

CLINICO-PATHOLOGICAL-CONFERENCE.

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ รวบรวม เรียบเรียง

(การประชุมร่วมทางวิชาการประจำสัปดาห์ ระหว่างแผนกวิชาทางคลินิก และ แผนกพยาธิวิทยา ร่วมกับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๓ และปีที่ ๔ จัดทำโดย แผนกพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

This 23 years old Thai man was admitted to this hospital on November 18, 1965 with a chief complaint of severe and progressive generalized headache for two week duration.

The past history revealed that the headache had begun since early in 1965. On August 23, 1965 he visited a certain provincial hospital because of this symptom. Blood examination resulted in the findings of *P. falciparum*. He was treated specifically for malaria. However, there was no improvement what so ever for his headche.

In June 1966 he revisited the same hospital with the same suffering. There was also a complaint of low back pain. X-ray film of the spine failed to disclose any positive finding. Treatment was not known.

On October 31, 1966, the patient again came to the hospital complaining that his headache become more severe and it was accompanied by blurring of vision and diplopia. The diplopia disappeared on closing of his left eye. Physical examination then revealed a healthy looking individual. There was bilateral papilledema. Blood examination showed an increase in eosinophils

to 13%. CSF was slightly turbid but not xanthochromia. The pressure was 90 drops/min. Provisional diagnosis was brain tumour. He was told to come to Bangkok.

Physical Examination.

B.P. 110/70 mHg PR 68/min. RR 20/min. Temp. 37° c.

A well developed Thai male. The mental was dull with poor memmory. Pupils were equal and well reacted to light. There was no stiff neck. The visual field and confrontation tests were normal. DTR were normal and equal. Motor power was normal and there was no loss of sensation.

Ophthalmoscopic examination revealed papilledema with a flame shaped hemorrhages in eye grounds.

Lab. data :

Urinalysis was essentially normal Rbc 5.60 m./cumm. Hgb 14.2 gm % Wbc 14750/cumm with 76 % Neutrophils 19 % lymphocytes 5 % Eosinophils. Chest X-RAY was normal, Plain skull film revealed mineralization of posterior clinoid process.

Bilateral carotid angiogram revealed a widening of the U-shape on the left

side and a shifting of the left anterior cerebral artery to the right.

Ventriculography showed dilated both ventricles especially the left one. The 3rd and 4th ventricles were not dilated. There was shifting of septum pallidum to the right.

Torkilsen ventriculocystostomy was performed. The patient did not gain consciousness after operation and soon later developed fixed and dilated pupils on both sides. Ventricular tap on the left lateral ventricle yielded no fluid but, on the right, there was a strong gush of fluid and air. After tapping, the right pupil became smaller, but the left was still dilated. The patient died soon afterward from sudden cardiac arrest, 19 hours after the operation.

พ. จรัส สุวรรณเวลา สรุป

คนไข้คนนี้มีประวัติ chief complaint of headache มา ๒ อาทิตย์ แต่ความจริงได้เริ่มรู้สึกปวดหัวมากมาตั้งแต่สิงหาคม ๑๙๕๕ ดังนั้นจึงเป็นชนิดปวดศีรษะเรื้อรัง ตรวจที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดตอนนั้นพบ *P. falciparum* ในเลือด รักษา มาเลเวีย แต่อาการปวดศีรษะไม่หายไป

มี.ย. ๑๙๕๖ เดือนต่อมา ไปโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง ด้วยอาการเดิม คือปวดศีรษะควรวนมีปวดหลังด้วย

ตุลาคม ๑๙๕๖ อีก ๔ เดือนภายหลัง คนไข้กลับมาใหม่ ด้วยอาการเดิม บวกกับอาการตามัว diplopia พบ Papilledema ทั้งสองข้าง CSF turbid เล็กน้อย และพบว่า Eosinophil ในเลือดขึ้นสูงถึง ๓๓ เปอร์เซ็นต์

พฤศจิกายน ๑๙๕๖ ปวดศีรษะมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นแบบ progressive จึงมาโรงพยาบาล

ตามประวัติ จะเห็นได้ว่าอาการสำคัญที่เป็น main picture ในรายนี้ คือ ปวดศีรษะ

ปวดศีรษะ หมายถึงอะไร

ปวดศีรษะ หมายความว่า อาการปวดที่เกิดขึ้นกับส่วนของร่างกายที่อยู่เหนือคอขึ้นไปทั้งหมดส่วนไหนปวดก็ตาม มีอาการปวดศีรษะทั้งนั้น ก็มีเรื่องของ Face, ฟัน, EENT แล้วก็ Cranium. แต่ ๆ

Skin lesion ของ Face ทำให้ปวดศีรษะได้

ฟัน และ EENT lesion ทำให้ปวดศีรษะได้

Skull ไม่ปวด ที่มีในสมองเอง ที่ปวดมี

๑. เนื่องจาก lesion ที่ base ของ brain เช่นบริเวณ Cranial nerves ที่ ๕, ๗, และ ๑๐

๒. ที่ Meninges ที่ base ของ skull, Brain แท้ ๆ ไม่ปวด

ต่อไปก็เป็นเรื่องผลของจาก Systemic diseases เช่น anemia มีปวดศีรษะได้ Uremia, fever และอื่น ๆ ก็ทำให้ปวดหัวได้

อีกอย่างหนึ่ง คือ ทาง Psychogenic ทำให้ปวดศีรษะได้

เพราะฉะนั้น จะเห็นได้ว่ามี condition หลายอย่างที่ทำให้ปวดศีรษะได้

ในที่นี้ เราจำต้อง exclude condition ต่าง ๆ ออกไปที่ละอย่าง จะเป็นอะไรได้บ้างในคนไข้รายนี้

Malaria คนไข้คนนี้ ถ้าหากเป็นมาเลเรียจริง จะะเลือดได้ P. falciparum จริง อาจจะมี systemic effect เช่น toxemia หรือ Anemia มาก ๆ คนไข้ อาจมีปวดศีรษะตอนนั้นได้ แต่หลังจากรักษาแล้ว เขาเขียนไว้ชัดเจนว่า ปวดศีรษะไม่หาย ยังคงปวดต่อไป อาจจะเป็นได้ว่า

๑. ปวดศีรษะนี้ไม่ใช่เกิดจาก Malaria

๒. ปวดศีรษะนี้ เกิดจาก Malaria แต่มี Anemia ตามหลังมา ก็ปวดศีรษะได้ นี่เป็นปัญหาอยู่ ต้องขอทั้งไว้แค่นี้

มาพิจารณากันต่อไป จะเห็นว่า ๑๐ เดือน ต่อมา คนไข้ยังมีปวดศีรษะอยู่ อย่างเดิม และมีปวดหลังมาร่วมด้วย หลังห่างจากศีรษะมาก สองอย่างนี้อาจจะเกี่ยวข้องกัน หรือไม่เกี่ยวข้องกันก็ได้ ที่เกี่ยวข้องคือปวดศีรษะจากโรคใน cranial cavity บางอย่าง อาจทำให้คอแข็ง และหลังแข็งได้ อันนี้คิดว่าคงช่วยไม่ได้มากนัก

Diplopia เห็นหนึ่งเป็นสอง มี

๑. Binocular diplopia โดยมากเป็นชนิดนี้ คือตาทั้งสองข้าง เห็นไม่เท่ากัน หรือไม่ตรงกัน

๒. Monocular diplopia อันนี้ Rare เป็นโรคของลูกตาข้างเดียว ข้างใดข้างหนึ่งโดยตรง

ในที่นี้เขาเขียนไว้ชัดเจนว่า คนไข้จะเห็นเป็นปกติ ถ้าปิดตาข้างซ้ายเสีย

เพราะฉะนั้น แสดงว่าตาทั้งสองข้าง เห็นไม่เท่ากัน ไม่ตรงกัน คือเป็น Binocular diplopia.

ดังนั้นที่แน่นอนคือ คนไข้คนนี้มี Ocular palsy ของตาข้างซ้าย อาจจะเป็นที่ nerve 3,4,6 อันใด อันหนึ่ง หรือหลายอัน เสียไป ตาซ้ายทำงานไม่เท่ากับตาขวา จึงเกิด Diplopia ขึ้น

จุพาลงกรณเวชสาร

ปวดศีรษะเมื่อร่วมอยู่กับ Diplopia เช่นนี้ คนไข้รายนี้ น่าจะมีโรคอยู่ภายใน cranium เสียแล้ว

Systemic และ Psychogenic conditions ทำให้หนักถึงน้อยลงไปมากทีเดียว

ต่อไป ตามัว

ตามัว หมายถึง Decrease in visual acuity เห็นชัดน้อยกว่าปรกติ โรคที่จะทำให้ตามัวได้ ก็มี โรคของลูกตา โรคของ Optic Pathway โรคของ locomotion ของ eye-ball ที่ทำให้ตาทั้งสองข้างจับภาพเดียวกันไม่เท่ากัน

ตามัวในต้นมี Diplopia โรคของ locomotion อธิบายอยู่แล้ว อาจจะเป็นเพียงแค่นั้น หรือ Diplopia บวกกับโรคของ eye-ball หรือบวกกับโรคของ Optic nerve Pathway เราไม่รู้แน่ ทั้งไว้แค่นั้นก่อน

ต่อมา เดือนตุลาคม ๑๘ คนไข้เข้ามาใหม่ครั้งแรกพบ papilledema หมายถึงว่าพบมี optic disc บวม Papilledema เกิดได้จากกลุ่มโรค ๒ กลุ่ม

๑. Papillitis Inflammation หรือ demyelination of optic nerve

๒. True papilledama จาก Increase intracranial pressure.

ข้อแรกไม่น่าเป็น เพราะประวัตินี้ยาวนานถึง ๑ ปี Inflammatomy condition ถ้าเป็นนานเช่นนั้น Eye-ground ควรพบ Optic atrophy ไม่ใช่บวม ดังนั้นก็คงเป็นข้อที่สองมากกว่า

ขอย้อนกลับมาอีกที่ Malaria เท่าที่ทราบไม่พบ papilledama Pathology ของมาเลเรีย เรายังไม่รู้มากนัก นอกจากว่ามี petichial hemorrhage แถว cerebellum และ cerebrum ไม่มี papilledama ดังนั้น malaria ไม่น่าจะใช้ โรคของพัน EENT, Psychogenic และ systemic condition ไม่มี papilledama. ฉะนั้นสรุปแล้ว โรคของคนไข้รายนี้ ควรจะอยู่ในกะโหลกศีรษะ โรคอันนี้ทำให้มี Increase intracranial pressure ตามปรกติ ถ้ามี Increase intracranial pressure จะมีปวดศีรษะมาก อาเจียร มี papilledama มีตามัว

เพราะฉะนั้น ตามัวในรายนี้ นอกจาก diplopia แล้ว คงมาจาก papilledama ร่วมด้วยก็เป็นได้ แต่ใน protocol เขียนไว้ชัดเจนว่าไม่มีอาเจียร จะมีหรือไม่มี ถ้ามี papilledama ควรถือ sign อันนี้เป็นหลัก เพราะเป็น sign ที่ชัดเจน เป็นของแน่นอน เชื่อถือได้มาก เพราะฉะนั้น สรุป

ได้ว่า คนไข้รายนี้ papilledema จาก increase intracranial pressure.

ทำไมจึงมี Increase intracranial pressure ต้องดู findings ต่อไปมีอะไรบ้าง CSF slight turbid อันนี้ มีปัญหาเล็กน้อย เพราะตามปกติ ในคนไข้ที่มีอาการ Increase Intracranial pressure เราไม่ทำ lumbar puncture หรือเราไม่พยายามที่จะทำนอกเสียจากว่า เราแน่ใจว่าสามารถจะ correct increase intracranial pressure. ได้ CSF. จะเห็นชั้นด้วยตาเปล่าได้ จะต้องมี cells มากกว่า ๒๐๐ ตัว จาก protocol ไม่ได้ บอกว่าดู cells หรือเปล่า cells. เป็นอะไรได้บ้าง Rbc, เป็น Wbc อาจจะเป็น poly, lymphocyte หรือ Eosinophils หรือหลาย ๆ อย่างเป็น cells อื่น ๆ เช่น Tumor cells

RBC. ถ้าเป็น red cells อาจเกิดจาก

๑. - Spontaneous subarachnoid hemorrhage.

๒. - Trauma จากการเจาะ

ในข้อแรก rbc ใน CSF ระยะโรคยาว เช่นนี้ ควรจะต้องมี Xanthochromia แต่ในกรณีนี้เขาเขียนไว้ชัดเจน เช่น กันว่า CSF ไม่มี Xanthochromia.

ดังนั้น รายนี้ ไม่ใช่ Spontaneous subarachnoid hemorrhage.

CSF ชั้นในรายนี้ ถ้าเนื่องจาก RBC ก็ต้องเกิดจาก Trauma.

Wbc. ถ้าเป็น Poly; พบ ๒๐๐ ตัว ใน CSF ถ้าโรคนี้ history นานเช่นนั้น ไม่น่าจะมี ไม่เหมือน Lymphocytes : lymphocytes ใน CSF อาจพบได้ในโรค chronic meningitis ต่างๆ Syphilis, T.B. และ fungal infection โดยเฉพาะ lymphocytes ใน CSF อาจพบได้ในกรณีที่มี lesion ใน brain located อยู่ใกล้กับ CSF pathway เช่น brain abscess หรือ brain tumor ที่อยู่ใกล้กับ arachnoid membrane.

Eosinophils : Eosinophils พบใน CSF อยู่ได้ตั้งปักษ์ว่านั้น จะมีได้หรือไม่ ไม่ทราบแน่ ยังเป็นปัญหาในรายนี้ Eosinophil ในเลือด ๑๓ เปอร์เซ็นต์ น่าคิด อาจมีความหมาย ถ้าเป็น Eosinophil meningoencephalitis ประวัติที่ยาวอย่างนี้ และเจาะพบแต่ pure eosinophil ก็ไม่ทราบเป็นได้หรือไม่ ยังเป็นปัญหาเหมือนกัน

สรุปจากประวัติ และจากการตรวจ lab. คนไข้คนนี้เป็นโรคที่มี pathology อยู่ใน cranial cavity โรคนี้ทำให้มี increase in-

tracranial pressure โรคนี้ทำให้มี Turbid CSF ถ้าหากการเจาะนั้นไม่มี Trauma. Turbid CSF ต้องชัน เพราะมี cells. ที่นำส่งสัยที่สุด cells. ควรเป็น lymphocytes.

T.B. meningitis เป็นได้ มี CSF ชันได้ มี increase intracranial pressure ได้ มี papilledama ได้ มี chronic progressive course อย่างนี้ได้

แต่ถ้าเป็น T.B. meningitis ๑๔ เดือน โดยไม่ได้ treat เลย เป็นปัญหาว่าจะเป็นไปได้ไหม ถ้าในเด็กต้องตายแน่ ไม่อยู่นานอย่างนี้ สำหรับในผู้ใหญ่ ถ้าเป็นชนิด localized form อาจจะมี picture อย่างนี้ได้ ตามที่ได้อ่านมา แต่ผมไม่รู้โดยตนเอง

Syphilis ไม่ใช่ เพราะ Syphilis ไม่มี papilledama. Fungus rare แต่อาจให้ picture อย่างนี้ได้ lesion อื่น ๆ ยังคงเป็นปัญหาอยู่

มาพิจารณาทางด้าน Physical Examination ได้ information อะไรเพิ่มเติมบ้างไหม

คนไข้มาตรวจที่เรว เดือนพฤศจิกายน ๒๕๐๙ คนไข้มี papilledama c flame-shape hemorrhage เพราะฉะนั้นคนไข้คนนี้มี increase intracranial pressure ชนิด acute เพราะมี hemorrhage ที่ disc

acute ภายใน ๒ อาทิตย์ มี Sudden increase in pressure.

ต่อไป คอไม่แข็ง T.B. meningitis และ meningitis อื่น ๆ ต้องมีคอแข็งส่วนมาก

ข้อต่อไป คนไข้รายนี้ไม่มี localizing signs เลย Barbinski ก็ negative วมแล้วได้ผลว่าคนไข้รายนี้มี Increase intracranial pressure without localizing signs.

ในช่องกระโหลกและกระดูกสันหลัง เป็นช่องตัน มีกระดูกล้อมรอบ ช้างในช่องนี้ก็มี Brain มี CSF มีเลือด

Increase pressure เกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีอย่างใดอย่างหนึ่งใน ๓ อย่างนี้เพิ่มปริมาณขึ้น หรือว่ามีของสิ่งอื่นที่ไม่ควรจะมีอยู่ในนั้น เข้าไปอยู่ในนั้น

- Brain เพิ่มขึ้น pressure สูงขึ้น
- CSF เพิ่มขึ้น pressure สูงขึ้น
- เลือด เพิ่มขึ้น pressure สูงขึ้น

หรือสิ่งที่ไม่ควรจะมีใน cranium เข้าไปอยู่ เช่น abscess, granuloma, parasites เป็นต้น pressure ก็สูงขึ้น ถ้าสมมติคนไข้มี localized lesion ก็ย่อมจะต้องมีอาการของส่วนนั้น ๆ ที่มี pathology ไปอยู่ แสดงให้เห็น รายนี้ไม่มี

เพราะฉะนั้นถ้ามีก้อนจริง ก้อนนั้น pathology อันนั้นต้องอยู่ใน Silent areas

เช่น Frontal lobe Temporal lobe.
เป็นต้น

Brain เพิ่มขึ้น เช่น Swelling ใน
lead poisoning หรือใน Uremia ภายนอก
ไม่ใช่ ไม่น่าเป็น

เลือด เพิ่มขึ้น ภายนอกการตรวจไม่มี
clue เลย ไม่น่าใช่เหมือนกัน

คงเหลือแต่ CSF เพิ่มขึ้น

CSF เพิ่มขึ้น ก็เนื่องจากมี block ของ
pathology ส่วนไหนก็ได้ตั้งแต่ Foramen
of Monroe ใน 3rd ventricle ที่ Aqueduct
ใน 4th ventricle ที่ Foramen of
Lushka และ Magendie หรือที่ Sub-
arachnoid space จะ block ตรงไหนก็ตาม
จะมี increase pressure

ถ้าเป็นจากสาเหตุนี้ มีแต่ Increase ที่
intracranial pressure โดยไม่มี local-
izing signs ได้

T.B. meningitis block ที่ base of
brain ไม่มี localizing sign ได้ มีแต่
increase intracranial pressure อย่างเดียว

Mass ที่อยู่ ใน Silent area ที่มี
อาการน้อยก็เป็นได้ ต้องดู Investigation
ต่อไป ขอ X-ray

พ.ญ. กัลยา เจียรประดิษฐ์

X-Ray chest ปกติไม่มี TB

Plain skull มี clue เพียงอย่างเดียว
คือมี mineralization ที่ posterior clinoid
process ซึ่งเป็น Early sign of Increase
Intracranial pressure.

Carotid arteriogram ทั้งสองข้าง เห็น
ได้ชัดก็คือมี sweep ของ anterior cerebral
artery มี enlargement ของ lateral ven-
tricle ทั้ง ๒ ข้าง และ U- กว้างหมายถึง
space ระหว่าง anterior กับ middle
cerebral arteries กว้างขึ้น anterior
cerebral artery ทางซ้ายถูก displaced
มาทางขวาเล็กน้อย คงเป็นเพราะว่า
ventricle ข้างซ้ายโตกว่าข้างขวา ความ-
จริงโตทั้งสองข้าง แต่ซ้ายโตกว่าขวา

Ventriculogram แสดงว่ามี hydro-
cephalus ของ lateral ventricles - จริง
แต่ Septum pallidum แทนที่จะถูกเบียด
ไปทางขวาดังใน arteriogram กลับหันมา
ทางซ้ายเพราะเขาได้ Catheter เข้า
ไป lateral ventricle ทางขวาแต่แท้จริง
lateral ventricle ทางซ้ายโตกว่าข้างขวา
มากโดยเฉพาะที่ anterior portion 3rd
ventricle ไม่มีลม fill ทำต่อไปได้ contrast
ก็ไม่สามารถ demonstrate mass ได้เลย

พ. จรัส ถ้าอย่างนั้น เราก็บอกได้ทันทีว่า คนไข้คนนั้นไม่มี supratentorial mass คือ mass ใน cerebrum ไม่มี ดูจาก X-ray ถ้ามี dilate lateral ventricle ขนาดนั้นควรจะต้องมีลมเข้าไปใน 3rd ventricle แต่มีลมไม่เข้าได้ contrast แล้วก็ไม่เข้า ก็แสดงว่า filling defect อยู่ใน 3rd ventricle คนหมอกักยา จะมีความเห็นอย่างนี้ใหม่ คือมี filling defect หรือ Occlusion ใน anterior part ของ 3rd ventricle

พ. กลัทยา Occlusion ไม่ได้อยู่ใน 3rd แต่อยู่ที่ Foramen of Monroe

พ. จรัส ถ้าเช่นนั้น Occlusion of CSF pathway - มีแต่ CSF ไหลไม่ได้, จำนวนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้ increase intracranial pressure จากนั้นทำให้ increase intracranial pressure จากนั้นทำให้ headache มี hydrocephalus ซึ่ง hydrocephalus ซึ่ง hydrocephalus นาน ๆ เข้าก็มี Ocular palsy อาจจะเป็น nerve 6 มี diplopia ซึ่ง pressure ที่สูงขึ้นทำให้ papilledema มีตามัวปัญหาที่มีอยู่ว่า Nature of occlusion เป็นอะไรต้องเป็นก่อนจึงจะอุดตัน ต้องเป็นก่อนเล็ก จึงมองไม่เห็นก่อน

อะไร มี ๔ อย่าง Tumor, abscess, granuloma และ Parasite-, abscess ไม่มี เพราะใน 3rd ventricle ไม่มีเนื้อ brain เมื่อไม่มีเนื้อ brain ก็ไม่มี abscess. ตัดทิ้งไปได้

เพราะฉะนั้นจะเหลือ Tumor, granuloma บริเวณนพมเคยพบเห็นเหมือนกัน บริเวณ นพม เคยพบเห็นเหมือนกัน เช่น Tuberculoma, Parasite - เช่น Cysticercosis อาจเป็นไปได้

Clinically differential diagnosis ให้ไม่ได้ Tumor ที่อยู่ที่ anterior part ของ 3rd ventricle ทำให้ occlusion ที่ Foramen of Monroe ที่ common คือ colloid cyst แต่ Obstructive lesion จาก mass ที่ irregular แบบนั้นน่าจะเป็น Ependymoma. Tumor ของ ependyma lining 3rd ventricle.

Diagnosis ของผม อยากจะให้เป็นอย่างนั้น

Ependymoma, anterior part of 3rd ventricle with Occlusion of foramen of Monroe

Obstructive hydrocephalus. แต่เราไม่สามารถแยก Tumor อื่นๆ ออกไปได้ เราไม่สามารถแยก granuloma ต่างๆ ออกไปได้ เราไม่สามารถแยก parasite ใน

3 rd ventricle ออกได้ หลังผ่าตัดคนไข้มี fixed dilate pupils ไม่พบนอธิบายได้ ๒-๓ กรณี

๑. เพราะมี Hematoma จากการผ่า- ตัด เป็น subdural hematoma กด brain ทำให้มี increase pressure ขึ้นอีก ระบาย เจาะ ventricular tap ทางซ้ายไม่ได้อะไร แต่ tap ข้างขวาได้ และ pupil ข้างซ้าย- โตเร็วกว่า สงสัย Hematoma อยู่ข้างใต้ มาก

๒. เพราะว่ามี Shift ของ brain stem ในรายนี้ lateral ventricle ๒ ข้างไม่ต่อกัน ไปเจาะข้างใดข้างหนึ่งเข้า จะทำให้ shifting เกิดขึ้น pressure ไม่เท่ากันทำให้ coma ตายได้และ autopsy จะไม่พบอะไรถ้ารายนี้ autopsy ไม่พบอะไร ก็ต้องอธิบายอย่างนี้

๓. เพราะว่ามี bleeding จาก tumor เพราะ sudden release of pressure ดังนั้น possibilities ซึ่งมีหนึ่งในสาม นี้ แต่สงสัยข้อ ๑ มากที่สุด

พ. ประญัติ ลักษณะพวกนี้ : Eosinophils 13% ควรนำเข้ามา พดด้วย ปกติคนไทย Eosinophils ในเลือดมี ๓-๕% ดังนั้น ๑๓% ผิดธรรมดาแน่นอน Eosinophilia ในบ้าน

เราโดยมาก cause จาก parasite ทั้ง Intestinal และ tissue parasites พวก tissue parasite มักให้ eosinophils สูง เช่นตัวจิ๊ด cysticercosis ในระยะแรก จะให้ Eosinophils สูงกว่า ๒๐% เสมอ อาจ สูง ๔๐-๕๐% ก็ได้

Intestinal parasite มักให้เปอร์เซ็นต์ ต่ำกว่า ๑๐%

Allergic condition ไม่นั่นอน ส่วน มากไม่มากไปกว่า ๒๐% ไม่มากเหมือน tissue parasite.

สำหรับรายนี้ไม่ค่อยมี information ที่ จะช่วยอื่นๆ stool ก็ไม่ได้บอกไว้มี lab data ที่ทำที่โรงพยาบาลเรา Eosinophil ในเลือดพบเพียง ๕% ซึ่งอยู่ใน High normal ของคนไทยเราใน Eosinophil meningoencephalitis อาจเป็นไปได้ที่ peripheral blood eosinophil ไม่สูงแต่ CSF eosinophil สูงได้

TB. meningitis น่าสงสัยว่าจะอยู่นานๆ เช่นนี้ได้หรือไม่โดยไม่ได้ treat อยากจะถามความเห็นคนอื่นๆ ดู

พ. ทองจันทร์ หงส์ถาวรภักดิ์ TB. meningitis เท่าที่ผมทราบไม่ควรจะอยู่นาน ได้โดยไม่ได้รักษา จะมีอาการของ

Increase intracranial pressure และมี Complications มากมาย ไม่น่าจะเป็นอย่างยิ่ง

Eosinophilic meningoencephalitis ฅมทำ follow ได้แต่เพียง ๓๐๐ วัน Eosinophils ในเลือดและ CSF ก็จะถูกดูดซับมาสู่ปฏิกติแล้ว เพราะฉะนั้นรายนี้ไม่น่าเป็น Eosinophilic meningitis.

พ. ประญูติ ที่มม raised TB. meningitis ฅนมากี่เฉพาะ TB. ทำให้มี lesion ที่ base ของ brain. lesion แลวณ ถาเป็น fibrous band จาก TB. inflammatory process. จะทำให้มีอาการแบบนั้นได้

พ. อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ คนใช้รายนี้ฅม เข้าใจว่ามี Space Occupying lesion ในสมอง แต่เป็นใน Intraventricular space มากกว่า จะมีอะไรอุดทางเดินของ CSF โดยตรงฅมเอนไปทาง intraventricular tumor สำหรับการแยกกระหวาง colloid cyst กับ ependymoma ในระยะของโรค วม ๑๘ เดือนนี้ดูดีจะ favour ependymoma มากกว่า คนใช้นี้อาจจะตายจาก bleeding ในก้อน tumor

การวินิจฉัย ของ พ. จรัส สุวรรณเวลา วินิจฉัยเป็น

Ependynoma obstructing left Foramen of Monroe; (Tumor อื่น ๆ เช่น colloid cyst, granulomas, parasites แยกออกไปไม่ได้ทางคลินิก)

- Obstructive hydrocephalus
- Death by Traumatic subdural hematoma.

พ. ประสาน ต่างใจ Brain หนัก ๑๓๕๐ ฅ base ของ brain พบว่ามี thickening of arachnoid membrane มี exudate คดม อยู่หนาเหนือ Dura mater ฅ้างซ้ายมี recent blood clot อยู่ประมาณ ๒๐๐ ซีซี.

Section ของ brain พบมี hydrocephalus ของ lateral ventricle ฅ้างซ้าย ฅ้างเดียว ฅ้างขวาไม่ใหญ่ ตรงบริเวณ ด้านหน้าของ left lateral ventricle ภายในเนื้อ brain ขัดกับ Foramen of Monroe มีกอนขนาด ๐.๘ cm, ดีเหลือง dull ติดอยู่ กอนนกดที่ปากของ Foramen of Monroe ทำให้แคบตีบลงมาก จากกตั้งจุดทัศน กอนนเห็นปรากฏว่าเป็น thick wall cyst ล้อมรอบด้วย granulomatous type of inflammatory reaction คือ cells ที่พบเป็นพวก lympho-

ocytes. histiocytes และ plasma cells ไม่มี Giant cells. Cyst ฝั partially collapse ไม่สามารถจะ identify อะไรได้มาก ได้ consult ทางแผนปวราศิตวิทยา ศ.จ.พ. อานนท์ บอกว่า compatible กับ cysticercosis.

Exudate ที่ base ของ brain เป็นพวก neutrophils และ fibrin ถือเป็น Suppu. active arachnoiditis, Pathogenesis ไม่มี

ทราบแน่นอนอาจจะได้มาจากการเจาะ ventricle หรือการผ่าตัดก็ได้

Final Anatomical Diagnosis.

- Cysticercosis, Obstructing Foramen of Monroe,
- Hydrocephalus, left lateral ventricle;
- Suppurative arachnoiditis;