



## 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 4: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“A 56-year-old woman presented with a solitary mass at right knee for 3 months”

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิงปภาณิน กาศวิลาส

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อนุภพ จิตต์เมือง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย หญิง อายุ 56 ปี อาชีพ รับราชการ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร

อาการสำคัญ ก้อนที่เข่าขวา 3 เดือนก่อนมารพ.

ประวัติปัจจุบัน

- 8 สัปดาห์ก่อน มาตรวจกับแพทย์โรคกระดูกและข้อด้วยเรื่อง มีก้อนที่เข่าขวาประมาณ 1 เดือน สังเกตเห็นและคลำได้เอง ก้อนอยู่ที่บริเวณด้านหน้าของเข่าขวา รู้สึกก้อนโตขึ้นช้า ๆ ไม่ปวด เดินได้ปกติ ไม่มีไข้ ปฏิเสธประวัติเข้ากระดูกแตก หรือบาดเจ็บ และไม่เคยมีแผลที่เข่า และบริเวณใกล้เคียงนำมาก่อน ปฏิเสธเคยได้รับการฉีดยาเข้าข้อ แพทย์ให้การวินิจฉัย Prepatellar bursitis ได้รับการเจาะดูดระบายน้ำ ผลตรวจดังนี้ Clear yellow fluid 8 mL; WBC count 466 cell/mm<sup>3</sup> (N 6%, L 91%, synovial cell 3%), C/S for bacteria: no growth รักษาโดยการฉีด Triamcinolone acetonide (40 mg/mL) 1 mL + 1% Xylocain 3 mL injection หลังจากนั้นก้อนยุบเล็กน้อยแต่ไม่หาย ไม่มีอาการปวด
- 6 สัปดาห์ก่อน หลังการฉีด Triamcinolone acetonide ครั้งแรกไป 2 สัปดาห์ ก้อนที่เข่าขวาโตขึ้นอีก โตช้า ๆ ปวดเล็กน้อย ปวดเฉพาะเวลากดเข่า เดินไม่ปวด มาพบแพทย์ตามนัด วินิจฉัย recurrent prepatellar bursitis ให้ยาแก้ปวดกลับไปรับประทาน
- 4 สัปดาห์ก่อน นัดตรวจติดตามพบว่า อาการปวดลดลงแต่ก้อนโตขึ้นอีก ได้รับการเจาะดูดระบายน้ำและฉีด Triamcinolone acetonide อีก 1 ครั้ง ผลตรวจดังนี้ Clear yellow fluid 6 mL; WBC count 13,600 cell/mm<sup>3</sup> (N 84%, L 10%, synovial cell 6%), crystal not found และรักษาด้วย Dicloxacillin 500 mg 4 ครั้ง/วัน เป็นเวลา 7 วัน
- 1 สัปดาห์ก่อน หลังจากเจาะดูดน้ำครั้งที่ 2 อาการไม่ดีขึ้น ก้อนโตขึ้น บางครั้งมีน้ำสีเหลืองใสไหลออกมาจากบริเวณก่อนคนละตำแหน่งกับรอยเจาะ สังเกตว่าก้อนบวมแดงมากขึ้น ปวดเวลากดเข่าหรือถูกเข่า เวลาเดินไม่มีอาการปวด ไม่มีไข้ กลับมาพบแพทย์และส่งปรึกษาอายุรศาสตร์เพื่อร่วมประเมิน

โรคประจำตัว Xerotic eczema วินิจฉัยมานาน 5 ปี รักษาด้วยการทา cream-based emollient ไม่ได้ทา steroid



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 10 พฤษภาคม 2561 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม ธารรัตน์ ชั้น 3 กองอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

### ประวัติอดีต

Tinea pedis and cutaneous candidiasis at both feet 7 เดือนก่อน รักษาด้วยยา

ต้านเชื้อราชนิดทาและชนิดรับประทาน อาการหายเป็นปกติ

ตรวจสุขภาพประจำปีครั้งล่าสุด 2 ปีก่อน ผลปกติ

ไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยรับเลือดหรือบริจาคเลือด

### ประวัติยา

ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร, ปฏิเสธประวัติใช้ยาต้ม ยาหม้อหรือยาสมุนไพร

### ประวัติส่วนตัว

ปฏิเสธประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่

ทำงานเป็นพนักงานการเงินที่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปฏิเสธเดินทางไปต่างจังหวัด เข้าป่าหรือย่ำน้ำ ไม่ได้ทำสวนหรือสัมผัสดินเป็นประจำ ไม่ได้เลี้ยงสัตว์

### ประวัติครอบครัว

สถานภาพโสด อาศัยอยู่กับญาติ ในบ้าน ไม่มีคนเจ็บป่วย

### Physical examination

**Vital signs:** BT 36.8°C, PR 70/min, RR 18/min, BP 120/65 mmHg

**General appearance:** A middle aged woman, good consciousness, no signs of chronic liver disease

**HEENT:** not pale conjunctiva, anicteric sclera, no oral thrush

**Thyroid gland:** not enlarged

**Lymph nodes:** no lymphadenopathy

**Skin:** no rash, no PPE, no petechiae

**Cardiovascular system:** pulse-full and regular, PMI at 5<sup>th</sup> intercostal space and left mid-clavicular line, normal S1 and S2, no murmur

**Respiratory system:** trachea in midline, equal and normal breath sound, no adventitious sound

**Abdomen:** no distension, soft, not tender, liver and spleen- not palpable, liver span 8 cm, normal splenic dullness

### Extremities:

**Right knee:** a well-defined erythematous mass with draining sinus at prepatellar area, sized approximately 3×3 cm, cystic consistency, smooth surface, movable and no tenderness (as shown)



## 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

Right knee joint- no tenderness along joint lines, full range of motion

Other extremities: unremarkable



Figure 1. Right knee (see details in physical examination)

### Laboratory investigation

Hb 12.7 g/dL, Hct 39.1%, MCV 94.4 fL, WBC 6,650 cell/mm<sup>3</sup> (N 66.7%, L 23.3%, Mo 6.8%, Eo 2.6%), Platelet 289,000 cell/mm<sup>3</sup>

BUN 7 mg/dL, Creatinine 0.5 mg/dL

Total bilirubin 0.74 mg/dL, direct bilirubin 0.3 mg/dL, AST 34 U/L, ALT 47 U/L, ALP 115 U/L, Total protein 7.2 g/dL, Albumin 4.3 g/dL, Globulin 2.9 g/dL

Fasting Blood Glucose 101 mg/dL

AntiHIV: Negative

Film X-ray of right knee: as shown





## 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

ผล investigation ที่สำคัญ

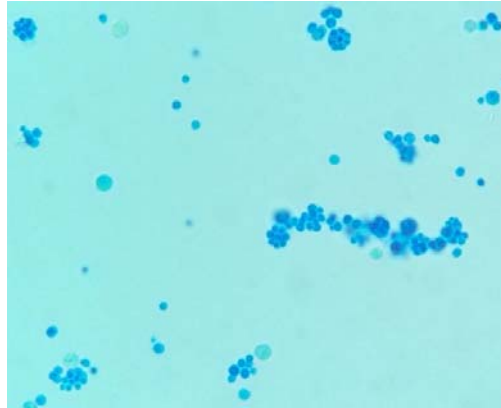


Figure 1. Wet mount stained with lactophenol cotton blue of the isolate

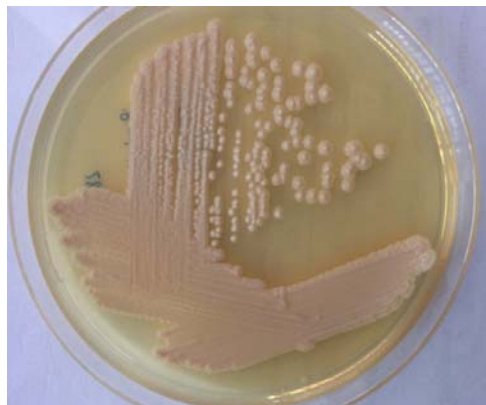


Figure 2. Fungal culture on Sabouraud dextrose agar (SDA)

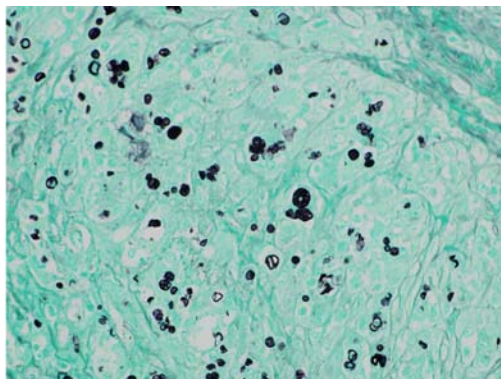


Figure 3. Gomori methenamine silver (GMS) stain found floret-like arrangements



## 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:** Prepatellar bursitis right knee

○ **Microbiological diagnosis:** *Prototheca wickerhamii* prepatellar bursitis of right knee

○ **Management**

○ Itraconazole solution (20 mg/mL) 10 mL po bid for 8-week no clinical response

○ Bursectomy with amphotericin B IV infusion 0.7 mg/kg/day + itraconazole solution 400 mg/day combination

○ **Progress**

○ After Bursectomy follow with amphotericin B IV infusion 0.7 mg/kg/day + itraconazole solution 400 mg/day combination for 7 days then continue itraconazole solution 400 mg/day clinical improved no recurrent swelling during follow up 1 month

Review:

Microbiology:

*Prototheca* species are achlorophyllous algae closely related to the genus *Chlorella*. *P. wickerhamii*, *P. zopfii*, *P. blaschkeae* and *P. cutis* have been reported causing human infections. The first description of human infection reported by Davies and colleagues in 1964 in Sierra Leon. It can be found in water, sewage, soil, vegetables, livestock and domestic animals

Colonies are smooth, moist, white to cream can be readily cultured on standard media (such as blood agar and Sabouraud dextrose agar), and yeast-like colonies are usually visible within 7 days. Morphology found spherical sporangia containing multiple endospores with symmetrical arrangement, varying in size from 3-30  $\mu\text{m}$ . no budding cells. *Prototheca* spp. differ from fungi as they lack glucosamine and muramic acid in their cell walls