

## Clinicopathological Conference

21 สิงหาคม 2557

Immunologist: ผศ.นพ.อิโรชิ จันทาภากุล

Radiologist: พญ.ศศิธร เพชรจรัสไพศาล

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี อาชีพ พยาบาลโรงพยาบาลกรมราชทัณฑ์ ภูมิลำเนาเดิมและปัจจุบัน จ.กรุงเทพมหานคร ประวัติได้จาก ผู้ป่วย และ OPD card เชื้อถือได้มาก รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งที่ 1

**Chief Complaint:** ปวดขามากขึ้น 2 วันก่อนมารพ.

### Present Illness:

1 สัปดาห์ก่อนมารพ. หลังตื่นนอนสังเกตเห็นปวดบริเวณน่อง 2 ข้าง เดินแล้วปวดมากขึ้นแต่ยังพอเดินได้ อาการทุเลาลงช่วงสาย รู้สึกขาเฝือก 2 ข้างแต่ความรู้สึกร้อนหรือเย็นบริเวณฝ่าเท้าปกติ เดินได้ปกติ ไม่มีร่องเท้าหลุด ไม่มีไข้

5 วันก่อนมารพ. ตื่นนอนสังเกตเห็นมีอาการปวดน่อง 2 ข้างแต่มีหลังเท้าซ้ายเริ่มบวม ไม่แดง กดยุบเล็กน้อย และมีผื่นนูน แดง ไม่เจ็บ ไม่คัน ขึ้นบริเวณต้นขาด้านใน 2 ข้าง จึงมาพบแพทย์รพ.ใกล้บ้าน ได้รับการตรวจ MRI Lumbosacral spine แพทย์แจ้งว่าผลปกติ ได้รับยา Norgesic 1x3 po pc มารับประทาน

4 วันก่อนมารพ. อาการไม่ดีขึ้นมาพบแพทย์ที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ตรวจพบ decreased pin prick sensation at both plantar areas CBC: Hb 13.5 g/dL, Hct 40% MCV 81 fL, MCH 26 pg, MCHC 33 g/dL RDW 13.6 WBC 14,330/uL N 35%, L 13.8%, E 45% Platelet 196,000/uL แพทย์ให้นอนรพ.หาสาเหตุ แต่เนื่องจากติดสงกรานต์จึง discharge และนัดตรวจเป็น OPD case

2 วันก่อนมารพ. ปวดบริเวณน่อง 2 ข้างมากขึ้นเรื่อยๆ ปวดตลอดทั้งวัน ปวดขาซ้ายมากกว่าขวา ปวดจนเดินลงน้ำหนักไม่ได้ แต่ไม่มีเท้าบวม (ยุบวมหายเอง) ขาเท่าๆเดิม รู้สึกเสียวแปลบๆที่รอบๆน่อง 2 ข้าง อยู่เฉยๆ ก็เป็น เมื่อขยับขายืดออกจะเป็นมากขึ้น เป็นนานประมาณ 1 ชม จึงเริ่มขยับขาได้ มีผื่นนูน แดง ไม่เจ็บ ไม่คัน ขึ้นบริเวณปลายเท้า ลามไปน่อง, ต้นขาด้านใน และแก้มก้น 2 ข้าง จึงมาโรงพยาบาล

### Past History :

#### 1. Asthma

4 ปี ก่อนมารพ.วินิจฉัย asthma ที่รพ.โรคทรวงอก presented with chronic non-productive cough ติดต่อกันประมาณ 3 อาทิตย์ Pulmonary function test: Early small airway disease  $FEV_1/FVC = 87%$ ,  $FVC = 100%$ ,  $FEF_{25-75} = 60%$  and percent change of  $FEV_1 = 5%$  ได้รับยา Budesonide and formoterol fumarate dihydrate (Symbicort®) 1 puff twice a day x 10 days หลังรักษาอาการไอทุเลาลง จึงหยุดยา

#### 2. Sinusitis และ Allergic rhinitis

1 ปี 2 เดือน ก่อนมารพ. มีอาการปวดแก้มด้านขวา มารักษาที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ตรวจร่างกายพบ swelling at both nasal turbinates, pale middle turbinate วินิจฉัย allergic rhinitis with sinusitis ได้รับยา levocetizerine(5) 1 tab po hs, amoxicillin and clavulanic acid (1gm) 1x2 po 14 วัน , mometasone (Nasonex) 2 puff hs, montelukast (10) 1x1 po hs อาการดีขึ้นหลังใช้ประมาณ 1 เดือน จึงหยุดยา

6 เดือน ก่อนมารพ. อาการแย่ลง มีน้ำมูกสีเขียวไหลตลอด ได้รับยา moxifloxacin(400) 1x1 po pc หลังจากทานได้ 12 วันพบว่า มีผื่น generalized wheal and flare ผื่นแดงนูน คัน บริเวณลำตัว จึงหยุดทาน และพบแพทย์ได้ prednisolone (5) 2x3 po pc x 5 วัน, CPM 1x3 po pc ผื่นและอาการน้ำมูกเขียวดีขึ้น จึงหยุดยา

3 เดือน ก่อนมารพ. ได้รับการทำ CT paranasal sinus เพราะว่ามีอาการน้ำมูกสีเขียวกลับมาใหม่

### CT paranasal sinuses:

- Extensive soft tissue thickening in the right maxillary sinus with extension into the ipsilateral middle nasal cavity.
- Soft tissue thickening in the right frontal and ethmoid sinuses is noted too.

IMP: Chronic pansinusitis, worse at right maxillary sinus with obliteration of the right osteomeatal complex.



**Restart** Rx amoxicillin and clavulanic acid (1gm) 1x2 po 1 เดือน

Nasonex 2 puff hs, loratadine (10) 1x1 po pc เช้า, levoceterizine (5) 1x1 po hs

Montelukast (10) 1x1 po hs

อาการน้ำมูกสีเขียว เปลี่ยนเป็นสีเหลืองปริมาณน้อยลง แต่ยังมีอาการอยู่จึง sinuscope lab CBC ก่อนทำ sinuscope Hb 13 g/dL, Hct 40% MCV 82 fL, MCH 26 pg, MCHC 32 g/dL WBC 7,970/uL N 37%, L 27%, E 23% Platelet 228,000/uL

**Sinus cope findings** : Pus in right maxillary sinus ,mucoïd discharge in left maxillary sinus, Polyps in both ethmoids sinuses , Frontal sinuses were clear

**Pathology** : right and left ethmoid :

- Edematous respiratory mucosa, some with polypoid architecture
- Benign respiratory epithelium is seen on the thickened basement membrane.
- Mixed infiltrate of inflammatory cells (lymphocytes, plasma cell,eosinophil)
- No granuloma or malignancy is seen.

Rx amoxicillin and clavulanic acid (1gm) 1x2 po 1 เดือน Nasonex 2 puff hs, loratadine (10) 1x1 po pc เช้า, levoceterizine (5) 1x1 po hs , Montelukast(10) 1x1 po hs อาการดีขึ้นไม่มีน้ำมูก ไม่มีปวดแก้มด้านขวา จึงหยุดยา antibiotic เหลือแต่ nasonex, levoceterizine, และ montelukast จนถึง admission ครั้งนี้

### 3. Minimal central cervical disc herniation with active left cervical nerve root degeneration

1 ปี 1 เดือน ก่อนมารพ. วินิจฉัยที่รพ. จุฬาฯ มาด้วยอาการปวดเมื่อยต้นคอ อ่อนแรงต้นแขนข้างซ้ายแต่ยังพอยกเองได้ ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ ไม่ดีขึ้นประมาณ 2 อาทิตย์จึงมาพบแพทย์

PE: motor	Upper extremities	R	L	Lower extremities	R	L
	Deltoid,	V	IV	Illiopsoas/Gluteus maximus	V	V
	Bicep	V	IV	Quadricep/Hamstrings	V/V	V/V
	Tricep	V	V	TA/Gastrocnemius	V/V	V/V
	Wrist flexor/extensor	V/V	V/V	EHL	V/V	V/V
	Hand grip	V	V			
	Dorsal interossei	V	V			

Normal muscle tone, Sensory: pinprick sensation and proprioception intact

DTR: 2+ all except left bicep reflex trace, BBK plantar response , clonus negative both

### MRI cervical spine

-Straightening cervical alignment.

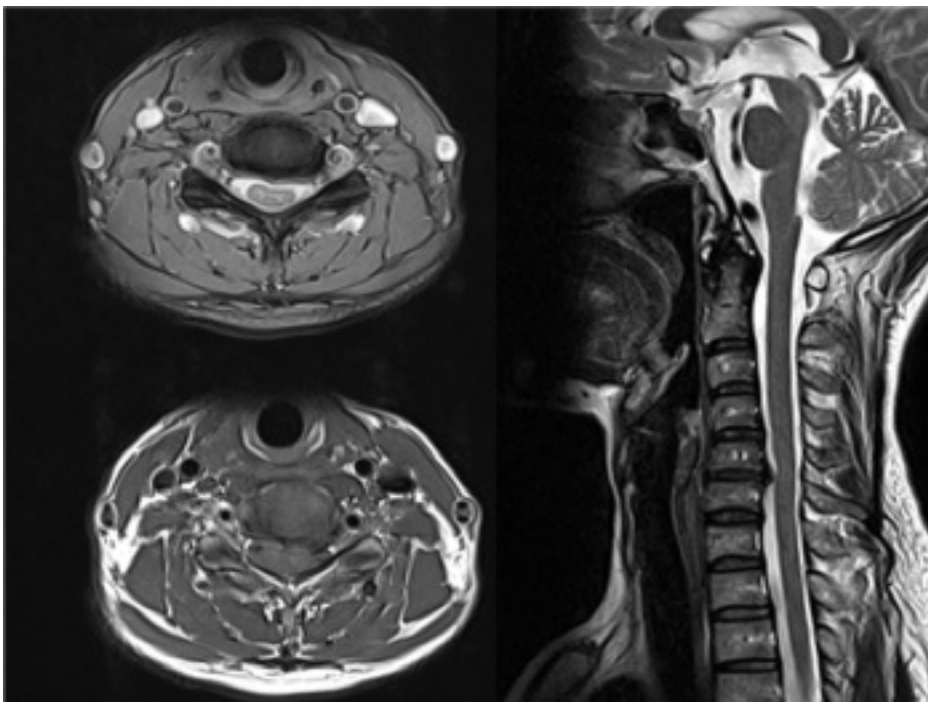
-Spondylosis and degenerative disc at C5/6 level.

-Mild circumferential disc bulge with focal moderate posterior extrusion of C5/6 disc and prominent uncovertebral osteophyte at this level (more on the left), cause moderate narrowing of spinal canal with mild cord compression and moderate narrowing of left neural foramen.

-Cervical cord shows no abnormal intramedullary intensity.

-Vertebral height and intensity are normal.

-No evidence of abnormalities of left brachial plexus



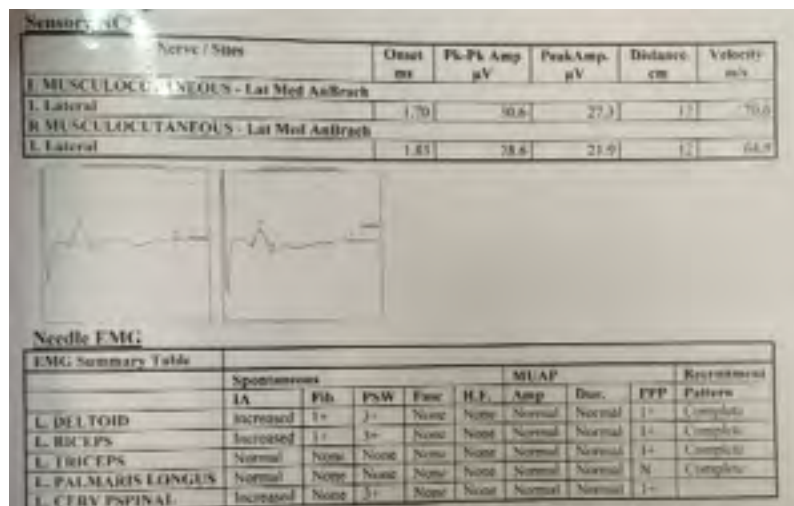
## EMG โดย PM&R :

- sensory nerve conduction show : normal DSL, SNAP amplitude and SNCV of bilateral lateral antecubital cutaneous nerve

### Needle EMG show

-spontaneous activities and polyphasic MUAPs were found in left deltoid, bicep and C5-7 paracervical muscles.

**Conclusion:** active left cervical nerve root degeneration with signs of regeneration at C5-6 level and chronic inactive at C7 level



Rx หลัง rehabilitation ด้วย ultrasound x 2 ครั้ง อาการดีขึ้นหลังจากรักษา ประมาณ 1 เดือน motor power grade V all extremities

#### 4. Normal tension glaucoma of left eye

วินิจฉัยที่รพ.จุฬาฯ presented with blurred vision (ไม่มีอาการปวดตาหรือตาแดง)

5 ปี ก่อนมารพ. มีอาการตามัวมากขึ้น เหมือนมองผ่านกระจกฝ้า บางครั้งเหมือนมีอะไรลอยไปมา ตรวจตาพบ cupping enlarge both eyes (left > right) and nerve fiber layer defect on left eye

CBC : Hb 13 g/dL, Hct 39.7% MCV 79 fL , MCH 26 pg, MCHC 33.5g/dL, RDW 14.6% WBC 7,450 N 46%, L34.5%, E 10.3% Platelet 197,000/uL

ANA : less than 1:80, Rheumatoid factor : negative

Rx Travoprost 1 ED hs , Brimonidine 1 ED bid

#### 5. Dyspepsia

2 ปี ก่อนมารพ. มาด้วยจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 1 สัปดาห์ Dx acute hemorrhagic gastritis ที่รพ.จุฬาฯ EGD : hemorrhagic gastritis with *H.pylori* positive from Clo test ได้รับยา amoxicillin, clarithromycin and lansoprazole 2 weeks follow up urea breath test negative

#### 6. Hypertension

1 ปี ก่อนมารพ. วินิจฉัยที่ รพ.รัฐบาลอื่นจากการตรวจร่างกายประจำปี ตรวจพบจากการตรวจสุขภาพประจำปี BP 140-150/90-100 mmHg

**ประวัติแพทย์:**

-sulfa group (มีผื่นคันบริเวณแขน ขา ลำตัว ไม่มีลอก และแผลในปาก ปากไม่บวม เป็นหลังจากทานได้ 12 ชั่วโมง รักษาด้วย CPM อาการหายไป

-Moxifloxacin (ผื่นแดงนูน คัน บริเวณลำตัว หลังจากทานต่อเนื่องประมาณ 3 วัน)

**Physical Examination**

A middle-aged Thai female patient, conscious and well cooperative, Weight 50 kg, Height 150 cm

**Vital signs :** BT 37.9 °C, RR 16 /min, BP 128/93 mmHg, PR 100 /min.

**HEENT:** no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no oral ulcer, both cervical lymph nodes 0.5-1.0 cm, no tenderness, movable, normal turbinate, no posterior nasal drip, not tender at maxillary and frontal sinus area.



**Skin :** -Multiple palpable purpurae and patches on both legs

-Erythematous lichenification plaques with some vesicles at both popliteal areas.

-Linear erythematous patches like Koebner phenomenon at back.

Multiple discrete non-blanchable erythematous plaques and patches at both legs, lichenification plaques at both brachial fossae, and multiple hyperpigmented patches both legs, painful, a movable nodule at forehead

**Respiratory system:** normal chest contour, no barrel shape, occasional expiratory wheezing both lungs.

**Heart :** no jugular vein engorgement, apical impulse at 5<sup>th</sup> intercostals space, mid clavicular line, normal S1S2, no murmur, no heave, no thrill

**Abdomen:** not distended, no sign of chronic liver stigmata, soft not tender, no mass, not palpable liver and spleen, liver span 9 cm, splenic dullness negative

**Extremities:** no edema, no arthritis, no ulcer

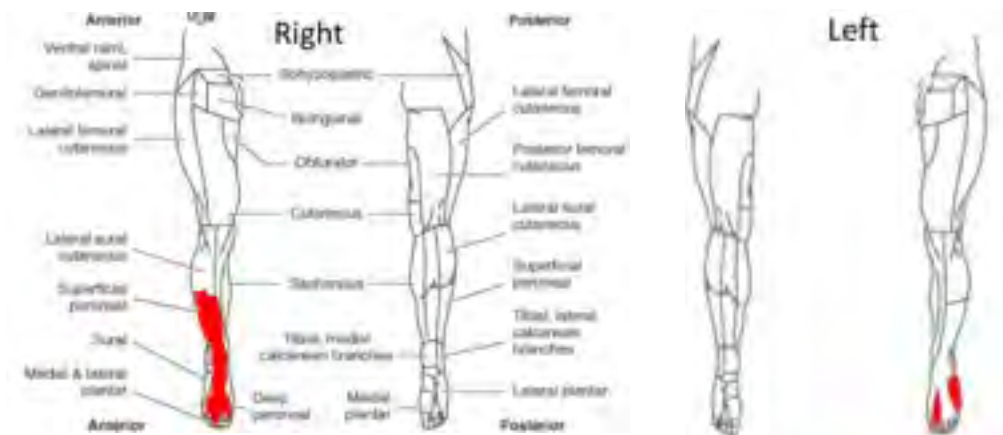
**Neurological examination:** consciousness

-eye ground: sharp disc, no papilledema, pupil 3 mm RTL both eyes

-cranial nerves: intact

-motor: Upper extremities	R	L	Lower extremities	R	L
Deltoid,	V	V	Illiopsoas/Gluteus maximus	V	V
Bicep	V	V	Quadricep/Hamstrings	V/V	V/V
Tricep	V	V	TA/Gastrocnemius	IV/V	V/IV
Wrist flexor/extensor	V/V	V/V	Peroneus	III+	V
Hand grip	V	V	EHL	III+	V
Dorsal interossei	V	V			

Normal muscle tone, Sensory: pinprick sensation decreased as pictures (red color).proprioception :upper extremities intact both joint position and vibration sense, lower extremities: joint position at toes sense correct 3/5 but vibration sense both feet. DTR: 2+ upper extremities but absent at both knee and ankle jerk. Anal wink and sphincteric tone intact BBK plantar response both, clonus negative



#### Laboratory investigation :

**Hematology:** CBC : Hb 13.8 g/dL Hct 40% MCV 82 fl MCH 28 pg MCHC 34 g/dl RDW 13.8% WBC 13,830 /uL N 38% L7.6% E 48% Plt 217,000/uL

**Urinalysis:** Yellow, Sp.gr. 1.005, pH 7 Protein : negative, Glucose : negative, WBC 0-1, no RBC, no cast, squamous epi 0-1

**Blood chemistry:** BUN 10 Cr 1.0 total protein 7.3, Alb 3.9, TB/DB 0.5/0.17, SGOT/SGPT 28/22 ALP 112 CPK 112 Na 139 mmol/L Cl 104 mmol/L K 4.5 mmol/L HCO<sub>3</sub> 22 mmol/L

**Stool examination:** no WBC, RBC, no parasite for 3 days

**Stool agar plate for strongyloides:** no growth for 2 days

**Western blot for Gnathostomiasis (clotted blood):** negative

**Serology: Direct Coombs' test:** positive 2+ antiIgG 2+, anti C3d negative, **Indirect Coombs' test:** negative

Antinuclear Ab < 1:80, **ANA profile 1:** negative all, anti SS-A < 20 U/mL, anti SS-B < 20 U/mL

cANCA, pANCA, antiPR3, antiMPO: negative, **Cryoglobulin:** negative

**Cryoglobulin** negative **RF** negative

**Anti HIV, HBsAg, Anti HCV :** negative, Anti-HBc & Anti-HBs: positive, HBV VL < 10, Total IgE: 1,450

**Sinuscope :** No nasopharyngeal mass, no pus, normal osteum

CXR



CT chest



Paranasal sinuses X-ray:



Skin biopsy :

1. Erythematous plaques at left legs

Diffuse interstitial infiltration with mixed inflammatory cells. These cells are composed of neutrophils, eosinophils and nuclear dusts. The dermal papillae shows marked edema. The stratum corneum reveals normal basket-weave pattern. Neither definite granuloma formation nor evidence of vasculitis is seen.

2. Nodule at left wrist

Diffuse dense perivascular

and interstitial infiltrate. The inflammatory cells are composed of eosinophils, neutrophils, nuclear dusts and extravasated red blood cells. There are inflammatory cells infiltrating the blood vessels' wall in the dermis. Fibrinoid necrotic vessels with perivascular neutrophils and neutrophil fragments are identified. The epidermis shows irregular acanthosis and compact hyperkeratosis. The dermal papillae shows marked edema.

**NCV and EMG** : Acute axonal sensory and motor neuropathies of the lower extremities

The degree of severities are different among these affected nerves.

This is compatible with pattern of multiple mononeuropathy(Left sural, right superficial peroneal,

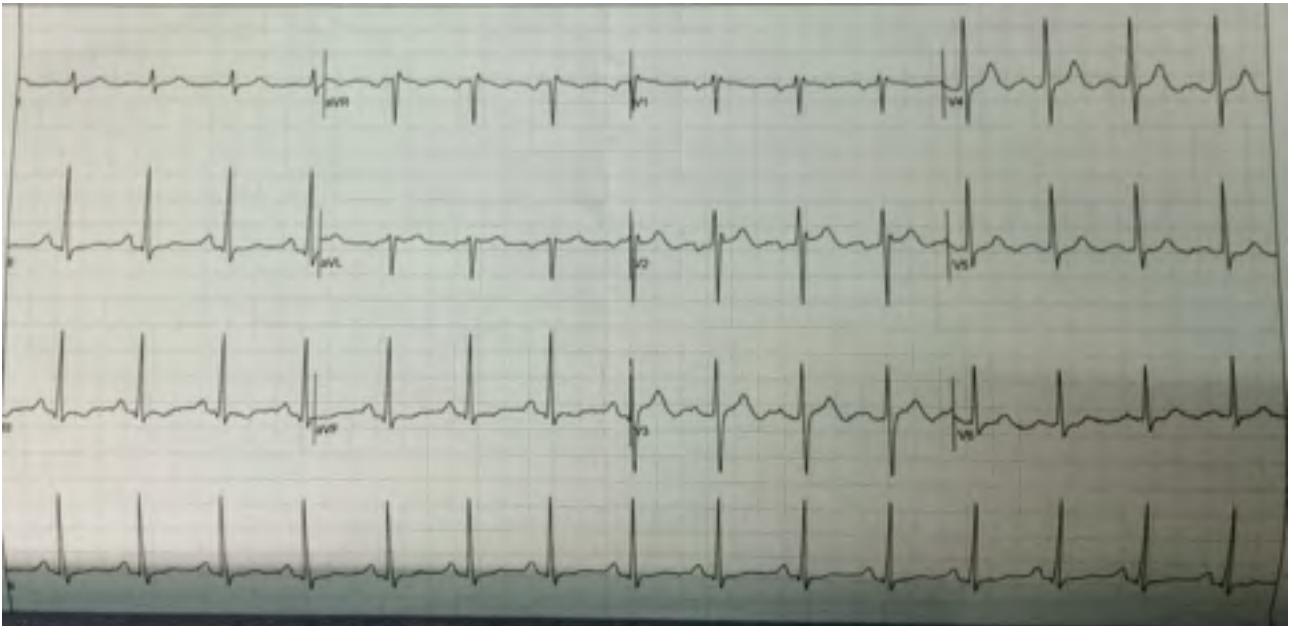
right common peroneal and both tibial nerves )

\*\*\*Recommended nerve biopsy at left sural nerve or the sensory branch of right superficial perineal nerve.

**Left sural nerve biopsy:** No significant inflammation, negative for vasculitis

**Bone marrow biopsy :** normocellular trilineage marrow with eosinophilia, no granuloma, no immunohistochemical evidence of neoplasm, chromosome 46,XX, noBCR/ABL, JAK 2 mutation: negative, FIP1L1-PDGFR $\alpha$  fusion gene: negative, Flow cytometry: no definite T-cells clones.

**EKG 12 leads**



**Question :**

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