

Clinicopathological conference

วันที่ 17 เมษายน 2557

อายุรแพทย์ อ.นพ.พรเทพ อังศุวัชรารกร

รังสีแพทย์ อ.พญ. ญัฐพร ตันเผ่าพงษ์

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยชายไทยโรค อายุ 36 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดนนทบุรี

ปัจจุบันเป็นนักการเมืองท้องถิ่น ประวัติได้จากญาติและเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief complaint: ปวดแน่นท้องด้านขวาบน 8 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

8 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องลักษณะปวดจุกแน่นที่บริเวณท้องด้านขวาบน ปวดตื้อเป็นๆหายๆครั้งละประมาณ 1-2 นาที มีปวดร้าวไปด้านหลังเป็นบางครั้ง ไม่มีปวดไปที่สะบัก อาการปวดตื้อเป็นอยู่เรื่อยๆ มีตื่นขึ้นมาปวดตอนกลางคืนเป็นบางครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง อาการปวดทุเลาลงสามารถนอนต่อได้ ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารหรือการหายใจเข้าออก ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ไม่มีไข้ มีอาการเบื่ออาหาร ทานอาหารน้อยลง ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก ไม่ได้พบแพทย์ ซ้ำยาแก้ปวด ยาลดกรด ยาชุดมารับประทาน 2-3 วันต่อ 1 ชุด อาการปวดเบาลงแต่ก็ยังมีอาการปวดตื้อเป็นช่วงๆ

6 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดที่บริเวณโหนกแก้มด้านซ้าย ปวดตื้ออยู่ตลอดเวลา ปวดมากขึ้นเป็นบางครั้งต้องทานยาชุดแก้ปวดเพิ่มเติม ไม่มีเหงื่อตก ไม่มีอาการปากเขียว พูดคุยได้ปกติ ไม่มีกลิ่นลำไส้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง สามารถทำงานได้ อาการปวดท้องยังเป็นๆหายๆลักษณะเดิม ขับถ่ายปกติ

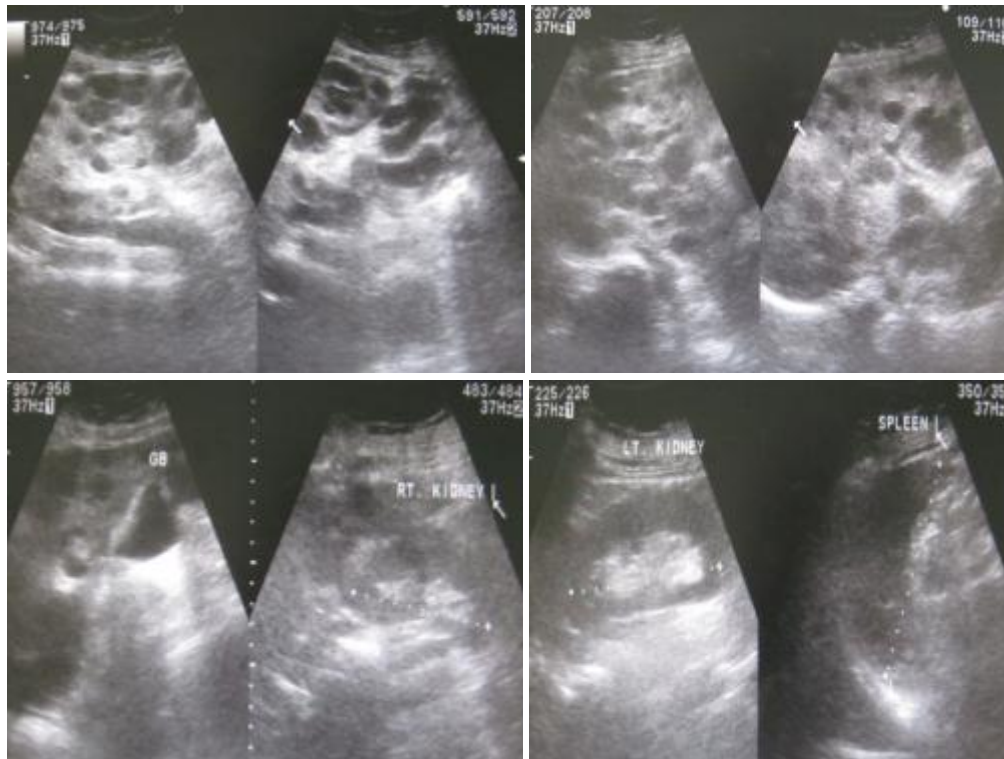
1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดตื้อตลอดเวลาที่บริเวณลิ้นปี่ ท้องด้านขวาบน ปวดรุนแรงขึ้น ไม่มีปวดร้าวไปไหน มีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำประมาณ 2-3 ครั้ง ถ่ายสีเหลือง ไม่มีมูกเลือดปน ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ไม่มีปัสสาวะสีเข้ม ไม่มีปัสสาวะแสบขัด มีอาการไข้ต่ำๆเป็นบางวันไม่ได้วัดไข้ ไม่มีอาการหนาวสั่นพ่นกระທပက်กัน ไม่มีอาการผื่นขึ้นตามใบหน้าหรือตามตัว อาการปวดที่บริเวณโหนกแก้มด้านซ้ายเป็นเท่าๆเดิม ช่วง 7 สัปดาห์ที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงประมาณ 3 กิโลกรัม จาก 133 กิโลกรัมเป็น 130 กิโลกรัม ไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง

PE: BP 160/90 mmHg, PR 110/min, BT 36.6 C, RR 22/min

HEENT: not pale, anicteric sclerae, Lung: clear, no adventitious sounds, Abdomen: moderate tenderness at epigastrium & right upper quadrant area, normoactive BS, no guarding, no rebound tenderness, Murphy's sign negative

Laboratory: CBC: Hb 12.6 g/dL, Hct 40% (MCV 64 fL, MCH 20 pg MCHC 31 g/dL RDW 16.7%),
WBC 12800/ μ L (N 75%, L 18% M 7%), Platelet 269,000/ μ L, PTT 29.4/26.3, INR 1.07, PT 13.1/10.5
BUN/Cr: 11/0.72 mg/dL Electrolytes: Na 132 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 90 mmol/L, HCO₃ 22 mmol/L
LFT: TB 1.16 mg/dL DB 0.48 mg/dL TP 7.7 g/dL, Alb 3.1 g/dL, Glo 4.6 g/dL AST/ALT 356/200 U/L, ALP 134 U/L,
แพทย์สงสัยภาวะนิ่วในถุงน้ำดีอักเสบ ให้นอนโรงพยาบาล ฉีดยาฆ่าเชื้อ ceftriaxone ส่งตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มเติม

Ultrasound upper abdomen



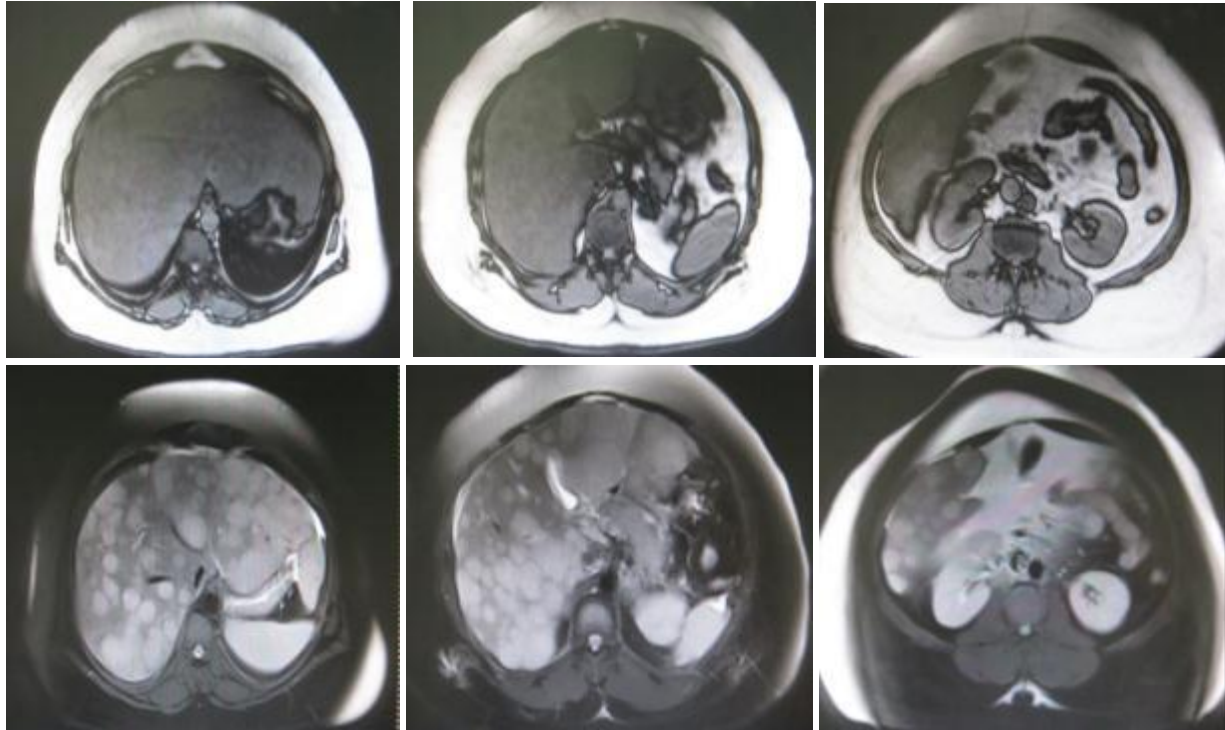
Findings: diffuse increased parenchymal echogenicity of liver. Multiple cystic with hypo echoic lesions, about 0.9-4.9 cm in size, at both lobes of liver are seen. Mild thickened wall gallbladder without gallstones is observed. Both kidneys are of normal size and parenchymal echogenicity. Mild splenomegaly without focal lesion is noted. Unseen pancreas is due to bowel gas obscured. There are no ascites or gross intraabdominal lymphadenopathies.

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

HBsAg negative, antiHBc negative, AntiHCV negative, CA19-9 204.5 U/mL (<35), CEA 1.18 ng/mL (<5)

อาการปวดท้องลักษณะเดิม ถ่ายวันละประมาณ 2 ครั้ง ไม่มีมูกเลือด ยังมีไข้ต่ำๆอยู่ ไม่มีอาการไอ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง แพทย์เจ้าของไข้สงสัย Infected liver cyst in polycystic liver disease ส่งตรวจ MRI upper abdomen เพิ่มเติม

MRI upper abdomen



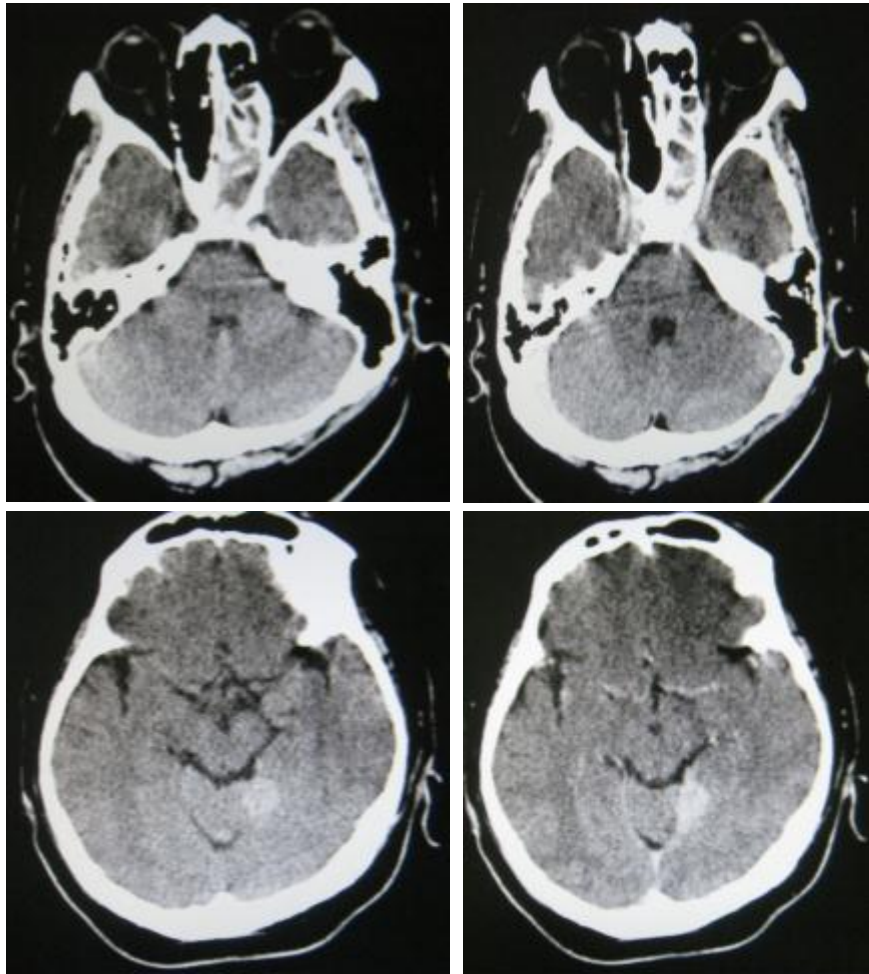
Finding: Two masses at pancreatic tail, measuring about 2.9*2.8 cm and 3.3*3.4 centimeter, that low signal intensity in T1W, iso to high signal intensity on T2W. Multiple hypovascular masses, varying in size, at both hepatic lobes, no splenomegaly, There are 2.4*1.4 centimeter enhancing soft tissue at left anterior pararenal space, probable node or metastasis focus. Sub centimeter aortocaval and paraaortic lymphadenopathies are detected.

อาการปวดท้องคืออาการลักษณะเดิม ไข้ต่ำๆวันละ 1-2 ครั้งไม่มีอาการหนาวสั่น ฉีดยาฆ่าเชื้อตามเดิม

4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตื่นมาตอนเช้า มีอาการเห็นภาพซ้อนในแนวราบ ปิดตาทีละข้าง อาการภาพซ้อนหายไป เวลา มองไกลเป็นมากกว่ามองใกล้ หนังตาด้านซ้ายตก มีอาการปากซ้ายเบี้ยว ค่อยเป็นทีละน้อย มีอาการน้ำไหลมูกปาก ไม่มีลิ้น เบี้ยว เริ่มพูดไม่ค่อยชัด การได้ยินปกติ ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ไม่มีอาการเดินเซ

PE: neurological examination pupil 3 mm BRTL, no Horner's syndrome, right side limit lateral rectus 40%, left side limit medial rectus 60% and lateral rectus 60%, and limit convergence, left facial palsy LMN, uvula in midline position, tongue no deviation, gag reflex positive, motor grade V all extremities, normal pinprick sensation, DTR 1+ all extremities, cerebellar sign: normal finger to nose, normal heel to knee, no dysdiadochokinesia

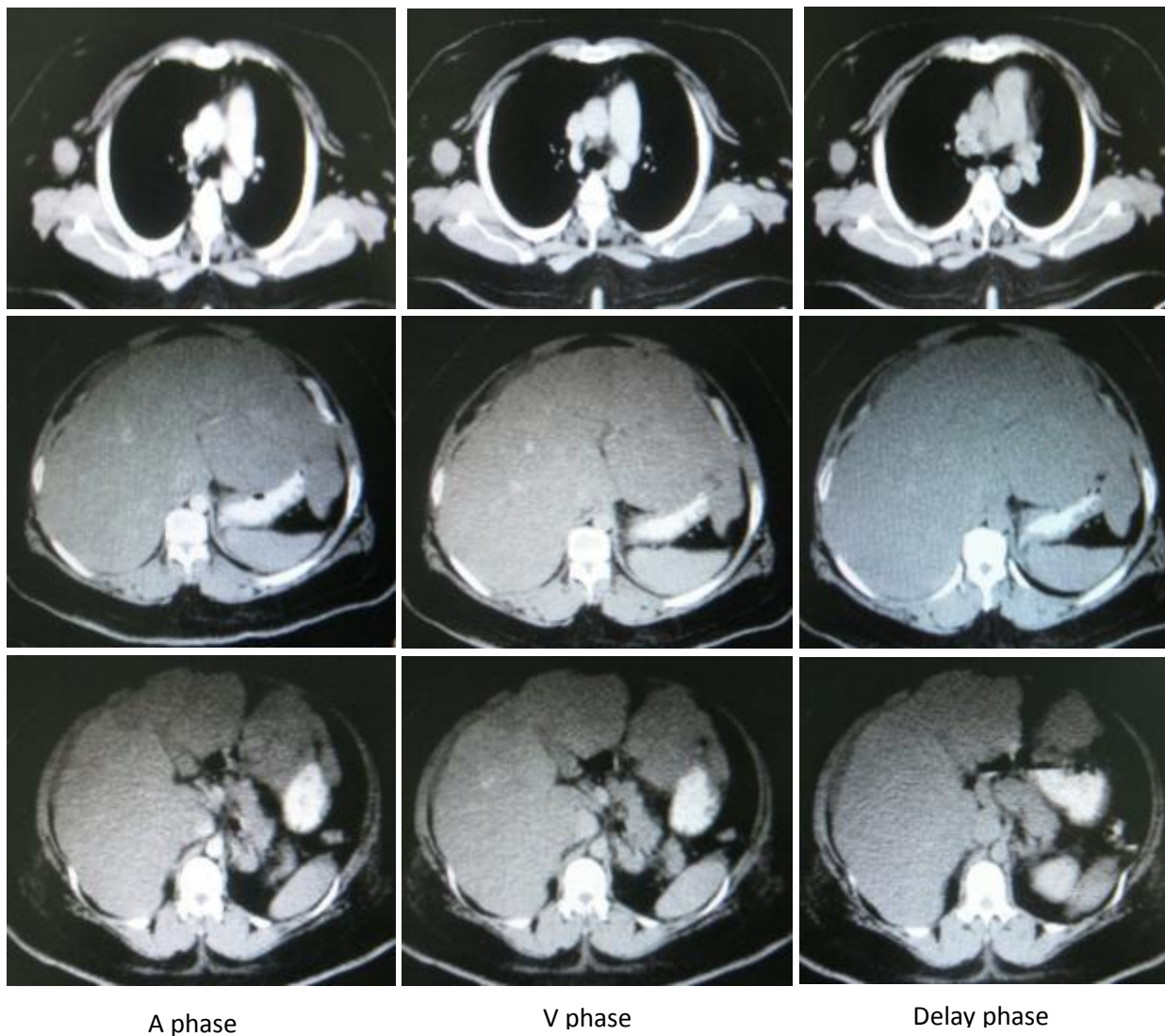
CT scan brain with contrast media



Finding: enhancing hyper dense nodules at bilateral choroid plexus, around 1*0.8 cm on the right and 1.5*1.1 cm on the left and left tentorium cerebelli and supravermian cistern, around 1.4*1.3 cm

2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการมองเห็นภาพซ้อนในแนวราบเป็นมากขึ้น ยังมีไข้ต่ำๆ มีอาการปวดตื้อๆที่ท้องด้านขวาบน
ลักษณะเดิม ได้ทำ CT scan whole abdomen เพื่อติดตามขนาดของก้อนที่ตับ, ตับอ่อน

CT whole abdomen with contrast:



อาการโดยรวมไม่ได้ดีขึ้น ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำๆอยู่ มีอาการปวดท้องตื้อๆตลอด เริ่มสังเกตว่ามีตาเหลือง ตัวเหลืองมากขึ้นจากเดิม มี
 ปัสสาวะสีเข้มขึ้น อุจจาระปกติ ไม่มีอุจจาระสีซีดขาว มีอาการเห็นภาพซ้อนในลักษณะเดิม ช่วง 8 อาทิตย์ที่ผ่านมา น้ำหนัก
 ลดลงประมาณ 7 กิโลกรัม จาก 133 กิโลกรัม เหลือ 126 กิโลกรัม ทางโรงพยาบาลต้นสังกัดส่งตัวมาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Past history:

- โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง วินิจฉัยปี 2551 ไปตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าความดันโลหิตสูง, ค่าไขมันในเลือดสูง รับประทานยาลดไขมันตามแพทย์สั่ง ไม่ต่อเนื่อง
- เคยเป็นโรคสุกใสตอนอายุ 6 ปี ไม่เคยเป็นถุงน้ำดี
- ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Current medications:

Amlodipine (10) tab วันละครึ่ง, Hydrochlorothiazide (25) 1 tab วันละครึ่ง,

Enalapril (20) 1 เม็ด วันละครึ่ง, Simvastatin (20) 1 เม็ด ก่อนนอน

Social/personal history: ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่เคยสัก ไม่ใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศชายรักชาย ไม่ได้ป้องกันเวลามีเพศสัมพันธ์ มีคู่นอนหลายคน ไม่ทราบประวัติคู่นอน

Family history: บิดา มารดา เสียชีวิตแล้ว บิดาเสียชีวิตตอนอายุ 79 ปี จากโรคหัวใจขาดเลือด มารดาเสียชีวิตตอนอายุ 61 ปี จากมะเร็งตับ มีพี่น้องทั้งหมด 11 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 11 ปฏิเสธโรคในครอบครัว

Physical examination:

A middle age Thai male, good consciousness

Vital signs: BT 38.1 °C, BP 150/70 mmHg, PR 110/min, RR 18/min

Height 165 m, weight 128 Kg, BMI 47 kg/m²

Skin: normal skin turgor, no rashes, no petechiae, no PPE, no gynecomastia, no white nails, no palmar erythema, no spider nevi

HEENT: not pale conjunctivae, mildly to moderately icteric sclerae, OC positive, OHL positive

Pharynx/tonsil: not injected; normal buccal mucosa and palate, no oral ulcers

Thyroid not enlarged

Lymph nodes: right axillary lymph node of 2 cm, rubbery, not tender, movable

RS: equal chest expansion, tympanic on percussion, vesicular breath sound, no adventitious sounds

CVS: neck vein not engorged, apical impulse at 5th ICS, MCL, no heaves, no thrills, normal S1, S2, no murmurs

Abdomen (the details of hepatomegaly can't be reliably determined due to morbid obesity): soft, mild tenderness at right upper quadrant, normoactive bowel sound, liver 2 cm BRCM span 15 cm, blunt edge, spleen can't be palpable, no bruit, no thrill, no signs of chronic liver stigmata, no caput medusae, no purplish striae

Extremities: no pitting, no redness, no tenderness at both thighs and legs

Rectal examination: no melena, no rectal shelf

Genitalia: no ulcer, no discharge

Integuments; normal nails

Neurological exams: full consciousness

CN II: Pupil 3.0 mm BRTL, RAPD-negative, visual field normal, pink fundus, no hemorrhage

CN III/IV/VI: no ptosis, no Horner's syndrome, right side limit lateral rectus 60%, left side limit medial rectus 60% and lateral rectus 80%, and limit convergence

CN V: Normal facial sensation, normal power of temporalis, masseter and pterygoid muscles

corneal reflex: impaired efferent left side

CN VII: left facial palsy LMN type

CN VIII: normal hearing by finger rubs

CN IX, X: normal gag reflex, uvula in midline position

CN XI, XII: intact

Motor: No fasciculation, normal muscle tone

Motor power:

	Rt	Lt
Upper extremities	V / V	V / V
Lower extremities	V / V	V / V

BBK plantar response both, clonus negative both, Reflex: 1+ all

Sensory: intact pinprick sensation, intact proprioception both feet

Meningeal irritation signs: no stiff neck, negative Kernig's sign

Cerebellar signs: finger to nose, heel to knee: left side, no dysdiadokokinesia, Romberg's test negative

Laboratory investigations

CBC: Hb 12 g/dL, Hct 41% (MCV 69 fL, MCH 20.3 pg MCHC 29 g/dL RDW 19%), WBC 19850/ μ L (N 93%, L 3% M 1%), Platelet 219,000/ μ L

Peripheral blood smear: hypochromic microcytic RBCs, anisocytosis 3+, poikilocytosis 3+, tear drop few, NRCs 1+, no microspherocytes, polychromasias few, WBC PMN predominate, myelocyte few, plt normal

PTT 27.1/28.9, INR 1.53, PT 18.1/11.3

UA: Strong yellow sp.gr.1.025 pH 7.0 protein 1+ glucose neg blood negative, RBC 5-10/HPF WBC 3-5/HPF squamous cell 0-1/HPF

BUN/Cr: 30/1.3 mg/dL Electrolytes: Na 128 mmol/L, K 4.7 mmol/L, Cl 94 mmol/L, HCO_3^- 15 mmol/L

Ca 8.9 mg/dL PO_4 4 mg/dL, Mg 0.95 mg/dL, Uric acid 30.8 mg/dL

LFT: TB 7.32 mg/dL DB 5.88 mg/dL TP 7 g/dL, Alb 3 g/dL, Glo 4 g/dL AST/ALT 295/149 U/L, ALP 936 U/L

Immunology and serology

HBsAg negative, antiHBs negative, antiHBc negative, antiHCV negative

CA19-9 204.5 U/mL (<35), CEA 1.18 ng/mL (<5)

Anti-HIV reactive, %CD4 7% (absolute CD4 count 101), Serum cryptococcal antigen negative, VDRL non-reactive, TPHA non-reactive, Treponemal Ab (CMIA) non-reactive

EKG 12 leads



Chest X-ray



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