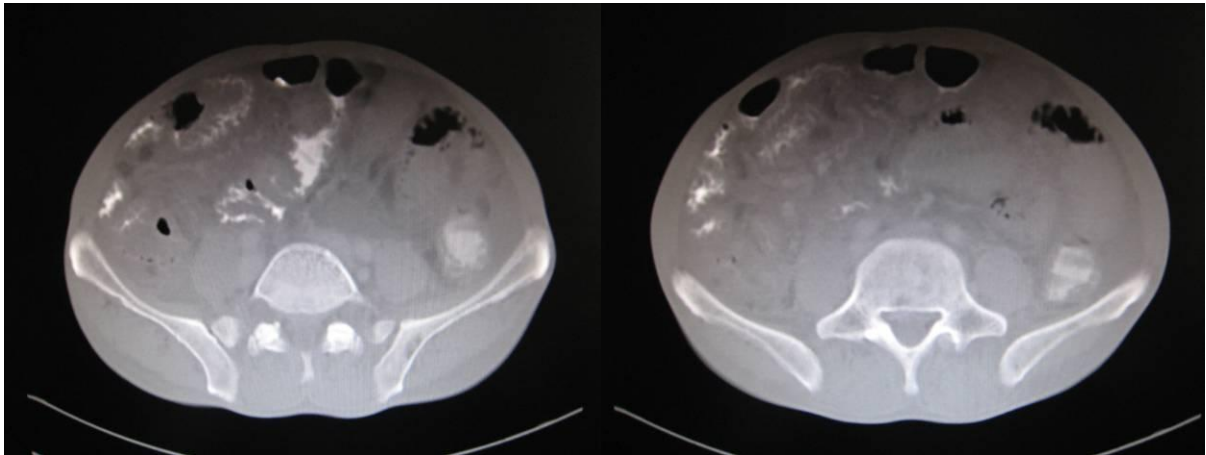
Right inguinal hernia.

CT Imaging

1.precontrast 2.arterial phase 3.venous phase 4.delayed phase



Bone window



Tc-99m MDP Bone scan

The study reveals minimally increased radiotracer uptake at anterolateral part of the right 4th rib and both tibiae. The rest of the whole skeleton appears unremarkable.

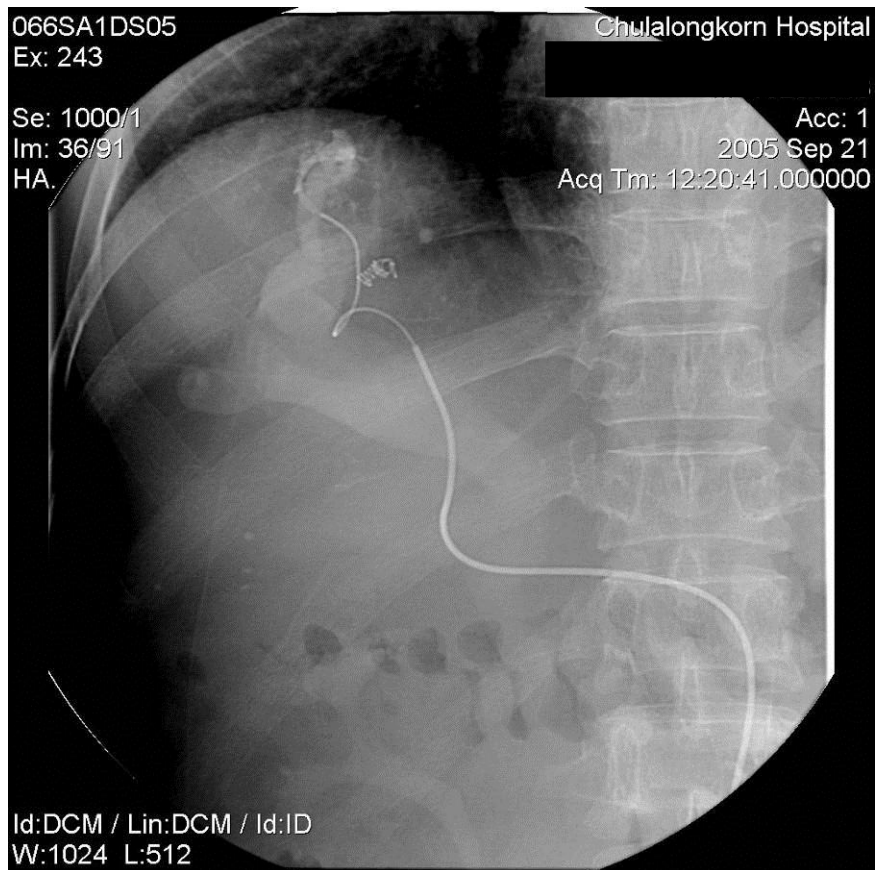
Impression: Lesion at the right 4th and both tibiae are likely due to trauma.

Visceral angiogram and embolization:

Findings: The study revealed a large high flow arteriportal shunt between branches of right and middle hepatic arteries, and portal vein. Enlargement of portal vein is observed.

Procedure: Selective angiogram and glue-embolization via branches of right and middle hepatic arteries. After embolization, there are about 70% reduction of arteriportal shunt and much decreased vascular flow shunting into portal vein. Residual arteriportal shunt via small branches of right hepatic artery is observed.

Impression: High flow arteriportal shunt from right and middle hepatic arteries to portal vein with marked enlargement of portal vein. Glue-embolization with 70% reduction of arteriportal shunt.



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