



### Case 3: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### “A 66-year-old male presented with worsening chest pain for 12 hours”

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์ณภัต หิรัญบุรณะ

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา : อาจารย์ นายแพทย์จกัณพัฒน์ วนิชานันท์

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Patient profile:** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่และภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร อาชีพเดิมประกอบธุรกิจ ประวัติได้จากญาติและเวชระเบียน เชื่อถือได้มาก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2565

**Chief complaint:** เจ็บหน้าอกมากขึ้น 12 ชั่วโมง

#### Present illness:

2 สัปดาห์ PTA ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดตื้อเป็นจุดกลมขนาดประมาณลูกปิงปอง บริเวณแถบด้านซ้ายของ lower sternum ไม่ร้าวไปไหน ไม่มีบริเวณอื่นที่ปวดพร้อมๆ กัน หายใจเข้าเจ็บมากขึ้น เล็กน้อย ขยับตัวหรือเปลี่ยนท่าทางแล้วอาการปวดเป็นมากขึ้น อาการปวดเป็นทั้งวัน ไม่มีช่วงดี ผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดหลังที่มีอยู่เดิม (acetaminophen 1.5g/day, tramadol 150 mg/ day) อาการปวดพอทุเลาแต่ไม่หาย ผู้ป่วยทนอาการปวดและรอถึงนัด pain clinic ที่ติดตามเรื่องปวดหลังในอีก 4 วันถัดมา ที่ OPD pain clinic ผู้ป่วยได้แจ้งอาการเจ็บหน้าอกให้แพทย์ ทราบจึงถูกส่งตัวไปห้องฉุกเฉิน

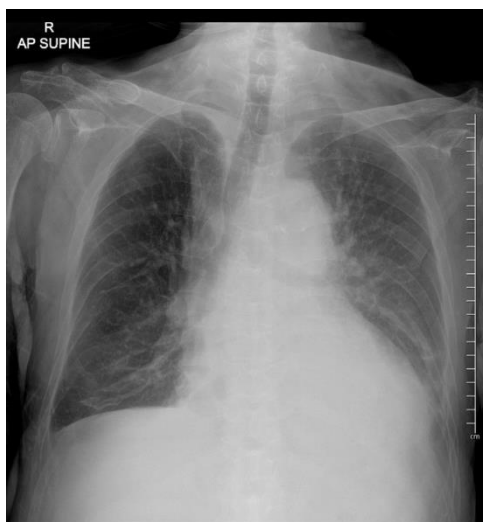
บันทึกตรวจร่างกาย BP 161/71 mmHg, PR 93 bpm, BT 36.7°C, RR 20/min, O2sat 99%

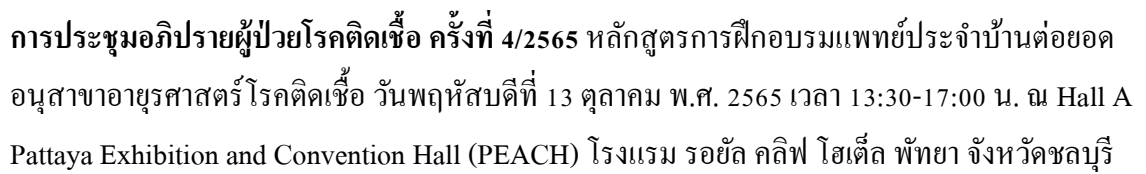
Chest: Tender at Left anterior chest wall, clear and equal breath sound, No palpable

mass was noted investigation : Chest X-ray AP upright, lateral(ดังรูป), EKG 12 lead:

sinus tachycardia rate 110 bpm, without ST-T changes ที่ห้องฉุกเฉินให้การวินิจฉัย

Costochondritis ให้กลับบ้านและเพิ่มขนาด tramadol เป็น 200 mg/day





เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกเป็นมากขึ้นและคลำก้อนที่อกได้ใหญ่ขึ้นผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาล  
ก่อนเดินทาง ผู้ป่วยรู้สึกตัวร้อน ไม่ได้วัดไข้ ไม่หนาวสั่น อาการอ่อนล้าเป็นมาจนไม่อยากจะลุกจากเตียง  
ผู้ป่วยไม่ได้ชั่งน้ำหนักในช่วง 1 เดือน แต่รู้สึกว่าหน้าตอปลง ไม่ได้สังเกตว่าทางเหงื่อไหลมามากขึ้นหรือไม่

### 3rd CDKT 7 years PTA (12/8/2015) at private hospital



- HLA MM 2-2-1
- Ischemic time 16 hrs.
- Post-operative: ATN of renal graft
- Cr baseline 0.9 - 1.1 mg./mL

• **Serology**

- AntiHBs +ve, Anti-HBc +ve, HBsAg +ve [Last HBV VL = 101 (2/2022)]
- Anti HIV -ve, TPHA non-reactive
- Other serologic test results: not available
- Current maintenance immunosuppressive: tacrolimus 3 mg/day, MMF 360 mg/day, prednisolone 10 mg/day

**2. Chronic NCNC anemia with IgG kappa and lambda MGUS with questionable AIHA**

**3 years PTA**

ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยและได้รับเลือดประมาณสามครั้งในช่วง 1 ปี

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ anemia of inflammation และได้รับการรักษาด้วย erythropoietin injection 8000 units/week แต่ก็ยังมีอาการเหนื่อยง่าย

- Hb 7.6 g/dL, MCV 96 fL, RDW 24%, WBC 5,180 cells/mm<sup>3</sup> Differential white cell: Neutrophil 44 %  
Lymphocyte 47 %, Platelets 129,000 cells/mm<sup>3</sup>
- DCT weakly positive

**Serum immunofixation:** IgG lambda and small oligoclonal band of kappa

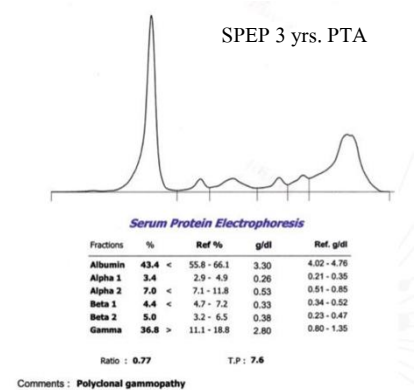
SPEP: Polyclonal gammopathy

**Serum free light chain:**

- free kappa light chain 127.42 mg/L [3.3 - 19.4]
- free lamda lightchain 133.7 mg/L[5.71-26.3]
- Kappa : Lamda ratio 0.95 [0.26 - 1.65] IgG level 4008 mg/dL [540 - 1822]

**Bone marrow study:**

moderate hyper cellular trilineage marrow with increase mature plasma cell. Immunohistochemical support for plasma cell neoplasm was negative





### 1 year PTA

ผู้ป่วยมารับเลือดบ่อยขึ้นทุก 1-2 เดือน โดยไม่รู้สีกว่ามิใช่ ไม่มีน้ำหนัลด

#### Serum free light chain:

- free kappa light chain 167.49 mg/L [3.3 - 19.4]
- free lamda light chain 206.29 mg/L [5.71 - 26.3]
- Kappa : Lamda ratio 0.812 [0.26 - 1.65]

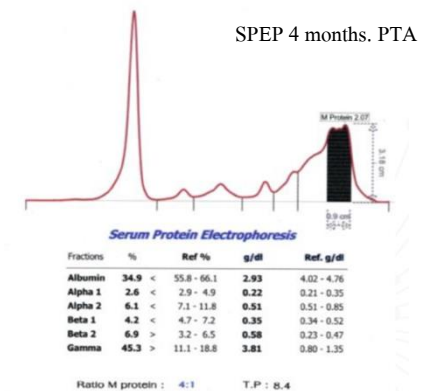
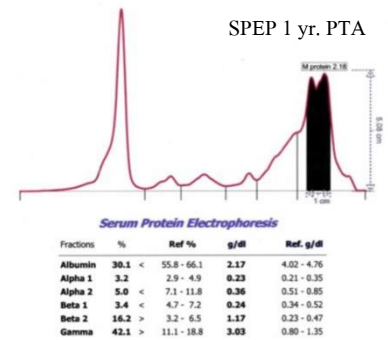
**M protein = 2.18**

### 4 months PTA

Follow up bone marrow study: Hypocellular trilineage marrow, Increased polyclonal plasma cells, No definite monoclonal detected, (Plasma cells 10%)

- SPEP: monoclonal gammopathy

**M protein: 2.07**



### 3. Chronic lower backpain with MRI showing multiple enhancing bone lesions

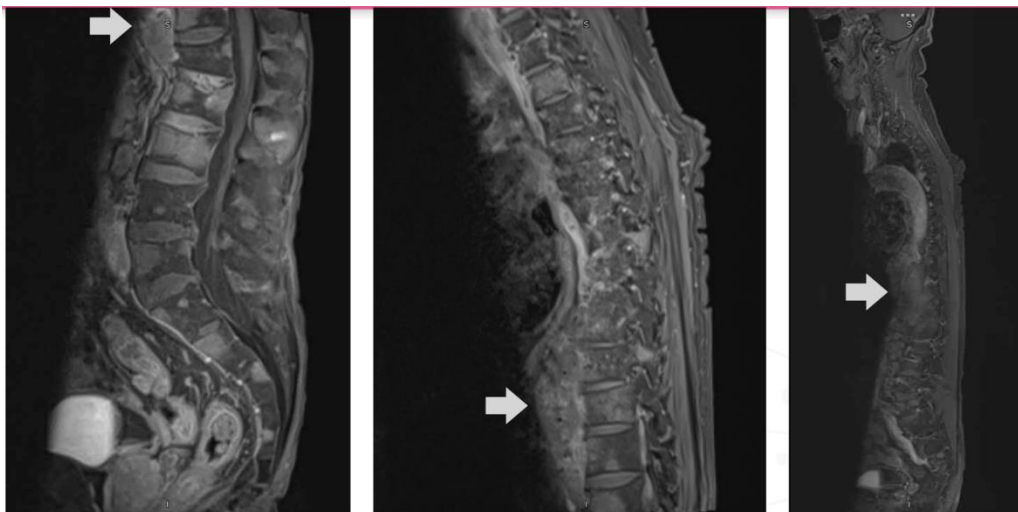
#### 2 months PTA

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดหลังตรงกลางบริเวณ midthoracic, lumbar level โดยอาการปวดจะเป็นมากตอนเช้า และตอนเดินลงบันได ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกอยากอาหารลดลง

#### MRI of lumbosacral spine and screening whole spine 1 month PTA

- Multiple heterogeneously enhancing lesions scattered in C2, C4, C6, C7, thoracic, lumbar and sacral vertebrae, both sacral ala, and both iliac bones.
- Compression fracture of L1 and L2 vertebral body with minimal posterior bulging of upper L2 vertebral body with mild spinal canal narrowing.
- Lumbar spondylosis with bulging lumbar discs, causing mild spinal canal stenosis at L4/5 level.
- Multiple enlarged para-aortic, aortocaval, and retrocaval nodes, up to 1.4 cm in short axis.

- เนื่องจากสงสัย Bone metastasis hematologist จึงได้ปรึกษาแผนก orthopedic เรื่อง tissue biopsy





#### 4. HBV cirrhosis (child A)

- 7 years PTA ตรวจพบ HBsAg positive จาก Pre-transplant check up ได้เริ่ม Lamivudine หลังจากนั้นหยุดยาหลังจากรักษา 2 ปี ไม่ทราบเหตุผล
  - 2 years PTA HBsAg positive, HBV-VL 276,997,521 IU/mL, restart Lamivudine 50 mg./day
  - 5 months PTA HBV VL = 101 IU/mL –เปลี่ยนการรักษาเป็น Tenofovir alafenamide 25 mg./day
- Last U/S + fibroscan 6 months PTA: liver cirrhosis (liver fibrosis stage F4 by SWE),

#### 5. Diabetes mellitus

- Diagnosed 7 years PTA by follow up transplant clinic, no symptoms  
Last HbA1C = 7.2 % 1 month PTA
- No micro / macro vascular complication

#### 6. History steroid induced AVN of Lt hip 5 years PTA s/p total left hip arthroplasty

##### Personal history:

- ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
- ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด
- ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
- ไม่มีสัตว์เลี้ยง

##### Family history:

- มีพี่น้องทั้งหมด 7 คน ติดเชื้อตับอักเสบบี 4 คน ไม่มีใครเป็นมะเร็งตับ มีบุตร 2 คน

##### Current medication:

- Tacrolimus (1) 1-0-1 po ac
- Tacrolimus (0.5) 1-0-1 po ac (total 3 mg/d) (last Tacrolimus level was 2 days PTA = 5.9 ng/mL)
- Mycophenolate mofetil (180) 1-0-1 po ac (total 360 mg/d)
- Prednisolone (5) 2×1 po pc (total 10 mg/d)
- Tenofovir alafenamide (25) 1×1 po pc
- Sodium bicarbonate (300) 1×1 po pc
- Sodium chloride tab (300) 2×3 po pc
- Linagliptin (5) 1×1 po pc
- Glipizide (5) 1×1 po pc



- Chelated Mg (100) 1×2 po pc
- Tamsulosin (0.4) 1×1 po hs
- Duocetz (Paracetamol 325 mg and Tramadol HCl 37.5 mg) 1×3 po pc

**Physical examination:**

- **Vital signs:** BP 150/80 mmHg, PR 96 bpm, BT 38.2°C, RR 18/min  
Body weight 60 kg, Height 165 cm, BMI 22.4 kg/m<sup>2</sup>
- **General appearance:** An elderly Thai male, alert, well cooperative, look cachexia
- **HEENT:** moderately pale conjunctivae, anicteric sclerae, no thyroid gland enlargement, no oral ulcer, no gum hypertrophy, no oral thrush.
- **Respiratory system:** Anterior chest wall mass at left parasternal border, size 5x4 cm. firm consistency, rubbery surface, fixed and tender on palpation, trachea in midline, equal tactile and vocal fremitus, normal resonance on percussion, normal air entry. equal breath sound, no adventitious sounds
- **Cardiovascular system:** JVP not engorged, full and regular pulse, PMI at 5th intercostal space in middle clavicular line, no heaving, no thrill, normal S1S2 no murmur
- **Abdomen:** Normoactive bowel sound, soft, not tender, no guarding, no rebound tenderness, liver 3 finger breadths below costal margin blunt edge and spleen can't be palpated, liver span 12 cm, splenic percussion positive, no abdominal mass was palpated, renal graft at LLQ no tender
- **Extremities:** no pitting edema, no deformities, no joint swelling, full ROM
- **Lymph nodes:** Multiple, rubbery consistency, matted left supraclavicular and left mid-lower posterior cervical nodes, not tender
  - 3 cm non-tender firm movable right supraclavicular and cervical nodes
  - 2 cm non-tender firm movable bilateral epitrocheal nodes
  - 2 cm non-tender firm movable bilateral axillary nodes
  - no groin lymphadenopathy
- **Skin and appendage:** no rash, no petechiae, no purpura, no ecchymosis
- **Neurological examination:**
  - Consciousness: alert, orientate to time-place-person - Speech: no dysarthria
  - Cranial nerve: intact
  - Motor: grade V all extremities
  - DTR: 2+ all





- clonus: negative
- Barbinski: absent (plantar flexion)
- Cerebellar: Finger to nose intact
- Stiff neck negative

#### Investigations:

CBC: Hb 10.0 g/dL, Hct 29.1 %, MCV 90.1 fL, MCH 31.1 pg, MCHC 34.5 g/dL

White Cell Count 5,650 cells/mm<sup>3</sup>

Differential white cell: Neutrophil 69 % Lymphocyte 18 % Monocyte 13 % Eosinophil 0 % Basophil 0 %

Platelets 128,000 cells/mm<sup>3</sup>

PT 13.1. sec (normal 11.5 sec), INR 1.15, APTT 22.2 sec (normal 25.0 sec)

BUN 24 mg/dL, Cr 0.92 mg/dL

Na 117 mmol/L, K 4.1 mmol/L, Cl 85 mmol/L, CO<sub>2</sub> 22 mmol/L

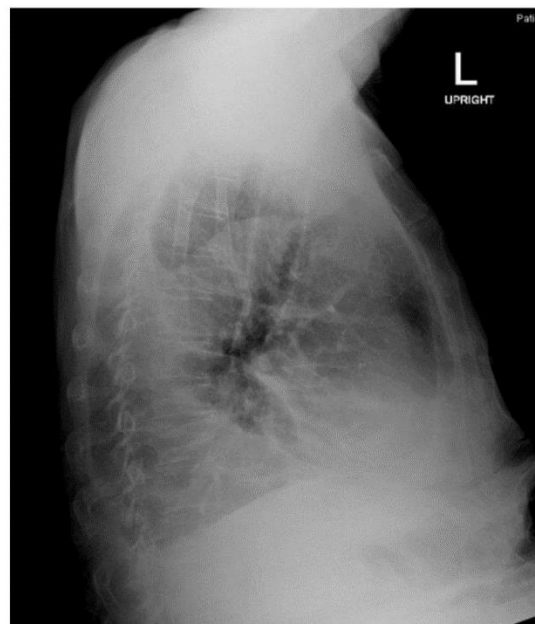
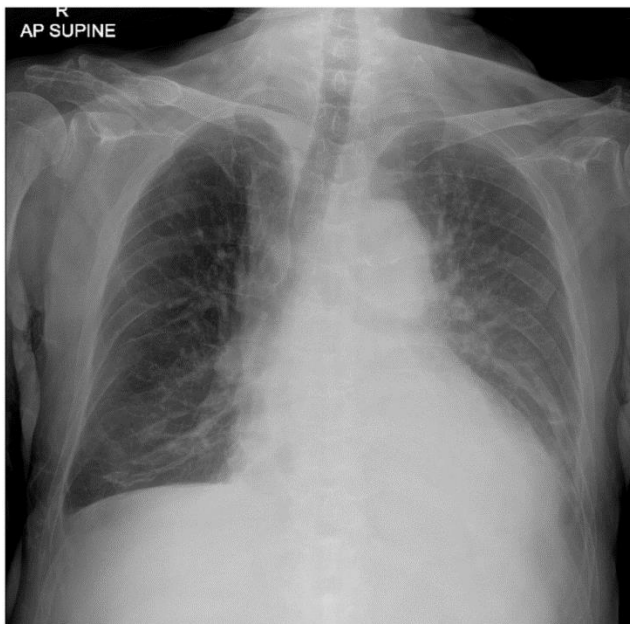
AST 35 U/L, ALT 64 U/L, ALP 94 U/L, TB 1.1 mg/dL, DB 0.61 mg/dL

Albumin 2.8 g/dL, Globulin 4.6 g/dL

Corrected calcium 9.56 mg/dL Mg 0.67 mmol/L (0.66-1.07) PO<sub>4</sub> 2.6 mg/dL (2.3-4.7)

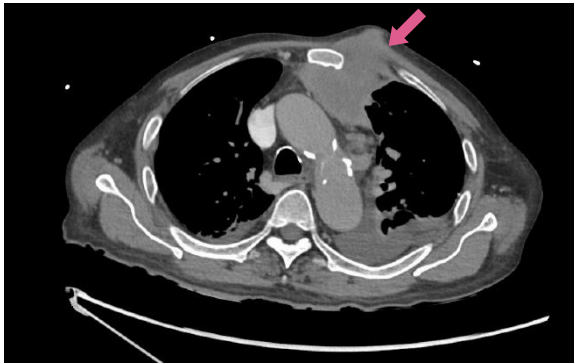
**Urinalysis:** yellow, clear, sp.gr. 1.013, pH 6.0, protein trace, glucose trace, ketone negative, blood negative, bilirubin negative, urobilinogen normal, nitrite positive, WBC 0 cells/HPF, RBC 0-1 cells/HPF, squamous cell 0 cells/HPF, bacteria 1+, mucous -

#### Chest X-ray:

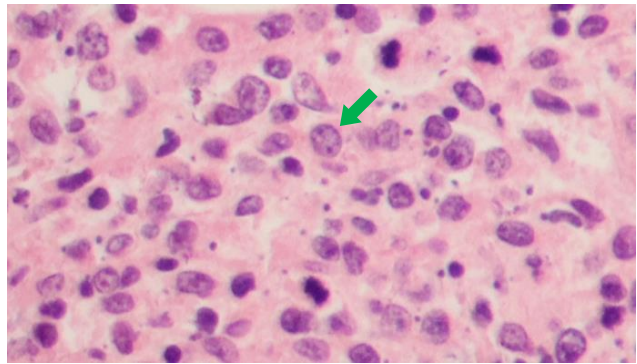


## Case summary

### ○ Clinical diagnosis: Monomorphic Post transplant Lymphoproliferative Disorder (PTLD)



**CT chest with contrast:** Homogeneously enhancing soft tissue mass in prevascular space with extension through 2nd intercostal space involving left pectorals major muscle



**Left supraclavicular lymph node core-needle biopsy**  
 Atypical large B-cell lymphoproliferation with extensive necrosis, strongly suspicious for diffuse large B-cell lymphoma  
**EBER:** negative (inconclusive due to coagulation necrosis)

### ○ Pathological diagnosis: Lymphomas arising in immune deficiency/dysregulation inconclusive EBV driven from histopathology

### ○ Management: start Dexamethasone 20 mg./day, changed immunosuppressive from Tacrolimus to Everolimus.

### ○ Progress: After family conference with his primary doctors, palliative care with the best supportive care was initiated. He passed away a month later at his home.