

Clinicopathological conference

23 เมษายน 2558

อายุรแพทย์ พญ.ปวีณา สุสันธิจิตพงษ์

รังสีแพทย์ พญ.มนตรีวี ทูม โมยิต

Diagnostician: conceal identity

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 56 ปี อาชีพ ช่างราชการภูมิลำเนา กทม. ที่อยู่ปัจจุบัน กทม. ศาสนาพุทธ

รับไว้ในรพ.จุฬาฯเป็นครั้งที่ 1 เดิมแข็งแรงดี ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

CC: ขาทั้งสองข้างบวมนาน 3 เดือน

PI: 6 เดือนก่อนมารพ. สังเกตว่ามีอาการเหนื่อยเวลาออกแรงทำงานง่ายกว่าปกติ ไม่มีแน่นหน้าอก นอนราบได้ ไม่มีอาการลุกมาเหนื่อย หอบกลางคืน ไม่มีไอ ไม่สังเกตว่าบวมตามร่างกาย บัสสาวะกลางวัน 4-5 ครั้ง ไม่มีบัสสาวะบ่อยกลางคืน ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำหนักลด ไปตรวจรพ. เอกชน แพทย์แจ้งว่าเป็นความดันโลหิตสูง ไม่ได้ตรวจเลือด ได้ยามารับประทานไม่ทราบชื่อยาแจ้งว่าเป็นยาลดความดันขับบัสสาวะยังมีอาการเหนื่อยอยู่พอๆเดิม

5 เดือนก่อนมารพ. สังเกตว่ามีอาการหลังเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง หน้าตาบวมเวลาตื่นนอนตอนเช้า บัสสาวะเป็นฟองมาก ราดน้ำหลายรอบ จึงจะหมดฟอง

4 เดือนก่อนมารพ. สังเกตว่ามีอัมตะบวม

3 เดือนก่อนมารพ. สังเกตว่ามีท้องโตมากขึ้น น้ำหนักตัวมากขึ้นแต่ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก ยังคงมีอาการเหนื่อยง่ายมากขึ้นเล็กน้อยเพราะร่างกายหนักๆทั้งตัว ยังคงนอนราบได้ ไม่มีอาการลุกมาเหนื่อยหอบกลางคืน ไม่มีบัสสาวะบ่อยกลางคืน ไม่มีบัสสาวะแดงหรือดำในช่วงเวลานั้น อาการบวมเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไปที่โรงพยาบาลเอกชนอีกที่หนึ่ง พบความดันโลหิตสูง BP แขนซ้าย 190/100 mmHg และตรวจเลือดเบื้องต้นพบ BUN 16 Cr 1.3 UA: yellow color, sp.gr 1.015, pH 6.0, protein 4+, glucose: negative, ketone: negative, RBC 10-20 cell/HPF, WBC 3-5 cell/HPF, squamous cell:0-1 cell/HPF

ได้ปรับยาลดความดันเป็น amlodipine (10) 1 tab po pc และ furosemide (40) 1 tab bid pc เข้าเที่ยง มารับประทาน

1 เดือนก่อนมารพ. มีอาการบวมทั้งร่างกายมากขึ้นเรื่อยๆ หน้าตาบวมมากโดยเฉพาะช่วงเช้า ยังคงนอนราบได้ ไม่มีอาการลุกมาเหนื่อยหอบกลางคืน ไม่ปวดศีรษะ ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนพบว่าความดันโลหิตสูง BP แขนซ้าย 200/100 mmHg และตรวจเลือดเพิ่มเติม พบ Lab investigations:

CBC: Hb 9 g/dl, Hct 27%, MCV 71 fl, MCH 24 pg, MCHC 33.7 g/dl, RDW 17.6%, WBC 11000/ μ L, 55% L 25% M 8% Eo 10% Ba 0.5%, platelet 260000/ μ L, PT 12.7/12 PTT 25/27, INR 1.0

BUN 23 Cr 1.8 Electrolyte: Na 140 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 100 mmol/L, HCO₃ 29 mmol/L

UA: yellow color, sp.gr 1.010, pH 6.0, protein 4+, glucose: negative, ketone: negative, RBC 10-20 cell/HPF, WBC 2-3 cell/HPF, squamous cell:0-1 cell/HPF

Urine protein 24 hr(1 mo PTA) = 2,647 mg/g cr

TB 0.24 mg/dl, DB 0.12 mg/dl, AST 17 U/L, ALT 24 U/L, ALP 166 U/L, albumin 3.1 g/dl, globulin 3.7 g/dl, FBG 90 mg/dl, Cholesterol 151 mg/dL, HDL 32 mg/dL, Triglyceride 80 mg/dL, LDL 84 mg/dL

FT4 1.3 ng/dL (0.8-1.8), FT3 2.2 pg/dL (1.6-4.0), TSH 3.55 uIU/ml (0.3-4.1)

antiHIV: negative, HBsAg: negative, antiHBs: positive, antiHBc: positive , antiHCV: negative

โรงพยาบาลเอกชนของสงฆ์มากรักษาต่อที่รพ.จุฬา

Past history: no known underlying disease , no Hx of hematuria esp after his illness or diarrhea

Personal and social history

Alcohol social drinking, no smoking , ปฏิเสธยาชุด ยาสมุนไพร ยาหม้อ หรือยาลูกกลอน No IVDU

Current medications (หลังจากที่ไปพบแพทย์ที่ รพ. เอกชน)

- Doxazosin XL (4) 1 tab po pc
- Metoprolol (100) ½ tab po pc
- Lercanidipine (20) ½ tab po pc
- Furosemide (40) 1 tab bid pc เข้าเที่ยง
- Amlodipine (10) 1 tab po pc
- Hydralazine (25) 2 tab tid po pc
- Simvastatin (10) 1 tab hs
- Folic 1 tab po pc

Family history: no family history of kidney disease พ่อ เป็นความดันโลหิตสูงตอนอายุ 50 ปี แม่เป็นเบาหวานตอนอายุ 45 ปี

Physical examination

Vital signs: BT 36.6 c RR18/min Pulse 66/min, BP 4 extremities:

Upper extremities right: 220/100 mmHg/left 210/110 mmHg

Lower extremities right 250/110 mmHg/left 260/110 mmHg

GA: a middle age Thai male with good consciousness and well cooperative, Ht 167 cm BW 65 kg BMI 23 kg/m²

Skin: normal skin turgor, no discoid/malar rash, no significant rash, no clubbing finger/toe

normal nail appearance, no sign of chronic liver disease

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no OC or OHL, oropharynx normal appearance, thyroid not enlarged eye ground:
normal arterial appearance, A: V ratio=2: 3, no hard nexudates, no hemorrhage, no papilledema, positive retinal venous pulsation

Pulmonary: trachea in midline, symmetrical chest movement, equal breath sound, no adventitious sound

CVS: neck vein 3 cm above sternal angle, pulse full and equal, apical impulse at 5th ICS MCL, no heave no thrill, normal S1S2, no murmur

Abdomen: not distended, no superficial vein dilatation, soft not tender, no guarding or rebound tenderness, liver span 8 cm, liver and spleen cannot be palpated , shifting dullness positive, no fluid thrill, no caput medusae, normoactive bowel sound

PR: no mass, no melena

External genitalia: moderate scrotal swelling

Musculoskeletal system: pitting edema 3+ both legs up to knees, no joint swelling redness or limit ROM, no Raynaud phenomenon

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

Neurological exam: orientation to time place and person, normal speech , no stiffneck, CN pupil RE 3 mm RTL, LE 3 mm SRTL, 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

Breast: no mass

Lab investigations

Hb 9 g/dl, Hct 28%, MCV 71 fl, MCH 24 pg, MCHC 33 g/dl, RDW 16.%, WBC 10000/ μ L, N 58% L 20% M 6% Eo 9% Ba 0.5%, platelet 250000/ μ L, PT 11.8/12 PTT 26/27 INR 0.99

UA: yellow color, sp.gr 1.010, pH 6.0, protein 4+, glucose: negative, ketone: negative, RBC 20-30 cell/HPF, WBC 2-3 cell/HPF, squamous cell:0-1 cell/HPF

Urine protein 24 hr(1 mo PTA) = 2,647 mg/g cr, Urine protein 24 hr (1/2 mo PTA)= 12740 mg/g cr

BUN 36 Cr 2.3 Electrolyte: Na 138 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 103 mmol/L, HCO₃ 27 mmol/L

Review lab investigation

	3 mo	1 mo	Admission
BUN/Cr	16/1.3	23/1.8	36/2.3

TB 0.44 mg/dl, DB0.20 mg/dl, AST 18 U/L, ALT 25 U/L, ALP 155 U/L, albumin 3.0 g/dl, globulin 3.5 g/dl, LDH 250 U/L

Ferritin 478.8 ng/ml (12-150), serum iron 80 microgram/dl (65-176), TIBC 288 g/dl (262-474)

FT4 1.3 ng/dL (0.8-1.8), FT3 2.2 pg/dL (1.6-4.0), TSH 3.55 uIU/ml (0.3-4.1)

antiHIV: negative, HBsAg: negative, antiHBs: positive, antiHbC: positive , antiHCV: negative

VDRL: non-reactive

Coombs' test: DCT negative, ICT negative

ANA <1:80 antidsDNA negative, antiSm negative

CH50 25%(100) C3 0.3 g/dL (0.9-1.8) C4 0.56.g/L(0.1-0.4)

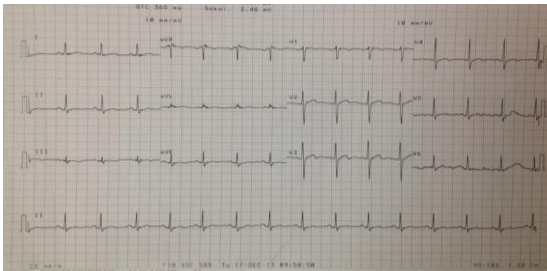
Rheumatoid factor <9.94 IU/mL, Cryoglobulin: positive

Serum electrophoresis: polyclonal gammopathy: dark band in gamma globulin zone 19.4% (11.1-19%)

Immunofixation: serum free light chain kappa 66 mg/L (3.5-19.4), lambda 52.7 mg/L (5.7-27)

ASO 21 IU/ml (negative), antiDNaseB 148 U/ml (negative)

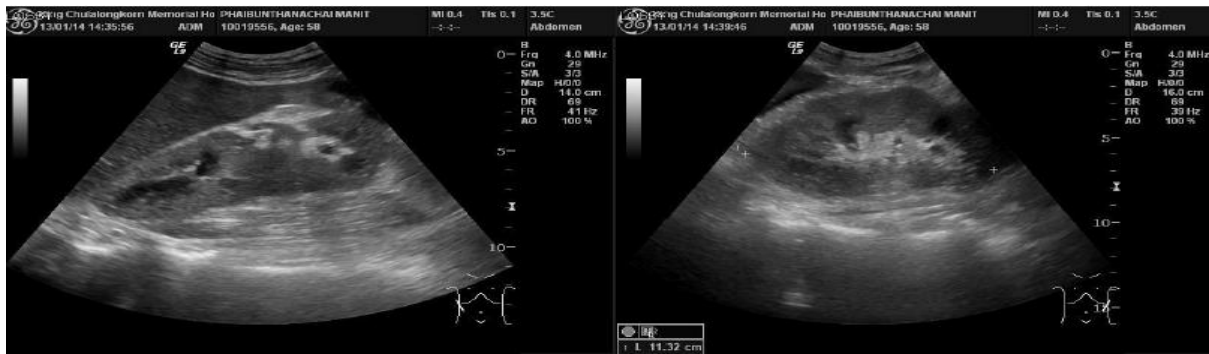
ECG 12 leads



Chest radiography

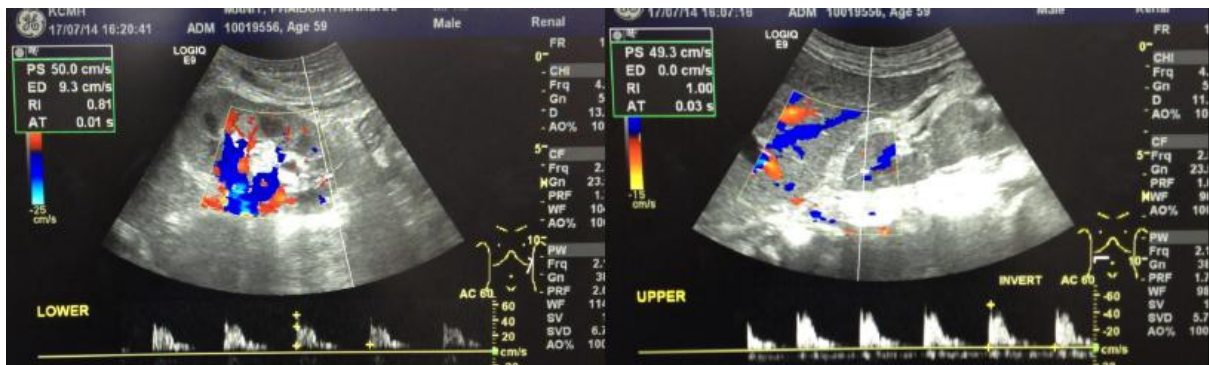


Ultrasound KUB



Normal size of both kidneys: Right 10.5 x 5.6 cm and left 11 x 5.3 cm, diffusely increased parenchymal echogenicity of both kidneys are noted. A 1.4-cm simple cyst at mid pole of left kidney, no hydronephrosis, stone or perinephric collection is noted, bilaterally. There are double caliceal system of right kidney. The urinary bladder is well distended without internal echic. Prostate gland is measures about 14 ml. There is moderate amount of intraabdominal free fluid.

Ultrasound Doppler renal arteries



At least three right renal arteries and two left renal arteries and two right renal veins, renal Doppler sonography demonstrates normal spectrum of waveforms. No definite renal venous thrombosis, no focal renal artery stenosis, bilaterally

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