การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 9 ตุลาคม 2563 เวลา 13:00 – 16:30 น.

ณ ห้องประชุมแมนดารินเอ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพมหานคร

Case 1: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

"A 40-years-old man presents with fever and right neck mass for 2 weeks"

ผู้นำเสนอ : แพทย์หญิงโซเฟียร์ แวอูเซ็ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงอังสนา ภู่เผือกรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Patient profile: ผู้ป่วยชายไทย โสดอายุ 40 ปี อาชีพ คนงานลอกท่อ ภูมิลำเนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief complaint: ก้อนที่กรามด้านขวา 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่ 12 กรกฎาคม 2563

Present illness:

Known case AIDS with poor drug compliance and frequent loss to follow up

- 2 มิถุนายน 2552: 1st HIV diagnosis CD4 32%; 349 cells/mm^3
    - Presented with prolonged fever with weight loss and cervical lymphadenopathy
    - Pulmonary tuberculosis (sputum AFB positive) treatment with antituberculosis drugs
        - 5 มิถุนายน 2552: IRZE
        - 20 มิถุนายน 2552: IZEOS (หยุด R เนื่องจาก total bilirubin สูงขึ้น) หลังจากนั้นผู้ป่วย loss to follow up ผล sputum C/S TB resistant to streptomycin, susceptible to IREO
        - 7 สิงหาคม 2552: rechallenge IRZEO
        - 15 สิงหาคม 2552: IRZE
        - 10 กันยายน 2552: EOA (หยุด R เนื่องจาก total bilirubin สูงขึ้น)
        - 18 ธันวาคม 2552: start d4T/3TC/NVP
        - 10 มกราคม 2553: switch to IEO + cycloserine + ethionamide

            เปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากสงสัย MDR TB, ไอหอบเหนื่อยมากขึ้น, CXR พบ RUL infiltration เพิ่มขึ้น, รอผล sputum C/S for TB
        - Loss to follow up (total antituberculosis drugs 7 months)
    - Disseminated cryptococcosis
        - 1 กันยายน 2552 รักษาด้วยยา amphotericin B 0.7 MKD 2 สัปดาห์ และ fluconazole 600 mg/วัน ต่ออีก 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วย loss to follow up

- 27 กรกฎาคม 2555: 2nd cryptococcal meningitis รักษาด้วยยา amphotericin B 0.7 MKD 2 สัปดาห์ และ fluconazole 800 mg/วัน, จำหน่ายกลับบ้าน 15 กันยายน 2555 และนัดติดตาม หลังจากนั้นผู้ป่วย loss to follow up
- 5 มกราคม 2556: 3rd cryptococcal meningitis รักษาด้วยยา amphotericin B 0.7 MKD, MIC fluconazole 33 (resistant), plan IV Amphotericin B ที่ OPD 2 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ผู้ป่วย loss to F/U
- 11 ตุลาคม 2557: 4th cryptococcal meningitis รักษาด้วยยา amphotericin B 1 MKD 2 สัปดาห์ และ fluconazole 800 mg/วันนาน 8 สัปดาห์

- 4 พฤศจิกายน 2557 resume ARV (AZT/3TC/NVP)
- Poor drug compliance ผิดนัด follow up บ่อย ๆ และผู้ป่วย loss to F/U

- 8 ธันวาคม 62: เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - Alcohol-induced seizure, cryptococcal antigenemia, รักษาด้วยยา fluconazole ระหว่างนอนโรงพยาบาลนาน 5 วันและให้ยากลับไปกินต่อที่บ้าน จากนั้นผู้ป่วย loss to F/U
- 30 เมษายน 63: visit OPD eye ด้วยอาการตาซ้ายมัว
  - CMV retinitis รักษาด้วยยา intravitreous ganciclovir q 1 wk 3 ครั้ง (เมษายน – พฤษภาคม 2563)
- 15 พฤษภาคม 63: visit HIV clinic (นัดจาก OPD Eye)
  - CMV VL <150 copies/mL
  - CXR normal
  - นัด follow up เพื่อฟังผล CD4 และเริ่มยา ARV แต่ผู้ป่วย loss to F/U
  - CD4 5%; 41 cells/mm^3, HIV VL 2,568,129 copies/mL (log 6.41)

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยคลำได้ก้อนบริเวณกรามด้านขวา มีอาการปวด อ้าปากและเคี้ยวอาหารได้ลำบาก ไข้ต่ำ ๆ ไม่มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ หรือเหนื่อย มาตรวจที่ OPD โรงพยาบาลรามาธิบดี วินิจฉัย acute lymphadenitis ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา amoxycillin-clavulanate (1,000) 1 tab PO bid pc นาน 1 สัปดาห์
1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการที่ OPD พบก้อนที่กรามด้านขวาใหญ่ขึ้น อาการปวดลดลง ไข้ลดลง แพทย์ให้การรักษาด้วย amoxycillin-clavulanate (1000) 1 tab PO bid pc ต่ออีก 5 วัน
2 วันก่อนมาโรงพยาบาล	อาการปวดบวมแดงบริเวณกรามด้านขวามากขึ้น มีไข้สูง อ้าปากและเคี้ยวอาหารไม่ค่อยได้ จึงกลับมาตรวจที่โรงพยาบาล ไม่มีน้ำมูก ไม่ไอ ไม่เหนื่อย ไม่ปวดท้อง

อาเจียน หรือ ถ่ายเหลว ไม่มีน้ำหรือหนองไหลออกจากหู ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีผื่นตามตัว

Past history:

-

Personal History:

- ดื่มสุรา ½-1 แก้ว/วัน นาน 20 ปี
- สูบบุหรี่ > 20 pack years
- มีประวัติมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน, คู่นอนหลายคน (heterosexual)
- ประวัติใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้น
- สักบริเวณแขนและขาสองข้าง
- ปฏิเสธประวัติการใช้สเตียรอยด์และสมุนไพร
- แพ้ยา TMP/SMX: MP rash/agranulocytosis

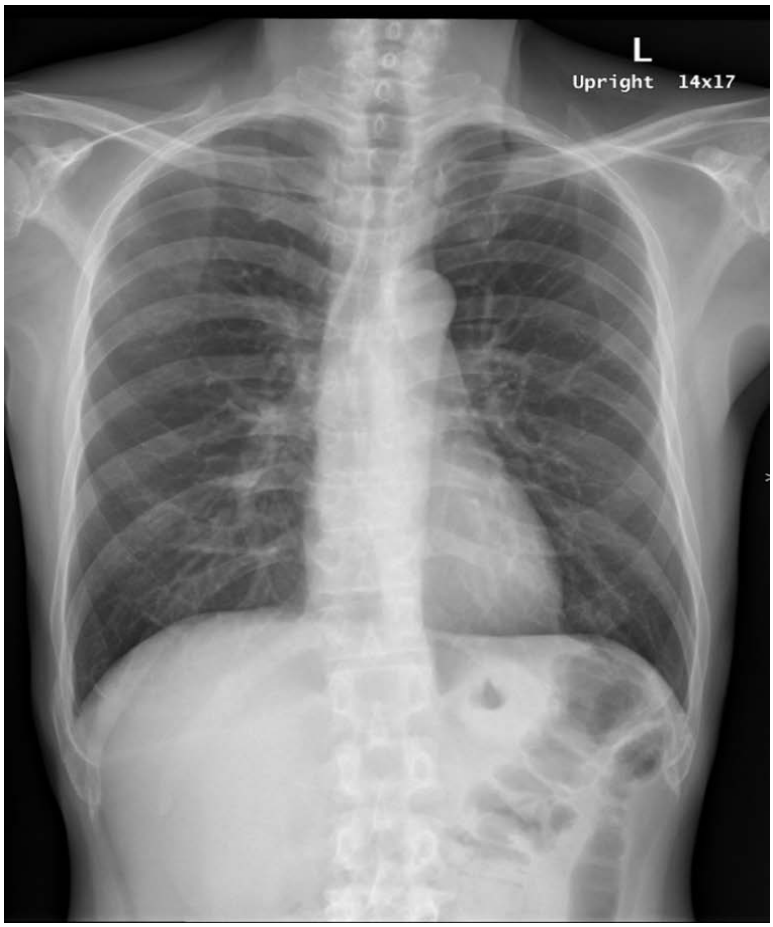
Physical Examination:

- GA: a middle-aged Thai man, alert, co-operative
- Vital signs: BT 38.1°C, PR 120 bpm, RR 16/min, BP 109/76 mmHg
- HEENT: firm mass 10 cm in size at the right angle of the mandible, marked tender, warmth, fixed, no fluctuation, no bulging buccal mucosa/pharynx, no oral thrush, not pale conjunctivae, anicteric sclerae
- Lymph nodes: right posterior single cervical lymph node, enlargement 0.5 cm in size

- Lungs: normal chest expansion, normal breath sounds, no adventitious sound, equal breath sounds both lungs
- CVS: full and regular pulse, no heave, no thrill, normal S1, S2, no murmur
- Abdomen: no distention, normoactive bowel sound, soft, not tender, no hepatosplenomegaly
- Extremities: no edema, no PPE, no joint swelling
- Neuro: alert, well co-operative, pupil 2 mm Rt, 3 mm Lt RTLBE (similar to baseline), no ptosis, full EOM, right facial palsy (LMN), no dysarthria, motor power grade V all, intact sensation, DTR 2+ all, BBK absent both, no stiffness of the neck

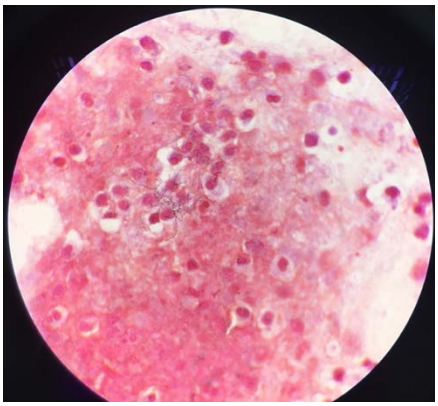
Investigations:

- CBC: Hb 12.4 g/dL, Hct 38.2%, WBC 8,300 cells/mm^3 (PMN 81%, L 8%, M 9%, E 2%), Plt 134,000/mm^3
- Blood chemistry: BUN 14 mg/dL, Cr 0.82 mg/dL, Na 140 mmol/L, K 3.41 mmol/L, Cl 108 mmol/L, HCO_3 18 mmol/L
- LFT: AST 143 U/L, ALT 83 U/L, ALP 137 U/L, GGT 746 U/L, TP 81.3 g/dL, Alb 29.2 g/dL, TB 0.4 mg/dL, DB 0.2 mg/dL

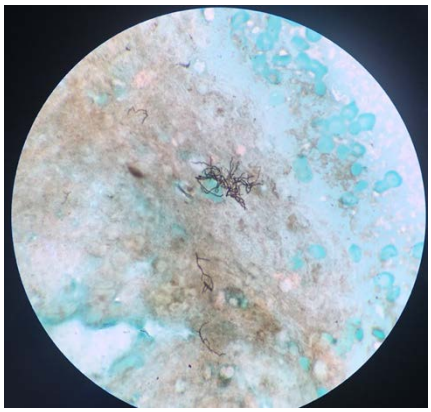


Summary

- ผล investigation ที่สำคัญ เช่น imaging, staining, culture และ histopathology



Pus Gram stain: Gram positive branching filament



Pus GMS stain: branching filaments

CT Brain with contrast: Leptomeningeal enhancement along sulci ang gyri of bilateral cerebral hemisphere. Acute right parotid sialadenitis with internal abscess formation

Pus aerobe culture: numerous *Nocardia spp.*

Pus gene sequencing: *Nocardia beijingensis*

- **Clinical diagnosis** Right parotid gland abscess with focal cerebritis
- **Microbiological diagnosis** Right parotid gland abscess with focal cerebritis from *Nocardia beijingensis*
- **Management**

  - Surgical drain

- IV Ceftriaxone 2 g q 12 hr plus Amikacin 750 mg q 24 hr for 3 weeks

  Then Moxifloxacin 400mg/d plus Doxycycline 200mg/day for at least 12 months

Progress After treated by surgical drainage, IV Ceftriaxone plus Amikin for 3 weeks then oral administration of Moxifloxacin plus Doxycycline, clinical condition was improved.