

Clinicopathological conference

วันที่ 28 พฤศจิกายน 2556

อายุรแพทย์ ศ.นพ. พลภัทร วิจารณ์ครินทร์

รังสีแพทย์ อ.พญ. น้ำผึ้ง นากาคุณอรุณโรจน์

Diagnostician: Concealed Identity

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 33 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพอาจารย์โรงเรียนนานาชาติ

ภูมิลำเนาเดิม จ.ร้อยเอ็ด ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร

ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื้อถือได้

Chief complaint: เหนื่อยมากขึ้น 1 วัน

Present illness:

Status เดิม ผู้ป่วยแข็งแรงดี NYHA FC I

2 years PTA ปวดกระดูกบริเวณขา เดินข้อเท้าทั้งสองข้าง ปวดลึกๆ ตื้อๆ อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทาง ปวดมากขึ้น
ขณะเดิน มีปวดต่อนกลางคืน บางครั้งต้องตื่นนอนเพื่อรับประทานยา paracetamol ปวดแต่ละครั้งนานประมาณ 1
สัปดาห์ ไม่ได้ไปตรวจที่โรงพยาบาล

1.5 years PTA ยังปวดกระดูกขาทั้งสองข้างลักษณะเดิม ปวดทุก 2 - 3 เดือน ไม่มีปวดข้อ ข้อบวม แดง หรือร้อน ข้อชา
paracetamol รับประทานเองเช่นเดิม มีบวมกดบวม บริเวณหน้าแข้งและหลังเท้าทั้งสองข้างเท่าๆ กันเป็นๆ หายๆ บวมมาก
เวลายืนนานๆ ไม่มีหนังตาบวม ท้องไม่โต อวัยวะเพศไม่บวม ไม่เหนื่อย นอนราบได้ ปัสสาวะปริมาณปกติ ไม่มีฟอง

1 year PTA ยังปวดกระดูกขาและขาบวมทั้ง 2 ข้าง เริ่มเหนื่อยขณะออกกำลังกาย ขึ้นบันได 2 ชั้นต้องหยุดพัก ยังทำงานได้ นอน
ราบได้ไม่เหนื่อย ไม่มีลูกหมาขอบเหนื่อยต่อนกลางคืน ไม่ไอ ไม่มีไข้ หายใจเข้าออกลึกๆ ไม่เจ็บหน้าอก มีผื่นนูนแดง ขนาด
ประมาณ 0.5 ซม. ผื่นขึ้นมาใน 1 วัน ที่แขนขาทั้ง 2 ข้าง เท่าๆ กัน ไม่คัน ไม่เจ็บ ไปตรวจรพ.เอกชนด้วยเรื่องผื่น ไม่ทราบ
ผลการตรวจร่างกาย ไม่ทราบการวินิจฉัยเรื่องผื่น มีการตรวจ CXR พบ cardiomegaly จึงตรวจ echocardiogram พบ
pericardial effusion และได้ทำ pericardiocentesis แพทย์แจ้งว่า ไม่พบเซลล์มะเร็ง หรือวัณโรค รับประทานยาเพื่อไม่ทราบ
ชื่อมารับประทาน หลังออกจากโรงพยาบาลผื่นหายดี อาการเหนื่อยดีขึ้น ยังมีขาบวมเล็กน้อย ไปตรวจตามนัด ทำ
CXR แพทย์แจ้งว่าผลปกติ (ไม่มีผล official report)

5 months PTA ขา 2 ข้างบวมมากขึ้น กดบวม บวมตลอดเวลา บวมที่หลังเท้า ข้อเท้า จนถึงต้นขาทั้งสองข้าง บวมมากเวลายืน ท้องโตขึ้น ไม่มีหนังตาบวม เห็นเวลาออกแรง ขึ้นบันได 1 ชั้นต้องหยุดพัก นอนราบได้ไม่เหนื่อย ไม่มีลูกมาหอบเหนื่อยตอนกลางคืน ไม่ไอ ไม่มีไข้ หายใจเข้าออกลึกๆ ไม่เจ็บหน้าอก บัสสาวะปริมาณปกติ ไม่มีบัสสาวะเป็นฟอง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงจาก 42 กิโลกรัม เป็น 38 กิโลกรัมใน 3 เดือน ไปตรวจที่คลินิก เนื่องจากบวมและแน่นท้อง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ได้รับยาลดกรดและยาลดอาการบวมไม่ทราบชื่อมารับประทาน อาการบวมและเหนื่อยไม่ดีขึ้น

3 months PTA หอบเหนื่อยมากขึ้น เดินขึ้นบันได 1 ชั้นไม่ไหว อาบน้ำหรือรับประทานอาหารก็เหนื่อย ไอแห้งๆ เล็กน้อย นอนราบได้ ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีไข้ ขา 2 ข้างบวมมาก กดบวม ท้องโตมากขึ้นอีก จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นอนรักษาในโรงพยาบาล 21 วัน

Data from 1st admission

Physical examination:

Vital signs: BT 36 °C BP 118/81 mmHg pulsus paradoxus 12 mmHg PR 118/min RR 24/min

Skin: No rash

HEENT: No pale conjunctivae, anicteric sclerae, no enlarged thyroid gland

Lymph node: Multiple subcentimeter lymph nodes at bilateral anterior and posterior cervical area, rubbery surface, movable, not tender

Chest: Trachea is in midline, minimal fine crepitation at left lower lung field, no sign of consolidation

CVS: Engorged neck vein, apical beat at 6th ICS 2 cm. lateral to MCL, normal S1, loud and palpable P2, no distant heart sound, no murmur

Abdomen: Soft, not tender, liver and spleen can't be palpated, ascites positive

Extremities: Pitting edema 3+ both legs

Neurological examination: Full consciousness and orientation, CN - intact, motor - grade V all, sensory - intact,

DTR 2+ all, BBK - plantar flexion both, no bowel or bladder dysfunction

Investigations:

CBC: Hb 11.7 g/dl, Hct 36.1% (MCV 69 fl, MCH 22.6 pg, MCHC 32 g/dl, RDW 16%), WBC 15,590/ μ l

(N 67.4%, L 28.6%, M 3.3%, E 0.4%), Platelet 443,000/ μ l

PTT 27.4/27.4, PT 11.6/11.2, INR 1.04

UA: spgr 1.010, pH 6.5, protein negative, glucose negative, blood negative, no RBC, WBC 5-10/HPF

BUN/Cr: 7/0.55 mg/dL

Serum electrolytes: Na 136 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 103 mmol/L, HCO₃ 24 mmol/L

Ca 7.9 mg/dL, PO₄ 3.9 mg/dL, Mg 0.65 mg/dL

LFT: TB 0.23 mg/dL, DB 0.11 mg/dL, TP 5.9 g/dL, Albumin 2.6 g/dL, Globulin 3.3 g/dL, AST/ALT 16/20 U/L,
ALP 88 U/L

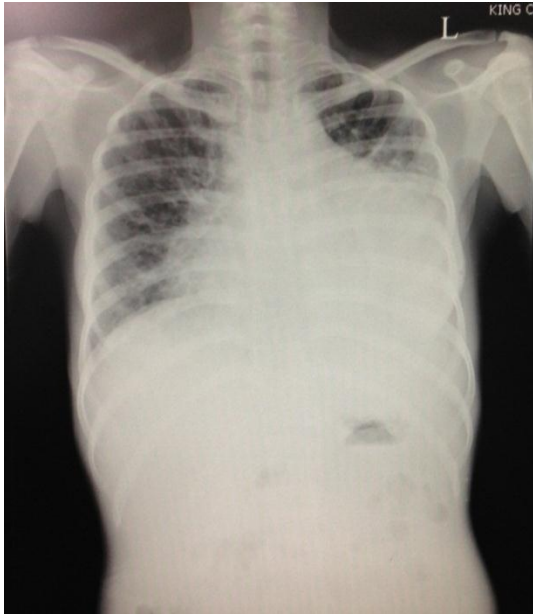
Anti-HIV: Negative

ESR 19 mm/hr

ANA 1:80, speckle type, anti-dsDNA < 100 IU/ml

FT4: 0.82 (0.8 - 1.8) ng/dL, FT3: 2 (1.6 - 4) ng/dL, TSH: 6.5 (0.3 - 4.1) mIU/L

H/C for mycobacteria: No *Mycobacterium* spp. Isolated



CXR: Marked cardiomegaly, bilateral infiltration both lungs, ankylosis of T11 - 12 without clearly identified endplate



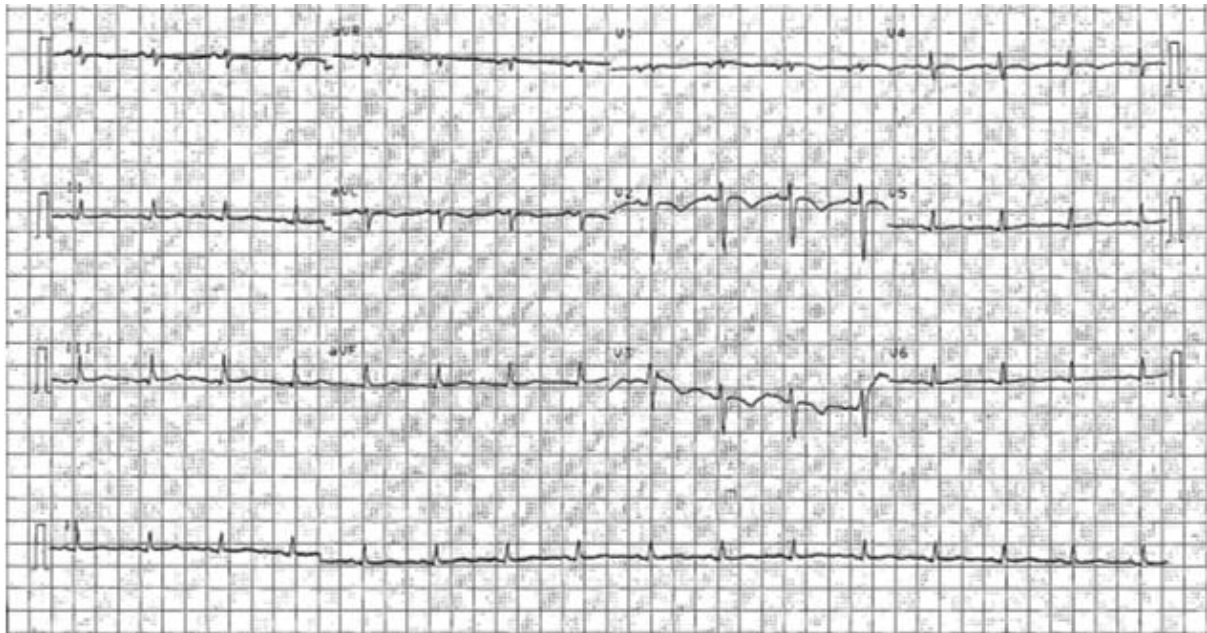
T-L spine AP and lateral: Decrease disc space of T10 - 11, wedge shape collapse T11, fuse T11 - 12 disc space



MRI L-S spine:

- Butterfly vertebra at T11 with fusion of left - sided T11 with T12 body causing effacement of bilateral T10/11 and T11/12 neural foramina, more severe on the right and mild kyphotic angulation at T11/12
- Diffused decreased T1 signal of the vertebral bodies with mild enhancement, probably marrow conversion
- Anteroinferior endplates of L1-3 levels shows sclerotic change surrounding with edema, representing degenerative change
- Degenerative L5/S1 disc with posterior central disc herniation without nerve root compression
- Bilateral pleural effusion accompany with cardiomegaly

EKG 12 leads:



Echocardiogram: Massive pericardial effusion with early tamponade physiology, size of pericardial effusion is 4.7 cm. from posterior wall, 3 cm. from anterior wall

Pericardiocentesis: Clear, yellow fluid 1,085 ml

Pericardial fluid analysis:

- WBC 32/ μ L (PMN 19%, Mononuclear cells 81%), RBC 100/ μ L

- Protein 3.7 g/dl, glucose 90 mg/dl

- Gram stain: no organism

- AFB: negative, mAFB: negative, Wright stain: no organism

- Cytology: mononuclear inflammatory cells background, reactive mesothelial hyperplasia, negative for malignant cell

Pericardiectomy with pleuropericardial window

Pericardial biopsy:

- Microscopic examination: Sections demonstrate pieces of fibro-fatty connective tissue with focal mesothelial lining
- The pericardial adipose tissue show diffuse patchy infiltration of mixed inflammatory cells mainly lymphoplasmic cells and large amount of histiocytes, some foamy and some not foamy macrophages, which not infrequently form Touton giant cells
- The lesion involves solely pericardial fibroadipose tissue but not involve the fibrous plate
- Fat necrosis are also noted, with infiltration of macrophages into degenerated adipocytes
- No vasculitis is seen. No Hematoxylin body is present. No granuloma or malignancy is observed
- Pericardium tissue PCR for *M. tuberculosis* complex: pending
- Pericardium tissue C/S for mycobacteria: pending

Bronchoscopy with BAL:

- WBC 167/ μ L (PMN 31%, Mononuclear cells 69%), RBC 1,400/ μ L
- Gram stain: no organism, aerobic C/S: no growth
- AFB: negative, mAFB: negative, Wright stain: no organism
- PCR for *M. tuberculosis* complex: negative, mycobacterial C/S: no growth
- Cytology: negative for malignancy

1st Admission diagnosis: Presumptive disseminated *M. tuberculosis* infection (pericardium, lung, spine)

Treatment:

- Isoniazid 300 mg/d
- Rifampicin 450 mg/d

- Ethambutol 600 mg/d

- Pyrazinamide 1,000 mg/d

- Vitamin B6 50 mg/d

2 months PTA หลังจากออกจากโรงพยาบาล รับประทานยารักษาวัดโรคสม่ำเสมอ ยังมีอาการปวดขาและขาบวม 2 ข้าง เล็กน้อย อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น เดินไปมาในบ้านได้ นอนราบได้ ไม่มีตื่นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีไข้

2 weeks PTA มีไข้ไม่หนาวสั่นตอนเย็นทุกวัน วัดปรอทได้ 37.9 – 38.3 °C ต่อมาเริ่มบวมมากขึ้น โดยบวมที่หลังเท้า 2

ข้าง ลามมาที่หน้าแข้ง บวมมากขึ้นเวลานั่งห้อยขา ท้องโตขึ้น เบื่ออาหาร น้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 35 กิโลกรัม เป็น 40 กิโลกรัม ในช่วง 2 เดือน ปัสสาวะปริมาณปกติ ไม่มีฟองหรือมีเลือดปน อุจจาระปกติ ไม่มีไอ

10 days PTA เหนื่อยมากขึ้น เดินไปเข้าห้องน้ำเองไม่ไหวต้องให้คนช่วยพยุง ไอคิวลดลง นอนราบ ไอน้ำเสมหะสีขาว ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีหายใจเข้าแล้วเจ็บหน้าอก ยังมีไข้ทุกวัน

-1 day PTA หอบเหนื่อยมาก แขนงเฉยๆก็เหนื่อย นอนราบไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาลฉุกเฉิน

Past history:

ปฏิเสธโรคประจำตัว

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

ปฏิเสธประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคหรือไอเรื้อรัง

ปฏิเสธประวัติการใช้ยาสมุนไพร

Social and personal history:

ปฏิเสธประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติด

ปฏิเสธประวัติเสี่ยงต่อโรคเอดส์

LMP 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปริมาณปกติ มาสม่ำเสมอทุกเดือน

Family history:

บิดาและมารดาและพี่น้อง 2 คน แข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวในครอบครัว

Physical examination:

General appearance: A middle-aged Thai female patient, look chronically ill, well co-operative

Vital signs: BP 137/85 mmHg pulsus paradoxus 6 mmHg, BT 38.5 °C, PR 80 /min and regular, RR 28/min

Skin: No malar rash, no discoid rash, no photosensitivity rash, concha sign negative, no sign of chronic liver disease

HEENT: Mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no puffy eyelids, normal pharynx and tonsils, no oral thrush, no oral ulcer, no enlarged thyroid gland

Lymph node: Multiple subcentimeter lymph nodes at bilateral anterior and posterior cervical area, rubbery surface, movable, not tender

Chest: Equal chest movement, no chest wall deformity, dyspnea, accessory muscle used, trachea is in midline, vesicular breath sound both lungs, minimal fine crepitation right lower lung field, egophony negative, equal tactile fremitus and vocal resonance, no wheezing or rhonchi

CVS: JVP 3 cm. above sternal angle, no giant V wave, no rapid X or Y descent, Kussmaul's sign negative, apical impulse at 5th ICS, MCL, no LV heave, no thrill, normal S1 S2, no gallop, no murmur, no pericardial friction rub, no pericardial knock

Abdomen: Marked distension, no superficial vein dilatation, active bowel sound, soft, not tender, fluid thrill positive, shifting dullness positive, liver and spleen can't be palpated, no splenic dullness

PR: Yellow feces, no mass

Extremities: Pitting edema 4+ both legs up to both thighs, no digital pitting scar, no digital gangrene, no joint swelling, no joint pain

Neurological examination: Full consciousness and orientation

Cranial nerve:

CN II: Pupil 3.0 mm RTL BE, pink fundus, macular dull reflex, no hemorrhage, RAPD negative

Fundoscopy: Normal fundi, no papilledema, sharp optic discs, normal retinal artery-to-vein ratio

CN III/IV/VI: Full EOM

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

Normal corneal reflex

CN VII: No facial weakness

CN VIII: No nystagmus

CN IX/X: Normal gag reflex, uvula is in midline

CN XI, XII: intact

Motor: Normal muscle volume and muscle tone, muscle power grade V all

Sensory: Intact pinprick sensation, intact proprioception both feet

Deep tendon reflex: 2+ all

BBK: Plantar flexion response both sides, Clonus: negative

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

Cerebellar signs: Finger to nose, heel to knee are intact, no dysdiadokokinesia, normal gait

Laboratory investigations

CBC: Hb 8.9 g/dl, Hct 27% (MCV 70.5 fl, MCH 23.2 pg, MCHC 33 g/dl, RDW 23.3%), WBC 6,910/ μ l (N 71.4%,

L 25% M 2.9% Eo 0.6%), Platelet 275,000/ μ l

PTT 26.7/27.4, PT 10.9/11.2, INR 0.89

UA: Hazy sp.gr.1.005, pH 7.0, protein negative, glucose negative, blood negative, no RBC, WBC 0-1/HPF, squamous cell 0-1/HPF

BUN/Cr: 7/0.3 mg/dL

Serum electrolytes: Na 134 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 104 mmol/L, HCO₃ 24 mmol/L

Ca 9 mg/dL, PO₄ 2.2 mg/dL, Mg 0.6 mg/dL, Uric acid 4.1 mg/dL, LDH 332 U/L

24-hour urine protein: 28 mg/d

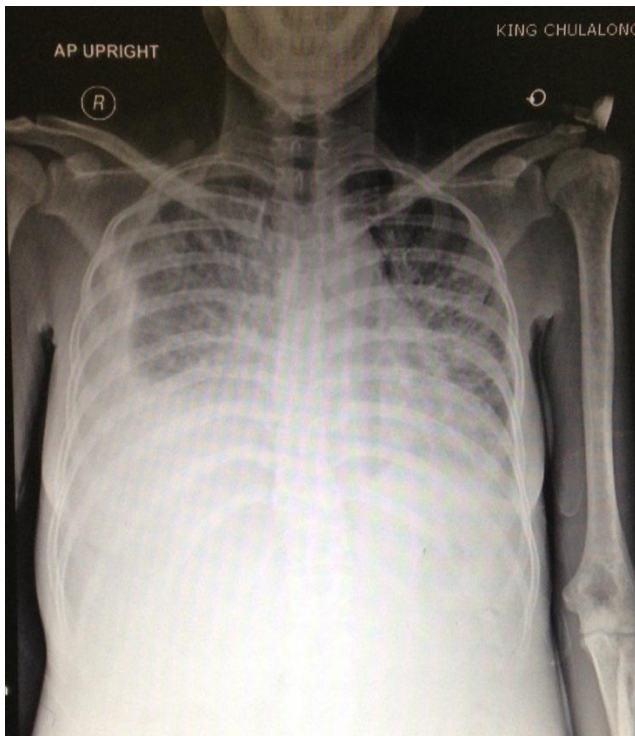
CrCl: 168 mL/min

LFT: TB/DB 1.01/0.91 mg/dL, TP 5 g/dL, Albumin 1.6 g/dL, Globulin 3.4 g/dL, AST/ALT 15/9 U/L, ALP 150 U/L

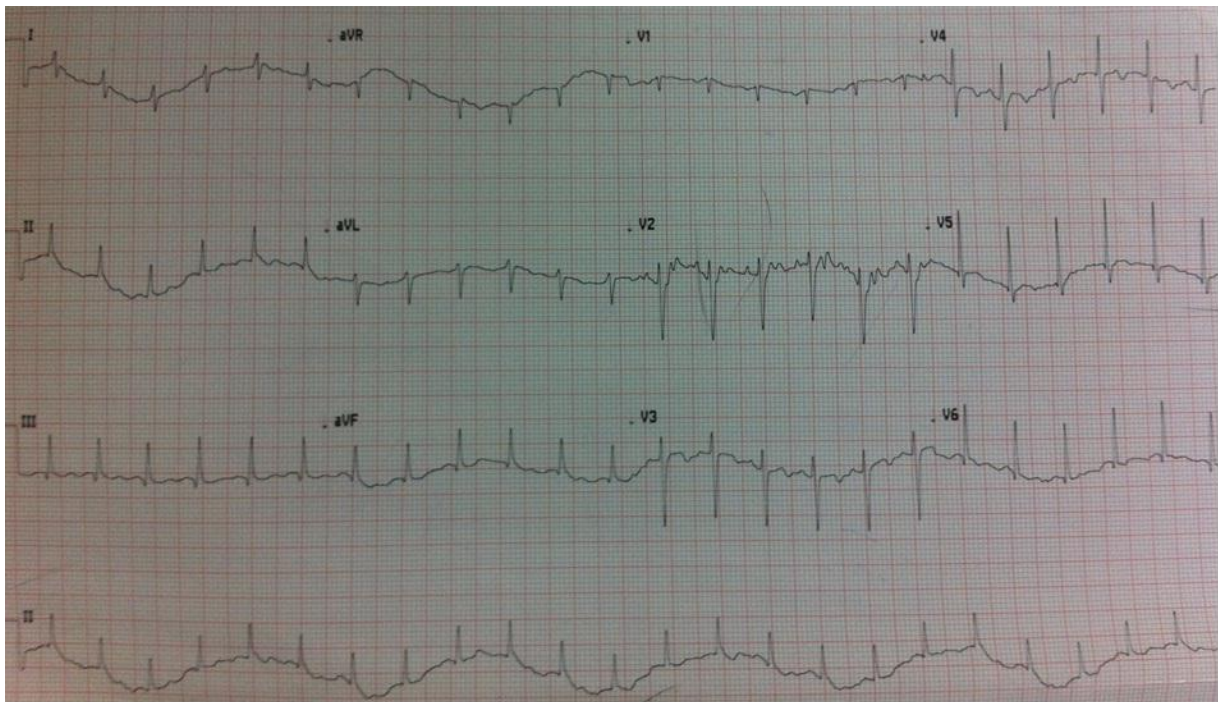
HBsAg: Negative, anti-HBs: Positive, anti – HBc: Positive, anti – HCV: Negative

ANA 1:80 speckle type, anti-dsDNA < 100 IU/ml

CXR



EKG 12 leads



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