

Case report the stroke in the young: antiphospholipid syndrome

สันติชัย ศรีปนิธาน พ.บ.*

Santichai Sripanitan, M.D.*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ถึงแม้จะพบอุบัติการณ์มากในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ก็สามารถพบได้ในประชากรทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นในคนอายุน้อยแล้วนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องตรวจเพิ่มเติมที่จำเพาะเพื่อหาสาเหตุและให้การรักษาที่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้จึงรายงานผู้ป่วยชายอายุ 28 ปี มาด้วยอาการอ่อนแรงแขนขาซีกซ้ายไม่สามารถขยับได้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มอาการแอนติฟอสฟอลิปิด หลังให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอาการอ่อนแรงดีขึ้นจนเป็นปกติในที่สุด

Abstract

Acute ischemic stroke is a major health problem of the worldwide and trend to be increase every year. Not only occur in the elderly but also in any people. Especially the stroke in the young that should be need more specific investigation to obtain the diagnosis and appropriate management. A case report of 28 year old male present with left hemiplegia motor power grade 0, that compatible with antiphospholipid syndrome and after treatment with anticoagulant, clinical symptoms and sign were improved.

Keyword: stroke in the young, antiphospholipid syndrome, Sneddon syndrome

*กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่

*Internal medicine, Phrae Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในคนอายุน้อยที่เกิดจากกลุ่มอาการแอนติฟอสฟอลิปิด (Antiphospholipid syndrome)⁽¹⁻⁶⁾ เป็นภาวะความผิดปกติที่พบได้น้อย แต่ก่อให้เกิดความพิการที่รุนแรงได้เป็นอย่างมากหากไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องและให้การรักษาที่เหมาะสมได้ อีกทั้งอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการนี้มิได้หลากหลายรูปแบบเป็นเหตุให้การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวเป็นไปได้ยากและสิ้นเปลืองการรักษาเป็นอย่างมากเนื่องจากต้องอาศัยการตรวจพิเศษ^(1,2,6) เพิ่มเติมที่จำเพาะอีกทั้งยังต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว ถึงแม้ภาวะดังกล่าวนี้จะพบเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันน้อย แต่ควรนึกถึงไว้เสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่อายุน้อย และไม่พบปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งชัดเจน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 28 ปี

อาการสำคัญ อ่อนแรงซีกซ้ายทันทีทันใด 14 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

14 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนแรงแขน ซีกซ้ายเป็นทันทีทันใด ไม่มีอาการแบบเป็นๆ หายๆ ไม่เคยมีอาการดังกล่าวมาก่อน ไม่สามารถประคองตัวได้ มีใบหน้าซีกซ้ายเบี้ยว ไม่สามารถหลับตาซ้ายได้ ไม่มีอาการชา ไม่มีตามัวหรือมองเห็นภาพซ้อน ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะ ไม่มีประวัติได้รับวัคซีนมาก่อน

Physical examination

V/S : BP 140/90 mmHg, HR 109 bpm, BT 37c, SpO2 86% (room air), RR 26 bpm, On O2 canular 3 LPM = 97%

BW 60 kg, HT 160 cm, BMI 23 kg/m²

General appearance : A young man

HEENT : not pale conjunctiva, anicteric sclera, no central cyanosis, no thyroid enlargement

Heart : no neck vein engorged, PMI at 5th ICS MCL, no heaving, no thrill, regular rhythm, normal S1S2, no murmur

Lung : Normal contour, Trachea in midline, equal lung expansion, normal vocal fremitus and vocal resonance, clear, equal both lung, no adventitious sound

Abdomen : Normal contour , normoactive bowel sound Liver span 7 cm, no splenic dullness, soft , not tender

Extremities : no pitting edema, no ecchymosis, no livedo reticularis

Neuro : alert, co-operated , E4V5M6, pupil 2 mm react to light both eye, full EOM, no nystagmus, left facial palsy LMN, left hemiplegia grade 0, neglect of the left side of body, present of clonus of the left.

Laboratory

CBC : WBC 12,700 /uL, N 78.5%, L 15.3%, Mo 4.7%

Hb 14 g/dL, Hct 41.7%, MCV 73.2 fl, RDW 14.8%, Platelets 292,000 /uL

Blood chemistry : BUN 10 mg/dL, Cr 0.77 mg/dL, Sodium 140.3 mmol/L, Potassium

4.19 mmol/L, Chloride 104 mmol/L, Bicarbonate 27.5 mmol/L
 Coagulogram : PTT 27.4 second , PT 12.1 second, INR 1.04
 HBsAg negative, anti-HCV negative, anti-HIV negative, VDRL negative
 FBS 89 mg/dL, cholesterol 119 mg/dL, triglyceride 57 mg/dL, HDL 38 mg/dL, LDL 77 mg/dL
 ANA homogeneous 1:40, fine speckled 1:40
 Lupus anticoagulant : positive
 Anti-Beta 2 glycoprotein 1 : negative
 Anti-cardiolipin : negative
 Protein C and protein S : negative
 Antithrombin III : negative
 ECG : sinus rhythm, no significant ST-T change
 Echocardiogram : normal
 Imaging
 CT brain : no gross intracranial lesion
 MRI brain : acute cerebral infarction at right MCA territory involve right frontal to right temporal lobes, right insular and right basal ganglia. Focal narrowing at supraclinoid part of right ICA, to proximal M1 segment of right MCA.
 Definite diagnosis : Antiphospholipid syndrome

Discussions

ผู้ป่วยชายอายุ 28 ปี มาด้วยอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งเข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมอง

เฉียบพลัน แต่เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่อายุน้อย มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวไม่มาก ซึ่งโดยปกติภาวะนี้มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร่วมด้วย ยิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะนี้ได้มากเท่านั้น ในรายนี้การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองนั้นไม่ยุ่งยากมาก แต่ที่ยากคือการหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ โดยพบว่าหากอาศัยตาม TOAST classification⁽¹²⁾ ซึ่งประกอบด้วย large vessel disease, cardioembolism, small vessel disease, other determined etiology and other undetermined etiology แล้วพบว่ามีโอกาสเป็นได้หลากหลายสาเหตุ ที่สำคัญสาเหตุที่พบบ่อยๆคือสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง แต่ในรายนี้ไม่พบความผิดปกติไม่ว่าจะเป็นภาวะไขมันที่ผิดปกติ โรคเบาหวานหรือภาวะความดันสูงก็ตาม นอกจากนี้ก็ยังไม่พบหลักฐานของภาวะลิ่มเลือดจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดังนั้นสาเหตุที่เป็นไปได้มาก คือ มาจากสาเหตุอื่นๆ (other determined etiology) ที่ต้องอาศัยการตรวจที่จำเพาะมากขึ้น ซึ่งในรายนี้หลักฐานที่บ่งชี้ถึงสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ตรวจพบความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดที่เรียกว่า กลุ่มอาการแอนติฟอสโฟลิปิด (Antiphospholipid syndrome) โดยมีอาการและผลตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค^(1,7,8) คือ มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่างของหลอดเลือดอุดตันร่วมกับมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดอย่างน้อยหนึ่งค่า พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการของหลอดเลือดสมองร่วมกับมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด คือ

Lupus anticoagulant ให้ผลเป็นบวก ซึ่งเข้าได้กับ กลุ่มอาการ แอนติฟอสฟอลิปิด (Antiphospholipid syndrome) มากที่สุด จึงได้ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด^(1,6-8) ซึ่งเป็นการรักษาแบบจำเพาะของภาวะนี้ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการกายภาพบำบัด ภายหลังให้การรักษาและติดตาม พบว่าอาการอ่อนแรงค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับภายในระยะเวลาประมาณ 2 เดือน จากที่ไม่สามารถขยับแขนขา ซีกซ้ายได้จนกลับมาเป็นปกติ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ในที่สุด นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะยาวต่อไปเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคร่วมด้วย

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

กลุ่มอาการ แอนติฟอสฟอลิปิด (Antiphospholipid syndrome) มีเกณฑ์การวินิจฉัยโดยอ้างอิงตาม Revised classification criteria of the antiphospholipid syndrome^(1,7,8) โดยอาศัยจากอาการ/อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องพบความผิดปกตินานเกิน 3 เดือน แต่ทั้งนี้ในรายนี้ การตรวจหาความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการซ้ำ อาจมีความคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดอยู่ ดังนั้นอาจต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป รวมถึงต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หากต้องหยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัย นอกจากนี้ ลักษณะอาการดังกล่าวอาจมีส่วนคล้ายกับอาการในกลุ่มที่เรียกว่า Sneddon syndrome ซึ่งจะมีผื่นรูปร่างแห (livedo reticularis) ร่วมด้วย และโดยส่วนใหญ่ผื่นมักจะเกิดขึ้นก่อนหรือพร้อมกับ

อาการทางระบบประสาท มีส่วนน้อยที่พบได้หลังอาการทางระบบประสาท⁽⁹⁻¹¹⁾ แต่ไม่พบผื่นดังกล่าวในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งอาจต้องอาศัยการติดตามต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Katikaneni M, Gangam M, Berney SM, Umer S. Antiphospholipid Syndrome (APS) - An Update on Clinical Features and Treatment Options. The Open Urology & Nephrology Journal 2015; 8(Suppl 1: M6):27-38.
2. Dhir V, Pinto B. Antiphospholipid syndrome: A review. Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences, 2014;19(1):19-27.
3. Giannakopoulos B, Krilis SA. How treat the antiphospholipid syndrome. Blood 2009; 114: 2020-30.
4. Lim W, Crowther MA, Eikelboom JW. Management of antiphospholipid antibody syndrome: a systematic review. JAMA 2006; 295: 1050-7.
5. Sherer Y, Shoenfeld PY. The Antiphospholipid Syndrome. U.S.A. Bio-Rad Laboratories; 2004.

6. ชิงชิง พูเจริญ, อรรถนี มหรรฆานุเคราะห์, ศิริภพ สุวรรณโรจน์, รัตนาดี ณ นคร. โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่สำคัญ (essential connective tissue disease). ใน: หน่วยโรคข้อและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เอกสารคำสอนเรื่องโรครูมาติกและโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก (rheumatic diseases and connective tissue diseases in ambulatory medicine). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558. หน้า 144-8.
7. Bittar M, Uthman I. Antiphospholipid Syndrome Novel Therapies. EMJ Rheumatol 2014; 1(1):113-21.
8. Jose A. Gómez-Puerta, Cervera R. Diagnosis and classification of the antiphospholipid syndrome. Journal of Autoimmunity 2014;48-49:20e25.
9. Caplan LR. Ed. Sneddon's Syndrome. In: Caplan's Stroke: A Clinical Approach. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2009. p.411-12.
10. Berlitz P. FAAN, FANA, FAAEM, Professor of Neurology, Chairman, Department of Neurology, Sneddon Syndrome, Available from: <https://rarediseases.org/rarediseases/sneddon-syndrome/>
11. Wu S, Xu Z, Liang H. Sneddon's syndrome: a comprehensive review of the literature. Orphanet Journal of Rare Diseases 2014; 9:215.
12. Chung JW, Park SH, Kim N, Kim WJ, Park JH, Ko Y, et al, Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Classification and Vascular Territory of Ischemic Stroke Lesions Diagnosed by Diffusion-Weighted Imaging. Journal of the American Heart Association 2014; 3(4):e001119.