การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 16 สิงหาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 810 A, B ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Case 3: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

"A 50-year-old female presents with prolonged fever and generalized lymphadenopathy"

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิงธนยา ศิริปุณย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ที่ปรึกษา: อาจารย์นายแพทย์พอพล โรจนพันธุ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Patient profile: หญิงไทยโสด 50 ปี อาชีพ แม่บ้านรับจ้างทำความสะอาด ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน จ. ชลบุรี
รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อ 29 มีนาคม 2561
ประวัติได้จาก เวชระเบียน ผู้ป่วยเชื่อถือได้มาก

Chief complaint: ไข้ 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

- 5 เดือนก่อนมารพ. (ต.ค. 2560) มีไข้ต่ำไม่หนาวสั่น อ่อนเพลีย ไอแห้ง ๆ บางครั้งมีเสมหะขาวปริมาณเล็กน้อย ร่วมกับหายใจหอบเหนื่อยขณะเดินหรือทำงาน พักแล้วดีขึ้น อยู่เฉย ๆ ไม่เหนื่อย ต่อมาคลำก้อนได้ที่คอด้านซ้าย ขนาดเท่าหัวแม่มือ ไม่เจ็บ เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารักษาตัวในรพ. ใกล้บ้าน เบื้องต้นแพทย์ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตที่คอด้านซ้าย ขนาด 2.5 cm ต่อมาได้รับการตรวจด้วย CT chest (6 พ.ย. 2560) และ abdomen (15 ธ.ค. 2560) ผลตรวจดังนี้

CT chest: An ill-defined heterogenous enhancing lesion at superior segment of LLL 2.4 × 2.5 × 1.9 cm; left supraclavicular lymphadenopathy 2.4 × 1.6 cm, no pleural or pericardial effusion

CT whole abdomen: soft tissue thickening with surrounding fat stranding along proximal to mid part of right ureter causing partial obstruction with right mild to moderate right hydronephrosis. Surrounding fat stranding with focal narrowing of IVC with multiple lymphadenopathies.

ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาปฏิชีวนะไม่ทราบชนิดวันละ 1 ครั้ง แพทย์ทำการเจาะตรวจต่อมน้ำเหลืองที่คอไปตรวจ และแจ้งผลว่าไม่พบเซลล์มะเร็ง ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 4 วันจึงให้กลับบ้าน ไม่มียาปฏิชีวนะกินต่อ แพทย์วางแผนเจาะตรวจต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องเพิ่มเติมแต่ยังไม่ได้ทำ หลังจากออกจากรพ.ไปยังคงมีไข้อยู่ทุกวัน น้ำหนักลดจาก 53 kg เป็น 45 kg ภายในระยะเวลา 3 เดือน จึงได้กลับไปตรวจที่รพ.ใกล้บ้านต่อเนื่อง

- 2 เดือนก่อนมารพ. (11 ม.ค.2561) ผู้ป่วยประสงค์มารักษาต่อที่รพ.รามาธิบดี มาตรวจที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว ส่งปรึกษาต่อแผนกอายุรกรรมแผนกโลหิตวิทยา ตรวจร่างกายพบ generalized lymphadenopathy at bilateral cervical, supraclavicular, and inguinal areas แพทย์สงสัยภาวะ lymphoma with internal organ

compression ได้ทำ BM study เพิ่มเติม และ CT chest and abdomen อีกครั้ง ในขณะที่รอผลตรวจได้รับ dexamethasone 40 mg/day แบบผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 4 วัน หลังจากนั้นยังไม่ได้รับการรักษาใด ๆ ต่อ เป็นการนัดตรวจติดตามอาการและฟังผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นในวันแรกและไข้ลดต่ำลง แต่ต่อมากลับมามีไข้และอ่อนเพลียเหมือนเดิม ผลการตรวจ BM study (12 ม.ค. 2561): hypercellular bone marrow showing increased trilineage hematopoiesis; no morphologic evidence of malignant lymphomatous involvement

CT chest with whole abdomen with contrast (15 ม.ค. 2561): multiple cervical and intraabdominal lymphadenopathies; multiple osteoblastic lesions at T-L spine and left iliac bone; no pleural and pericardial effusions

Review LN biopsy pathology (left supraclavicular LN biopsy จากรพ. เดิม 21 พ.ย. 2560): morphologically and immunophenotypically consistent with subacute lymphadenitis

- 1 เดือนก่อนมารพ. อาการไข้ อ่อนเพลีย ยังไม่ดีขึ้น ต่อมน้ำเหลืองพบมีขนาดเท่าเดิม ตรวจตามนัดที่แผนกโลหิตวิทยา (15 ก.พ. 2561) พบ generalized maculopapular rashes ที่บริเวณ trunk, extremities ได้ส่งปรึกษา ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมแผนกตจวิทยา แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปตามนัด
- วันที่มารพ. มาตรวจติดตามอาการที่ผู้ป่วยนอกแผนกโลหิตวิทยาตามนัด ยังมีไข้ กินได้พอเดิม ก้อนตามตัวขนาดพอเดิมไม่โตขึ้น จึงรับเข้าในรพ.เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา

Past/Personal history:

- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว
- ปฏิเสธยากินประจำ
- ปฏิเสธประวัติผ่าตัด, รับเลือดและใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้น
- ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา
- ปฏิเสธประวัติเดินทางไปต่างจังหวัดนอกจากจังหวัดชลบุรี
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา
- น้ำเขยเป็นวัณโรค แต่ไม่ได้สัมผัสใกล้ชิด
- ปฏิเสธประวัติสัมผัสสัตว์

Physical examination

Vital signs: BP 110/70 mmHg, PR 132/min, BT 39°C, RR 20/min

GA: A middle aged female, alert, awake, not in acute distress, looks pale, jaundice, no cyanosis

HEENT: mildly pale conjunctivae, icteric sclerae, pharynx and tonsils are not injected, no oral thrush, no OHL, no oral ulcers, no malar rashes, no discoid rashes, no alopecia

LN: subcentrimeter lymph nodes are palpable at submental, cervical and inguinal areas

Skin: maculopustular lesion at left arm 6 mm in size, multiple discrete macular lesions at trunk and back, no ulcers, no petichiae

Heart: tachycardic, normal S1, S2, no murmur

Chest: suprasternal retraction, normal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: soft, no tenderness, impalpable liver, liver span 10 cm, impalpable spleen, no increased splenic dullness

Extremities: no edema

Investigations

1. CBC: Hb 6.1 g/dL, Hct 19.8%, WBC 32,040 cells/mm^3 (N 70%, L 14%, M 4%, Eo 5%, B 0%, Band 5%, Myelocyte 1%, Promyelocyte 1%), platelet count 225,000 cells/mm^3, MCV 86.8 fL, RDW 20.7%
2. BUN 6 mg/dL, Cr 0.6 mg/dL, Na 130 mmol/L, K 3.02 mmol/L, Cl 90 mmol/L, HCO_3 30 mmol/L
3. LFTs: AST 15 U/L, ALT 5 U/L, TB 4.5 mg/dL, DB 3.3 mg/dL, ALP 649 U/L, GGT 321 U/L, Alb 16.4 g/L, Globulin 56.7 g/L

4. CXR: as shown in Figure 1

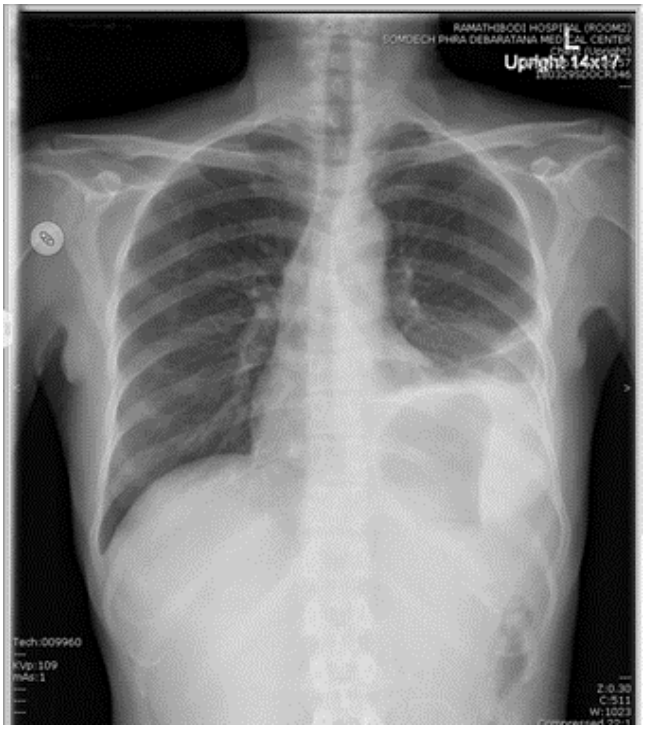

Figure 1: Chest radiograph on 29 March, 2018

SUMMARY

- ผล investigation ที่สำคัญ
- Skin biopsy pathology and fungus culture: presence of fungal elements morphology consistent with *Histoplasma* spp.
- Cervical lymph node fungus culture: *Mycobacterium abscessus*
- Hemoculture for mycobacteria; bone marrow, liver, pleural fluid mycobacterial culture: *Mycobacterium avium* complex
- **Clinical diagnosis** Interferon gamma autoantibody with disseminated opportunistic infection

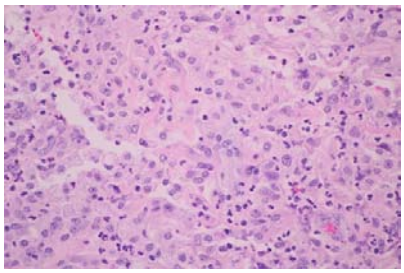

Figure 1. Skin biopsy, H&E stain

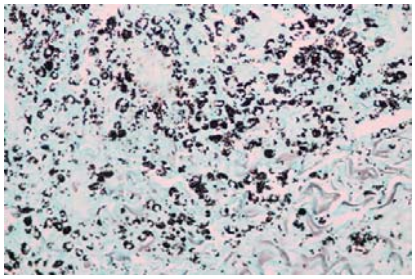

Figure 2. Skin biopsy, GMS stain

- **Microbiological diagnosis** Interferon gamma autoantibody with disseminated infections of *M. abscessuss*, MAC and *Histoplasma* spp.
- **Management**

  1. Disseminated *M. abscessuss*: intravenous imipenem, levofloxacin, oral clarithromycin
  2. Disseminated MAC: add ethambutol
  3. Disseminated histoplasmosis: amphotericin B deoxycholate 2 สัปดาห์ต่อด้วย oral itraconazole
  4. Interferon gamma autoantibody: intravenous rituximab, methylprednisolone

- **Progress:** ไข้ลงดี อาการโดยรวมดีขึ้น ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ประมาณ 2 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น *Staphylococcus aureus* pneumonia with septicemia และเสียชีวิตในเวลาต่อมา