

Case report

Patient profile

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดอยุธยา

สิทธิการรักษา - สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน ความน่าเชื่อถือ 70%

Chief complaint : ปวดศีรษะ 3 เดือน

Present illness :

3 months PTA ปวดศีรษะ ลักษณะถูกกด บริเวณขมับซ้ายไปกระบอกตาข้างขวา ปวดนานครั้งละ 1-5 นาที ทั้งช่วงปวดประมาณ 3-4 ชม. สัมพันธ์กับการอยู่ในที่มีแสงสว่าง ใจแล้วปวดมากขึ้น อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทาง มีอาการปวดกลางคืนระหว่างนอนจนตื่น PS 3/10 ไปพบแพทย์ที่รพ.บางปะอินได้ยาแก้ปวดมากิน กินยาแก้ปวดพาราเซตามอลแล้วหายสนิท กินวันละ 4 เม็ด แต่กลับมาปวดใหม่ รู้สึกโคลงเคลงไม่มีบ้านหมุน ปฏิเสธตาพร่า/มองเห็นภาพซ้อนมากขึ้น บอกว่ามีตาขาวมัวเดิมจากสายตายาวเคยใส่แว่น จมูกได้กลิ่นปกติ ปฏิเสธชักเกร็ง ปฏิเสธแขนขาอ่อนแรง ปฏิเสธประวัติหัวกระแทกหรือผ่าตัด

2 months pta ยังคงปวดศีรษะลักษณะเดิม ตาพร่ามัวพอเดิม และมีอาการกล้ามเนื้อแขนขากระตุกสั้นเกร็ง เป็นครั้งละ 1-2 นาที เมื่อมีอาการจะเดินไม่ไหวต้องนั่งพัก 5-10 นาที อาการจึงดีขึ้น ปฏิเสธหมดสติหรือซีมลง ปฏิเสธปัสสาวะอุจจาระราด เป็นวันละ 3-4 ครั้ง กล่าวว่ามีอาการเหมือนอ่อนแรงบริเวณขา ปฏิเสธปากเบี้ยวหน้าเบี้ยว ปฏิเสธอาการชา ไปคลินิกได้ยาแก้ปวดตามอาการแต่อาการปวดศีรษะยังไม่หายไป จึงมารพ. ระหว่างตรวจร่างกายมีแขนขา กระตุก 1 นาที แต่มีสติ พุดคุยรู้เรื่อง ได้ ให้ยา dimenhydrinate

1 wk pta ยังคงมีอาการปวดศีรษะ ตาขาวพร่ามัว ญาติสังเกตว่ามีหนังตาด้านขวาตก แต่ตาซ้ายปกติ ปฏิเสธปากเบี้ยว ปฏิเสธน้ำลายไหลออกจากปากผิดปกติ ปฏิเสธลิ้นชา ยังคงมีอาการสั้นและอ่อนแรงเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยให้ประวัติว่าจมูกไม่ได้กลิ่น ยังคงมีอ่อนแรงและเกร็งเป็นๆหายๆ ลักษณะเดิม ไม่ถี่ขึ้น มีอาการถามตอบช้าลง หรือตอบไม่ตรงคำถามบ้างหรือช้าบ้างเป็นๆหายๆ ปฏิเสธอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไข้กลางคืน

Past history

No known underlying disease

No current medication

No known food or drug allergy

No history of trauma

No familial history of malignancy, seizure

Personal history

อาชีพ เคยรับเหมาก่อสร้าง ทำกระเบื้อง หยุดงานแล้ว 3 เดือน

สูบบุหรี่ 1 ซองต่อวันเป็นเวลา 25 ปี (25 pack year) เลิกมา 1 yr

ดื่มแอลกอฮอล์เป็นเบียร์วันละ 1 กระป๋องทุกวัน 25 ปี เลิกมา 1 yr

ปฏิบัติประวัติสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน หรือการใช้สิ่งเสพติด

Physical examination

Vital sign: T 36.3 C, BP 114/82 mm/Hg, PR 92/min, RR 20/min, SpO2 100%

Measurement: BW 74 kg, Height 174 cm

GA: alert, cooperative but slow, no acromegaly, no cushingoid appearance

HEENT: partial Rt ptosis, no palpable neck mass, no supraclavicular or axillary LN enlargement, not pale conjunctiva, no thyroid enlargement

CVS: full and regular pulse all extremities, normal S1&S2 heart sound, no murmur

Lung: not look dyspnea, no retraction, trachea in midline, **decrease breath sound at right upper lung**, others clear and equal breath sound both lungs, no adventitious sound

Abdomen: no distension, no ecchymosis, normoactive bowel sound, soft, not tender, no palpable mass

Neurological examination

GCS: E4V5M6, oriented to time, place, person

RE RAPD positive

CN I: anosmia

CN II : VA **Rt- FC 1 ft c pin NI** Lt-20/70 , VF - not well cooperate

, pupil 3 mm RTLBE, **LE papilledema, RE pale optic disc**

CN III/IV/VI: Full Eom, Rt ptosis, no nystagmus

CN V: normal facial sensation, corneal reflex positive

CN VII: no facial palsy, no dysarthria

CN VIII: normal hearing

CN IX/X: gag reflex positive

CN XI : no weakness of SCM and trapezius

CN XII: no tongue deviation

Motor power

		Rt	Lt
C5 - Elbow flexors	V		IV+
C6 - Wrist extensors	V		IV+
C7 - Elbow extensors	V		IV+
C8 - Finger flexors	V		IV+
T1 - Finger abductors	V	IV+	
Lower			
L2 - Hip flexors		V	IV+
L3 - Knee extensors	V		IV+
L4 - Ankle dorsiflexor	V	IV+	
L5 - Long toe extensors	V		IV+
S1 - Ankle plantar flexor	V		IV+

- Muscle tone : normotonia

- Pronator drift : positive
- Sensory : intact
- Deep tendon reflex : normoreflexia
- Babinski's sign : plantarflexion
- Clonus : negative
- Proprioception : intact
- Stiff neck : negative
- Finger to nose testing: no dysmetria or an intention tremor on the right side

Pertinent findings

1. Chronic headache
2. Partial right eye ptosis
3. History of smoking 25 pack-year
4. Decreased breath sound at right upper lung
5. RAPD positive
6. Anosmia
7. VA Rt- FC 1 ft c pin NI
8. Lt-20/70
9. LE papilledema
10. RE pale optic disc
11. Right eye ptosis

Approach

ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดศีรษะ 3 เดือน และมีอาการของ neurodeficit ได้แก่ ตาพร่ามัว อ่อนแรงซีกซ้าย และมี awakening pain จึงจัดเป็นsecondary headache นี้ก็ถึง intracranial cause

Where is the lesion

ผู้ป่วยมีอาการ

ตรวจร่างกายพบ LE papilledema, RE pale optic disc จึงนึกถึงภาวะ Foster-Kennedy syndrome ซึ่ง LE papilledema อธิบายได้จากincrease intracranial pressure

และมีanosmia แสดงว่า lesion involve CN1

RAPD positive แสดงว่า lesion involve CN2

Partial ptosis แสดงว่า lesion involve CN3 superior division

นึกถึงตำแหน่งของรอยโรคอยู่ที่olfactory groove sphenoid wing, ส่วนเรื่องของการอ่อนแรงซีกซ้าย อธิบายได้จากมีvasogenic edema ทำให้cerebral cortex โดนกด

Differential diagnosis

จาก

1. Tumor นึกถึงมากที่สุด เนื่องจากลักษณะโรคดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการลักษณะเข้าได้กับ mass compression

โดยชนิดของ tumor ที่นึกถึงได้ เรียงลำดับตามความเป็นไปได้จากมากไปน้อยได้ดังนี้

1.1 meningioma นึกถึงมากที่สุด เนื่องจากเป็นmost common tumor ที่อยู่แถวolfactory groove แล้วทำให้เกิดกลุ่มอาการ Foster-Kennedy

1.2 metastasis brain tumor เนื่องจากมีประวัติสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปอด ร่วมกับตรวจร่างกายพบว่าปอดผิดปกติ และมีอาการปวดศีรษะ การมองเห็นแยลง ไม่ได้กลืนทางตาตจากก้อนไปกดเส้นประสาทได้ ร่วมกับมะเร็งที่แพร่กระจายมักมีอาการบวมของสมองมาก จึงทำให้มีอาการอื่นร่วมได้ ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงด้านซ้าย หนึ่งตาซ้ายตก ส่วนเหตุผลที่ทำให้นึกถึงน้อยกว่าคือ ไม่มีประวัติมะเร็งมาก่อน หรือประวัติมะเร็งในครอบครัว ไม่มีเบื่ออาหารน้ำหนักลด ไอเป็นเลือดหรือหอบเหนื่อย

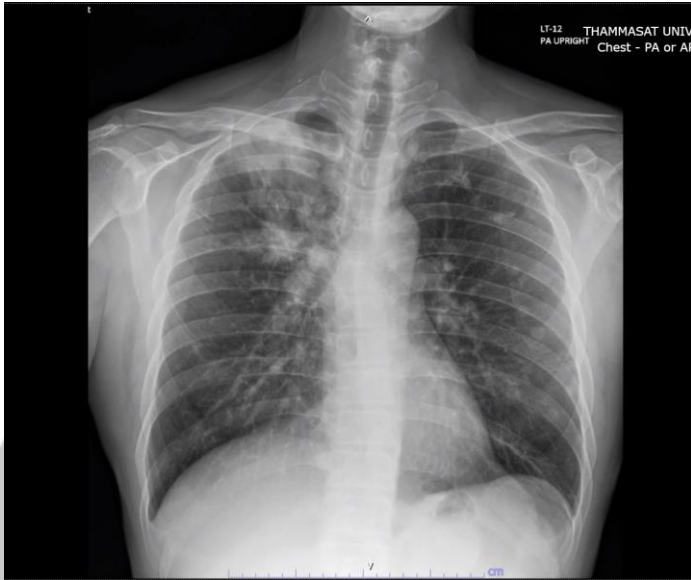
2. Infection

2.1 brain abscess นึกถึงได้เนื่องจากมีอาการมากขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีอาการปวดศีรษะ และมีอาการกดเบียดของก้อนทำให้การทำงานของระบบประสาทผิดปกติ แต่มีข้อค้านคือผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ

2.2 tuberculoma นึกถึงได้เนื่องจากอาการค่อยๆเป็นมากขึ้น ตรวจร่างกายมี decrease breath sound at RUL แต่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ปฏิเสธคนใกล้ชิดติดเชื้อวัณโรค ปฏิเสธไอเรื้อรัง เบื่ออาหารน้ำหนักลด ไข้กลางคืน

Investigation

CXR

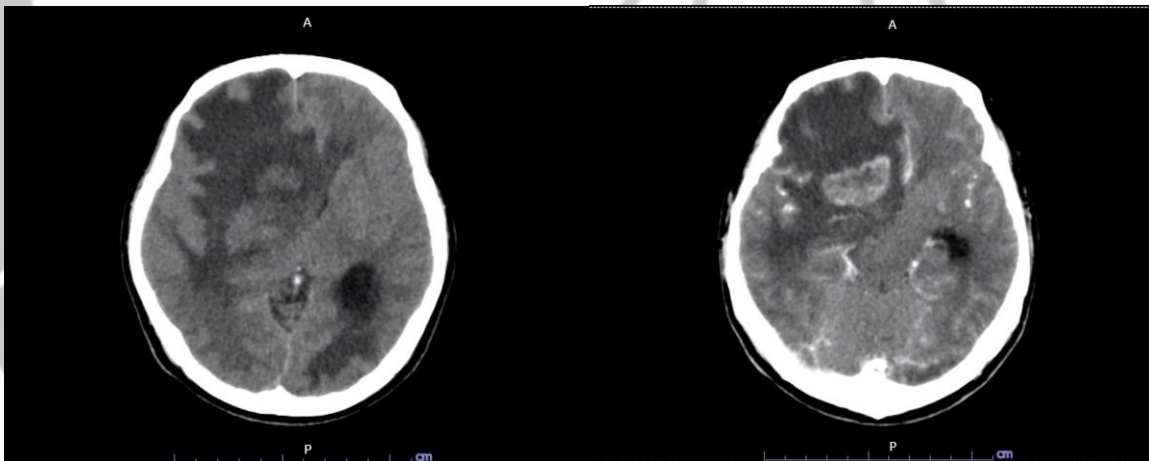


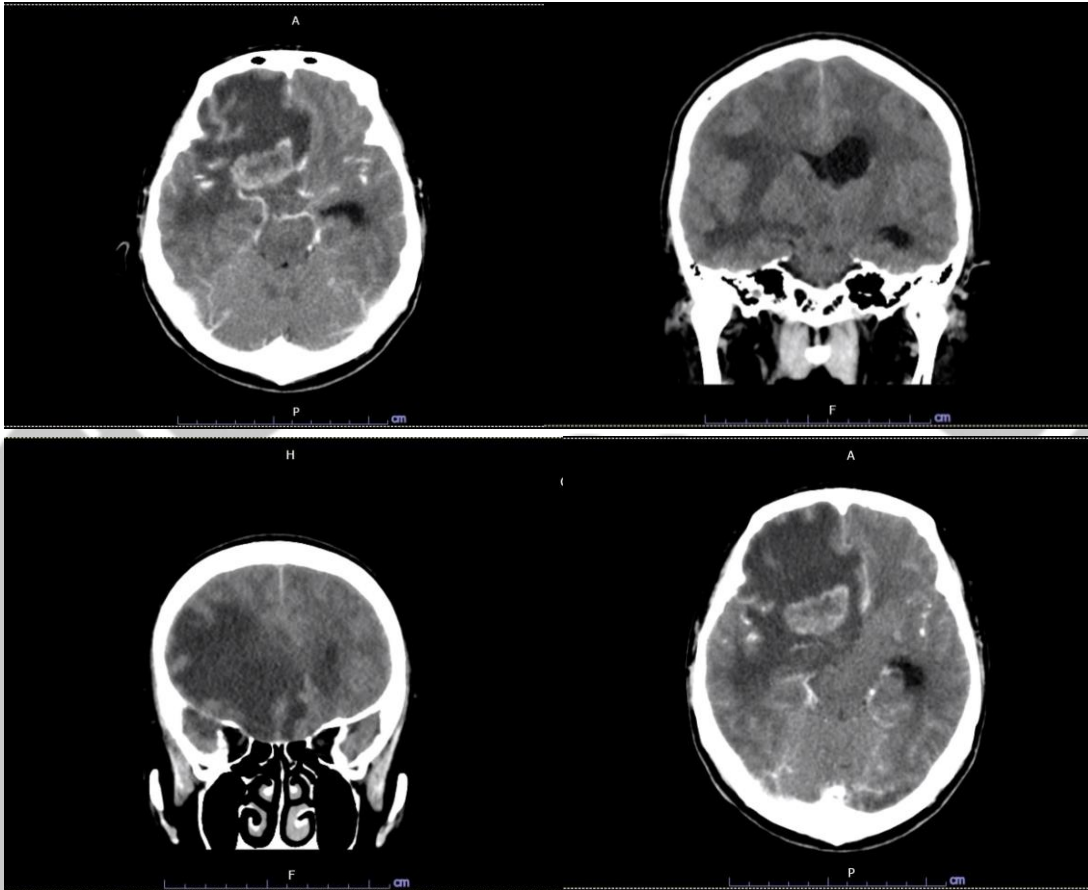
-Hyperdensity infiltration at right upper lung with multiple scattered left lung

CT brain with contrast

-Hyperdensity mass at right frontal lobe with vasogenic edema

-Subfalcine herniation midline shift to the left c right uncus herniation





CT chest with whole abdomen

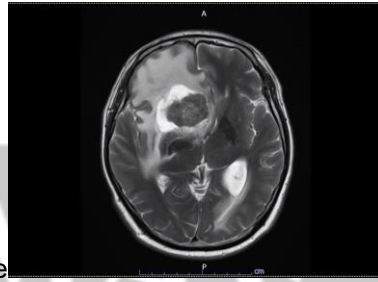
- A lobulated which heterogeneous c inter enhancing mass 6x6x7 at RUQ
- Multiple various size of pulmonary nodules in both lungs
- Multiple enlarged and subcentimeter mediastinal and hilar nodes
- Minimal fibrosis, traction bronchiectasis and calcified nodules at apicoposterior segment of LUL, probably chronic granulomatous infection.

Bone scan

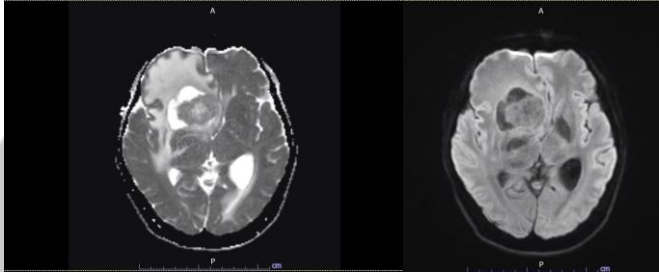
No bone metastasis

MRI brain

- Lobulated enhancing lesion 4x4x4.7 at basal right frontal lobe abutting anterior clinoid process with extensive surrounding vasogenic edema of right cerebral hemisphere
- Subfalcine herniation midline shift to Left hemisphere



-Obstructive hydrocephalus of left lateral ventricle



Management

Dexamethasone(4) 1 tab po pc bid

Levetiracetam(50) 1 tab po pc bid

Phenytoin(90) 3 tab po hs

Set OR for Tumor removal

(Right frontotemporal craniotomy with tumor removal with duraplasty autologous temporoparietal fascia)

Pathology Report

Metastatic adenocarcinoma

Foster-Kennedy syndrome

มักพบเกิดขึ้นจากมีก้อนอยู่บริเวณ olfactory groove หรือ sphenoid ridge เมื่อก้อนกดโดยตรงที่ olfactory bulb จะทำให้จมูกข้างเดียวกับรอยโรคไม่ได้กลิ่น ipsilateral anosmia ก้อนสามารถทำให้ optic nerve ข้างเดียวกันขาดเจ็บ ส่งผลให้มี ipsilateral optic atrophy ได้ และก้อนยังส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น เกิด contralateral papilledema ได้

ดังนั้น sign ที่พบได้มีดังนี้ ipsilateral anosmia, ipsilateral optic atrophy และ contralateral papilledema

Management

- การรักษา FKS ส่วนมากจะเป็นการรักษาแบบ surgical resection ,ในส่วนการรักษาแบบ Chemotherapy และ Radiotherapy ก็ยังมีความจำเป็นโดยเฉพาะกับผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง
- Medical therapy เป็น first line of action สำหรับการให้ Systemic corticosteroids ดังนั้นจะเป็นการรักษากับผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการ เป็นการลดอาการบวมบริเวณรอบ Tumor และ Intracranial pressure
- สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ การรักษาที่เหมาะสมคือการรักษาแบบ Non - neurosurgical procedure เช่น Stereotactic radiotherapy และ radiosurgery

Reference

- 1.) Brazis PW, Masdeu JC, BillerJ. Localization in clinical neurology. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.

ผู้จัดทำ

1. ธนดล เลี้ยงพาณิชย์ 6011670335
2. พรรณภัสสร คำปาเชื้อ 6011670657
3. ณัฐฐร ทาระแก้ว แพทย์ฝึกหัด



