



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น. ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้นำเสนอ นายแพทย์วุฒิเศรษฐ์ จิตินันท์เมือง สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ปรึกษา อาจารย์นายแพทย์อนุภพ จิตต์เมือง สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

“A 66-year-old female, recurrent communicating hydrocephalus, presented with abdominal mass for 6 months”

ผู้ป่วยหญิง 66 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดเพชรบุรี ประกอบอาชีพทำนา

Chief complaint: ปวดท้องและคลำได้ก้อนที่ท้องด้านขวา 6 เดือน

Present illness: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว HT ไม่ได้รับประทานยา (ควบคุมอาหารอย่างเดียว)

2 ปีก่อน (ม.ย. 2557) ผู้ป่วยมีอาการเดินก้ำขาลำบากและมีความจำแย่งนานประมาณ 4 เดือน ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีไข้ ไม่มีเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด ไปตรวจที่โรงพยาบาลหัวหิน CT brain พบ communicating hydrocephalus suspicious normal pressure hydrocephalus, no abnormal leptomeningeal enhancement or abnormal enhancing lesion, transependymal effusion at periventricular region of both frontal and both occipital lobes

ได้รับการวินิจฉัยเป็น Normal pressure hydrocephalus (NPH) และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช รักษาด้วยการผ่าตัดใส่ programmable VP shunt เมื่อ 26 ม.ย. 2557 Intraoperative finding พบ high pressure (ไม่ทราบค่า), CSF clear, ventricular end 6 cm, peritoneal end 3.5 cm, set shunt pressure 1.5 หลังผ่าตัดอาการดีขึ้น ไม่มีเดินเซ ความจำดีขึ้น ไม่ปวดศีรษะ มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ

1 ปีก่อน (ม.ค. 2558) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดศีรษะ และเวียนศีรษะร่วมกับมีอาการเดินเซ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง หรือเห็นภาพซ้อน ไม่มีไข้ มาตรวจกับศัลยแพทย์ระบบประสาทที่โรงพยาบาลศิริราช CT brain (19 ม.ค. 2558): increase in degree of ventricular dilatation จึงได้ปรับลด shunt pressure และทำ shuntography พบ distal limb occlusion แต่หลังจากปรับ pressure อาการดีขึ้น

6 เดือน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดท้องด้านขวาข้างสะอึกเป็นๆหายๆ ลักษณะปวดแน่นๆ ไม่ร้าวไปไหน อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทางหรือมื้ออาหาร ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีไข้ ไปพบแพทย์ที่คลินิก ได้ยาเคลือบกระเพาะอาหารมารับประทาน อาการยังคงเป็นเท่าๆ เดิม รู้สึกว่าคลำได้ก้อนที่ท้องด้านขวา กดไม่เจ็บ ไม่ได้ไปปรึกษาแพทย์เรื่องก้อน ไม่มีเบื่ออาหาร ไม่มีน้ำหนักลด



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น. ณ ห้องประชุม ธารนิรันดร์ ชั้น 3 กองอายุรกรรม

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

1 เดือน ผู้ป่วยเดินก้าวขาลำบากมากขึ้นและมีอาการเวียนศีรษะกลับมาเป็นใหม่ ไม่มีไข้ ไม่มีอาเจียนพุ่ง ไม่มีตามัวหรือเห็นภาพซ้อน ไม่มีแขนขาอ่อนแรง อาการปวดท้องและคลื่นไส้ได้ก่อนที่ท้องเป็นเท่าเดิม แพทย์จึงนัดมา admit เพื่อ ประเมินเรื่อง VP shunt และก้อนที่ท้องด้านขวา

Past history: เดิมแข็งแรงดีทำงานได้ ไม่เคยมีอุบัติเหตุร้ายแรง

Personal history: ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ได้เลี้ยงสัตว์

Family history: ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นวัณโรค, ไม่มีโรคมะเร็งในครอบครัว

Drugs history: ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือใช้ยาสมุนไพร ไม่ได้ใช้ยาใดเป็นประจำ

Physical examination

Vital signs: T 37°C, PR 80/min, BP 140/90 mmHg, RR 16/min

General appearance: A Thai female, alert, not pale, no jaundice, no pitting edema

HEENT: No oral thrush, no oral ulcer, no thyroid gland enlargement

Cardiovascular system: Regular HR, normal S1&S2, no murmur

Respiratory system: Normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: Active bowel sounds soft, liver and spleen not palpable

Palpable mass sized approximately 15 × 15 cm at mid to right lower abdomen, ill-defined border, cystic consistency, smooth surface, not tender, slightly movable

Bimanual palpation negative

Lymph nodes: No superficial lymphadenopathy

Skin: No rash

Nervous system: Good consciousness, oriented to time/place/person, E4V5M6

Pupil 2 mm RTBLE, full EOM, other cranial nerves- intact

Fundus: sharp disc both eyes

Normal muscle tone, motor power Gr V/V all extremities

No sensory impairment

Cerebellar's sign: no nystagmus, finger to nose test negative, magnetic gait, Romberg test negative, no ataxia

DTR 2+ all, Babinski's sign absent

No stiffneck



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น. ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Initial investigation

CBC: Hb 12.4 g/dL, Hct 39.4%, WBC 10,930 /mm³ (N 70.2%, L 24.1%, M 4.2%, E 1.2%, B 0.3%) Platelet 385,000 /mm³

Blood chemistry: BUN 7.5 mg/dL, Cr 0.51 mg/dL, Na 142 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 101 mmol/L, HCO₃ 26 mmol/L

LFT: Albumin 4.1 g/dL, Globulin 3.2 g/dL, TB 0.46 mg/dL, DB 0.16 mg/dL, AST 14 U/L, ALT 16 U/L, ALP 49 U/L

Anti HIV negative

Chest X-ray: as Figure



SUMMARY

Clinical presentations: A 66-year-old Thai female had a previous history of communicating hydrocephalus with unrecognized etiology S/P programmable VP shunt for 2 years. One year later, she developed gait impairment and dizziness due to recurrent communicating hydrocephalus and shunt occlusion. Six months before admission, she had symptoms of chronic abdominal pain with palpable intra-abdominal mass and recurrent gait disturbance.

Investigations



Figure 1



Figure 2

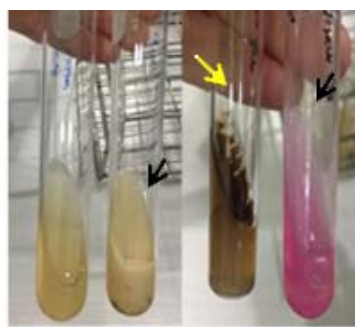


Figure 3A



Figure 3B



Figure 3C

Figure 1. CT whole abdomen with contrast revealed intraabdominal CSF pseudocyst of VP shunt (arrow),
2. CSF India ink examination from lumbar puncture showed few encapsulated yeast-like organism (arrow), 3A-B.
The patient isolates grew on SDA without cycloheximide (black arrow) and positive for urease (white arrow) and



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น. ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

caffeic acid (yellow arrow), 3C. Subculture the isolates on canavanine-glycine-bromothymol blue (CGB) agar demonstrated blue color change compatible with *Cryptococcus gattii*

Anti-HIV: negative

○ **Clinical diagnosis:** Recurrent communicating hydrocephalus with intraabdominal VP shunt pseudocyst secondary to *Cryptococcus gattii* meningitis

○ **Microbiological diagnosis:** CSF india ink from lumbar puncture: positive

Cryptococcal antigen testing from lumbar puncture: positive titer >1:1,024

CSF culture from lumbar puncture and pseudocyst grew *Cryptococcus gattii*

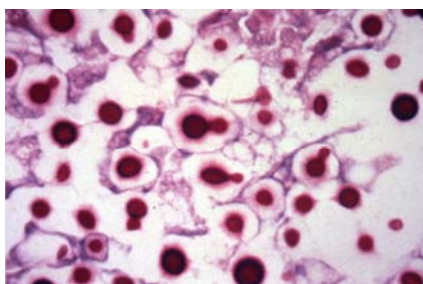
○ **Management**

1. Remove VP shunt
2. Ultrasound-guided aspiration of intra-abdominal VP shunt pseudocyst
3. Amphotericin B 0.7 mg/kg/day plus fluconazole 800 mg/day for 5 weeks then fluconazole 800 mg/day for 8 weeks then fluconazole 200 mg/day for at least 1 year

Progress: Clinical improvement of gait and dizziness, follow-up CT brain and CT whole abdomen at day 10 revealed significantly decreased size of ventricular dilatation and intra-abdominal pseudocyst.

Microbiology: *Cryptococcus*

- **Morphology:** 5-10 micron-diameter, round, encapsulated yeasts



- **Epidemiology:** worldwide in soil, pigeon guano
- **Life cycle:** asexual form: encapsulated budding yeast in environment and human infection
sexual form: bipolar mating system may be in plant
- **Laboratory diagnosis**

Direct examination: round, encapsulated yeasts

india ink positive



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น. ณ ห้องประชุม ธารราช ชั้น 3 กองอายุรกรรม

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Culture: media: blood agar, Sabouraud's dextrose agar

incubation conditions: 25 or 37°C, 48-72 hours

colony: 2-5 mm diameter, mucoid (polysaccharide capsule)

Identification:

: encapsulated yeast, urease positive → Genus *Cryptococcus*

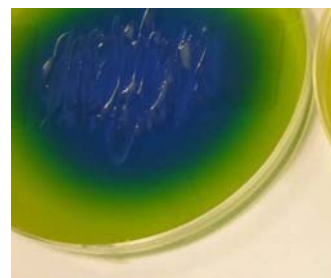
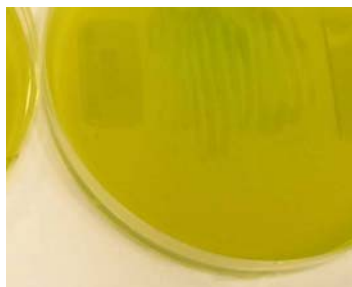
: niger seed (birdseed), caffeic acid, or dopamine: positive (brown colony) → *Cryptococcus neoformans*



: L-cannavanine, glycine bromothymol blue (CGB) agar

negative (no growth) → *C. neoformans* var. *neoformans* (most in immunocompromised host)

positive (blue colony) → *C. neoformans* var. *gattii* (most in immunocompetent host)



Serology: cryptococcal antigen, antibody