

Clinicopathological Conference

31 กรกฎาคม 2557

Pulmonologist : พญ.วรวรรณ ศิริชนะ

Radiologist : พญ.ธนิศา ทองใบ

Diagnostician : concealed identity

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 50 ปี ภูมิลำเนาเดิมและปัจจุบัน เขตปทุมวัน จ.กรุงเทพมหานคร อาชีพที่ปรึกษาธุรกิจโรงเรียนตึกอล์ฟ ประวัติได้จากป่วยและ OPD card เชื่อถือได้มาก

CC: มีอาการไอ เสมหะปนเลือด 1 วัน PTA

PI : status เดิมแข็งแรงดี

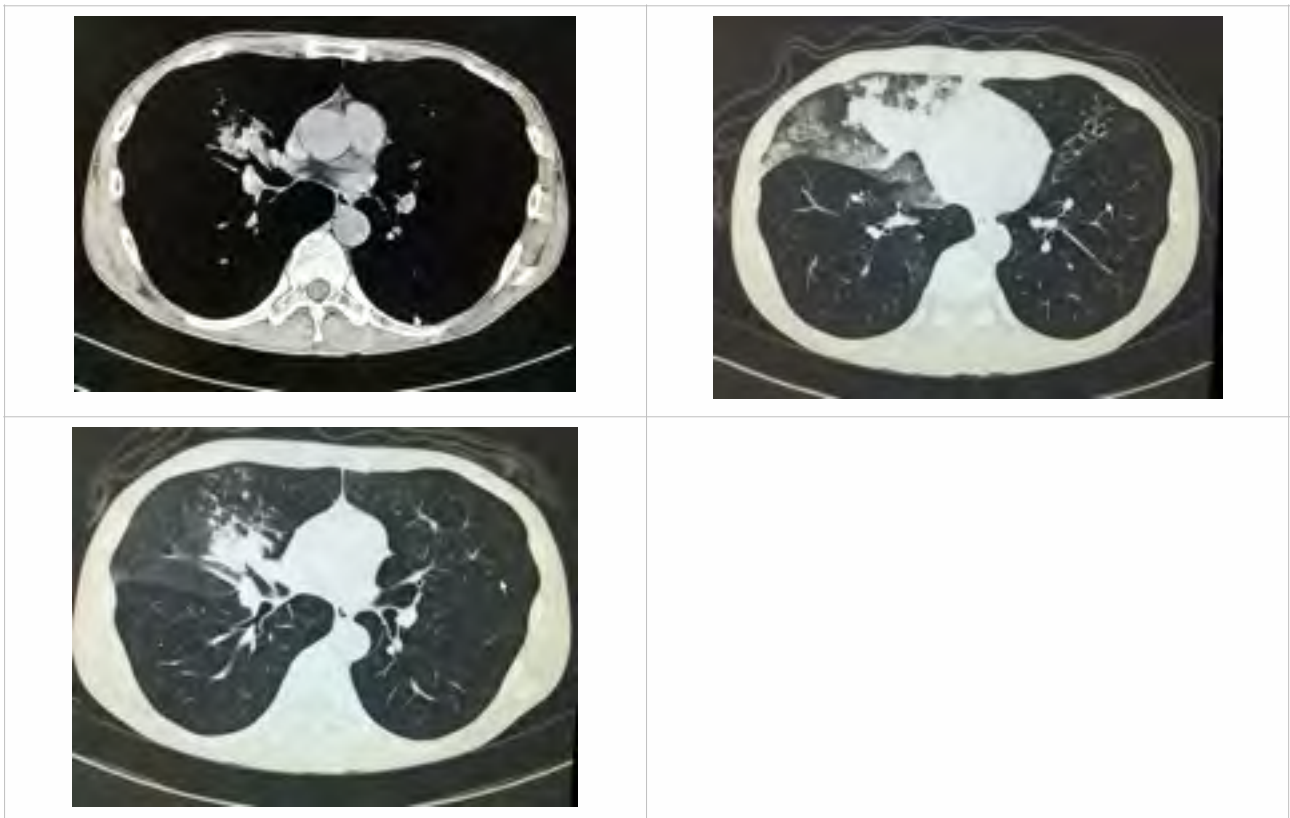
9 ปี PTA มีอาการคัดจมูก คันจมูก น้ำมูกไหลเป็นทั้งเช้าและเย็น ไม่ได้มีเวลาเฉพาะ ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเล็กน้อย ต้องทานยา antihistamine เมื่อมีอาการมากเฉลี่ย 1 ครั้งต่อเดือน และใช้ยา rhinocort พ่นจมูกเป็นประจำทุกวัน เคยส่องจมูกแพทย์บอกว่าเป็นริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ข้าง



2 ปี PTA หลังจากเปลี่ยนรถยนต์ที่เก็บไว้ 10 ปีมาขับ หลังขับ 3 เดือน เริ่มมีอาการไอเรื้อรัง ไม่มีน้ำหนัลด มีไข้ต่ำๆ ร่วมกับมีไอเสมหะปนเลือดเล็กน้อย ตรวจที่ รพ.เอกชน พบว่ามีปอดอักเสบ ได้ทานยา และมีการส่องกล้องหลอดลม ไม่พบสาเหตุที่แน่นอน มีอาการไอมีเสมหะปนเลือดร่วมด้วย CXR เป็นดังนี้

ทำ CT scan of the chest ต่อได้ผลดังนี้

- A 3.0-3.4 cm mass with slight enhancement at right middle lobe and causing abrupt occlusion of the bronchus to medial segment of RML.
- Post obstructive pneumonitis of the medial & lateral segment of RML and sub segmental atelectasis of the medial segment of RML
- Focal fibrosis with traction bronchiectasis at lingular segment of LUL.
- Minimal mucous retention in the dilated bronchi at LUL
- A 1.2 cm subcarinal node



CBC: Hb 13 g/dl, Hct 38 %, MCV 90 fl, MCH 38.7 pg, MCHC 33.7 g/dl, RDW 16.1%, WBC 5,100 / μ L, N 64% L 16% M 9% Eo 10% Ba 1%, platelet 413,000/ μ L

ทำ Bronchoscope with EBUS-TBNA and transbronchial biopsy ได้ผลดังนี้

BAL: moderate amount of ciliated cells

alveolar macrophages

acute inflammatory cell backgrounds

No atypical cell

Cytology: negative for malignancy cell

Transbronchial biopsy: Pathology: fibrovascular tissue and aggregated blood cells

Findings:	
Carina -	Precarinal lymph node, large, multi-septation
Hypopharynx -	Normal
Larynx -	Normal
Lingular -	Normal
LLL -	Normal
Lt. Main -	Normal
LUL -	Normal
Nasal Cavity -	Normal
Nasopharynx -	Normal
RLL -	Normal
RML -	Stenosis of subsegment of RML bronchus
Rt. Inter -	Normal
Rt. Main -	Normal
RUL -	Normal
Subglottic -	Normal
Trachea -	Normal
Vocal Cord -	Normal

ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปอดด้านขวา กลีบกลาง เพราะสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง ผลการผ่าตัดพบว่า

Pathological report: Microscopic examination

Section I

- Mixture of acute suppurative inflammation, abscess, organising pneumonia, acute suppurative and necrotising bronchiolitis with pleural thickening due to acute and organising fibrinopurulent inflammation.
- Bronchial margin show acute inflammation and purulent exudate in the lumen.
- Hilar lymph nodes show reactive hyperplasia.
- The remaining lung tissue shows edema and accumulation of foamy histiocytes.
- No fungus or bacterial clump is seen.
- No granuloma or neoplasm is present.
- No foreign body reaction is seen.

Section II

- The right paratracheal and precarinal nodes show reactive hyperplasia.

Section III

- The right subcarinal nodes show reactive hyperplasia.

GMS stain reveal focal few degenerating fungal hyphae and frequent bacteria

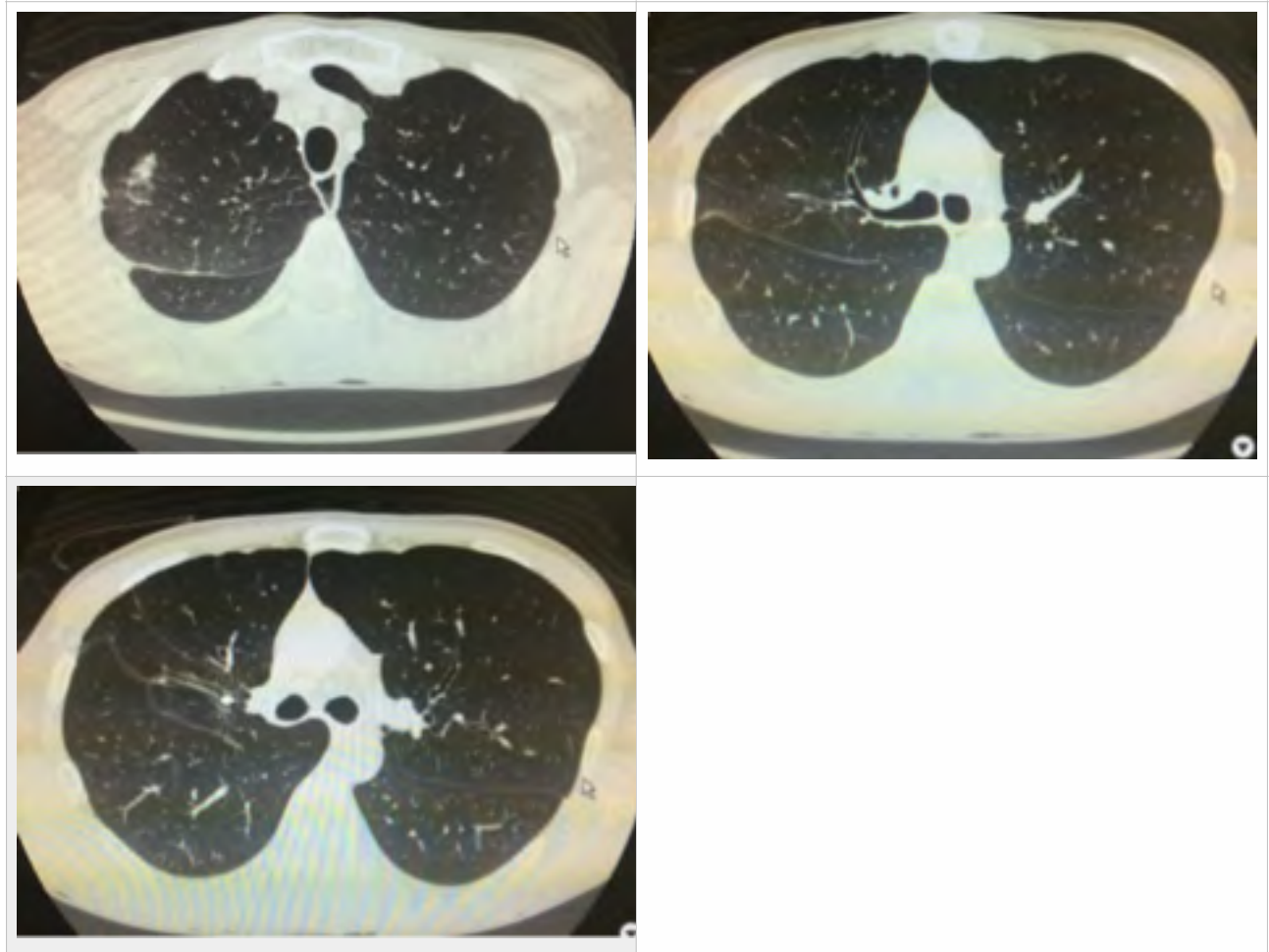
AFB, mAFB : negative

Diagnosis of Right middle lobe of lung :

- Mass like lesion composed of acute necrotising bronchopneumonia, abscesses, organising pneumonia and acute necrotising bronchiolitis.
- Acute and organising fibrinopurulent pleuritis.
- Reactive hyperplasia of hilar lymph nodes

1 ปี PTA มีอาการไอ มีเสมหะเป็นครั้งคราว หลังจากรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหลายครั้ง เช่น amoxicillin/clavulanic acid เคยมีอาการไอและมีเสมหะเป็นก้อนสีเขียว เหนียวๆ มีไอมีเสมหะปนเลือด ปริมาณไม่มาก 1 ครั้ง ตรวจ CXR และ CT scan พบว่ามีความผิดปกติที่ right upper lobe CT scan of the chest ได้ผลดังนี้

- Minimal reticular densities and ground-glass modularity within the right upper lung, suggestive of infection.
- Minimal fibrosis and apical pleural thickening at right apical lung
- Mild bronchiectasis at left lingular segment with mucous plugging at distal branches.
- Evidence of right middle lobectomy with surgical clips at the right hilum and fibrotic change.



ผลการตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อวัณโรค ได้รับยาปฏิชีวนะรับประทาน ต่อมาติดตามภาพรังสีทรวงอก พบว่าความผิดปกติลดลง แต่ยังมีอาการแน่นหน้าอกเป็นบางครั้ง เคยได้รับยาสูดขยายหลอดลมมาใช้เป็นบางครั้ง อาการดีขึ้นบ้าง แต่ยังมีเสมหะสีเขียวๆ เวลาไอเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่อต้องขับกรดคืนเดิม ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

1 วัน PTA ไอ เสมหะสีเขียวเหนียว ขนาด 1x0.5 cm 1 ก้อน ตามด้วยเสมหะสีเขียวเหลวออกมาพร้อมกับไอ ประมาณ 1/2 ชั่วโมงช่วงท้ายมีเสมหะมีเลือดปน ปริมาณไม่มาก ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำหนักลด จึงมาพบแพทย์

Past history

IV. > 10 ปี PTA เป็นโรคลมชัก ทานยา dilantin ต่อเนื่อง ขณะนี้ไม่มีอาการผิดปกติแล้ว

Personal History

- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ทานสุรา
- ไม่มีประวัติไข้ยา หรือสารเสพติด
- ไม่มีสัตว์เลี้ยง ที่บ้าน

Family history

No family history of allergic disease
No family history of malignancy

Physical examination

Vital signs: BT 36.6 c RR18/min Pulse 80/min BP 120/80 mmHg BW 53 kg Ht 180 cm BMI 16.3

GA: A middle age Thai male with good consciousness and well cooperative

Skin: Normal skin turgor, no significant rash, no clubbing finger/toe, nail, normal appearance, no sign of chronic liver disease

HEENT : Not pale, anicteric sclerae, trachea in midline

CVS : Neck vein not engorged, Apical beat at 5th ICS , normal S1S2, no murmur

Lung : Normal chest contour, normal respiratory pattern, clear, no adventitious sound

Abdomen: not distended, no sign of chronic liver stigmata, soft not tender, no mass , not palpable liver and spleen, splenic dullness negative

Musculoskeletal system: No pitting edema, no joint swelling redness or limit ROM

Neurological exam : E4M6V5,Orientation to time place and person, normal speech, no stiff neck, CN pupil 3 mm RTLBE

EOM full no nystagmus, normal muscle of mastication, normal facial sensation, no facial palsy, Motor gr V all normal tone, PPS intact, Proprioception intact, no truncal ataxia, Reflex 2+, Finger-to-nose intact BBK plantar flexion both, Clonus negative

Lymph node : no cervical, axillary, epitrochlear or groin lymph node enlargement

Breast : no mass

Lab investigation

CBC: Hb 13.4 g/dl, Hct 40%, MCV 92 fl, MCH 24 pg, MCHC 33.7 g/dl, RDW 17.6%, WBC 9300/ μ L, N 67% L 13% M 5% Eo 15% Ba 0%, platelet 515,000/ μ L

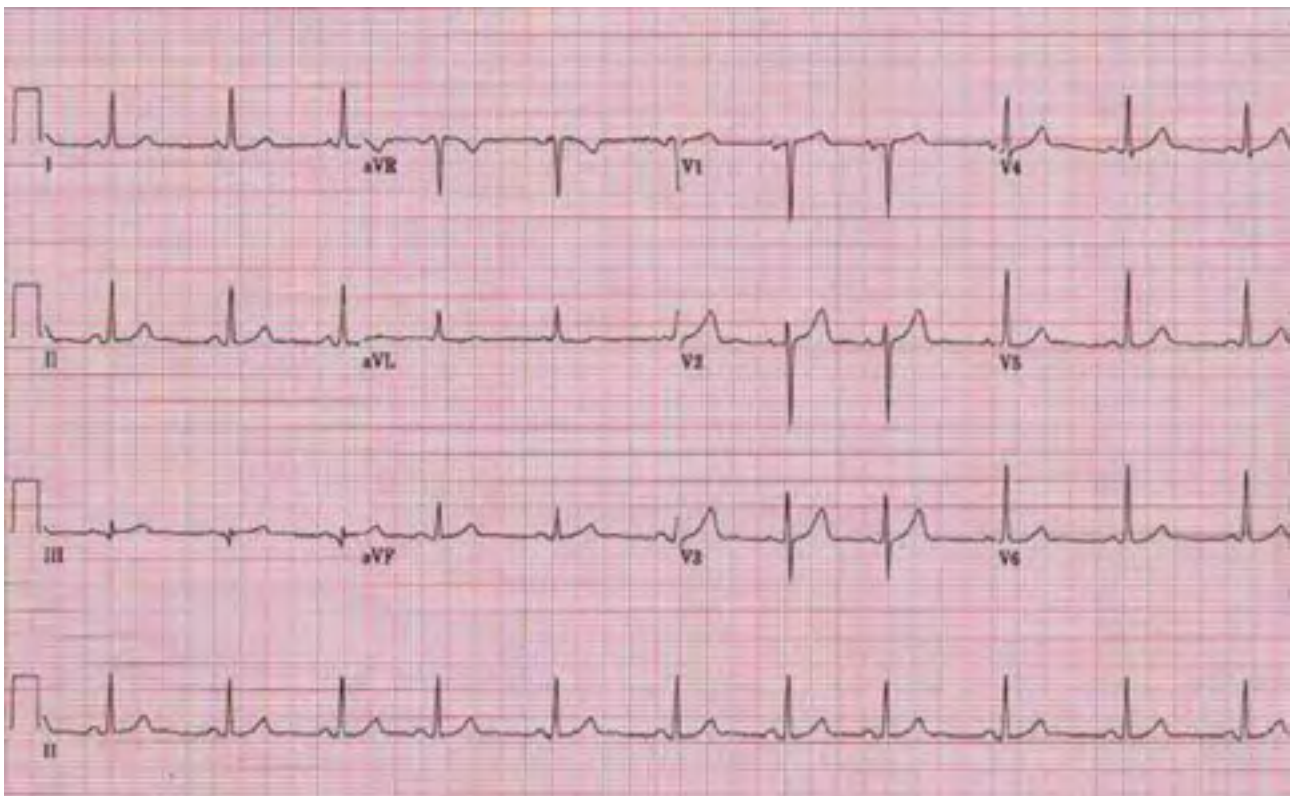
BUN/Cr 15/0/8

UA : Specific gravity 1.015, WBC 0-1 cell/ mm^3 , RBC 0-1 cell/ mm^3 Epithelium 0 cell/ mm^3 Ketone negative, Blood negative

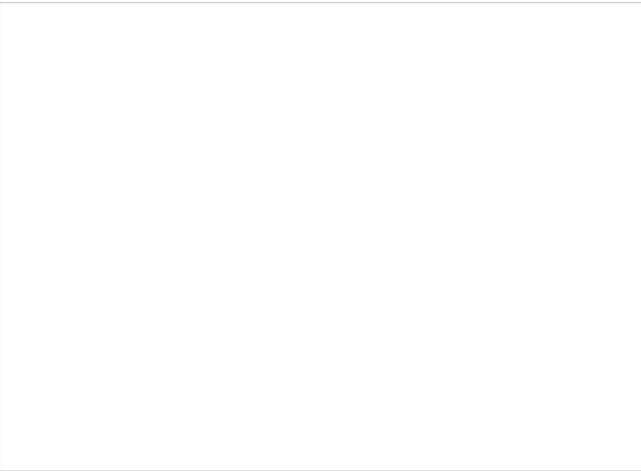
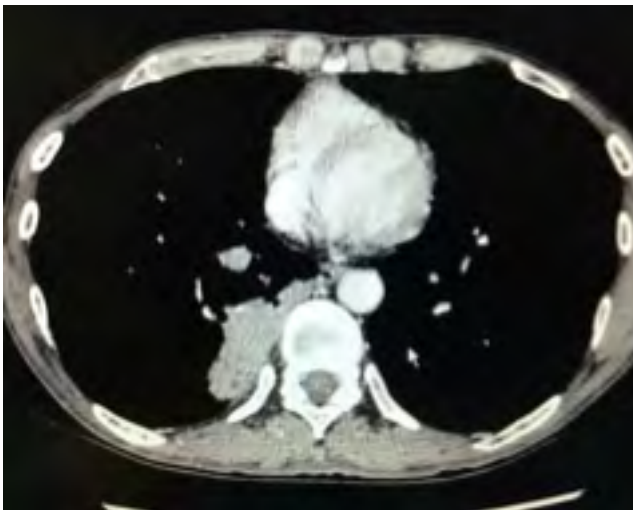
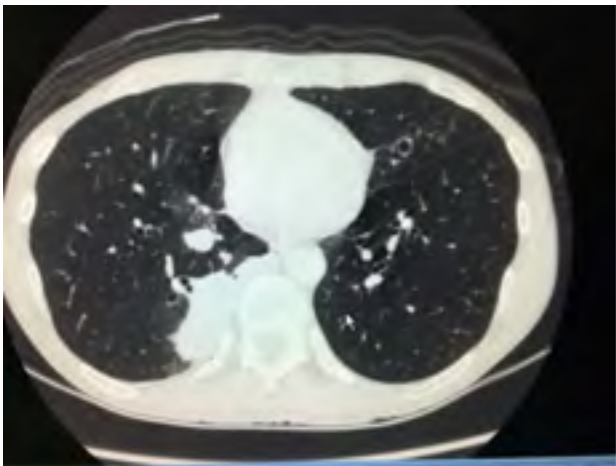
LFT : AST 30 IU/L , ALT 35 IU/L ,ALP 80 IU/L, Albumin 4.1 g/dL, Globulin 3.0 g/dL TB 0.8 mg/dL , DB 0.3 mg/dL

LDH 140 unit/L

EKG 12 leads



CT scan of the chest

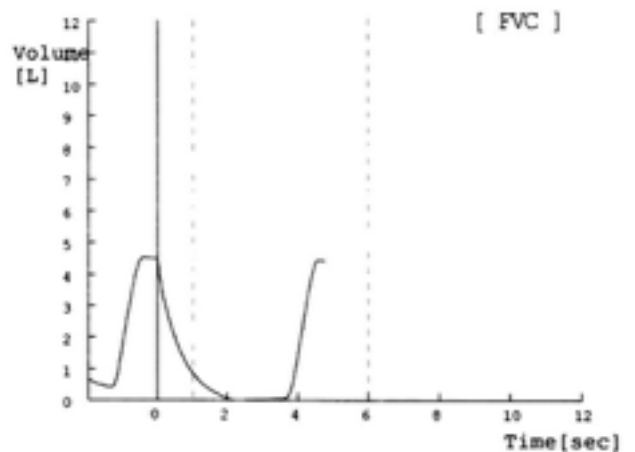
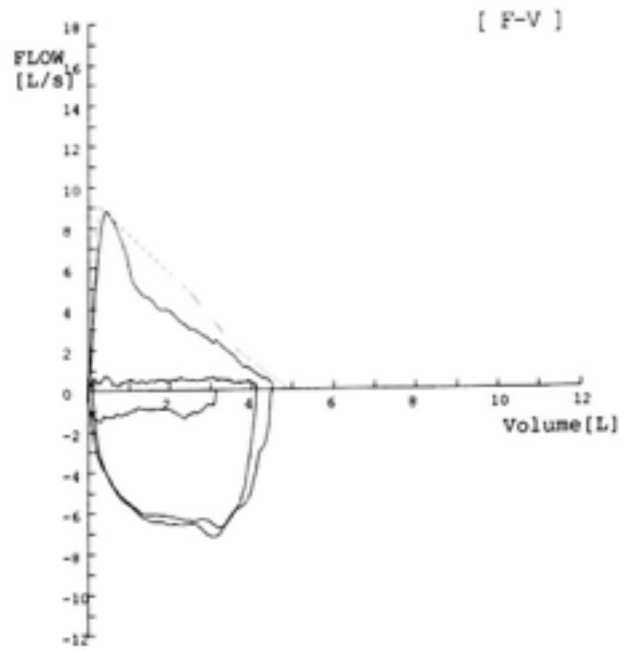


CXR



Pulmonary function test

FVC		Meas.	Pred.	%Pred.
FVC	L	4.53	4.92	92.1
FEV0.5	L	2.57	2.54	101.2
FEV1.0	L	3.69	3.62	101.9
FEV3.0	L	4.53		
FEV6.0	L	4.53		
FEV0.5/FVC	%	56.73		
FEV1.0/FVC	%	81.45		
FEV1.0/SVC	%	---		
FEV3.0/FVC	%	100.00	97.00	103.1
FEV6.0/FVC	%	100.0		
FVC/HT	L/m	2.52		
FEV1.0/HT	L/m	2.05		
FEV1.0/SVCpr	%	75.0		
ATI		---		
MMEF	L/sec	3.34	3.50	95.4
PEF	L/sec	8.82	9.10	96.9
PEF25	L/sec	5.86		
PEF50	L/sec	3.44	4.87	70.6
PEF75	L/sec	1.95	1.90	102.6
PEF90	L/sec	0.86		
PEF50/PEF75		1.76		
PEF/HT	L/sec/m	4.90		
PEF25/HT	L/sec/m	3.26		
PEF50/HT	L/sec/m	1.91		
PEF75/HT	L/sec/m	1.08		
PEF75-85	L/sec	1.46	0.94	155.3
PEF200-1200	L/sec	7.69	7.29	105.5
MTC75-50	l/sec	2.14		
MTC50-25	l/sec	1.32		
MTC25-RV	l/sec	1.72		
MICR		1.24		
OI		3.28		
PEF25/PEF		0.66		
PEF50/PEF		0.39		
PEF75/PEF		0.22		
PEF TIME	sec	0.05		
FET	sec	2.80		
ExtrapV	L	0.13		
ExtrapV%	%	2.80		
FIVC	L	4.44		
FIV0.5	L	0.40		
FIV1.0	L	3.61		
FIV1.0/FVC	%	79.69		
FIV1.0/FIVC	%	81.31		
PIF	L/sec	7.17		
FIF50	L/sec	6.52		
FIF50/PEF50		1.90		
PEF50/FIF50		0.53		
CVI		6.43		
FVC+FEV1.0	L	8.22		
MVV43	L/min	158.7	153.3	103.5
MMEF/FVC	%	73.7		



Memo.

Q1: What are the diagnostic investigations leading to final diagnosis?

Q2 : What is the most likely diagnosis?

