

1-1-1969

Adrenal mass- Truncal obesity & osteoporosis cutaneous suppuration postoperative shock

ประสาน ต่างใจ

ชูจิตร เพล่งวิทยา

สำราญ ช่างโชค

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ต่างใจ, ประสาน; เพล่งวิทยา, ชูจิตร; and ช่างโชค, สำราญ (1969) "Adrenal mass- Truncal obesity & osteoporosis cutaneous suppuration postoperative shock," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 14: Iss. 1, Article 6. Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol14/iss1/6>

This Other is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

Clinico - Pathological - Conference.

เรียบเรียง—รวบรวม โดย นายแพทย์ประสาน ต่างใจ*
ผู้อภิปราย น.ญ. บุญจิตต์ เปล่งวิทยา**
นายแพทย์ นายแพทย์สำรวย ช่างโง่ติ*

(การประชุมร่วมทางวิชาการประจำสัปดาห์ ระหว่างแผนกวิชาทางคลินิก และแผนกพยาธิวิทยา ร่วมกับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ ๓ และ ๔ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ADRENAL MASS - TRUNCAL OBESITY & OSTEOPOROSIS CUTANEOUS SUPPURATION POSTOPERATIVE SHOCK

CLINICAL HISTORY

A 27 year old single female was admitted on February 5, 1968. with the chief complaint of fatigue and intermittent swelling of lower extremities of two year duration.

One year prior to admission she noticed some epigastric pain unrelated to meals, and gradual weight gain of 11 kg. over a 5 month period. Eight months prior to admission oligomenorrhea and later amenorrhea was noted. Six months later she developed polyuria, polydipsia polyphagia and numbness of her fingers and toes. She also noticed purple striae over her abdomen and upper thighs, deepening of her voice, acne and hair lost. She denied headache or any visual symptoms.

Physical examination revealed weight of 60 kg.

Pulse 86, temperature 37°C, BP 140/100 and respiration 18. The patient had typical cushingnoid features, consisting of moon face, plethora, buffalo hump, truncal obesity hoarse voice, acne, hirsutism, and purple striae on her abdomen and thighs. An abscess over the right knee was noted. The fundi were normal, but she had bilateral mildly contracted temporal fields. Pelvic examination showed enlarged clitoris and small uterus. The rest of the examination was unremarkable.

Laboratory finding

Hb 14.5 gm., Hct 48 %, Reticulocyte 2.8 %.

* แผนกพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** แผนกอายุรกรรม ร.น. จุฬาลงกรณ์

WBC 17,000, N 79 %, L 16 %, M 5 %
 Platelet count 540,000
 Urinalysis is normal except for 3+
 sugar. Stool is normal
 BUN 22.7 mg % repeat 8.4 mg %
 Creatinine 1.5 mg %
 Na 134, K 3.7, CO₂ 22.7, mEq/L sm
 280
 Bilirubin 1.4 mg %, Direct 0.45 mg %
 CCF 2+, TT 22 units, Znt 18.5 units.
 SGOT 106, SGPT 195
 Cholesterol 151 mg %, Albumin 4.8,
 Globulin 2.6 gm %
 GTT 233, 131, 220, 353, 390 mg %, at
 0, ½, 1, 2 and 3 hours.
 Urine Trace 1+ 4+ 4+ 4+ at 0, ½, 1,
 2 and 3 hours.
 Total eosinophil count 55, 110, 123/
 cumm.
 Urinary 17-OHCS 13.8 and 23.3 mg/
 24° urine

Dexamethasone suppression :

2 mg/day 22.8 and 26.9 mg/24° urine
 4 mg/day 30.1 and 29.1 mg/24° urine
 8 mg/day 32.5 and 28.6 mg/24° urine

X-Ray of skull, Chest, heart and bone
 surgery were normal.

E.K.G., thyroid function, IVP were
 also normal.

Presacral air insufflation revealed
 slightly enlarged left suprarenal gland.
 Water loading test 56% in 2 hours.

Hospital course

I and D of the abscess of her
 right knee was done. The culture of
 the pus was negative, but she was
 put on tetracycline 1½ gm. daily. One
 month after admission when all studies

were completed, the patient was
 transferred to the Surgical Depart-
 ment for operation.

She was given cortone acetate 50
 mg. in the night before operation,
 and immediately preoperation
 During operation she was maintained
 on constant I.V. drip containing 100
 mg. hydrocortisone/liter. A bilateral
 flank incision and retroperitoneal
 approach was carried out. A 5 cm.
 tumor of the left suprarenal gland
 was removed. The right suprarenal
 gland appeared normal.

Post operatively she did well and
 her vital signs stabilized at BP 140/
 100 to 120/70 mmHg and pulse rate
 80-100/min. Her temperature was con-
 sistently less than 37.5° C. She how-
 ever required fairly high maintenance
 doses of steroids consisting of Acthar
 gel 80 u i.m. every 3 days and cortone
 acetate 50 mg. b.i.d. at first i.m. and
 later by mouth. She had intermittent
 nausea and vomiting. The operative
 wound on the left side was completely
 healed within 10 days, but the right
 side continued to have pussy and
 serosanguinous discharge.

She did fairly well until the morn-
 ing of the 21st operative day when
 she had a sudden drop in BP to 60/
 40 mmHg and became semicomatose.
 Physical examination revealed no
 significant findings except for blood
 pressure. No stiffness of the neck or
 any localizing neurological signs were
 noted.

She was given Diadeson - F, solu-paraxin and penicillin G sodium intravenously with little improvement. Her temperature gradually rose from 36.7° C to 38.5 C. Twelve hours after intial drop of blood pressure the patient became dyspneic comatocsed and pulse rate rose to 120/mim. Despite heroic measures of IV steroids, high doses of antibiotics cedelanid, morphine and levophed the patient expired.

พ.ญ. ชูจิตต์ เปล่งวิทยา

ผู้หญิงไทยอายุ ๒๗ ปี เข้ามาโรง-
 พยาบาลด้วยอาการสำคัญซึ่งพอจะนำมา
 เรียบเรียงได้ดังนี้ คือ

= ๒ ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ
 เหนื่อยง่ายและบวมเท้า ขุม ๆ หาย ๆ

= ๑ ปี รู้สึกว่าน้ำหนักตัวขึ้นมาเรื่อยๆ
 จนถึง ๑๑ กิโลกรัม ในช่วงระยะเวลา
 ๕ เดือน

= ๘ เดือน ประจำเดือนค่อย ๆ ลด-
 น้อยลง จนกระทั่งมี Amenorrhea

= ๒ เดือน ก่อนเข้าโรงพยาบาล มี
 อาการ ชาตามเท้าและมี purplish
 striac ขึ้นที่ท้องและหน้าขา มีเสียงหัวใจ
 และมีสิว และรู้สึกตัวว่าผมร่วงมาก

การตรวจร่างกาย ได้ลักษณะ Cushing-
 noid features

ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือมี folliculitis
 และ abscesses ขึ้นที่ทางด้านหัวเข้าทาง
 ขวา ตรวจร่างกายพบมดลูกเล็กมาก

เพียงจากประวัติและการตรวจร่างกาย
 ทำให้พอจะนึกถึงโรคต่าง ๆ ได้หลายโรค
 ดังนี้

๑. Exogenous หรือ Simple obesity
๒. Essential hypertension
๓. Hypothyroidism
๔. Renal disease, chronic
๕. Diabetes mellitus
๖. Cholangiolitic hepatitis
๗. Cushing's Syndrome

เราสามารถ exclude โรคเหล่านี้
 จากคนไข้คนนี้ได้โดยไม่ยาก จาก clinical
 picture แต่เพียงอย่างเดียว Exogenous
 obesity ไม่ให้ประวัติดังที่ได้ list มานี้
 คนไข้รายนี้ไม่มีอาการทาง heart ไม่ปวด
 ศีรษะ อาการทาง kidney ไม่มี exclude
 hypertension และ chronic renal disease
 ได้ hypothyroidism แยกออกได้จาก
 ประวัติแต่อย่างเดียว เพราะไม่เหมือน
 เบาหวาน ก็น้ำหนักขึ้นมากกว่า

น้ำหนักขึ้นในวัยเช่นนี้ คนไข้ไม่มีไข้ หรือ signs of infection นานๆ ดงนั้นจึงเหลือเพียงโรคเดียวที่น่านึกถึง คือ Cushing Syndrome น่าจะเป็นมากกว่าเพื่อน ส่วนสาเหตุยังไม่ทราบต้องหากันต่อไป

Lab. data. Complete blood count ครั้งแรกตอนเข้ามาใหม่ ๆ และต่อมาทำที่ hematology lab ของอาจารย์หมอ ประหยัด เข้ากับ Cushing's disease ได้ อย่างดี คนไข้รายนี้มี easy bruising ทั้งๆ ที่ Plate let normal มี lymphocyte ต่ำและไม่มี eosinophils ที่เข้ากับ Cushing ได้

บัสสาวะมีน้ำตาล 3+ เข้ากันได้เช่นกัน

Electrolytes ต่างๆ ในราย Cushing Syndrome พบว่าประมาณ 15% มี hypokalemic hypochloremic alkalosis ซึ่งเราไม่มีทั้ง Na และ K ปกติ Albumin และ Globulin ก็ปกติ Chemistry ไม่ช่วยอะไรมาก

Glucose tolerance Curve ให้เป็น Diabetic curve ใน Cushing พบ Hyperglycemia เสมอ จาก action ของ Sugar hormone ของ Adrenal cortex

Liver function test มี increase ใน fraction of Flocculation tests. Direct

และ Total bilirubin ขึ้นเล็กน้อย สองเท่า ของปกติ Transaminase ขึ้นทั้ง 2 fractions ที่เดียว Correlate กับการขึ้นของ bilirubin ดงนั้นเชื่อว่าคนไข้ม hyperbilirubinemia จาก Hepatocellular damage แน่ แต่คงเป็น Subclinical jaundice จึงมองไม่เห็น Damage ของ Liver cells อาจเป็น Hepatitis หรืออาจจะรุนแรงกว่านั้น

Reticulocytes ที่ขึ้นสูงตอนนั้น คนไข้ อยู่โรงพยาบาลประมาณ ๑ เดือน เข้าใจว่าคงเกิดจาก Septicemia การที่ Bacteria liberate endotoxin ทำให้มี intravascular hemolysis ซึ่งเกิดมี Reticulocyte count สูง.

Lab. ที่สำคัญคือคือการหา Urinary 17-Hydroxycorticosteroids เราไม่ได้ทำ 17-Ketosteroids ซึ่งไม่ค่อยจะ diagnostic นักในราย Cushing แต่ให้ผลช่วยมาก ในราย Hypergonadism

ในรายนี้ Urinary 17-OHCS ขึ้นเป็น ๓๓.๘ และ ๒๓.๓ mg/24 Hrs ขึ้นสูงมาก ตาม series ที่ได้เคยพบมาสูงระหว่าง ๓.๑-๑๓.๘ mg/24 Hrs ของเราเท่าที่เคยทำจาก นิติศแพทย์ ๑๓ คน เป็นผู้ชาย ๑๑ คน

หญิง ๒ คน พบว่า range อยู่ระหว่าง 8-14 mg/24 Hr.urine ดังนั้น Lab. test อันนี้จึงแสดงว่าคนไข้เป็น Cushing disease สาเหตุของ Cushing's disease มีอะไรบ้าง

๑. Dysfunction of Hypothalamic-Pituitary axis จึงทำให้มี Bilateral hyperfunction of adrenal cortex มี ๒ แบบ

a. Pituitary tumor เช่น Basophilic, Acidophilic และ chromophote adenoma

b. ไม่มี Pituitary tension ให้เห็น พวกนี้ไม่มีอาการ

๒. Adrenal cortical adenoma หรือ Autonomous adenoma

๓. Adrenal cortical carcinoma ชนิดนี้ Severe มาก prognosis เลวมาก

๔. Extra adrenal carcinoma ที่ produce ACTH ทำให้เกิด Adrenal hyperplasia ได้แก่ Oat cell carcinoma Thymoma, Carcinoma of esophagus และ Biliary tree ก็เคยมี report เข้าใจ

ก่อนจะ discuss ต่อไปขอ x-ray ไปด้วย

น.พ. บุญเที่ยง ศีตสาร

Bone Survey ก่อนผ่าตัด ของ chest, skull, spine และ pelvis แสดงมี osteoporosis โดยเฉพาะที่ Axis Skeletal ในแผนกก็มีความเห็นไม่ตรงกัน แต่ผมเห็นว่า มี Osteoporosis ของ spine จึงได้นำมาให้ดู ที่ pelvic bone และ extremities ก็มี แต่ไม่ชัดเจน

Sella tursica ไม่โต

Heart คล้ายจะโต แต่เนื่องจาก diaphragm สูงเพราะคนไข้หายใจเข้าไม่เต็มที จึงขยับขึ้นไม่ได้

Aseptic necrosis of epiphysis และ Pathologic fracture เราไม่พบใน case นี้ ซึ่งมักจะพบได้ใน Cushing Syndrome โดยเฉพาะ fractures ของ ribs และ spine

สรุป x-ray findings ในรายนี้เข้ากับ Cushing's disease ได้

IVP ไตทางขวาอยู่ระดับ TII ทางซ้ายต่ำลงมาหน่อยทำให้เห็นถึง enlarge adrenal ไตทั้ง ๒ ข้างมีขนาดธรรมดา ไม่มี dilatation ของ Calyceal section และ Ureter

Retroperitoneum pneumogram เห็นไตทั้งสองข้างชัดเจนเห็น Adrenal ทั้งสอง

ข้าง ข้างขวาไม่ค่อยชัดนัก Adrenal ทาง
ขวาวัดตามยาวได้ ๒ ซม. ทางซ้ายยาว ๔
ซ.ม. สูง ๒-๓ ซม. ฉะนั้น Adrenal
ทางซ้ายโตแน่ โตกว่าข้างขวาราว ๒ เท่า

พ.ญ. ชูจิตต์

จาก x-ray เราสามารถ exclude

๑. Dysfunction ของ pituitary
gland ได้ วิทยานิพนธ์ไม่มี lesion แบบ Pituitary
tumor แน่

๒. Extra Adrenal carcinoma แยก
ออกไปได้เพราะไม่พบ Tumor ที่ไหน

คงเหลือ Adrenal adenoma และ
Carcinoma ซึ่งแยกออกจากกันไม่ได้.

ต่อไปเราทำ Dexamethazone Sup-
pressions test โดยการให้ยาขนาด
2 mg/day ๒ วัน 4 mg/day ๒ วันและ
8 mg/day ๒ วัน พบว่า Suppression ไม่
คงเคย ยังคงมี 17-OHCS สูงตลอดเวลา
ดังนั้นจึง exclude adrenal carcinoma
ออกไปได้

ดังนั้นวิทยานิพนธ์ควรจะเป็น Cushing's
disease ซึ่งเกิดขึ้นจาก Adrenal cortical
adenoma มากกว่า

เมื่อได้ established diagnosis จึงได้
ส่งคนไข้ไปยังแผนกศัลยกรรม ทางศัลย-

กรรมได้ open ผ่าหัวเข้า และให้ antibiotic
ซึ่งได้ให้อยู่ตลอดเวลา ที่แรกให้ Chloram-
phenical 2 gm/day ต่อมาที่ศัลยกรรมให้
Tetracyclin 1½ gm/day อีก ๒ อาทิตย์
ก่อนผ่าตัดได้ให้ Cortone ไว้เตรียม
ตัวสำหรับการผ่าตัด

น.พ. ศรี สถาวระ

ได้บรรยายถึงประวัติของ Adrenalect-
omy แล้วต่อไปจึงพดเกี่ยวกับ Operative
procedure ในวิทยานิพนธ์ รวมทั้งการ identifica-
tion of adrenal glands

ทั้งสองข้างนอกจากนี้ยังได้เน้นว่าการ
ทำ Adrenalectomy นั้นต้องดูให้แน่ใจว่า
adrenal อีกข้างหนึ่งเป็นปกติคืออยู่ หรือ
atrophy หรือโตด้วย เพื่อ confirm กับเงา
ที่เห็นใน x-ray

สำหรับวิทยานิพนธ์ adrenal ข้างซ้ายโตจริง
มีสีแดงคล้ายๆ องุ่นสีแดงและตัดออกไม่
ยาก ส่วน adrenal ข้างขวาวขนาดและ
ลักษณะ normal ซึ่งผิดกับวิทยานิพนธ์เคยได้ทำ
มา ๓ รายก่อนซึ่ง adrenal อีกข้างหนึ่ง
atrophy ตาม literature adrenal อีกข้าง
หนึ่งมักจะพบ atrophy มากกว่า normal
อย่างไวกดที่ normal นั้น จากการสังเกต
ในระหว่างผ่าตัดเพราะไม่สามารถนำออก
มาชั่งดูได้

พ.ญ. ชูจิตต์

อยากจะถามให้แน่นอนอีกครั้งว่า ในความเห็นของอาจารย์ ภายหลัง Adrenal ทางขวา atrophy หรือ normal

น.พ. ศรี

ทางขวา normal แน่ในสายตาของผม

พ.ญ. ชูจิตต์

หลังผ่าตัดคนไข้ขึ้น ใช้ complete เลข แผลผ่าตัดข้างซ้ายหายดี แต่ข้างขวาไม่หายสนิท คนไข้เกิดมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ ซึ่งเราคิดว่าควรจะมี Mild adrenal insufficiency จึงได้ให้ Cortone ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 50 mg ซ้ำอีก 1 dose ใน ๘ ชม. คนไข้ดีขึ้นภายในเวลา ๒ วัน

ต่อมาหลังผ่าตัดแล้ว ๒๐ วัน คนไข้เกิดมี increase in pulse rate 100-120/min โดยที่ไม่ไข้ ขณะนั้นคนไข้ได้ steroids ทางปากอยู่ตลอดเวลา ๓ วันก่อนจะตาย มีไข้เล็กน้อย คือ 37.1-37.2°c เป็นเช่นนี้ตลอดเวลา วันก่อนตายคนไข้ developed shock B.P. วัดได้ 60/40 mmHg Urine out put ไม่มีเลย ได้ให้ IV Hydrocortisone Urine out put ออกดีขึ้น B.P. ขึ้นไปเป็น 120-130/90 mmHg ตลอด Course ตั้งแต่นั้น เราได้ให้ Antibiotics

ตลอดเวลาไม่เคย off เลย ที่ให้ก็มี Soluparaxin, Seclophen, Seclomycin กลั้ม ไปกลั้มมาอยู่เรื่อย ๆ

ต่อมาคนไข้มี B.P. ลดต่ำอีก เพื่อ exclude internal bleeding ได้เจาะหา Hemoglobin ได้ผล 9.8 gm% ในวันนั้นตอนเย็นคนไข้ชอบ B.P. ต่ำตลอดเวลา ให้ levophed และ Cedilanid ไม่ดีขึ้นคนไข้ตาย คิดว่าตายโดย Shock

Causes of Shock ในรายนี้

๑. Adrenal insufficiency
๒. Cardiogenic Shock
๓. Hemorrhage
๔. Septic Shock
๕. Pulmonary embolism

ข้อแรกไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ ในเมื่อคนไข้ได้รับ Cortisone อยู่ตลอดเวลาให้อยู่จำนวนไม่น้อย เพราะคำนึง Requirement จาก Postoperation และ Infection ข้อสอง EKG เป็นปกติ Urine out put ก็ดี จึงไม่น่าจะใช้ Hemoglobin ที่ไม่ต่ำลง exclude hemorrhage ได้ สำหรับ pulmonary embolism หลังการผ่าตัด ได้ค้นคว้าทำไว้ที่เมืองนอก ๔๐๐ กว่าราย ไม่เคยมี Pulmonary embolism เลย

ดังนั้น Septic Shock น่าจะนึกถึงมากกว่าข้ออื่น ๆ และ Source ก็คงได้แก่ Infection ที่ขาและที่ Right flank การเปลี่ยนแปลงของ LFT ในรายนี้อาจจะอธิบายจาก Toxic hepatitis ตามหลัง Septicemia ก็พอจะอธิบายไปได้.
Clinical Diagnosis : Cushing's disease เกิดจาก Adrenal Cortical adenoma ช้างช้าง Cause of Death : Infection ทำให้เกิด Septicemia

คนไข้ develop septic shock และถึงแก่กรรม

พ.ญ. ศรีจิตรา บุณนาค

เห็นด้วยกับหมอดูจิตต์ (ได้นำ slides ตอนเข้ามาใหม่ ๆ และก่อนผ่าหัตมาฉายพร้อมกันไปด้วย)

คนไข้รายนี้มี features ที่เข้ากับ Cushing's Syndrome ทุกอย่าง เช่น Moon face, plethora, Trunkal obesity และ striae ดังนั้น Clinical diagnosis ไม่เป็นปัญหา

สาเหตุ

ก็เช่นเดียวกับ พ. ชูจิตต์ได้ให้ไว้ เราใช้ Dexamethazone 2 mg/ day สำหรับ suppress 17-OHCS ถ้า Suppress ลง คนไข้เป็น Exogenous obesity ซึ่งให้

17-OHCS สูงนิดหน่อย การให้ 8mg/day เราแยก Hyperplasia จาก Carcinoma หรือ Adenoma ซึ่งสองพวกหลังแยกจากกันไม่ได้ จาก Test อันนี้ แต่ใน Hyperplasia นั้น 17-OHCS จะลดลง เพราะ Dexamethazone จะไป Suppress ACTH ทำให้ Cortisol ลดน้อยลง แต่ Adenoma หรือ Carcinoma นั้น การสร้าง Cortisol เป็นแบบ Autonomous คือสร้างตนเอง ดังนั้น ACTH ไม่สามารถ Suppress ให้ลงได้

สำหรับรายนี้ Adenoma น่าจะนึกถึงมากกว่า เพราะ Carcinoma ให้อาการรวดเร็วและรุนแรงมาก เช่น อาการบวม Hypokalemia และ Hypochloremia Alkalosis เป็นต้น

คนไข้รายนี้มี Infection ตลอดเวลา การผ่าตัดหลังผ่าตัดก็ยังไม่หาย ดังนั้น คนไข้จึง required high dose of steroids ตามปกติถ้าแผลหายดี เราใช้ไม่เกิน 50 mg/ day เหลือพอแต่ในผู้ป่วยรายนี้ เราให้ 75-100 mg/ day ถ้าน้อยกว่า B.P จะลดลง บางวันยังต้องให้สูงกว่า 100 mg/ day จากผลอันนี้ทำให้นึกถึง Infection ตลอดเวลา น่าเสียตายที่ Culture ได้ผล negative ทุกครั้ง จึงทำ

ให้ไม่สามารที่จะรู้แน่ถึงเชื้อโรคเป็นตัวอะไร และที่เราให้ยาไปนั้นก็ไม่ว่าสามารถจะควบคุม Infection ได้หรือไม่ นอกจากนั้นถ้าเชื้อไม่ respond ต่อ Antibiotics การให้ steroids จะทำให้ Infection spread มากขึ้น อีกอย่างหนึ่งคนไข้รายนี้ไม่มีไข้ แต่ pulse เร็ว ไข้มักจะไม่มีทั้ง ๆ มี Source of infection อยู่ในรายที่คนไข้ได้รับ steroid เพราะ Steroids suppress fever แต่ไม่ได้ Suppress infection

LFT อันนี้ไม่ทราบทำไมถึง Abnormal ที่น่าจะนึกถึงอีกอย่าง คือ Drug-induced hepatitis เช่น Chlorpromazine การให้ steroids มาก ๆ และนาน ๆ จะมี hepatitis ในรายนี้ได้หรือไม่ ไม่ทราบ

น.พ. ประหยัด ลิขิตกุล

ทำไมในเมื่อ Adrenal ข้างขวา ยัง normal อยู่ ไม่ได้ Atrophy ไป requirement ของ Cortisol จึงมากเช่นนั้น.

พ.ญ. ศรีจิตรา

ตามปกติเรามักพบว่า Adrenal ที่เหลือ Atrophy แต่ก็ไม่จำเป็นเสมอไป อาจจะ normal ก็ได้ ถ้าหากว่า

๑. Diagnosis ได้แต่ในระยะเริ่มแรก Adrenal อีกข้าง ไม่ทัน Atrophy ไป

๒. Size และ function ของ gland ไม่จำเป็นจะต้องสัมพันธ์กันเสมอไป Adrenal อาจจะมี normal in size แต่ function คงจะลดลงได้

๓. Complication ในรายนี้มี Infection ซึ่งทำให้คนไข้มี requirement ของ Cortisol สูงขึ้น

น.พ. สมศักดิ์ เดชะโกศยะ

ในรายนี้ Antibiotics ที่ให้คนหมอดึกคิดว่า Adequate หรือไม่

พ.ญ. ศรีจิตรา

Adequate หรือไม่ adequate พดขาก สำหรับส่วนตัวที่ได้เคยให้มา ให้ Tetracyclin 2 mg/ day เสมอไป รายนี้ให้ 11/2 gm/ day อาจจะ Adequate ก็ได้ หรือไม่ก็ได้ คนไข้รายนี้มี pus อยู่ตลอดเวลา เพราะคนนั้นคงยังมี active process อยู่ bacteria จะ respond ต่อยาเท่าไรไม่ทราบได้ ขึ้นกับ Host factors และ organisms ด้วย พ.ญ. ศรีจิตรา Diagnosis เหมือน พ.ญ. ชูจิตต์

น.พ. สำรวัย ช่วงโชติ

รายนี้เป็น Typical, Textbook case ของ Cushing's disease ทุกอย่าง (ฉาย slide ประกอบ) ตอนทำ Autopsy แผล

ผ่าตัดทั้ง ๒ ข้างยังคงมี draining sinuses มี fibrion purulent discharge แผลที่หัวเข่าก็ยัง Active แต่แผลที่ Suprapubic หายดี

Surgical Specimen แสดงว่าเป็น Adrenal Cortical Adenoma มี Capsule ชัดเจน เซลล์เรียงตัวเป็น Sheet และ Cytoplasm เป็น Foamy Stroma มีน้อย มี Lipids content อยู่มากเหมือน ๆ กัน ใน normal gland Tumor cells มีลักษณะ Benign

ผลจาก Autopsy พบว่า Adrenal gland ข้างซ้ายนี้เหี่ยว และข้างขวาทั้งข้าง Atrophy เหมือน ๆ กัน ข้างขวานหนัก ๔ กรัม ข้างซ้ายหนัก ๑๐ กรัม แต่มี hematoma ด้วย.

kidney ข้างซ้ายพบว่ามี Area of recent infarction ของ upper pole เกิดจากการตัดเส้นเลือดที่ไป supply ส่วนนั้นของไตออกในระหว่างผ่าตัด ทำให้มี Ischemic Necrosis เกิดขึ้น

Pituitary changes พบน้อย ๆ ใน Cushing's disease การเปลี่ยนแปลงอยู่ที่ B-cell ซึ่งจะใหญ่ขึ้นและจะมี degranulation เรายังพบว่ามี homogeneous cytoplasmic vacuole ดังที่เห็นได้จาก slide

การเปลี่ยนแปลงใน B-cell แบบนี้ เรียกว่า Crooke's Change ซึ่งเป็น characteristic lesion สำหรับ Cushing's disease ที่เราพบอีกอย่างใน slide นั้นก็คือ L-cell hyperplasia ซึ่งผิดกับความเชื่อถือแต่เดิมว่า Cushing's Syndrome เกิดมาจาก B-cell hyperplasia หรือ Adenoma แต่ของเรากลับพบ L-cell ผมพยายามอธิบายจากความจริงที่ว่า คนไข้รายนี้ตายหลังผ่าตัด ๑๘ วัน ก่อนผ่าตัดคนไข้คงจะมี Pituitary hypofunction จากการ Suppression ของ Cortisol จาก Adrenal adenoma พอ remove เอา Tumor ออกไป Suppressing factor ถูก removed ออกไป จึงทำให้เกิด rebound manifestation ขึ้น L-cell เกิดมี hyperplasia

ข้ออธิบายจะถูกหรือผิดไม่ทราบ เป็นแต่เพียงข้อสมมุติฐานของผมเท่านั้น

ต่อไปการเปลี่ยนแปลงนี้ Ovary ได้พยายามหา ovum หายากมาก เพราะหายไปเกือบหมด แสดงว่า hypofunction stroma มี hyperplasia ทานาน ๆ ถึงจะพบร่องรอยของ follicle ดังอัน ดังใน slide นี้ แต่ก็ยังคงไม่มี ovum แม้แต่ follicle เองก็ rare มาก

Uterus หนักเพียง ๒๕ กรัม ในวัยนี้ ควรจะหนักประมาณ ๔๐-๕๐ กรัม endometrium อยู่ในสภาพ Inactive เพราะขาด Stimulation จาก Ovarian hormone ก็เข้ากันได้ดีกับประวัติที่คนไข้คนนี้มี Amenorrhea

ที่ Vertebra เราพบว่า มี Osteoporosis พบ Bony trabeculae บางและแคบลง พร้อมกันนั้น marrow space กว้างขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้เข้ากันได้กับ x-ray finding ด้วย

ตับมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งไม่แน่ว่าเกิดร่วมกันหรือเป็นโรคต่างหาก คิดว่าคงจะเป็นเรื่องต่างหากเพราะไม่สามารถจะอธิบายได้จากการตรวจพบ เราพบว่า Hepatic lobule มีการเปลี่ยนแปลง เซลล์ของตับมี fat vacuoles และมี Increase in fibrous septa ซึ่งเป็นรอบ ๆ lobule มี Neolobule อยู่ทั่ว ๆ ไปซึ่งไม่มี Central veins ดังนั้นจึงเข้าได้กับ Portal Cirrhosis

นอกเหนือไปจากนี้การตรวจที่สมอง พบว่ามีเม็ดสาคูอยู่ประมาณ ๑๐ เม็ด ซึ่งจาก Histology เป็น Cysticercus

Cause of Death มี evidence of Acute purulent meningitis และพบ extensive hemorrhage ใน mucosa ของ

stomach และ duodenum เราไม่พบเสมอ ๆ ในกรณีที่มี Brain lesion ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ Stomach ที่เรียกว่า Gastromalacia

Immediats cause of death คือ Acute heart failure จาก Shock ซึ่งมีสิ่งตรวจพบที่ปอดเป็น Acute pulmonary edema.

Primary.

Adrenal cortical adenoma, 2x3 cm, left; Atrophy of adrenal cortices, bilateral advanced. Adiposity of face, neck and trunk, advanced. Striae of skin of trunk and anterior abdominal wall. Atrophy of uterus.

Stromal hyperplasia and absence of ova of ovaries, Crooke's change of basophilic cells of pituitary gland. Osteoporosis of bone, especially vertebrae. Multiple small abscesses of skin of knee right. Healing incisional wounds of flanks with healing sinus tracts at lower ends, 12 cm. in length each, (Extirpation of adrenal cortical adenoma, right, surgical specimen 11-1056; exploration of adrenal gland, left, 18 days prior to death).

Healed suprapubic incisional wound, 10 cm. in length (Exploration of ovaries, 18 days before death). Recent and organizing hematoma of adrenal gland, right. Recent and organizing infarct of upper pole of

kidney, 1x2x3 cm, right. Hyperplasia of eosinophilic cells of pituitary gland.

Acute fibrinopurulent meningitis, advanced. Recent diffuse hemorrhage in stomach and duodenum. Acute congestion, hemorrhage and edema of lungs, advanced. Focal acute fat necrosis of pancreas.

Portal cirrhosis of liver, moderate.

Chronic passive congestion of spleen.

Accessory.

Cysticercosis of brain.

Reference:

Williams, E.D., Morales, A. and Horn, R.C.: Thyroid carcinoma and Cushing's syndrome. *J. Clin. Path.*, 21: 129-135, 1968.
