

Clinicopathological conference

21 เมษายน 2554

อายุรแพทย์ อ.นพ.พิสุทธิ กตเวทิน

รังสีแพทย์ อ.พญ.มนตร์วิฑูมโฆสิต

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 67 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันอยู่จังหวัดกรุงเทพฯ ประวัติได้จากผู้ป่วยและOPD card เชื้อถือได้

Chief complaint: อ่อนเพลียมากขึ้น 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

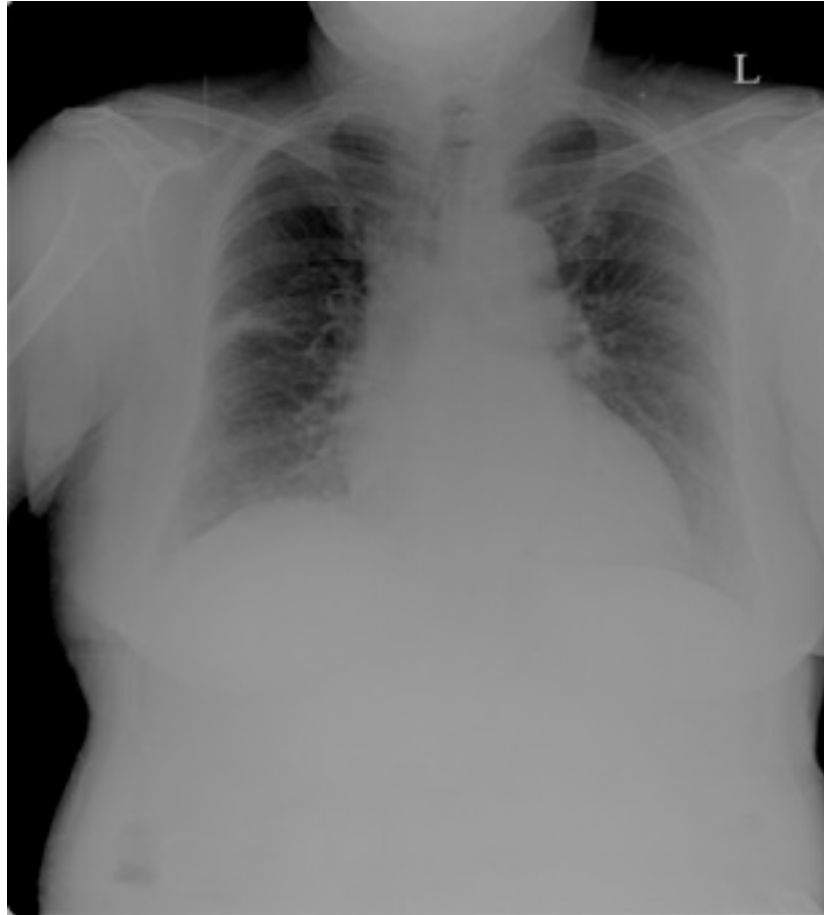
2 เดือน ก่อนมารพ. เริ่มมีไข้ต่ำๆ วัดไข้เองที่บ้านได้ 38°C มักมีไข้ช่วงเย็น เบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนเพลีย ต้องนอนพักมากขึ้น ขาไม่บวม นอนราบได้ ยังทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีปวดตามกล้ามเนื้อ รับประทานยาลดไข้อาการดีขึ้น มีน้ำมูกและหายใจไม่สะดวก คัดจมูกทั้งสองข้าง เสียงแหบ บางครั้งน้ำมูกเป็นเมือกและมีเลือดปน ไม่มีไอมีเสมหะหรือไอเป็นเลือด ไม่มีอาการหายใจเข้าลึกๆ แล้วเจ็บบริเวณชายโครง ปัสสาวะและอุจจาระปกติ

1 เดือน ก่อนมารพ. ยังมีอาการอ่อนเพลียและไข้ต่ำๆ มีคนทักว่าซีด จึงมาตรวจเพิ่มเติมที่รพ.จุฬาฯ BP 140/70 mmHg, BT 38°C, PR 72/min, RR 24/min, SpO2 98%

PE: swelling of both inferior turbinates, no bloody discharge

CBC: wbc 13,280/mm³ (N 74 %, L 15%), Hb 7.6 g/dL, Hct 26 %, MCV 75 fL, RDW 15.9%, platelet 480,000 / mm³, Cr 3.10 mg/dL (เทียบกับผลเมื่อ 1 เดือนก่อน มีค่าเท่ากับ 0.9 mg/dL) และได้ทำการตรวจเพิ่มเติม ดังนี้

Chest X ray : right upper lobe infiltration



Sputum AFB stain : 1 cell/100 oil fields

UA: specific gravity 1.011, blood 4+, protein 2+, wbc 1-2, rbc 10-20

24-hour urine protein: 847.5 mg/ 24 hours, creatinine 37.4 mg, volume 2,500 ml

Ultrasound Doppler of KUB system: Right kidney size is 10.3*4.8 cm, left kidney size is 9.9*4.5 cm.

No evidence of obstructive uropathy.

No renal artery stenosis.

ได้เริ่มรักษาวัณโรคปอดด้วยยา Isoniazid 300 mg , Rifampicin 400 mg และ Ethambutol 400 mg/day และได้เพิ่มยา FBC แต่หลังกินยาแล้วรู้สึกอาการอ่อนเพลียเป็นมากขึ้น มีใจสั่นบางครั้ง แต่ไม่มีเป็นลมหน้ามืดหมดสติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง จึงหยุดกินยาต้านวัณโรคไปเองหลังกินยาได้ 3 วัน

1 สัปดาห์ ก่อนมารพ. ยังมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นเรื่อยๆ น้ำหนักยังลดลงจาก 56 เป็น 54 กิโลกรัม เติ่นระยะทางเท่าเดิมแต่รู้สึกเหนื่อยมากขึ้น ไม่มีแน่นหน้าอก ไม่มีนอนหงอนนอนสูง ไม่มีต้องลุกมาหอบตอนกลางคืน ซ้ำยาสมุนไพรมากินแต่อาการไม่ดีขึ้น สังเกตว่าบริเวณฝ่าเท้า 2 ข้างมีผื่นสีแดงๆคันแต่ไม่เจ็บ ไม่คัน และนิ้วเท้าไม่ซีดหรือเย็น จึงมาตรวจ รพ.จุฬาฯ

น้ำหนักลดลงจาก 60 เป็น 54 กิโลกรัมในเวลา 2 เดือน

Past history :

1. Type 2 DM วินิจฉัยเมื่อ 7 ปี PTA Fasting blood sugar อยู่ในช่วง 120-130 mg/dL, HbA1C 7.5% ตรวจตาเมื่อ 4 เดือนก่อนพบ hypertensive retinopathy, cup:disc ratio 0.5, no pale disc, intact mucosa, flat retina, A:V 1:2, no neovascularization, no diabetic retinopathy UPCI 25.4 mg/g creatinine (4 เดือนก่อนมารพ.)
2. Hypertension, dyslipidemia วินิจฉัยเมื่อ 7 ปีก่อนจากการตรวจสุขภาพประจำปี Old myocardial infarction วินิจฉัยเมื่อ 1 ปีก่อน ตรวจพบจาก EKG EKG: old antero-septal wall myocardial infarction Echocardiography (1 ปีก่อน): LVEF 77%, no regional wall motion abnormality ปฏิเสธผื่นแพ้แสง แผลในปาก และปวดข้อ

Personal and social history:

- ไม่สูบบุหรี่
- ไม่ดื่มเหล้า
- มีประวัติกินยาลูกกลอน 1 สัปดาห์ก่อนมารพ.
- ปฏิเสธการซื้อยาฆ่าเชื้อ และ NSAIDs กินเอง

Current medications:

- glipizide (5) 1*1 po ac เข้า
- metformin (500) 1 tab po pc เข้า, 2 tab po pc เย็น
- prenilol (25) 1*1 po pc เข้า
- ASA(81)1*1 po pc เข้า
- simvastatin (10) 1* 1po hs
- losartan (50) 1*1 po pc
- HCTZ(50) ½ *1 po pc เข้า
- omeprazole (20) 1*1 po ac เข้า

Physical examination:

General appearance: An elderly Thai female patient, looks acutely ill, good consciousness.

Vital sign: BT 38.3°C, BP 145/75 mmHg, PR 74 /min regular, RR 24/min, SpO2 99 %

HEENT: markedly pale, no icteric sclerae, no puffy eye lids, no engorged neck vein.

No OC, OHL.

No palpable breast mass.

LN: no cervical, supraclavicular, axillary lymphadenopathy.

Chest: fine crepitation at right lower lungs, no wheezing, equal breath sounds.

CVS: normal S1S2, no murmurs

Abdomen: soft, no distention, not tender, normoactive bowel sound.

Liver, spleen, and kidneys couldn't be palpated, liver span 10 cm.

fluid thrill and shifting dullness :negative

Extremities: pitting edema 1+ both legs, no clubbing of fingers

Skin: multiple discrete livedo reticularis-like lesions on plantar side of both feet, no tenderness.

No erythematous papules, no purpura.

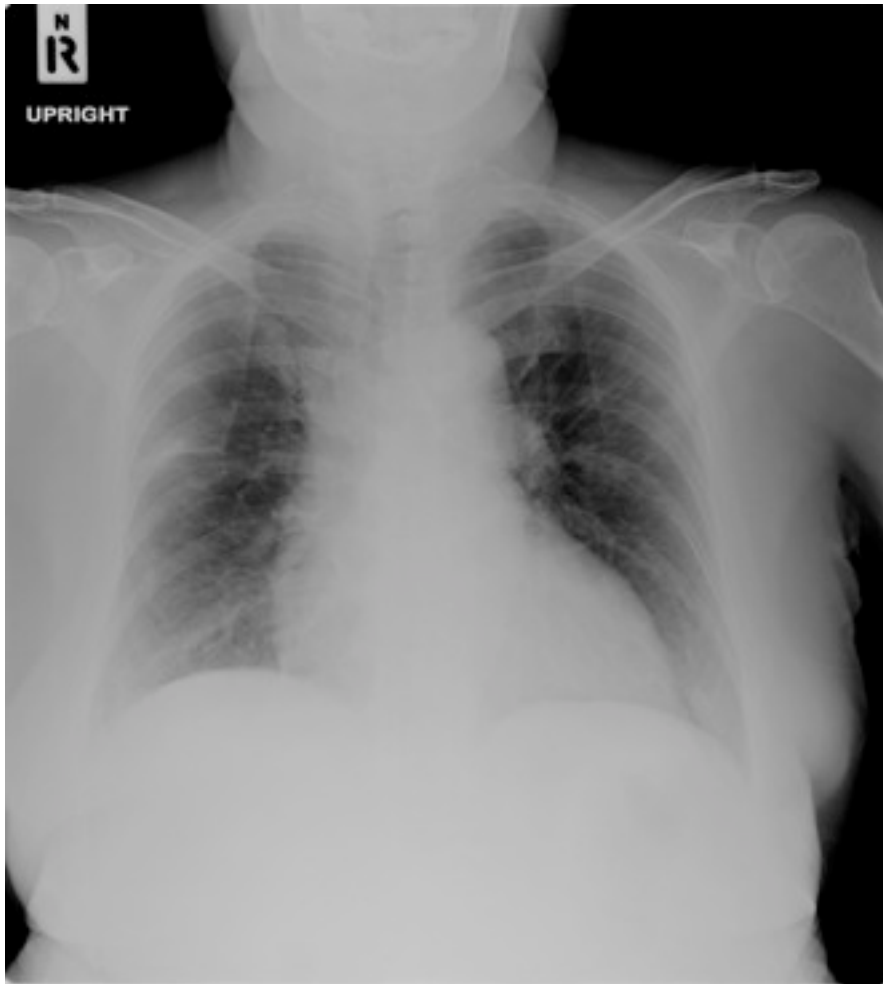
Dorsalis pedis and posterior tibial pulse: intact.

Neuro exam: grossly intact, no stiffneck

Rectal exam : not tender, no fluctuation, yellow feces.

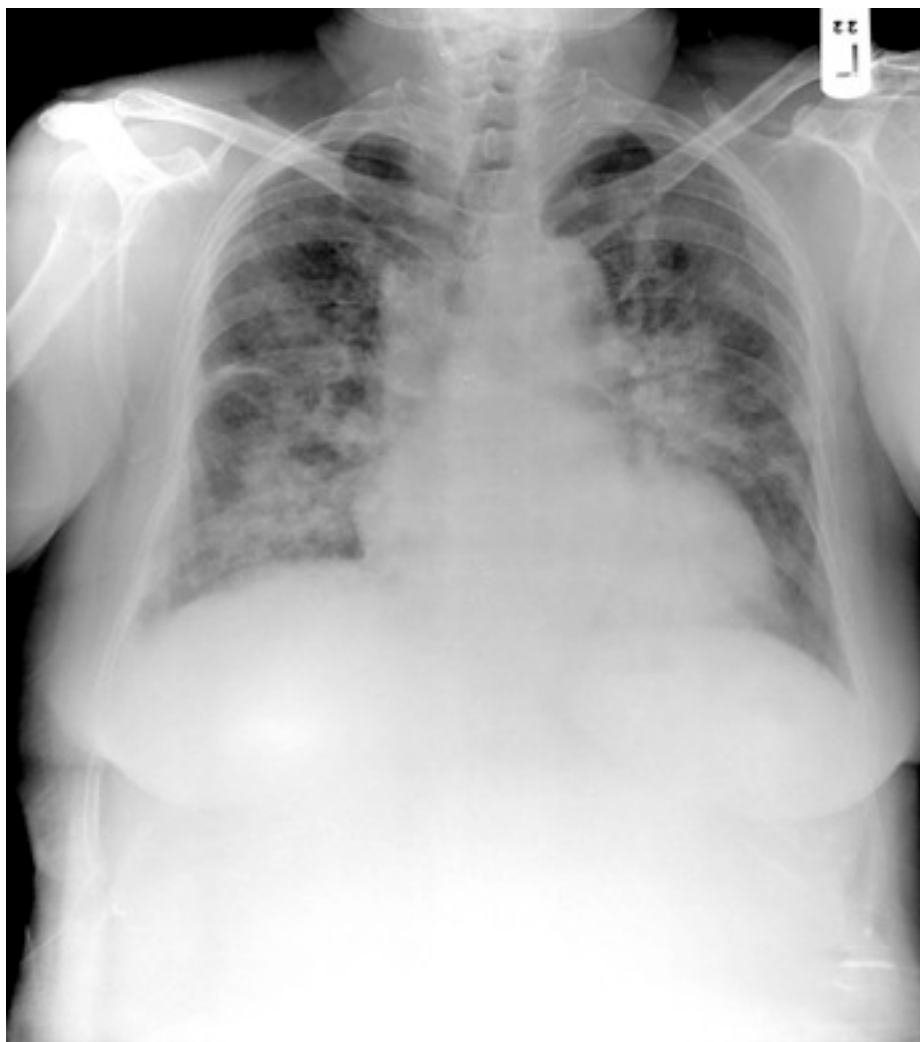
Good sphincter tone.





CXR แรกรับ

หลังจากได้รับการรักษาในรพ.ประมาณ 10 วัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหอบเหนื่อยขึ้นมาทันที ไอมากขึ้น
เสมหะมีเลือดปนเล็กน้อย ABG: pH 7.50, PCO₂ 31.1 mmHg, PO₂ 50.6 mmHg, HCO₃ 24.2 mmol/L,
Spo₂ 88% CXR ดังรูป



CXR on day of admission(DOA) 10

| Date | 5 ปี PTA | 4 ปี PTA | 3 ปี PTA | 2 ปี PTA | 4 เดือน PTA | 1 เดือน PTA | Admission |
|-------------------|----------|-----------|----------|----------|-------------|-------------|-----------|
| Serum Cr (mg/dL) | 1.0 | 0.77 | 1.0 | 1.0 | 0.9 | 3.10 | 3.44 |
| BUN (mg/dl) | - | 5 | 15 | - | - | 30 | 31 |
| UPCI (mg/g Cr) | 139.0 | - | - | 70.96 | 25.4 | - | 847.5 |
| Hb(g/dL)/Hct (%) | - | 11.4/33.3 | - | 11.5/35 | - | 7.6/26 | 7.3/24.1 |
| Platelet | - | 397,000 | - | 312,000 | - | 480,000 | 426,000 |
| White blood cells | - | 13,200 | - | 8,300 | - | 13,280 | 11,500 |
| %PMN | - | 64.4 | - | 55 | - | 74 | 64.1 |

Laboratory investigations:

CBC: Hb 7.3 g/dl, Hct 24.1%, MCV 73.7 fL, RDW 16.1 %

Plt 426,000 /mm³, WBC 11,500/mm³ (N 64.1%, L 19.4%, M 7.8%, Eo 8.2%, Ba 0.5%)

Peripheral blood smear:

-Red cell series: hypochromic microcytic anemia, anisocytosis 2+, poikilocytosis 1+, micropherocyte 2+,

schistocyte: rare, polychromasia 1+, no target cell and tear drop cell.

-White cell series : normal amount, PMN predominant

-Platelet: adequate, normal staining.

BUN 31 mg/dl, Cr 3.44 mg/dl

FBS 114 mg/dl, uric acid 7.5 mg/dl, Ca 8.9 mg/dl, corrected Ca 9.7 mg/dl, phosphate 4.0 mg/dl

Electrolytes: Na 133 mmol/l, K 5.3 mmol/l, Cl 104 mmol/l, HCO₃ 23 mmol/l

CPK 27 U/L

LFT: TB 0.35 mg/dl, DB 0.23 mg/dl, SGOT 25 U/L, SGPT 5 U/L, ALP 121 U/L, albumin 2.9 g/dl

UA: specific gravity 1.010, pH 5.0, protein 1+, glucose : negative, ketone: negative, blood 4+
wbc 0-1, rbc 20-30, squamous epithelium 0-1cell/LPF

24-hour urine protein : volume 2,500 ml, Cr 0.936 g, protein 847.5 mg, Na 175 mmol

Urea nitrogen 4.95 g, CCr 18.9 ml/min

Clot blood spot urine:

- Blood : urea nitrogen 63.1 mg/dl, creatinine 6.4 mg/dl, uric acid 8.5 mg/dl, osmolarity 260mOsmo/K
- Urine: urea nitrogen 207 mg/dl, creatinine 43 mg/dl, uric acid 12 mg/dl, osmolarity 199 mOsmo/K

Serum ferritin 151.1 ng/ml (15-50), serum iron 19 µg/dl, TIBC 307 µg/dl (228-428)

Stool occult blood: negative

Serum morning cortisol 18.8 µg%

FT3 1.09 pg/ml (1.6-4.0), FT4 1.44 ng/dl (0.8-1.8), TSH 2.56 mU/ml (0.3-4.1)

Microbiology

Sputum AFB stain X 3 days: negative

Sputum Wright's , modified AFB stain: no organisms seen

Sputum culture for mycobacterium : pending

Hemoculture*II: no growth

Bronchoscope(BAL) :

- Gross findings: bloody BAL but no progression of reddish color of BAL fluid.

- Gram's, Wright's, AFB, modified AFB stains: no organisms seen.
- Culture for bacteria : no growth
- Culture for mycobacterium and fungus : pending
- PCR for mycobacterium: negative
- Stain for PCP, IFA for PCP: not found
- Cytology : acute inflammatory background, presence of few atypical cells, malignant cells can't be excluded.
- Aspergillus galactomannan antigen: 2.60 (positive sample index ≥ 0.5 , negative sample index < 0.5)



Serology

ANA $\leq 1:80$

Rheumatoid factor 15.8 IU/ml (<15), cryoglobulin: positive

C-reactive protein 24.8 mg/L (<5)

Serum protein electrophoresis: polyclonal gammopathy, gamma zone 31.7% (Ref 11.1-18.8%)

HBsAg: negative, AntiHBs: negative, AntiHBc: negative, AntiHCV: negative

Anti HIV: negative

Direct antiglobulin test : positive 1+, Anti IgG: positive 1+, AntiC3d: negative

Indirect antiglobulin test: negative

CH50 33.1 U/ml (19-40), C3 126 mg/dl (76-171), C4 32.6 mg/dl (10-40)

Imaging:

Ultrasound KUB:

- Normal size and echotexture of both kidneys.
- The sizes of right and left kidneys are about 11.7*4.54 and 10.2*5.6 cm, respectively.
- 2.4*2.7 cm cortical cyst at left upper pole.
- There is no stone, mass, hydronephrosis or perinephric collection.

Histopathology of skin biopsy: The section shows dilated blood vessels in the upper dermis without Vasculopathy. The overlying epidermis is normal.

Diagnosis: telangiectasia

Consult ENT:

Sinuscope: Inferior turbinates swelling 60% both sides, no discharge or pus, normal mucosa, bleeding point not seen.

| Date | DOA1 | DOA2 | DOA3 | DOA4 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Intake (ml) | 1,700 | 1,900 | 1,450 | 1,400 |
| Output(ml) ไม่ได้ยาขับปัสสาวะ | 300 | 1,950 | 1,950 | 1,120 |
| BUN(mg/dl) | 63.1 | 58 | 49 | 53.4 |
| Creatinine(mg/dl) | 6.4 | 5.8 | 5.52 | 6.11 |

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