



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

“A 31-year-old man presented with chronic progressive exophytic mass at right leg for 3 months”

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิงปาริชาติ สุกุลกรกิจ

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ปรึกษา: อาจารย์แพทย์หญิงปาริชาติ สาลี

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Patient profile:

ชายไทยโตอายุ 31 ปี อาชีพ พนักงานประจำ ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดลำปาง

รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อ 22 มีนาคม 2561

ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียนเชื่อถือได้

Chief complaint: แผลเรื้อรังที่ขาขวา 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

3 เดือน ก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีก้อนที่ขาขวาวขนาดประมาณ 2x2 cm ไม่มีอาการเจ็บ ไม่มีไข้ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

2 เดือน ก่อนมา รพ. ผู้ป่วยสังเกตว่าก้อนที่ขามีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มมีก้อนที่ขาหนีบด้านขวา ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเจ็บ
ไปรักษาที่โรงพยาบาลได้ทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจผลการตรวจชิ้นเนื้อ ย้อม Gram's stain, AFB, mAFB, wright stain – negative, Tissue culture: *E. coli*, *P. mirabilis*, Tissue histopathology report: Pyogenic granuloma และได้รับยา Amoxicillin clavulanic acid ทาน 1 tab oral tid pc นาน 2 สัปดาห์อาการไม่ดีขึ้น

3 วัน ก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง อ่อนเพลียมาก ก้อนที่ขาขวาและขาหนีบขวาโตมากขึ้น ร่วมกับมีอาการปวดมากจนเดินไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาล

Past history:

- 1. โรคติดเชื้อเอชไอวี

- วินิจฉัยครั้งแรก เมื่อ 21 ธันวาคม 2560, Absolute CD4 count = 22, ขณะนั้น มีอาการไข้ อ่อนเพลีย 4 วัน ไปตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแห่งหนึ่งได้ผลดังต่อไปนี้

- Gram-negative septicemia

- Cryptococcal antigenemia (serum crypto Ag positive)

- Acute anemia: CBC - Hct 16%, MCV 112, WBC 14,100 /mm³, PMN 74%, Plt 112,000 /mm³



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

ขณะนั้นได้รับการรักษาด้วย Ceftriaxone 2 g iv OD (19-21/12/60) และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ผลการตรวจห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ได้แก่ Hemoculture for bacteria: no growth, Hemoculture for fungus: no growth, CSF culture for bacteria and fungus: no growth และ CT brain with contrast normal ผลการวินิจฉัยเบื้องต้น เป็น HIV infection with suspected gram-negative septicemia with Cryptococcal antigenemia with acute anemia ได้รับการรักษาด้วย Ciprofloxacin (22-23/12/60), Piperacillin-Tazobactam (23-30/12/60), Fluconazole (200) 4 tab oral od, Cotrimoxazole (400/80) 2 tab oral od, Folic (5) 1tab oral od และเริ่มยาด้านไวรัสสูตร TDF/FTC/EFV 1 tab oral od ปรับ Fluconazole (200) 2 tab oral od, Cotrimoxazole (400/80) 2 tab oral od เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2561 รับประทานยาสม่ำเสมอมาตลอด

Personal and social history:

- มีประวัติ มีคู่นอนหลายคน (MSM)
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร
- ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุ หรือโดนวัตถุทิ่มตำหรือสัตว์กัด บริเวณที่เกิดแผล
- ปฏิเสธประวัติการเลี้ยงสัตว์ หรือสัตว์กัด บริเวณที่เกิดแผล
- ปฏิเสธประวัติทานอาหารสุกๆ ดิบๆ
- ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่
- เลิกสุรา 1 ปี

Family history:

- ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรม หรือโรคเรื้อรังในครอบครัว

Physical examination:

General appearance: A middle aged Thai man, febrile, fatigue

Vital signs: BT 40°C, HR 140/min, regular, RR 20/min, BP 100/60 mmHg, SpO₂ (room air) 95%

HEENT: Moderately pale conjunctivae, anicteric sclerae, no oral thrush, no tonsillar enlargement, no neck vein engorgement, no thyroid gland enlargement

Respiratory system: trachea in midline, equal chest expansion, normal breath sound

CVS: PMI at 5th ICS, MCL, no heaving or thrill, regular rhythm, normal S1S2, no murmur



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Abdomen: normal contour, active bowel sound, soft, no tenderness, no hepatomegaly, liver span 8 cm, splenic dullness negative

Nervous system: awake, alert and oriented, pupils 2 mm RTL BE, CN I-XII intact all, motor power grade V all extremities, sensation intact, DTR 2+ all

Stiffness of neck: negative

Extremities: Solitary large exophytic verrucous mass size 10×10 cm, ulcerative irregular surface with purulent discharge on Rt leg

Lymph nodes: Rt groin node size 5×5 cm, firm consistency, fixed, with ulcer on top and moderate tender, Lt groin multiple node size 1×1 cm, rubbery consistency, movable

Skin: multiple PPEs on both legs, no rash, no eschar





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Investigation:

CBC: Hb 4 g/dL, Hct 12.6 %, MCV 105 fL, RDW 14.1% WBC 16,890 /mm³ (N 81.7%, L 10.2%)

PLT 490,000/mm³

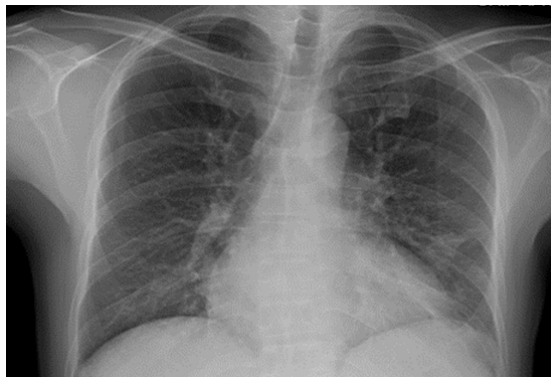
PBS: anisocytosis 2+, poikilocytosis 2+, increase polychromasia, hemoglobin contracted RBC, ghost cell, increase WBC, neutrophil predominate and normal platelet count

Blood chemistry: BUN/Cr 25/1.07 mg/dL, Na 128 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 101 mmol/L, HCO₃ 15 mmol/L

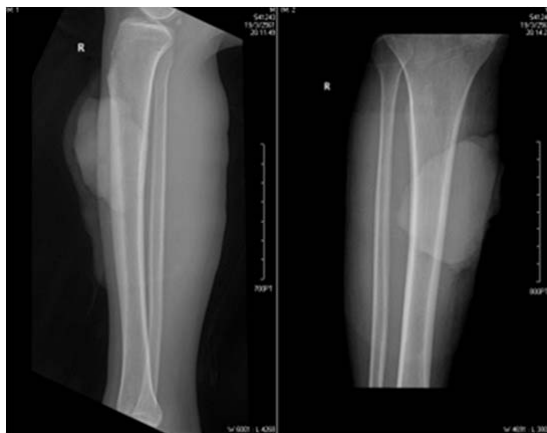
LFT: total protein 4.8 g/dL, albumin 1.7 g/dL, globulin 3.1 g/dL, ALP 104 IU/L, AST 18 IU/L, ALT 11 IU/L, total bilirubin 0.21 mg/dL, direct bilirubin 0.18 mg/dL

UA: Yellow, slightly cloudy, specific gravity 1.014, pH 5.0, glucose negative, albumin 1+, bilirubin negative, WBC 1-2 cells/HPF, RBC 1-2 cells/HPF, Epi 0-1cells/HPF, no cast detected

CXR:



Film Rt leg:





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

SUMMARY

Investigation:

- **Hemoculture:** no growth
- **Pus (Right groin):** AFB negative, mAFB negative
- **Pus Culture (Right leg):**

Rare *E. coli* (sensitive Amikacin, Amoxicillin/Clavulanic acid, Piperacillin/Tazobactam, Cefotaxime, Ceftazidime, Imipenem, Meropenem, Ertapenem)

Rare *P. mirabilis* (sensitive Amikacin, Amoxicillin/Clavulanic acid, Piperacillin/Tazobactam, Cefotaxime, Ceftazidime, Imipenem, Meropenem, Ertapenem, Ciprofloxacin, Levofloxacin)

Rare *E. faecalis* (sensitive Gentamicin, Penicillin, Ampicillin, Vancomycin)

- **G-6-PD level:** deficiency

Pathology report: Marked capillary proliferation with edematous stroma, mixed inflammatory cell infiltration, predominantly neutrophils, few small foci of microabscess suggestive of Bacillary angiomatosis

Warthin-Starry Silver stain: several bacilli

16s rRNA PCR sequencing: mixed organisms

CT abdomen: mild hepatomegaly without focal lesion, a heterogeneous enhancing soft tissue lesion with multifocal central low density at subcutaneous layer of anterior aspect of right upper thigh, could be foci of bacillary angiomatosis. Multiple enhancing LNs at bilateral inguinal regions

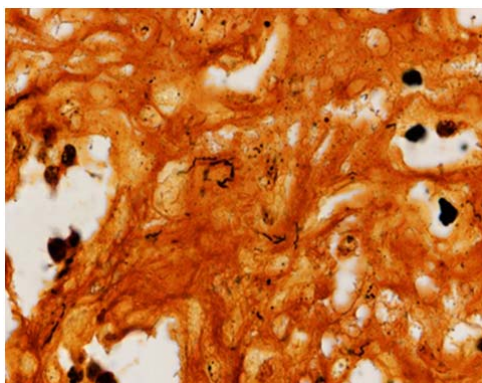


Figure 1. Warthin-Starry Silver stain

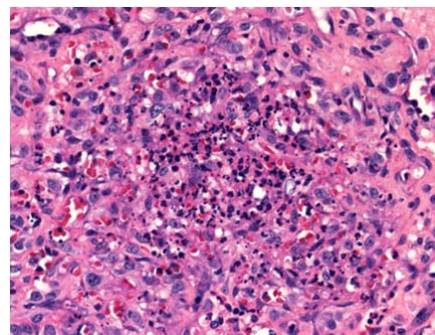


Figure 2. Right leg pathology



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Clinical diagnosis

- 1) Bacillary angiomatosis in HIV-infected patient with recently receiving ART
- 2) Acute hemolytic anemia from G-6-PD deficiency due to trimethoprim-sulfamethoxazole
- 3) Cryptococcal antigenemia

Management

Start antimicrobial therapy with doxycycline (100) 1 tab oral bid 12 hours, amoxicillin clavulanic acid 1 tab oral bid pc (for secondary bacterial infection), Continue ART (Tenofovir disoproxil fumarate 300 mg, efavirenz 600 mg, emtricitabine 200 mg 1 tab oral OD) and Fluconazole (200) 2 cap oral OD

Progress

หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพและยาด้านเอชไอวี ไข้แนวโน้มนลดลง ไม่พบผลข้างเคียงของยา ล่าสุดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกโรคติดเชื้อที่ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ต่อม่าน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบข้างขวามีขนาดเล็กลง ไม่มีอาการปวด แผลที่ขาขวามีขนาดเล็กลง ไม่พบผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยได้รับการรักษาให้ยาต่อเนื่อง



Figure 3. Right leg 4 weeks after treatment

Bartonella infection in HIV

Morphology: a fastidious, facultatively intracellular, pleomorphic gram-negative bacilli

Habitat: body louse (*B. quintana*), cat fleas or cat bites (*B. henselae*)



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารีรัตน์ ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Clinical:

Fever

Skin (bacillary angiomatosis) - angiomatous nodules, friable vascular lesions, red papules, pedunculated lesions, and deep subcutaneous masses

Bone - painful osteolysis

Lymph node - enlargement

Heart - valvular vegetation, fever, weight loss

Blood - pancytopenia, thrombocytopenia/thrombosis

Liver/spleen - hypodense lesions, hepatosplenomegaly

Laboratory diagnosis:

Histopathology: lobular vascular proliferations composed of plump endothelial cells with a mixed inflammatory cells infiltrate

Warthin-Starry silver stain: bacillary organisms

Culture: blood-enriched agar at 35°C in 5% CO₂ with incubation for 4 weeks

Molecular techniques: 16S rDNA, PCR-based methods for definitive identification

Management:

- Doxycycline or erythromycin for ≥ 3 months
- Severe infections, erythromycin or doxycycline combine with rifamycin
- Long-term suppression can be discontinued after the patient has received at least 3 to 4 months of therapy and when the CD4 count remains $> 200 \text{ cells/mm}^3$ for ≥ 6 months.