

Clinicopathological Conference

21 เมษายน 2559

อายุรแพทย์ อ. พญ. อรอนงค์ จิตรภักษ์ภากุล

รังสีแพทย์ อ. พญ. วิยะดา สุภาค

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 38 ปี อาชีพตำรวจ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ภูมิลำเนาจังหวัดสุโขทัย ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดตาก ประวัติได้จากผู้ป่วยญาติ และเวชระเบียน เชื้อถือได้ รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งที่ 1

CC: ขาซ้ายอ่อนแรง 10 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

PI: Previous status แข็งแรงดี ช่วยเหลือตัวเองได้

2 weeks PTA ปวดศีรษะหลังตื่นนอนตอนเช้า ปวดตื้อๆบริเวณท้ายทอย ร้าวขึ้นมากลางศีรษะ และกระบอกตา เวลาไอจามและกรอกตาไปมาจะปวดศีรษะมากขึ้น ตาทั้งสองข้างพวามัวมองหน้าจอโทรทัศน์เห็นตัวเลขไม่คมชัด ไม่มีม่านดำบังตา ไม่เห็นภาพซ้อน ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอ่อนแรงแขนขา ไม่ชา รู้สึกมีไข้ต่ำๆ ซ้ำยาพาราเซตามอล มาทานเอง อาการปวดศีรษะทุเลาลงแต่ไม่หายสนิท จึงไปโรงพยาบาลที่จังหวัดตาก ไม่ทราบผลการวินิจฉัย ได้ยาแก้ปวดกลับบ้าน ยังมีไข้ ปวดศีรษะ และตาพวามัวตลอด จนต้องลาหยุด ไปทำงานไม่ได้

10 days PTA เดินทางมาอบรมที่กรุงเทพมหานคร ต้องให้เพื่อนขับรถให้เนื่องจากยังปวดศีรษะและมองเห็นไม่ชัด ขณะอบรม รู้สึกขาซ้ายอ่อนแรง เดินแล้วขาซ้ายหนักๆยกขาไม่ขึ้น เดินเท้าซ้ายลากพื้น เสร็จไปด้านซ้าย จนต้องให้เพื่อนช่วยพยุง ขาซ้ายตั้งแต่สะโพกลงไปถึงปลายเท้า แขนทั้งสองข้างไม่อ่อนแรง ไม่มีหน้าเบี้ยว จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งและได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เป็นเวลา 3 วัน

At Primary Hospital

BP153/95 mmHg HR 94 bpm RR 18/min BT 38.0c

Neuro – alert, left facial weakness, dysarthria,

Left pronator drift, Left spastic gait

Motor power: Left upper extremity gr IV+, Left lower extremity gr III, Right extremities gr V all

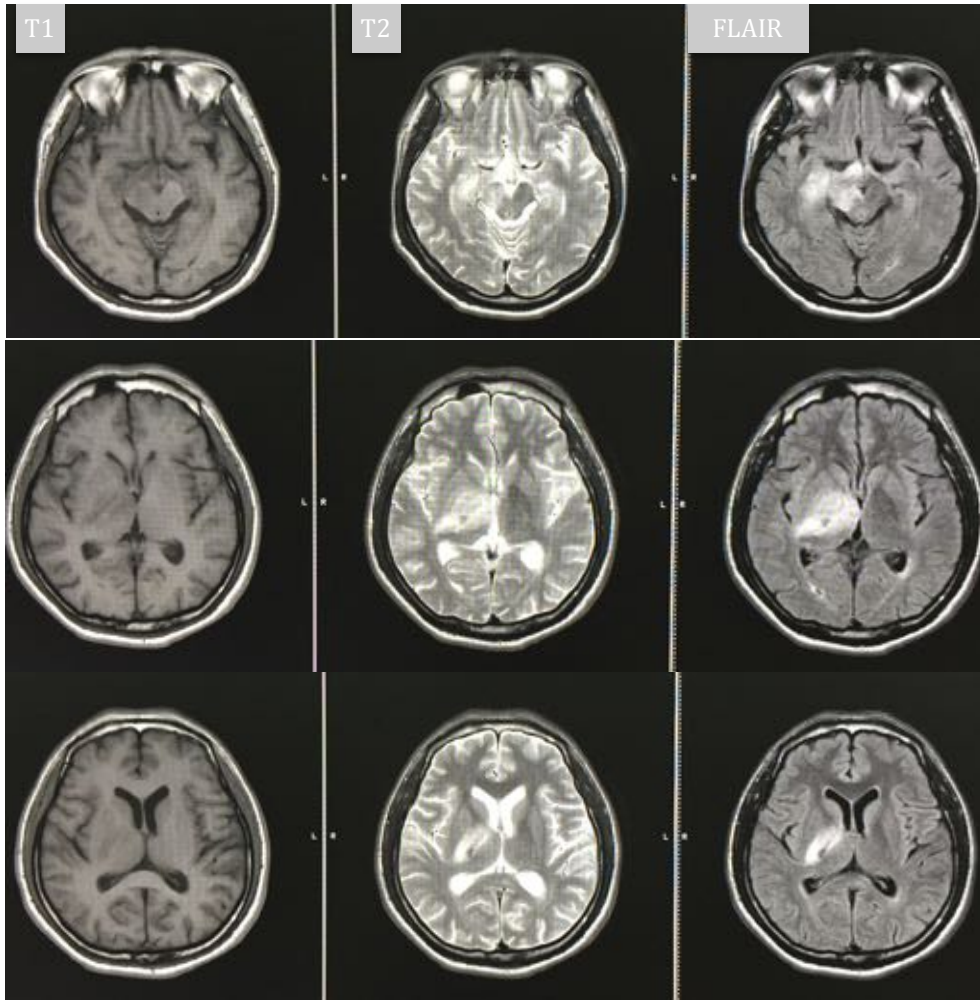
DTR biceps and triceps 2+ both sides, knee jerk 4+ both sides

MRI brain:

- Hyper signal intensity on T2/FLAIR lesions with mild enlargement of the involved structures involving right thalamus, right lentiform nucleus, right corona radiata, posterior limb of right internal capsule, posterior aspect of right insular cortex, right medial temporal lobe and temporal stem, right hypothalamus, right side of midbrain and pons. No restricted diffusion and no definite enhancement.
- Hyperintense T2/FLAIR lesions in right optic tract and right optic chiasm with mild enlargement of right optic chiasm.

MRA Brain: no significant intracerebral a. stenosis





Dx: Suspicious of brain tumor

Rx:

- Depakine Chrono (500) 1 tab po bid pc
- Simvastatin (20) 1 tab po hs
- Discharged and refer to KCMH

3 days PTA หลังจากออกจากโรงพยาบาลยังมีไข้ต่ำๆทุกวัน น้ำหนักตัวลดลงจาก 74→72 kg ในช่วง 2สัปดาห์

อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อ่อนแรงและขาชาซ้าย เท้าๆเดิม แต่ญาติสังเกตว่าซึมลง นอนหลับมากขึ้น พูดถามตอบช้าลง แต่ยังรู้เรื่องทำตามสั่งได้จึงพามาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Past history

History of recurrent left hemiparesis

2 years PTA – อ่อนแรงแขนขาขวาบ่อยๆเป็นมากขึ้นในเวลา 1 เดือน อ่อนแรงมากจนต้องเดินลากขา

ไปโรงพยาบาลที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ทำ CT brain

CT brain (non-contrast): A very poorly-defined, slightly hypodense lesion at subcortical white matter of left high parietal lobe, 1.6x1.3 cm. No shifting of midline structure. Cortical sulci gyri and basal cisterns appear normal.

แพทย์บอกว่าเป็นเส้นเลือดในสมองตีบ ได้ยา ASA, Simvastatin อาการอ่อนแรงเป็นอยู่ประมาณ 1 สัปดาห์

หลังจากนั้นอาการอ่อนแรงหายสนิท กลับไปทำงานได้

1 year PTA - อ่อนแรงซีกซ้ายขึ้นมาทันที ไปโรงพยาบาลที่จังหวัดตาก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเส้นเลือดในสมองตีบ

ให้กินยา ASA, Simvastatin ตามเดิม อาการอ่อนแรงเป็นอยู่นาน 1 เดือน หลังจากนั้นค่อยๆดีขึ้น

กลับมาออกกำลังกายวิ่งได้

ผู้ป่วยหยุดยาเองมา 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เพราะคิดว่าหายเป็นปกติแล้ว

Personal history/social history

ไม่สูบบุหรี่

Social drinking

มีประวัติ unsafe sex ที่เยื้องกลางคืน (ล่าสุด 6 เดือนก่อนมารพ)

ปฏิเสธประวัติการได้รับเลือด การใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเลือด หรือรอยสัก

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา

ปฏิเสธประวัติยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน

ไม่เคยได้รับการผ่าตัด

Physical Examination

A middle age Thai man, alert, well co-operative, not in distress

Vital signs: BP 140/80 mmHg, PR 100 /min, RR 20 /min, BT 39.0 °C

Skin and appendages: no rash, no erythema nodosum, no acneiform eruptions

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no glossitis, no oral ulcer

Lungs: normal chest contour, no accessory respiratory muscle used, equal breath sound both lungs, no adventitious sound

Heart: no jugular vein engorgement, full and regular pulses, apical impulse at 5th ICS/MCL, no heave, no thrill, normal S1S2, no murmur, no gallop

Abdomen: no distension, soft, not tender, no palpable mass, liver cannot be palpated, liver span 10 cm, splenic dullness negative, normoactive bowel sound

Extremities: no edema, no joint swelling/tenderness

Genitalia: no abnormal discharge, no ulcer

Lymph nodes: no superficial lymphadenopathy

Neuro: conscious and oriented

- Cranial nerves:

Pupil 2 mm RTL BE, no RAPD

VA: Right 20/200, Left at least FC at 2 ft.

VF: intact by confrontation test

Fundoscopy: pink optic disc, C/D ratio 0.4, no papilledema, retinal vessels appear normal, no exudate

Incomplete mild ptosis of both eyes

EOM: limited EOM all directions as below

	Right	Left
	10	10
	30 60	30 60
	30	30

Decrease pinprick sensation left side of face, no temporalis m. weakness, no masseter m. weakness

Corneal reflex: Right-intact Left-absent

Jaw jerk reflex: absent

Left facial palsy (UMN type)

Spastic dysarthria

Gag reflex intact both sides

No tongue deviation or fasciculation

- Motor: normal muscle tone, no muscle atrophy or fasciculation

	Right	Left
neck flex/extend	V/V	V/V
deltoid	V	IV
biceps/triceps	V/V	IV/IV
wrist flex/extend	V/V	IV/IV
iliopsoas	V	III

gluteus maximus	V	IV
hip abduct/adduct	V/V	III/III
quadriceps	V	IV
hamstring	V	III
ankle dorsiflex/plantarflex	V/V	III/IV
foot inversion/eversion	V/V	III/III
toe flexion/extension	V/V	III/III
- Reflex:	Right	Left
biceps/triceps	2+	3+
knee/ankle	3+	4+

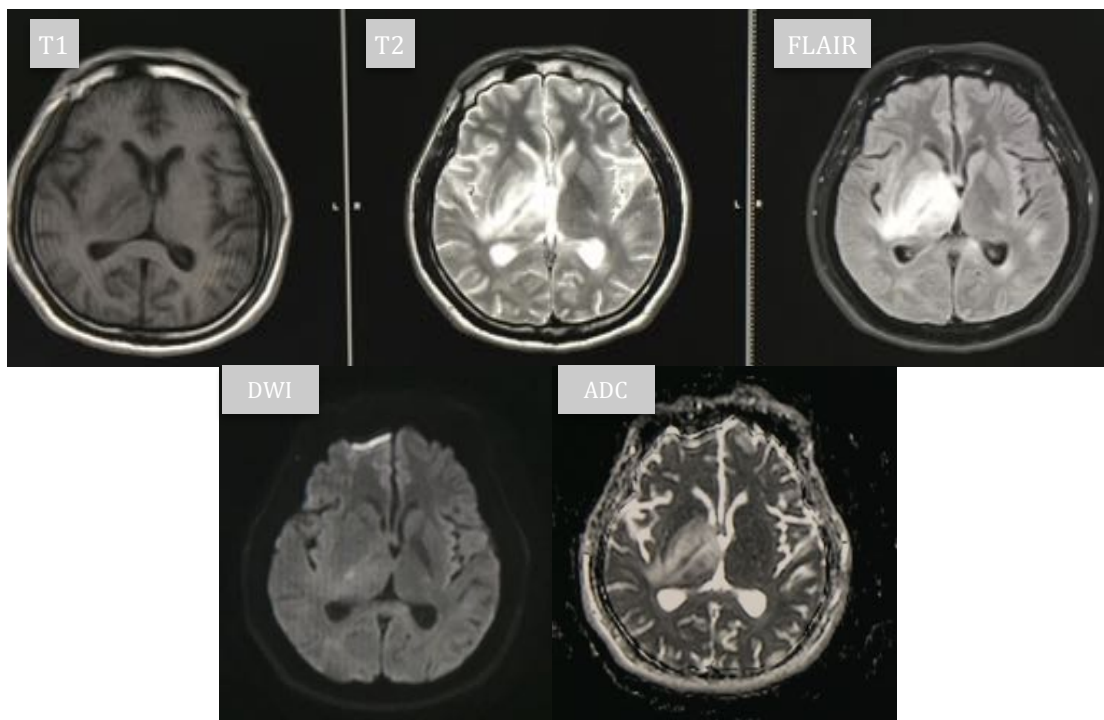
- BBK dorsiflex on left side, neutral on right side

- Sensory: decrease pinprick sensation left side, intact proprioception, and intact vibration sense at all spinous processes

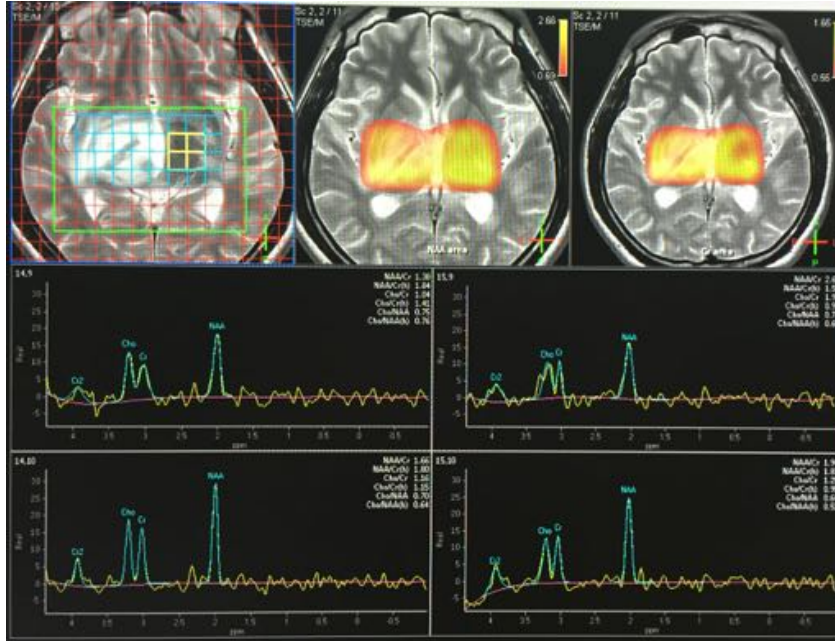
- Cerebellar signs: intact rapid alternating movements both arms and legs, intact finger-to-nose and heel-to-knee both sides, ataxic gait to the left

- Stiff neck: negative

MRI Brain (16 days after the first MRI): Interval increased areas of hyperintense T2/FLAIR lesions at right insulo-temporal lobes and right side of midbrain. Interval developed hyper SI on T2/FLAIR lesions involving subcortical and deep white matter of bilateral parietotemporoccipital lobes, left temporal stem and splenium of corpus callosum without definite enhancement or restricted diffusion.



MR spectroscopy



MR spectroscopy single and multivoxel TE 144 msec placing voxel at the hyperintense T2/FLAIR lesions at right cerebral peduncle show mild increased Choline peak and mild decreased NAA peak. Cho/Cr ratio =1.67 and Cho/NAA =1.28

Investigations

- CBC: Hb 14 g/dL Hct 40.8% MCV 87 fl MCH 30 pg MCHC 34 g/dl RDW 12% WBC 8,910 / μ L N 80% L10% M 7% E 0.1% B 0.1% Platelet 356,000/ μ L
- PT 12.9/12.3 INR 1.06 aPTT 28.7/24.6
- BUN 19 mg/dL Cr 1.04 mg/dL Na 122 mmol/L, K 4.3 mmol/L, Cl 93 mmol/L, HCO₃ 20 mmol/L
- Alb 3.4 g/dL Globulin 4.2 g/dL TB 0.45 mg/dL DB 0.23 mg/dL SGOT 34 U/L SGPT 33 U/L ALP 76 U/L
- LDH 176 mg/dL
- CRP 15.2 mg/L, hs-CRP 71.83 mg/L
- UA: sp.gr. 1.025 protein neg glucose neg WBC 0-1 cell/HPF RBC 0-1 cell/HPF squamous epi 0-1

CSF profile

- Clear CSF, opening pressure 29 cmH₂O, closing pressure 19 cmH₂O
- WBC 65 (PMN 3% Mono 97%)
- Sugar 45(CSF)/97(Serum) Protein 55
- G/S: no organism, C/S: no growth
- AFB: negative, C/S for TB: no growth, PCR for mycobacterium: negative
- Cryptococcal Ag: negative
- EBV viral load: <1000 log<3.0
- Viral panel: HSV1-2, CMV, VZV, EBV, Dengue, JE, John Cunningham virus, HHV6, Tick-borne encephalitis virus, HTLV-1, severe-fever with thrombocytopenia virus, Human parvovirus B19, Chandipura virus: all negative

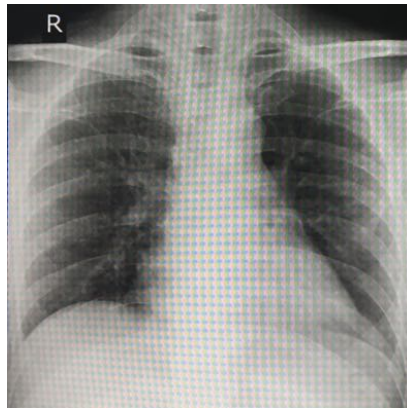
Immunology and Serology

- AntiHIV: negative, AntiHBc: negative, AntiHBs: negative, HBsAg: negative, AntiHCV: negative
- VDRL(RPR): non reactive, Treponemal Ab CMIA for syphilis: non reactive
- ANA <80
- AntidsDNA <100
- ANCA profile: p-ANCA negative, c-ANCA negative
- C3 120 mg/dL (76-171) C4 24 mg/dL (10-40) CH50 25 U/ml (19-40)

Microbiology

- Blood cultures: no growth x 2 specimens

CXR: No demonstrable abnormality



CT Chest & Whole abdomen:

Several right lumbar (paracaval) nodes and ileocolic nodes, size up to 1.1 cm

Few tiny bilateral supraclavicular nodes, size up to 0.6 cm.

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