



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดต่อ ครั้งที่ 4/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาชาอายุรศาสตร์โรคติดต่อ

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

ณ ห้องประชุมแมนดารินเอ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพมหานคร

### Case 3: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“A 34-year-old man with HIV infection presents with intermittent fever for 1 year”

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์ธีรเจต กวัญญู

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัฐกานต์ อังคเสกวินัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**Patient profile:** ผู้ป่วยชาย สัญชาติไทย อายุ 34 ปี ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร

**Chief complaint:** ไข้เป็น ๆ หาย ๆ นาน 1 ปี

**Underlying diseases** HIV infection: diagnosed 2 years ago, presented with *Salmonella* group D septicemia, initial CD4 = 20 cell/mm<sup>3</sup> on TDF/FTC/EFV with good compliance, last CD4 = 82 cell/mm<sup>3</sup> (11%), HIV-VL < 40 copies/ml (ก.พ. 2562)

#### Present illness:

18 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดอึดแน่นท้องเป็น ๆ หาย ๆ ไม่มีไข้ ไม่เบื่ออาหาร เข้ารับการตรวจที่รพ. เอกชน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจค้นเพิ่มเติม

1 ปีก่อน (ก.พ.2561) ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ ไอมีเสมหะเล็กน้อย น้ำหนักลดลง 1 กิโลกรัม มีอาการนาน 2 สัปดาห์ ก่อนไปรับการตรวจที่รพ.เอกชน และถูกส่งตัวมารักษาต่อที่รพ.ศิริราช ขณะนั้นตรวจพบ hepatosplenomegaly ได้ให้การรักษาแบบ tuberculous lymphadenitis ด้วย HRZE และปรับเป็น HEZL เนื่องจากมีผื่นขึ้น ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ แต่ยังคงมีไข้ต่ำ ๆ

10 เดือนก่อน (พ.ค.2561) ผู้ป่วยมีไข้สูง เหนื่อยมากขึ้น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม มีอาการมานาน 1 สัปดาห์ ได้รับไว้รักษาในรพ.ศิริราช นาน 1 สัปดาห์ โดยได้รับการตรวจเพิ่มเติมในรพ. ดังแสดง

- Sputum: AFB: +3 cell in one length, PCR-TB negative, C/S for mycobacteria: pending, H/C for mycobacteria: pending
- CBC: Hb 7.4 g/dL, Hct 22.5%, MCV 87.5 fL, WBC 8,010 /mm<sup>3</sup>, N 60%, L 19%, Mo 9%, atypical L 10%, Plt 63,000 /mm<sup>3</sup>
- Bone marrow aspiration: AFB/ MAFB/ Wright's stain not seen organism, PCR for TB negative, C/S for mycobacteria & fungus pending



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

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

ณ ห้องประชุมแมนดารินเอ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพมหานคร

- Bone marrow biopsy: marked hypercellularity, decreased maturation of erythroid series, no definite giant pronormoblast or viral cytopathic change detected, no cluster of blasts, no abnormal lymphoid cells, no metastatic tumor, or granuloma
- CD4 23 cells (5.37%), HIV-VL 41 copies/ml

ได้รับการรักษาแบบ disseminated MAC/tuberculosis ด้วย HRZE และ clarithromycin ขณะนอนรพ. มีไข้สูงเป็น ๆ หาย ๆ ตลอด ก่อนกลับบ้านอาการทั่วไปดีขึ้น ไข้ลดลง แต่ยังคงมีไข้ต่ำ ๆ หลังกลับบ้าน และมาตรวจติดตามไม่พบหลักฐานของการติดเชื้อวัณโรค ผลเพาะเชื้อที่รออยู่เป็นลบทั้งหมด ยกเว้น sputum C/S for mycobacteria: MAC, แพทย์จึงปรับการรักษาเป็น rifampicin, ethambutol, clarithromycin

5 เดือนก่อน (ต.ค.2561) ผู้ป่วยมีอาการอึดแน่นท้องมากขึ้น กินได้น้อย ไข้สูง มีอาการนาน 1 สัปดาห์ ตรวจร่างกายพบ markedly pale, multiple cervical lymphadenopathy with hepatosplenomegaly ทำ CT chest with whole abdomen: multifocal reticulonodular opacity with tree-in-bud appearance in both lungs, multiple small lymphadenopathies at bilateral lower cervical, paratracheal and hilar region, marked hepatosplenomegaly, multiple intra-abdominal lymphadenopathy, direct Coombs' test positive ได้รับการวินิจฉัยเป็น disseminated tuberculosis/MAC และ AIHA/ITP รักษาด้วย HREL และ clarithromycin ร่วมกับ prednisolone 40 mg/day อาการดีขึ้น ไข้ลดลง จึงปรับลดขนาด prednisolone เป็น 20 mg/day หลังลดขนาดยาได้ 2 วันผู้ป่วยมีอาการไข้สูง อึดแน่นท้องมากขึ้น มี septic shock ได้รับการรักษาในรพ. นาน 5 สัปดาห์ และวินิจฉัยเป็น *Salmonella* and *P. aeruginosa* septicemia with septic shock, disseminated MAC ได้รับการรักษาด้วย meropenem และปรับเป็น levofloxacin, ethambutol, clarithromycin และ prednisolone 15 mg/day และได้รับการทำ Left cervical lymph node biopsy: no metastatic carcinoma or granuloma, MAFB/ AFB negative, PCR-TB: negative, C/S for mycobacteria: pending

3 เดือนก่อน (ธ.ค.2561) ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ยังมีไข้ต่ำ ๆ ตลอด อ่อนเพลีย กินได้น้อย ได้รับการรักษาตัวในรพ. 10 วัน ขณะ admit มีไข้สูงตลอด 1 สัปดาห์ ได้ ceftriaxone และเปลี่ยนเป็น amikacin รวม 10 วัน ไข้ลดลงดี ก่อนกลับบ้าน และปรับยาเป็น rifampicin + clarithromycin + ethambutol จากนั้นผู้ป่วยไปรักษาต่อที่รพ. เอกชน โดยต้องรับไว้รักษาในรพ. ประมาณ 1 ครั้งต่อเดือน นานครั้งละ 1-2 สัปดาห์ด้วยอาการไข้สูง เพลีย ชีตลง และอึดแน่นท้อง อาการดีขึ้นจากการเพิ่มขนาด prednisolone

1 เดือนก่อน (ก.พ.2562) ผู้ป่วยมีไข้ขึ้นสูงคล้ายเดิม และอ่อนเพลีย เริ่มมีผื่นแดงขึ้นตามตัวเพิ่มเติมจากเดิม รักษาที่รพ. เอกชน ได้รับการทำ skin biopsy เข้าได้กับ urticarial vasculitis ได้รับการรักษาด้วย dexamethasone 15 mg/day ร่วมกับการให้การรักษาด้วย HRZE + clarithromycin จากนั้นไข้เริ่มลดลง

3 วัน มีอาการไข้สูงคล้ายเดิม (มี.ค.2562) หลัง ปรับลดขนาด prednisolone จาก 15 mg/day เป็น 5 mg/day ผู้ป่วยมีผื่นแดงมากขึ้น ตามตัว หน้า แขน และขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนเพลีย ปวดอึดแน่นท้อง กินได้น้อยจึงมารพ.



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

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

ณ ห้องประชุมแมนดารินเอ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพมหานคร

### Personal and family history

- อาชีพ พนักงานขาย furniture และประกันภัย
- เลี้ยงสุนัข 1 ตัว
- แพ้ยา co-trimoxazole (MP rash)
- ดื่มสุราทุกประเภท social drinking ประมาณ 1 ครั้งต่อสัปดาห์มานาน 20 ปี สูบบุหรี่เฉลี่ย 5 มวนต่อวัน นาน 20 ปี มีประวัติใช้สารเสพติดไม่ทราบชนิด
- ไม่ใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน สมุนไพร หรืออาหารเสริมใด ๆ
- เดินทางไปต่างประเทศทุก 2 – 3 เดือน ล่าสุดไปประเทศอินโดนีเซีย นาน 1 – 2 สัปดาห์
- ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็ง หรือโรคกรรมพันธุ์ร้ายแรง

### Current medications

- TDF/FTC/EFV (600/200/300) 1 tab po at 22.30 pm
- INH (100) 3 tab po hs
- Rifampicin (300) 2 cap po hs
- Ethambutol (400) 2 tab po hs
- Pyrazinamide (500) 3 tab po hs
- Clarithromycin (500) 1 tab po bid
- Prednisolone (5) 1 tab po OD

### Physical examination

**Vital signs:** BP 110/60 mmHg, HR 100/min, T 39 °C, RR 24/min, SpO<sub>2</sub> 99% (room air)

**Height:** 177 cm. **Body weight:** 58.8 kg. **BMI:** 18.77 kg/m<sup>2</sup>

**GA:** co-operative, markedly pale, no jaundice, no edema, no signs of chronic liver disease

**HEENT:** pharynx not injected, tonsils not enlarged, no dental caries, no oral ulcer, no oral thrush, no OHL, no tenderness at sinuses

**CVS:** normal S1S2, no murmur

**Lungs:** trachea in midline, normal chest expansion, normal and equal breath sounds, no adventitious sounds

**Abdomen:** moderate distension, no superficial vein dilatation, normoactive bowel sounds, soft, no tenderness, liver 4 FB BRCM, firm consistency, smooth surface, liver span 16 cm, spleen 12 cm BLCM (22 cm), no fluid thrill and shifting dullness

**Lymphatic system:** multiple rubbery superficial lymphadenopathies at bilateral cervical and supraclavicular area size 1 – 2 cm; and left axillary area size 0.5 cm, movable, no tenderness



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

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

ณ ห้องประชุมแมนดารินเอ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพมหานคร

**Skin:** non-blanchable erythematous wheal and flare at face, trunk and upper extremities, generalized petechiae, no ecchymosis

**Nervous system:** oriented to time, place and person, pupils 3 mm BRTL, full EOM, no facial palsy, motor grade V all extremities

### Laboratory investigation

- **CBC** Hb 5 g/dL, Hct 15 %, MCV 87 fl, WBC 3,910 cells/mm<sup>3</sup>,

(N 47%, L 48%, M 4%, E 0%, B 0%, band 1%),

platelets 23,000 cells/mm<sup>3</sup>

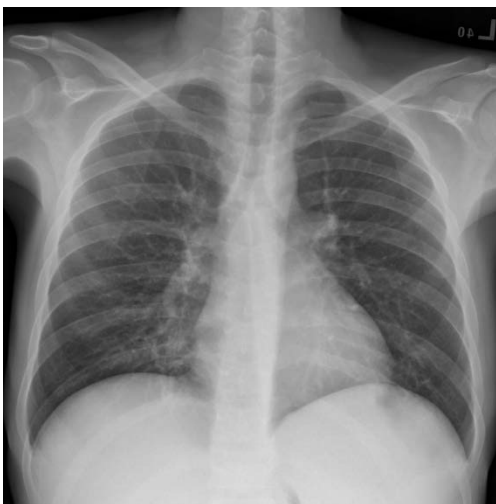
- **Clinical chemistry:** BUN 16.8 mg/dL, Cr 0.76 mg/dL,

Na 138 mmol/L, K 4.1 mmol/L, Cl 100 mmol/L, HCO<sub>3</sub> 27 mmol/L

- **LFT:** TB 0.5 mg/dL, DB 0.3 mg/dL, AST 42 U/L, ALT 43 U/L,

ALP 973 U/L, albumin 3.8 g/dL, globulin 4.4 g/dL, LDH 214 U/L

- **CXR** as shown





## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

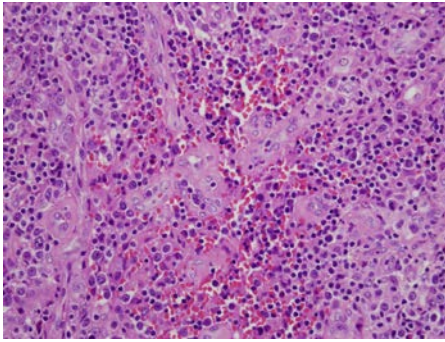
วันศุกร์ที่ 9 ตุลาคม 2563 เวลา 13:00 – 16:30 น.

ณ ห้องประชุมแมนดารินเอ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพมหานคร

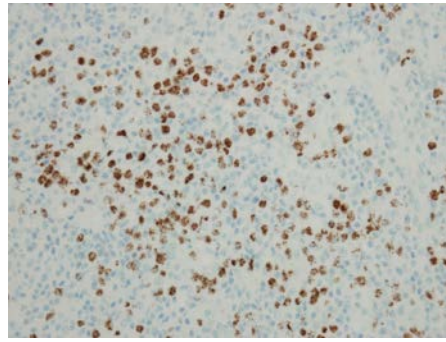
---

### Summary

ผล investigation ที่สำคัญ เช่น imaging, staining, culture และ histopathology



Histopathology of lymph node biopsy, H&E stain



Histopathology of lymph node biopsy, HHV8 stain

HHV8 viral load 335,391 copies/ml

**Clinical diagnosis:** HIV infection with multicentric Castleman's disease

**Microbiological diagnosis:** HIV infection with HHV8-associated multicentric Castleman's disease

**Management:** Rituximab 700 mg SC then 1,400 mg SC weekly for 6 weeks

**Progression:** Patient's symptoms improved significantly; fever and rash were resolved. A decrease in liver and spleen size was observed clinically and radiologically. HHV8 viral load remains undetectable even a year after cessation of rituximab therapy.