Clinicopathological conference

วันที่ 20 มีนาคม 2557

อายุรแพทย์ พญ. ลลิตา วัฒนะจรรยา

รังสีแพทย์ พญ. เกวลี ศศิวิมลพันธุ์

Diagnostician: Concealed Identity

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน

ภูมิลำเนาเดิม จ.ชุมพร ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร

ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief complaint: ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ 3 เดือน

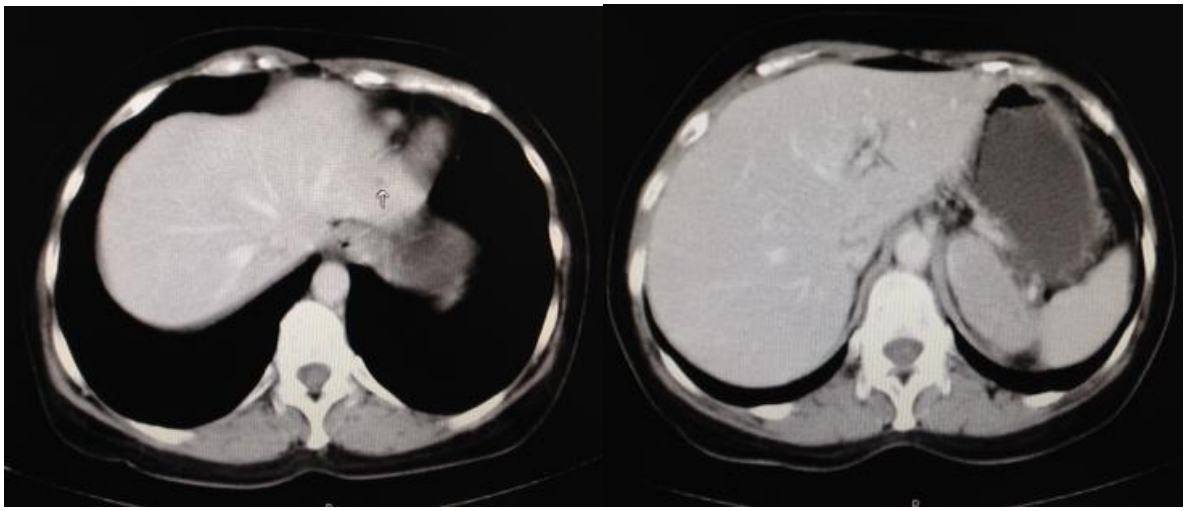
Present illness:

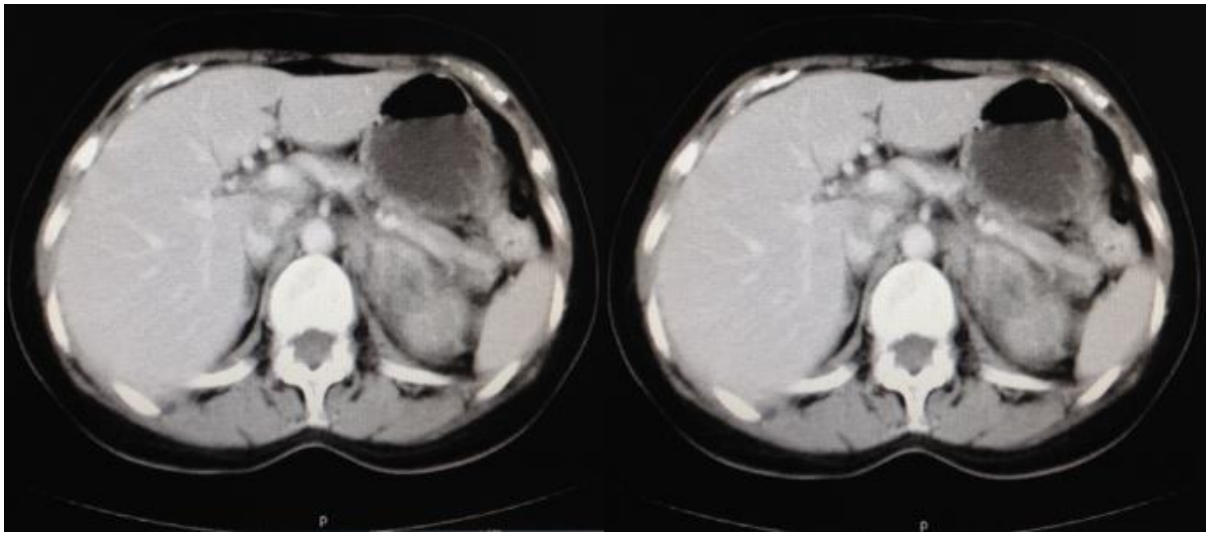
Status เดิม ผู้ป่วยแข็งแรงดี

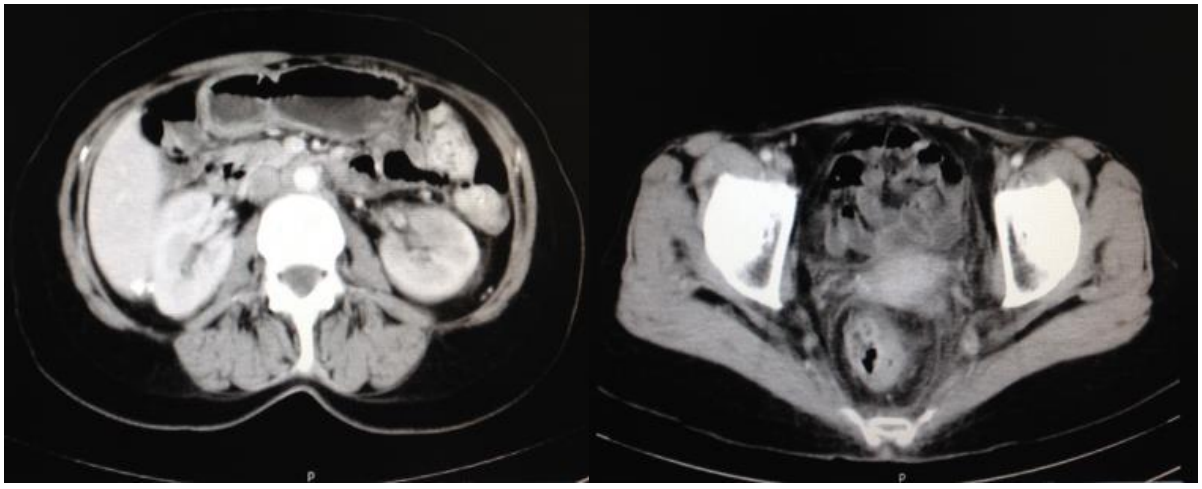
-3 months PTA ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ลักษณะการปวดเป็นแบบจุกแน่น ร้าวไปกลางหลังและร้าวไปกระบักซ้าย อาการปวดค่อยๆเป็นขึ้นมา อาการปวดเป็นอยู่ตลอดเวลา ไม่มีช่วงที่ดีขึ้น มักจะมีอาการปวดช่วงเย็นถึงกลางคืน ขณะนั่งและนอนอาการปวดไม่ต่างกัน นอนหงายจะปวดมากกว่านอนตะแคง นอนตะแคงซ้ายและขวาอาการปวดไม่แตกต่างกัน ไม่เคยปวดท้องจนต้องตื่นขึ้นมากลางดึก อาการปวดท้องไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีอาการกลืนอาหารลำบาก มีคลื่นไส้และอาเจียนเป็นอาหารที่รับประทานเล็กน้อย มีท้องผูก ปกติถ่ายอุจจาระทุกวันเป็นถ่ายอุจจาระทุก 2-3 วัน ไม่มีท้องเสีย ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด รู้สึกตัวร้อนตอนกลางคืน 2-3 คืนต่อสัปดาห์ ไม่ได้วัดปรอท ไม่หนาวสั่น มีเหงื่อออกตอนกลางคืนร่วมด้วย

-1 months PTA อาการปวดท้องไม่ดีขึ้น มีอาการอ่อนเพลียร่วมด้วย ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้ยาลดกรดมารับประทานนาน 2 สัปดาห์ ปวดท้องไม่ดีขึ้น จึงไปตรวจซ้ำ ได้ทำ esophagogastroduodenoscopy ผล normal esophagus, antral gastritis, normal duodenum หลังจากนั้นได้ทำ CT whole abdomen

CT abdomen:







-The study shows normal in size and attenuation of the liver. No space taking lesion, intra or extrahepatic bile duct dilatation is identified. There are multiple small calcifications at the right lobe, posteroinferior segment.

-Gall bladder is well distended without thicken wall or stone.

-Pancreas and spleen appear normal.

-Both kidneys are normal in size and attenuation. No left nephrosis or stone. Moderately-dilated right pelvicalyceal system and right proximal ureter. No demonstrable cause of obstruction.

-No free fluid or mass. The visualized bowel loops are unremarkable.

-No enlarged node. Bladder and uterus are normal.

-Both basal lungs are clear.

-A large 3.6 x 6.4 cm. left adrenal mass. Density 28-43 HU, to post contrast 50-60 HU

Impression: Multiple small calcifications at the posteroinferior segment of the right lobe of liver. Old granulomas are considered.

-Moderate right hydronephrosis and proximal hydroureter, without demonstrable cause of the partial obstruction.

-A large 3.6 x 6.4 cm. left adrenal mass with mild enhancement, differential diagnosis are adenoma, metastasis.

-2 weeks PTA แพทย์นัดฟังผล CT abdomen ยังปวดท้องลิ้นปี่ลักษณะเดิม มีไข้ตอนเย็นตลอด และอ่อนเพลียมาก จึงนอนรักษาในโรงพยาบาลเดิม 13 วัน ระหว่างที่นอนโรงพยาบาลใกล้บ้าน มีไข้ 38°-39° C ทุกวัน ได้รับการรักษาด้วย Levofloxacin IV 8 วัน อาการปวดท้องลดลง แต่ยังมีไข้ จึงส่งผู้ป่วยรักษาต่อโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ น้ำหนักลดลงจาก 65 กิโลกรัมเป็น 48 กิโลกรัมในช่วง 3 เดือนนี้

Past history:

-โรคประจำตัว cervical cancer stage IIB วินิจฉัยมา 4 ปี ไปตรวจด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ ตรวจ cervical tissue biopsy ผล

Gross examination: A rubbery gray-white irregular tissue, measuring 1.2 x 0.8 x 0.5 cm.

Microscopic examination: Section of the cervical tissue reveals full thickness involvement of epithelium by malignant cells with infiltrating irregular nests and clusters of neoplastic squamous epithelium in the beneath stroma. The malignant cells are polygonal with eosinophilic cytoplasm and prominent cellular membranes. The nuclei are pleomorphic with coarse clumped chromatin. Atypical mitotic figures are seen. There are desmoplastic reaction and inflammatory infiltration surrounding neoplastic nests. Lymphovascular invasion is also observed.

Diagnosis: Nonkeratinizing squamous cell carcinoma, presence of lymphovascular invasion

รักษาโดย concurrent chemoradiation therapy (cisplatin IV q3weeks x 3 cycles) และ brachytherapy Ir192 x 5, ครั้งสุดท้าย 22 มิถุนายน 2553 หลังรักษาไปตรวจติดตามสม่ำเสมอ ไม่มีเลือดออกหรือตกขาวผิดปกติ ตรวจติดตามครั้งสุดท้าย 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผลตรวจภายในและ pap smear ปกติ

-ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

-ปฏิเสธประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคหรือไอเรื้อรัง

-ปฏิเสธประวัติการใช้ยาสมุนไพร

Social and personal history:

-ปฏิเสธประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติด

-ปฏิเสธประวัติเสี่ยงต่อโรคเอดส์

Gynecologic history:

-Para 2-0-1-2 last 26 years.

-Menopause 50 years.

Family history:

-ปฏิเสธโรคประจำตัว รวมทั้งโรคมะเร็งในครอบครัว

Review of systems

-ทั่วไป: รับประทานอาหารได้ลดลง น้ำหนักลดลง 17 กิโลกรัมใน 3 เดือน อ่อนเพลีย มีไข้ไม่หนาวสั่นทุกวันตอนเย็น

-ผิวหนัง: ไม่มีผื่น เล็บปกติ ไม่เคยป่วยเป็นโรคผิวหนัง

-ศีรษะ: ไม่มีอุบัติเหตุที่ศีรษะ ไม่มีก้อนนูน ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีผมร่วง

-ตา: มองเห็นชัด ไม่มีตามัว ไม่เห็นภาพซ้อน ไม่เคยเป็นต้อกระจกหรือต้อเนื้อ ไม่มีตาเหลืองหรือตาแดง ไม่มีตาโปน หลับตาสนิทดี

-หู: ได้ยินชัดเท่ากันสองข้าง ไม่มีหูอื้อ ไม่มีน้ำเหลืองไหลจากหู ไม่มีเวียนศีรษะ

-จมูก: รับกลิ่นปกติ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่เป็นไซนัสอักเสบ

-ช่องปาก: ไม่มีฟันผุ ไม่มีแผลในปาก ไม่มีกลิ่นปาก

-คอ: ไม่เจ็บคอ ไม่มีเสมหะในคอ เสียงไม่แหบ ไม่มีก้อนผิดปกติ

-ต่อมน้ำเหลือง: ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

-เต้านม: ไม่มีก้อนที่เต้านม ไม่ปวดเต้านม ไม่คัดเต้านม ไม่มีสารคัดหลั่งผิดปกติจากเต้านม ไม่เคยผ่าตัดเต้านม

-ระบบหายใจ: หายใจสะดวก หายใจไม่มีเสียงดัง ไม่หอบเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีเสมหะ

-ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตปกติ มีเหนื่อยตอนออกแรง พักแล้วดีขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อยขณะนอนราบ ไม่เคยต้องลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน ไม่มีแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่น ไม่มีมือเท้าเขียว

-ระบบทางเดินอาหาร: ปวดจุกแน่นลิ้นปี่มาสามเดือน อาการปวดไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย ไม่มีตาเหลืองตัวเหลือง ท้องผูกบ่อย ไม่มีท้องเสีย ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ผายลมได้ปกติ ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง

-ทางเดินปัสสาวะ: ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่ปวดหลัง ปริมาณและสีปัสสาวะปกติ ไม่เคยมีก้อนนิ่วออกมาขณะปัสสาวะ

-ระบบอวัยวะเพศ: ไม่มีแผลที่อวัยวะเพศ ไม่มีตกขาวหรือเลือดออกผิดปกติ เริ่มมีประจำเดือนอายุ 15 ปี ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ไม่เคยแท้ง

-แขนขา: แขนขาไม่บวม ไม่ปวดข้อ ไม่มีแผล

-ระบบประสาท: ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีหน้าเบี้ยว พูดได้ปกติ ไม่มีชา

-ระบบโลหิต: ไม่เคยมีเลือดออกหยุดยาก มีอาการซีด เคยได้รับเลือดขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเมื่อหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

-ระบบต่อมไร้ท่อ: ไม่มีคอโต ไม่มีอาการขี้ร้อน ใจสั่น หรือเหงื่อออกมาก ไม่มีอาการเฉื่อยชา บวม ฉุ หรือขี้หนาว ไม่มีดื่มน้ำมาก ไม่มีปัสสาวะมากผิดปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่เคยรับประทานยาชุด หรือยาสเตียรอยด์

-ระบบภูมิคุ้มกัน: มีไข้เรื้อรังมาสามเดือน ไม่มีท้องเสียเรื้อรัง ไม่มีผื่นงูสวัด

Physical examination:

Ht 157 cm. BW 50.5 kg. BMI 20.49 kg/m^2

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

Vital signs: BP 102/64 mmHg BT 38.5 °C PR 100 /min, regular RR 20/min

Skin: No rash, no sign of chronic liver disease, no moon face, no purplish striae, no supraclavicular fatpad, no dorsocervical fatpad, no hyperpigment lesion

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

Lymph node: Can't be palpated

Breast: No mass, no nipple discharge

Chest: Equal chest movement, no chest wall deformity, trachea is in midline, vesicular breath sound both lungs, no adventitious sound, egophony negative, equal tactile fremitus and vocal resonance

CVS: JVP 3 cm. above sternal angle, apical impulse at 5^{th} ICS, MCL, no LV heave, no thrill, normal S1 S2, no gallop

Abdomen: Mild distension, no superficial vein dilatation, no truncal obesity, active bowel sound, soft, not tender, fluid thrill negative, shifting dullness negative, liver and spleen can't be palpated, no splenic dullness, no mass

PR: Yellow feces, no mass

PV:

MIUB - Normal

Vagina - Atrophic mucosa

Cervix – Clean, os close, no mass, no lesion

Uterus – Normal size

Adnexa – Free, no mass

RV - Smooth

Extremities: No edema, 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 signs: no stiff neck, negative Kernig's sign

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

Laboratory investigations

CBC: Hb 7.1 g/dl, Hct 22.4% (MCV 83.5 fl, MCH 26.6 pg, MCHC 31.9 g/dl, RDW 14.7%), WBC 41,660/μl

(N 92.8%, L 3.1% M 2.7% Eo 0.3%), Platelet 730,000/μl

Reticulocyte count: 2.9% (79,000/μl)

Direct antiglobulin test: weakly positive, Indirect antiglobulin test: weakly positive

UA: Hazy sp.gr.1.013, pH 5.5, protein 1+, glucose negative, blood negative, RBC 0-1/HPF, WBC 2-3/HPF, squamous cell 0-1/HPF

BUN/Cr: 8/0.9 mg/dL

FBG 79 mg/dl

Serum electrolytes: Na 121 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 88 mmol/L, HCO_3 21 mmol/L

Serum osmolarity: 255 mOsmo/K

Urine Na: 7 mEq/l

Ca 9.28 mg/dL, PO4 3.2 mg/dL, LDH 221 U/L

LFT: TB/DB 2.22/1.71 mg/dL, TP 3.2 g/dL, Albumin 2.9 g/dL, Globulin 4.2 g/dL, AST/ALT 44/19 U/L, ALP 572 U/L, GGT 152 U/L

Anti HIV: Negative

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

Serum cortisol 8.00 AM: 35.4 ug%

TFT: FT4 1.09 ng/dl, FT3 0.94 pg/ml, TSH 5.12 uIU/ml

24hrs urine volume: 1,740 ml

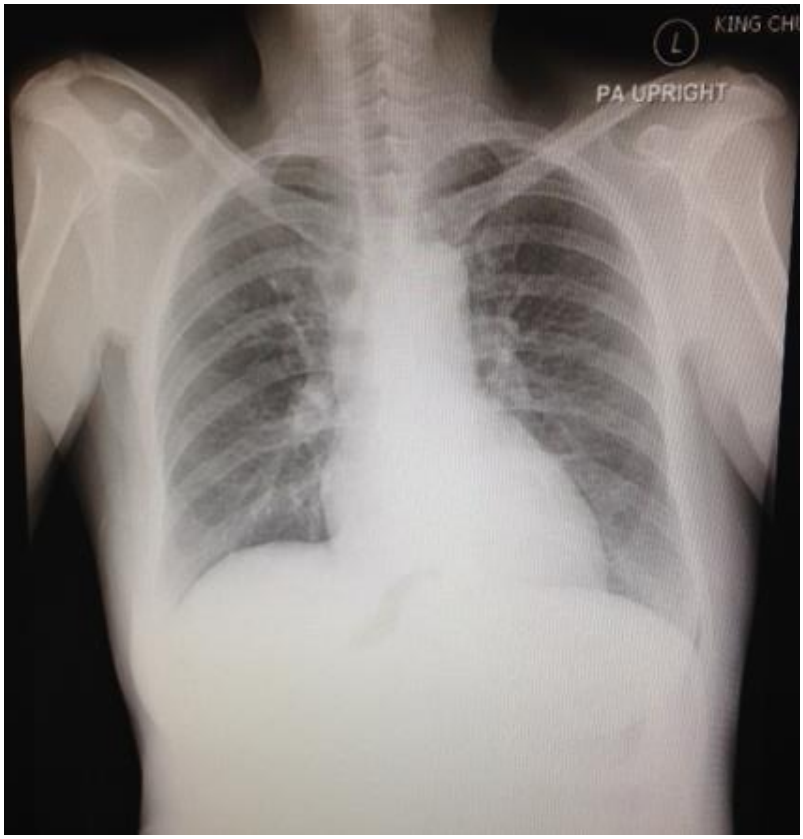
Urinary metanephrine; 115.41 μg/24hrs (52-341)

Urinary normetanephrine: 317.78 μg/24hrs (88-444)

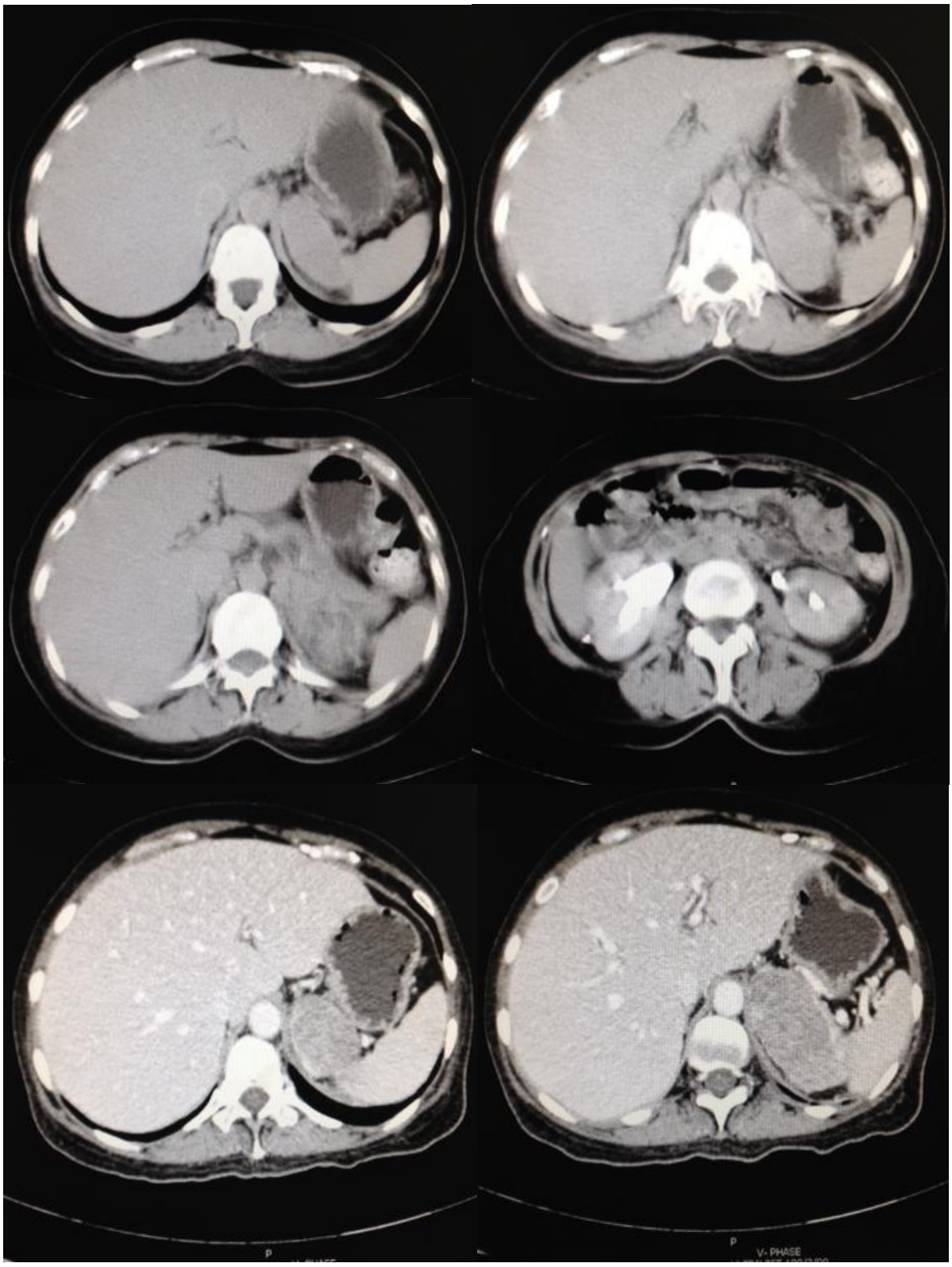
Urine creatinine: 34.7 mg/dl

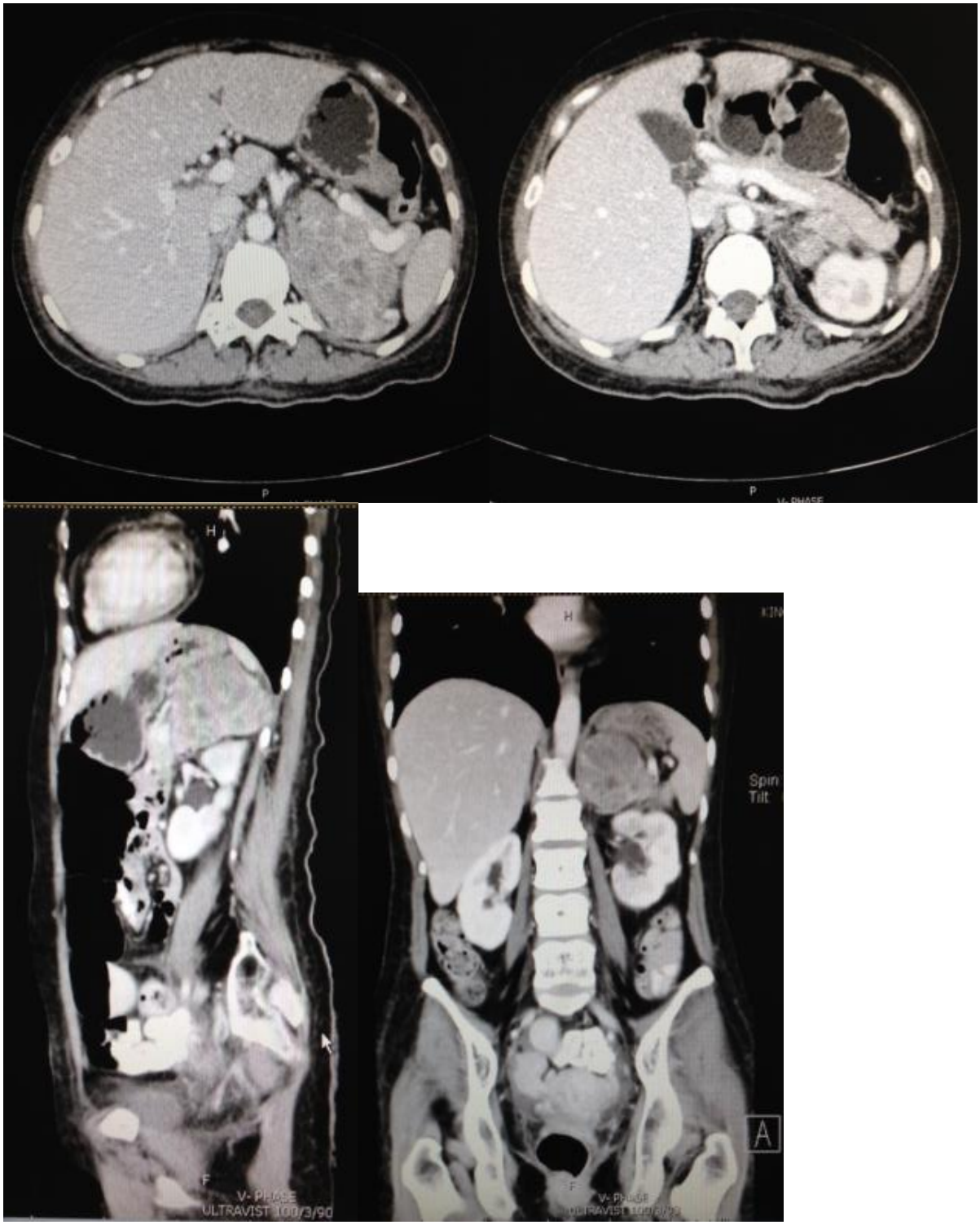
Stool occult blood: Negative

CXR



CT abdomen





Transvaginal USG

-Uterus R/V 3.7 x 3.3 cm.

-Mixed cystic and solid mass 2.6 x 2.0 cm. at right adnexa

-Free fluid in cul de sac 2.1 cm.

1. What are the diagnostic investigations leading to final diagnosis?

2. What is the most likely diagnosis?