



Clinicopathological conference

เดือน พฤศจิกายน 2566

อายุรแพทย์: อ.พญ. จิรดา เจียรสกุล

รังสีแพทย์: อ. พญ. ลักษิกา จารุทัศนางกูร

Diagnostician: concealed identity

Patient identification

หญิงไทยคู่ อายุ 59 ปี ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ค้าขายของ
ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพฯ ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้
มาก

Chief complaint

- แน่นท้องมากขึ้น 1 เดือนก่อนมา รพ.

Present illness

Previous status: able to perform basic ADLs without limitation

4 สัปดาห์ก่อนมา รพ. ผู้ป่วยรู้สึกว่ท้องโตมากขึ้นกว่าเดิมเป็นทั่วท้อง ไม่มีจุดกดเจ็บที่บริเวณหน้าท้อง
คลำไม่ได้ก้อนที่บริเวณหน้าท้อง ไม่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการตาเหลืองหรือ
ตัวเหลือง ไม่มีอาการแขนขาบวมมากขึ้นและเริ่มสังเกตเห็นว่ามีผื่นแบนราบขึ้นที่บริเวณลำตัว และขาทั้ง
สองข้าง ลักษณะผื่นเป็นผื่นสีม่วงเข้มและมีสะเก็ดด้านนอก มีอาการคันเล็กน้อย มีอาการเบื่ออาหาร
เพลียเล็กน้อยยังสามารถประกอบชีวิตประจำวันได้อยู่ ไม่ได้ซ้่งน้ำหนักตัวแต่รู้สึกว่แขนขา และบริเวณ
หน้าผากฝ่อลงกว่าเดิม ไม่มีอาการไข้ ผู้ป่วยจึงมาตรวจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แพทย์ที่ผู้ป่วยนอกตรวจร่างกาย ได้ว่: moderately pale, no jaundice, abdomen soft not tender,
palpable liver of 3 cm BRCM, firm consistency, liver span 15 cm, a palpable mass 4x4 cm at
epigastrium, negative splenic dullness, lymph node can't be palpated at supraclavicular area
จึงได้ทำการส่ง นัด investigation เป็น non-contrast abdominal CT เพิ่มเติมเพื่อทำการหาสาเหตุ และ
นัดผู้ป่วยไปพบแพทย์ผิวหนัง

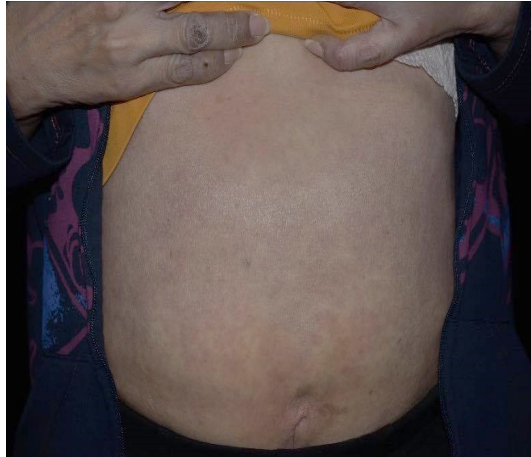
3 สัปดาห์ก่อนมา รพ. อาการของแน่นท้องของผู้ป่วยยังเป็นพอๆเดิม ทานอาหารได้น้อย คลำไม่ได้ก้อน
ที่บริเวณอื่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์ผิวหนัง ตรวจร่างกายได้

Erythematous macules and patches on trunk, both forearms and legs. Erythematous to
hyperpigmentation patches with pseudo-vesicle on distal extremity. ให้การวินิจฉัยว่เป็น
generalized eczema ทางผู้ป่วยนอกจึงทำการส่งตรวจเพิ่มเติม ทำ skin biopsy ผล

Skin biopsy at OPD

Parakeratosis are noted in the horny layer. Perivascular and interstitial lymphohistiocytic infiltrates with eosinophils are noted in the upper dermis.

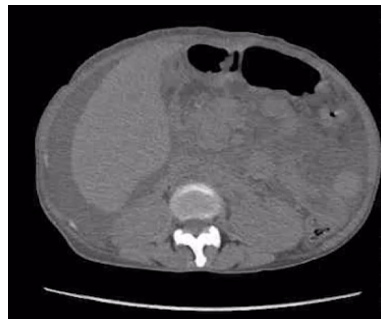
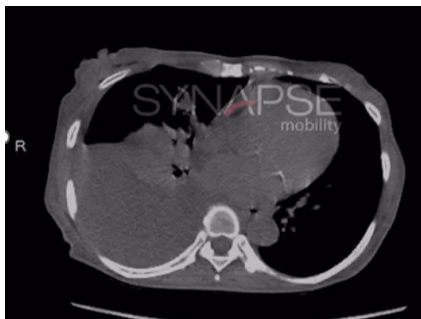
Pathological diagnosis: nonspecific perivascular dermatitis, with photo-damaged skin.



1 สัปดาห์ก่อนมารพ

ผู้ป่วยเริ่มมี

อาการแน่นที่บริเวณท้องมากขึ้น เริ่มมีอาการหายใจลำบากโดยเฉพาะเวลานอนตะแคงเอาหน้าออก ด้านขวาลง ไม่มีอาการตาเหลืองตัวเหลือง อาการเบื่ออาหารยังเป็นพอๆเดิม ไม่มีอาการไข้ ผื่นเริ่มเปลี่ยนเป็นสีม่วงเข้มมากขึ้น กระจายอยู่ตามลำตัว อาการคันพอๆเดิม วันนั้นผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมรอฟังผล non-contrast abdominal CT ผลเป็น: hepatomegaly with moderate degree of ascites seen , spleen was not enlarge, suspected multiple intrabdominal lymph node enlargement but limit to characterized due to non-contrast study, moderate degree right pleural effusion. ผล investigation วันที่มาพบแพทย์ แพทย์จึงขอส่งผู้ป่วยเพื่อไปทำการ abdominal paracentesis และ thoracentesis พร้อมกับทำนัดส่งผู้ป่วยเพื่อทำ contrast abdominal CT เพิ่มเติม





น้ำหนักลดลงจาก 47 กก. เป็น 43 กก ใน 1 เดือน

CBC: Hb 11.1 g/dL, Hct 34.6% (MCV 91.1 fL, MCH 29.2 pg, MCHC 32.1 g/dL, RDW 15.9%), WBC 6280 cu mm (N 50%, L 9.0%, M 3%, E 34%, B 0% atypical L 4%), platelet 385,000/cu mm; PT 17.9/11.2 sec, INR 1.62, aPTT 28.8/24.4 sec

Blood chemistry: BUN 10 mg/dL, Cr 0.70 mg/dL, Na 134 mmol/L, K 3.4 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO3 21 mmol/L

LFT: albumin 2.0 g/dL, globulin 8.3 g/dL, total protein 10.2 g/dL, TB/DB 1.19/0.86 mg/dL, AST 36 U/L, ALT 15 U/L, ALP 146 U/L

Abdominal paracentesis

Profile

Clear yellow color

WBC 357 cells/cu.mm (N 16%, mononuclear cells 83.5%), RBC 2,000 cells/cu.mm, protein 5.50 g/dL, LDH139 U/L, albumin 1.07 g/dL, no organism on Gram and AFB stains, cytology test; abundance mixed mononuclear cells on cytology, negative result on *Mycobacterium* PCR test

1 วันก่อนมารพ. ผู้ป่วยยังมีอาการแน่นท้องพอเดิม ผู้ป่วยได้รับการเจาะปอด (3 วันหลังจากที่เจาะท้อง)

Profile

Serosanguinous color

WBC 663 cells/cu.mm (N 12%, mononuclear cell 88%), protein 7.9 g/dL, albumin 1.48 g/dL, LDH 187 U/L; no organism on Gram & AFB stains; mixed-inflammatory cells comprising lymphocytes, macrophages, neutrophils, and abundant reactive mesothelial cells on cytology

มีอาการเหนื่อยขึ้นหลังจากที่กลับบ้านไป 5 ชั่วโมง (หลัง thoracentesis 7 ชั่วโมง) อาการเหนื่อยเพิ่มขึ้นๆ จนเดินไป 10 ก้าวก็เหนื่อยมากจนต้องหยุดพัก

วันนี้ นัดมาทำ contrast abdominal CT แล้วพบว่า มี pneumothorax จึงทำการส่งตัวไปห้องฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษา

A: good airway B: respiratory rate 24/min with accessory respiratory muscle use, C: BP 181/104 mmHg PR 120 beat/min ทางทีมแพทย์ห้องฉุกเฉินจึงปรึกษาทีม CVT ใส่ สาย ICD ได้เป็นลมออกมา

Past history

1. Essential hypertension

วินิจฉัย 2 ปีก่อนมารพ. ระหว่างที่เข้ารักษาที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ความดันที่ผู้ป่วยนอก 120-140/60-80 มม.ปรอท ความดันที่บ้าน: ไม่ได้วัด



2. Takotsubo cardiomyopathy

วินิจฉัย 2 ปีก่อนมารพ. เนื่องจากมีอาการแน่นหน้าอก 2-3 ชั่วโมงก่อนมารพ. 12-lead EKG: sinus tachycardia rate 118/min, poor R progression in V1-V3 leads, inverted T V3-V6, II III aVF leads, positive R wave in aVR lead และ troponin 527 เป็น 528.8 นาโนก./ล. ห่างกัน 1 ชั่วโมง ผล echocardiogram: LVEF 35%, hypokinesia at apical wall, no valvular disease ได้ไปทำ coronary angiogram ผลเป็น normal coronary arteries และทำ echocardiogram ซ้ำหลังจากที่ทำ ครั้งแรก 4 วัน : LVEF 56%, no RWMA

Personal and social histories

ประวัติสูบบุหรี่

ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด

ประวัติการสัก การรับเลือด

ประวัติการใช้ยาต้ม ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร อาหารเสริม

อาศัยอยู่กับลูกชาย 1 คนที่ อพาร์ตเมนต์ ลูกชายแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติ ติดต่อกับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค

Current medications

1. Losartan 50 มก./วัน
2. Carvedilol 3.125 มก./วัน
3. 10% Urea cream ทาที่รอยโรค เข้า เย็น
4. 0.1% TA cream ทาที่รอยโรค เข้า เย็น
5. Fexofenadine 80 มก./วัน

Family history

ประวัติโรคทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว

OB-Gyn history

G2P2-0-0-2 last 24 years เพศชายทั้งสองคน

Menopause 10 years

No history of STI

Physical examination

General appearance: a Thai female, with good consciousness and well cooperation; height 155 cm, weight 44 kg, BMI 19.5 kg/m²

Vital signs: BP 138/78 mmHg, HR 103 beats/min (regular), RR 20/min, BT 36.8°C



HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no dry lip, no oral ulcer, no OC, no OHL, no mucositis, no injected pharynx, no tonsil enlargement, no thyroid gland nor parotid gland enlargement

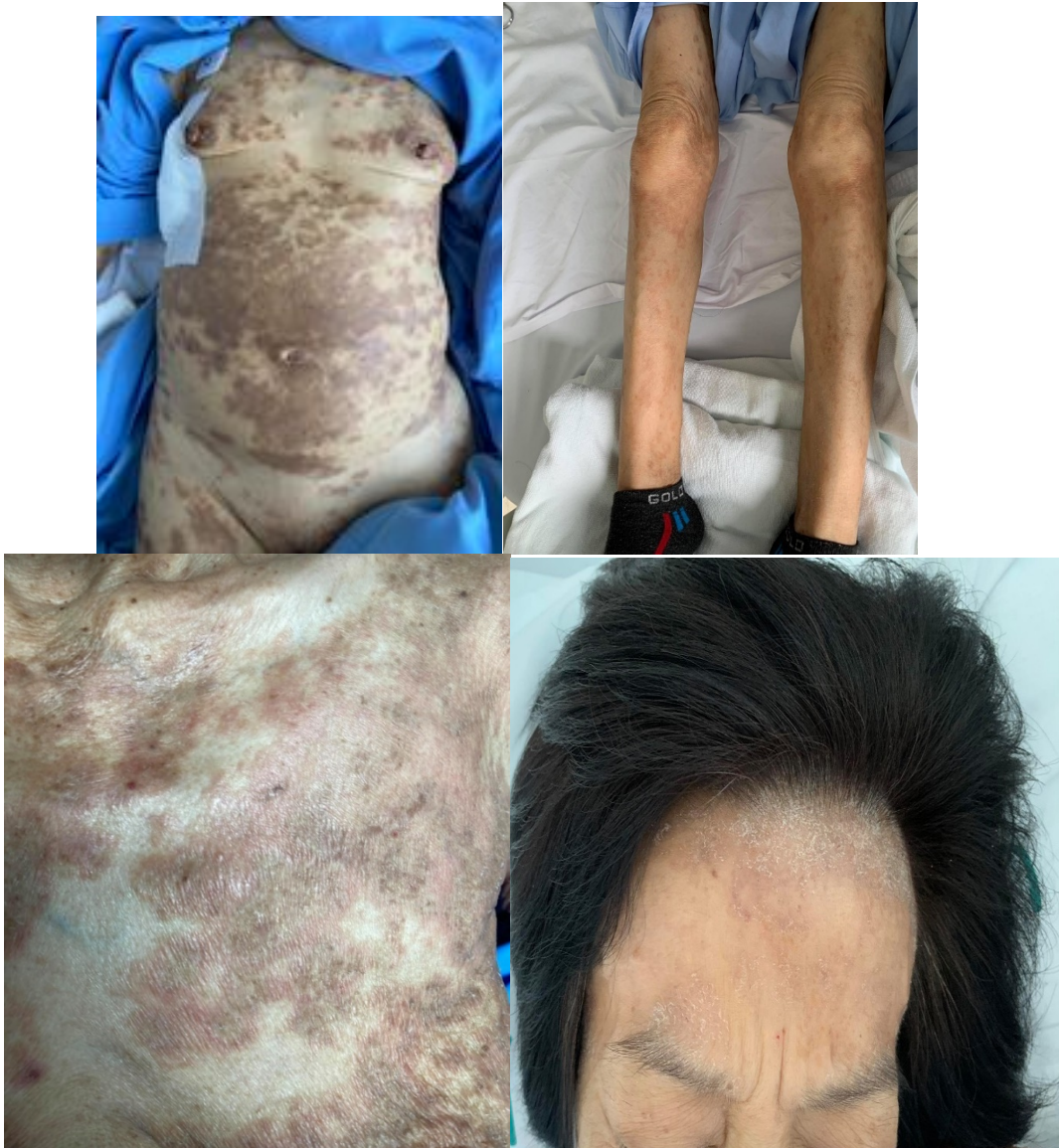
Cardiovascular system: JVP of 3 cm above sternal angle, PMI at fifth intercostal space at midclavicular line, no LV heave, no RV heave, no thrill, normal S1S2, no S3 nor S4 gallop, no murmur

Respiratory system: trachea in midline, normal thoracic contour, subcutaneous emphysema right chest wall, decreased chest wall expansion of right lung, hyperresonance on percussion of right lung, decreased breath sound at right lung

Abdomen: moderate distension, no superficial vein dilatation, normoactive bowel sound; liver 3 FB below RCM with span of 18 cm at right mid-clavicular line, left lobe can be palpated 7 cm below xiphoid process, sharpe edge and smooth surface, soft consistency; negative splenic dullness; positive shifting dullness, positive fluid thrill

Extremities: no white nails, no clubbing, no deformity, no pitting edema, no swelling and no tenderness of joint and periarticular region

Skin and appendages: no spider nevi, no palmar erythema, no gynecomastia, generalized ill-defined scaly brownish hyperpigmented patches and plaques predominantly on scalp, trunk, back, and thighs erythematous annular thin plaques with scales on upper chest wall and lower back no mucosal or nail abnormality



Lymph node: generalized non-tender movable lymphadenopathy (varying in size from 0.5-1.5 cm and rubbery consistency) at bilateral cervical, bilateral axilla, right supraclavicular, and bilateral inguinal areas

Neurological examination

Consciousness: alert, orientated to time/place/person

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

Cranial nerves:

CN II: negative RAPD, normal visual field by confrontation, pupils 3 mm reactive to light, midline resting eye position

CN III, IV, VI: full EOM, no ptosis



CN V: normal facial pinprick sensation, normal strength of muscles of mastication, normal corneal and jaw jerk reflex

CN VII:	Right	Left
Frontalis	V	V
Orbicularis oculi	V	V
Orbicularis oris	V	V
Zygomaticus	V	V

CN VIII: normal hearing by finger rub, no nystagmus

CN IX, X: uvula in midline, positive gag reflex of both sides

CN XII: no tongue atrophy, deviation, nor fasciculation

Motor: normal tone, no fasciculation, no atrophy

Motor power grade V all extremities

Deep tendon reflex:	Right	Left
Biceps	2+	2+
Triceps	2+	2+
Knee	2+	2+
Ankle	2+	2+
Babinski	plantarflexion	plantarflexion
Ankle clonus	negative	negative

Sensation:

Pin prick sensation (PPS): equal PPS of both hands up to wrists as well as both feet

Proprioception: intact

Cerebellar functions:

Vermis: no truncal ataxia

Hemisphere: no dysdiadokokinesia, negative finger-to-nose test nor heel-to-knee test

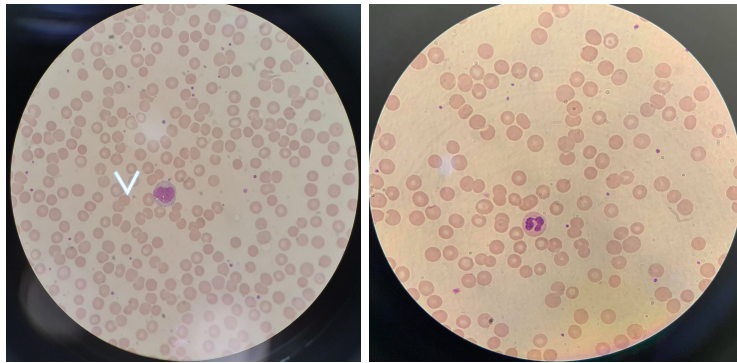
Meningeal irritation signs: no neck stiffness, negative Kernig sign

Lab investigations

CBC: Hb 10.7 g/dL, Hct 32.8% (MCV 89.4 fL, MCH 29.2 pg, MCHC 32.6 g/dL, RDW 15.5%), WBC 5770 cu mm (N 61%, L 20%, M 4%, E 14%, B 0.3% atypical L 1%), platelet 325,000/cu mm; PT 17.9/11.2 sec, INR 1.62, aPTT 28.8/24.4 sec



PBS



UA: sp.gr

1.031, pH 5.5,

negative glucose, trace protein, WBC 20-30/HPF, RBC 0-1/HFP

Spot urine: protein 43.1 mg/dL, creatinine 50.2 mg/dL

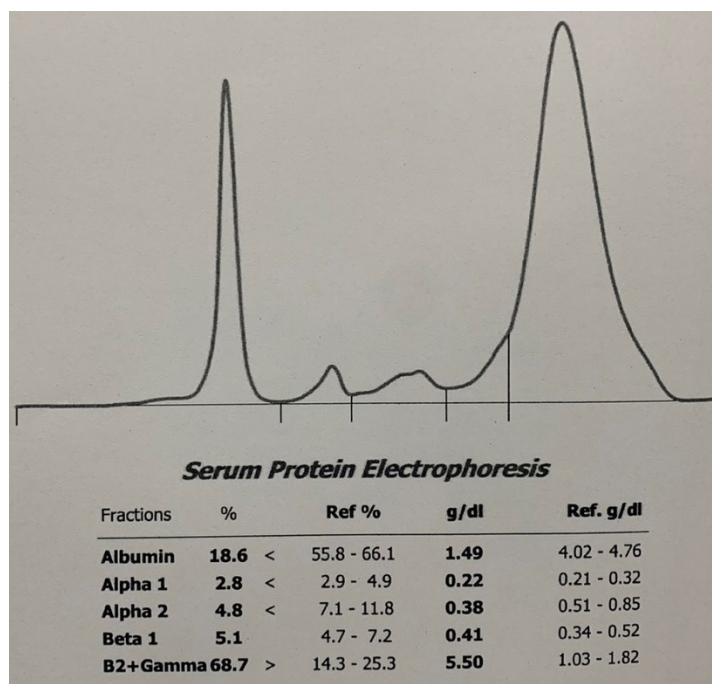
Blood chemistry: BUN 15 mg/dL, Cr 0.84 mg/dL, Na 135 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 110 mmol/L, CO₃ 18 mmol/L, Ca 6.7 mg/dL, Mg 0.74 mmol/L, PO₄ 3.4 mg/dL, CPK 144 (30-190) U/L, LDH 405 U/L

LFT: albumin 1.9 g/dL, globulin 8.3 g/dL, total protein 10.2 g/dL, TB/DB 1.18/0.86 mg/dL, AST 28 U/L, ALT 16 U/L, ALP 125 U/L

Serology

Anti-HIV, HBs Ag and anti-HCV: negative; anti-HBc negative and anti-HBs: positive

SPEP:



Id



Immunofixation: polyclonal gammopathy

Kappa: lambda 0.620, kappa 313.17 (3.30-19.40) mg/L, lambda 505.29(5.71-26.30) mg/L

Right pleural fluid from ICD

Profile

Serosanguinous color

WBC 357 cells/cu.mm (N 16%, mononuclear cell 84%), LDH 187 U/L, protein 7.6 g/dL, ADA 6.9 (<40) IU/L, no organism on Gram and AFB stains; negative results on bacterial culture and *Mycobacterium* PCR test

Pleural biopsy: monotonous lymphoid cells, plasma cells and eosinophils infiltrating in subpleural area. No granuloma is observed. No carcinoma.

Pathological diagnosis: lymphoproliferative lesion, no malignancy;

IHC of pleural biopsy

CD 20: highlighting interstitial small to medium-sized B-cell without atypia

CD 3: highlighting moderate amount interstitial small to medium-sized T-cells

Kappa: highlighting interstitial mature plasma cell

Lambda: highlighting interstitial mature plasma cell

Kappa: lambda 1: 1-2 of plasma cell

Pathological diagnosis: mixed T/B cells lymphoproliferation

Lymph node biopsy at right groin

Gross: pale brown and yellow tissue, measuring 0.7x0.4x0.2 cm.

Microscopic examination: Mixed cortical and paracortical lymphoid hyperplasia. There is medullary plasma cell hyperplasia

Pathology: Lymphoplasmacytic proliferation. No granuloma and malignancy seen.

Immunohistochemistry

CD20: highlighting normal immunoarchitecture of B-cell

CD3: highlighting normal immunoarchitecture of T-cell

Ki67: normal proliferation index pattern

CD138: highlighting numerous plasma cell without cytological atypia

CD19: no aberrant loss of plasma cells

CD56: negative in most plasma cells

CyclinD1: no abnormal cell highlighted



CD5: no aberrant loss of T-cell, no aberrant expression B cells

ISH-Kappa: highlighting numerous plasma cells without cytological atypia

ISH-Lambda: highlighting numerous plasma cells without cytological atypia

Kappa:Lambda =1:1 of plasma cells

HHV8:negative in most cell

Pathological diagnosis: no histologic or immunohistochemistry evidence of lymphoma

Bone marrow aspiration

BM cellularity: mild hypocellularity

M:E ratio 1: 1

Iron: trace

Ringed siderblast: negative

Megakaryopoiesis: adequate with hyperlobated morphology

Granulopoiesis: normal promyelocyte 10%, myelocyte 11%, metamyelocyte 5%, PMN/band 12%, eosinophil 5%

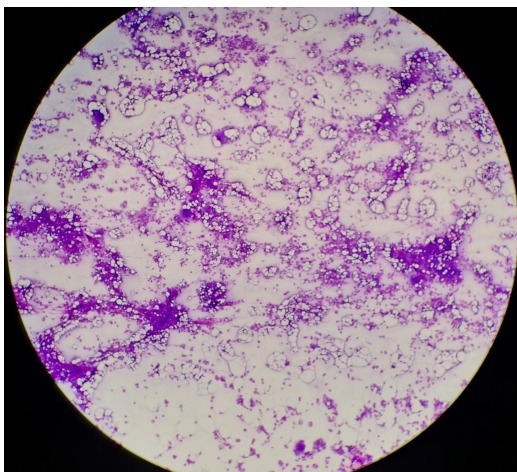
Erythroiesis: normal 47%

Lymphopoiesis: abnormal 10%

Histiocyte: normal

Plasma cell: -%

Abnormal cell: abnormal lymphocyte 10%



Bone marrow biopsy

Gross: bone marrow core 0.8cm in length

Microscopic finding:

Cellularity: 60%



Myeloid/erythroid ratio 3:1

Erythroid: normal appearance

Myeloid: normal maturation

Megakaryocyte: appropriate for cellularity

Megakaryocyte: morphology: unremarkable

Lymphoid cell: no increase

Plasma cell: no increase

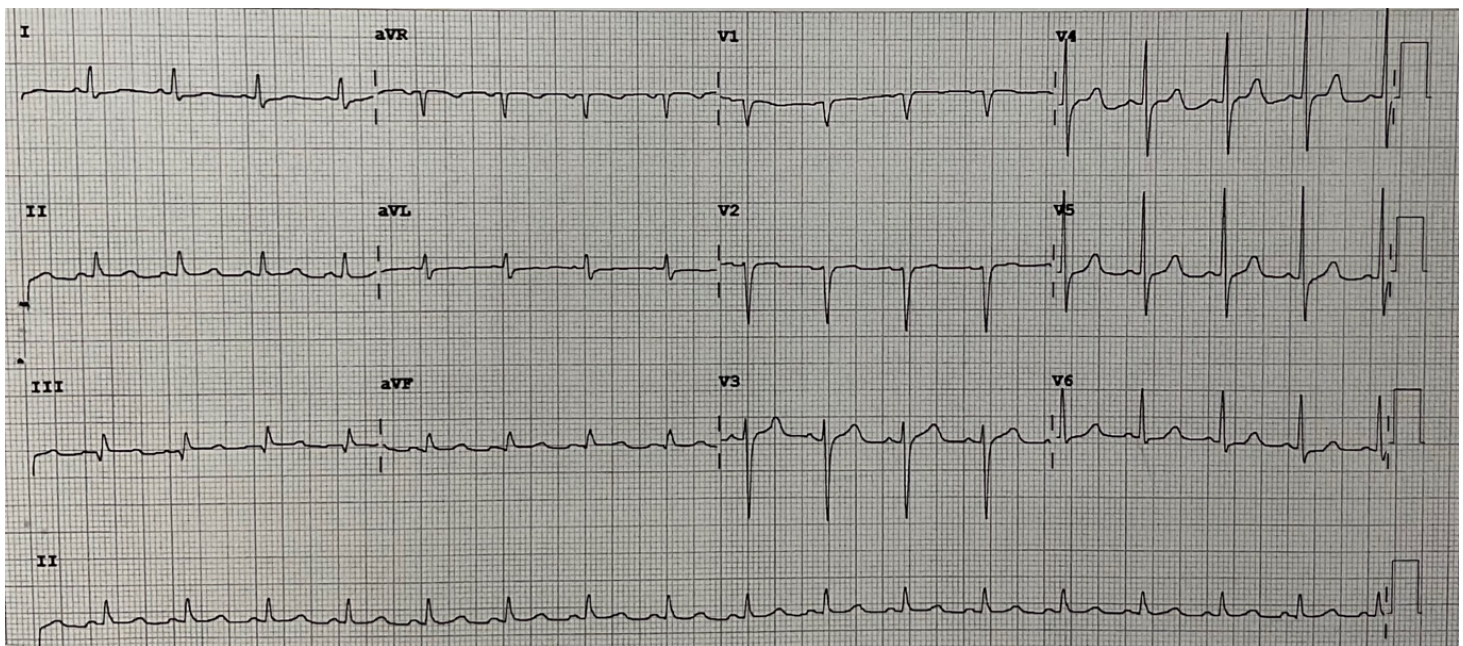
Fibrosis: not seen

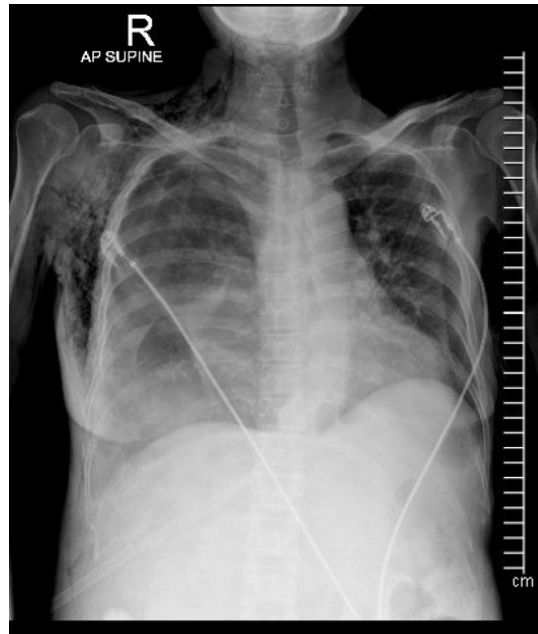
Granuloma: not seen

Other: presence of interstitial hemosiderin pigment

Pathological diagnosis: normocellular trilineage marrow

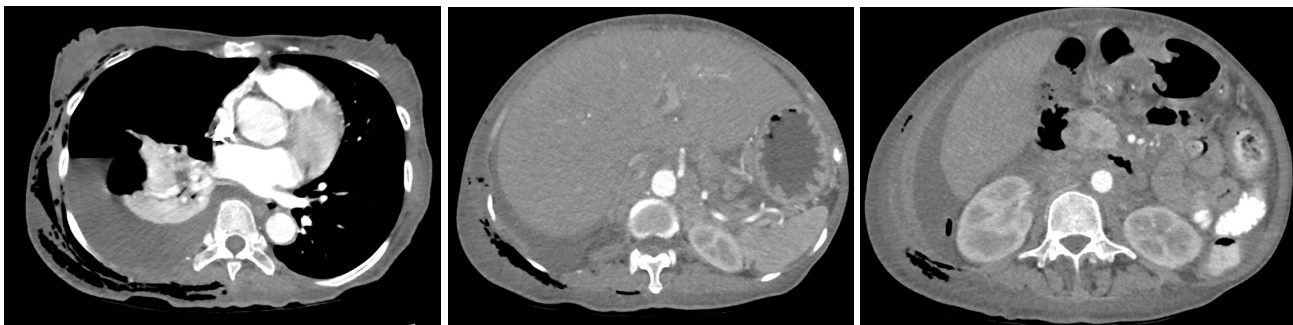
EKG





Abdominal CT scan

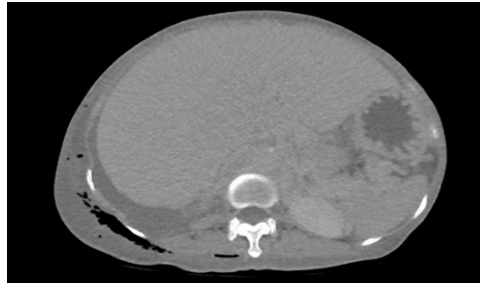
Axial A Phase



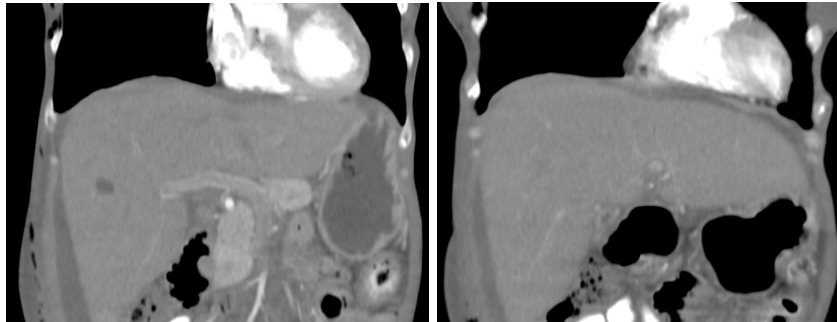
Axial V phase



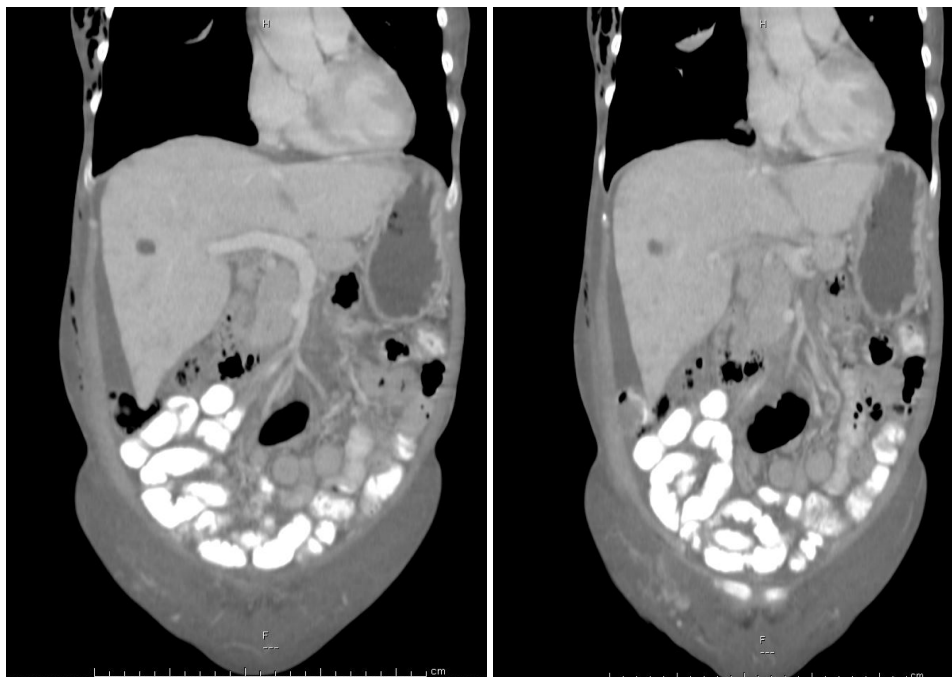
13
Axial delay phase



Coronal A phase



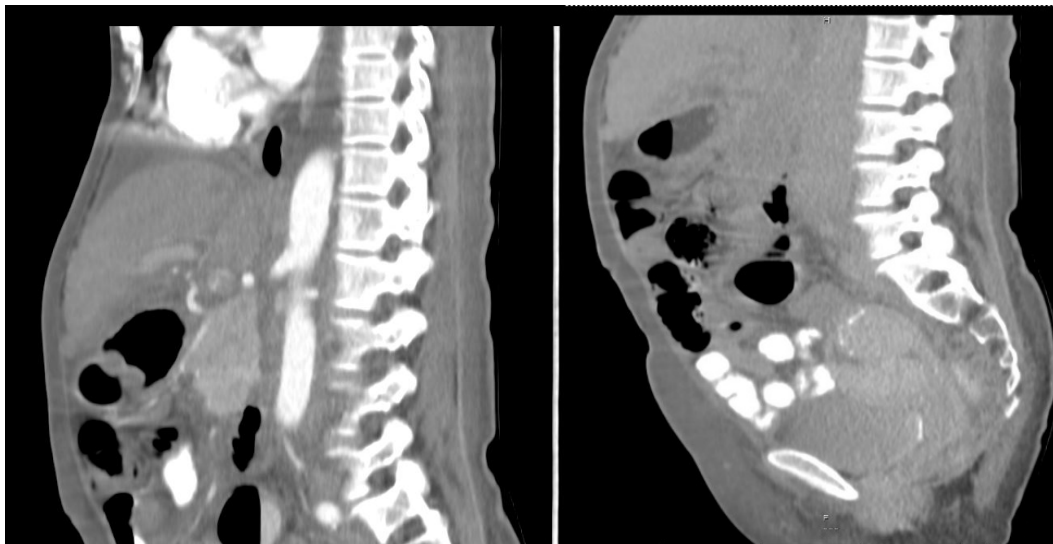
Coronal V phase





Sagittal A phase

Sagittal delay phase



Sagittal V phase





Result

Large amount of right pneumothorax and moderate amount of right pleural effusion, causing partial collapsed RLL with associated subcutaneous emphysema along right chest wall and right upper abdominal wall (Resident notified clinician after finished CT exam and sent her to ER). Matted nodes along paraaortic, retrocaval, aortocaval regions and multiple enlarged lymph nodes at gastrohepatic, hepatoduodenal, bilateral common and external iliac regions, up to 2.5 cm in short axis. DDx lymphoma or reactive nodes from infection/inflammation. Mild hepatomegaly with diffuse heterogeneous parenchymal enhancement. Bilateral striated nephrograms, probably due to hypotension, acute tubular necrosis or infection. Moderate amount of ascites with diffuse subcutaneous edema and skin thickening of entire abdominal wall. Enlarged uterus with two well-defined, enhancing masses in the uterine cavity, measured about 3.6x3.8x4.1 cm and 3.8x3.9x4.1 cm in size, uncertain nature.

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