

"A 54-year-old male with HIV infection presented with abdominal distension for 2 months"

1



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในพหุศาสตร์ที่ 22 สิงหาคม 2567 ณ ห้องประชุมใหญ่ อาคารนวมินทรพิตร์ ๘๔ พรรษา ชั้น 26
โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

chest พบ multiple consolidations in the right lung and the upper lobe of the left lung, with peripheral ground glass opacities ร่วมกับพบ multiple lymphadenopathies at paratracheal, preaortic and subcarinal regions, measuring up to 1 cm. in size และ bilateral pleural effusions ผลตรวจหาวัณโรคจากเสมหะเป็นลบ ไม่ได้รับการทำการ bronchoscopy ขณะนั้นให้การวินิจฉัย smear-negative pulmonary TB จึงเริ่มรักษาด้วยสูตร HRZE ตั้งแต่สิงหาคม 2566 และต่อด้วย HR ตั้งแต่ตุลาคม 2566

- 3 เดือนก่อนมา รพ. ตรวจติดตามอาการตามนัด ตรวจพบค่า Cr เพิ่มขึ้นจาก 1.7 เป็น 3.7 mg/dL จึงหยุดยาต้านเชื้อราชนิดฉีด ร่วมกับได้รับการทำ kidney biopsy ผลทางพยาธิพบลักษณะ mesangial hypercellularity and chronic tubulointerstitial nephritis สงสัยภาวะ post infectious glomerulonephritis with tubulointerstitial nephritis รักษาแบบประคับประคองและติดตามค่า Cr เป็นระยะ ๆ
- 2 เดือนก่อนมา รพ. มีผื่นคุ่มนูนขึ้นใหม่ที่แขน ขาและมือสองข้าง บางคุ่มกดเจ็บและปวดร่วมด้วย ร่วมกับรู้สึกท้องโตและแน่นท้องมากขึ้น แต่ไม่ปวดท้อง มีอาการเบื่ออาหารหลังรับประทานอาหาร น้ำหนักลดลง หายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ค่อยได้ ขับถ่ายปกติ ปัสสาวะปกติ จึงขอมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช

Underlying disease:

- HIV infection วินิจฉัยเมื่อประมาณ 20 ปีก่อนจากการตรวจ check-up ขณะนั้นไม่มีอาการผิดปกติ ผลตรวจ viral hepatitis B และ C รวมทั้ง VDRL เป็นลบ ช่วงแรกปฏิเสธการรับประทาน ARV แต่หลังจากวินิจฉัยประมาณ 3 ปี มีอาการปวดอวัยวะรุนแรงได้รับยาฆ่าเชื้อจนอาการหายดีจึงเริ่มรับประทานยา ARV โดยตรวจติดตามและรับประทานยาสม่ำเสมอ สูตร ARV ที่ได้รับล่าสุดคือ DTG + 3TC (หยุด TAF ตั้งแต่ตุลาคม 2566 เนื่องจากค่า Cr เพิ่มขึ้น) ผลตรวจติดตามค่า CD4 และ HIV viral load ดังแสดง

เดือน/พ.ศ.	ARV	CD4	HIV VL (copies/mL)
กรกฎาคม/2559	ไม่ทราบประวัติ	370 (39%)	26.5
กันยายน/2565	TAF/3TC/DTG	202 (33%)	-
กรกฎาคม/2566	TAF/3TC/DTG	474 (ไม่ทราบ %)	33
ตุลาคม/2566	3TC, DTG	-	-
ธันวาคม/2566	3TC, DTG	162 (37.6%)	< 40

- Non-ischemic cardiomyopathy เพิ่งวินิจฉัยเมื่อตุลาคม 2566 ขณะนั้นมาด้วยเรื่อง congestive heart failure ผลตรวจ echocardiography พบค่า LVEF 25% และผลตรวจ cardiac MRI พบ normal coronary artery
- โรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ hypertension, CKD, rheumatoid arthritis (in remission)



Personal history:

- สูบบุหรี่ 15 pack-year เลิกสูบบุหรี่ 1 ปี
- ปฏิเสธประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด รับประทานยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร
- ปฏิเสธสัมผัสหรือเลี้ยงสัตว์ รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือเดินทางไปต่างประเทศ

Family history:

- ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็ง โรคเลือดและโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

Current medication

- Dolutegravir 100 mg/day, lamivudine 150 mg/day
- Isoniazid 300 mg/day, rifampicin 600 mg/day, vitamin B6 100 mg/day
- Sulfadiazine 1,000 mg/day, methotrexate 5 mg/week
- Manidipine 20 mg/day, carvedilol 12.5 mg/day, doxazocin 8 mg/day
- Sodium bicarbonate 1,200 mg/day, folic acid 5 mg/day

Physical examination:

Vital signs: BT 36.8°C, HR 68/min, RR 18/min, BP 140/74 mmHg, SpO2 99% (room air)

General appearance: good consciousness, mild pallor, no jaundice, no signs of chronic liver disease, no edema

Body habitus: body weight 50 kg., height 161 cm., BMI 19.3 kg/m²

HEENT: pale conjunctiva, anicteric sclera, no oral thrush, no oral hairy leukoplakia, no oral ulcer

CVS: JVP 3 cm. above sternal angle, apical impulse at 5th ICS left mid-clavicular line, no heaving, no thrills, regular rhythm, normal S1S2, no murmur

RS: normal breath sound, no adventitious sound

GI: moderate distension, no surgical scar, no superficial vein dilatation, soft, no tenderness, liver span 14 cm, spleen- palpable and enlarged 6 finger breadth below the left costal margin, fluid thrill- positive

Lymph nodes: no superficial lymphadenopathy

Nervous system: E4V5M6, CN- intact, motor power- grade V all, sensory- intact, no stiffness of neck

Musculoskeletal: no joint swelling and tenderness

Skin: multiple erythematous nodules and plaques on all extremities, as depicted



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2567 ณ ห้องประชุมใหญ่ อาคารนวมินทรบพิตร ๘๔ พรรษา ชั้น 26
โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร



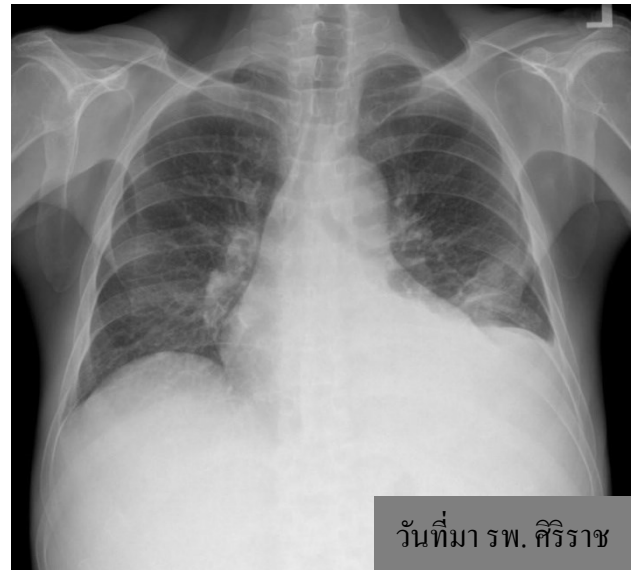
Initial laboratory findings:

CBC: Hb 7.9 g/dL, Hct 24.2%, MCV 100.4 fL, RDW 18.7%, WBC 2,240 cells/mm³ (neutrophil 64%, lymphocyte 20%, monocyte 4%, eosinophil 11%, basophil 1%), platelet 153,000 cells/mm³

Blood chemistry: BUN 46.1 mg/dL, Cr 2.62 mg/dL, Na 138 mmol/L, K 4.5 mmol/L, Cl 113 mmol/L, HCO₃ 16 mmol/L

Liver function test: total protein 7.2 g/dL, albumin 2.5 g/dL, globulin 4.7 g/dL, total bilirubin 0.37 mg/dL, direct bilirubin 0.09 mg/dL, AST 40 U/L, ALT 23 U/L, ALP 504 U/L

Chest X-ray:



Case summary

ผล Investigations:

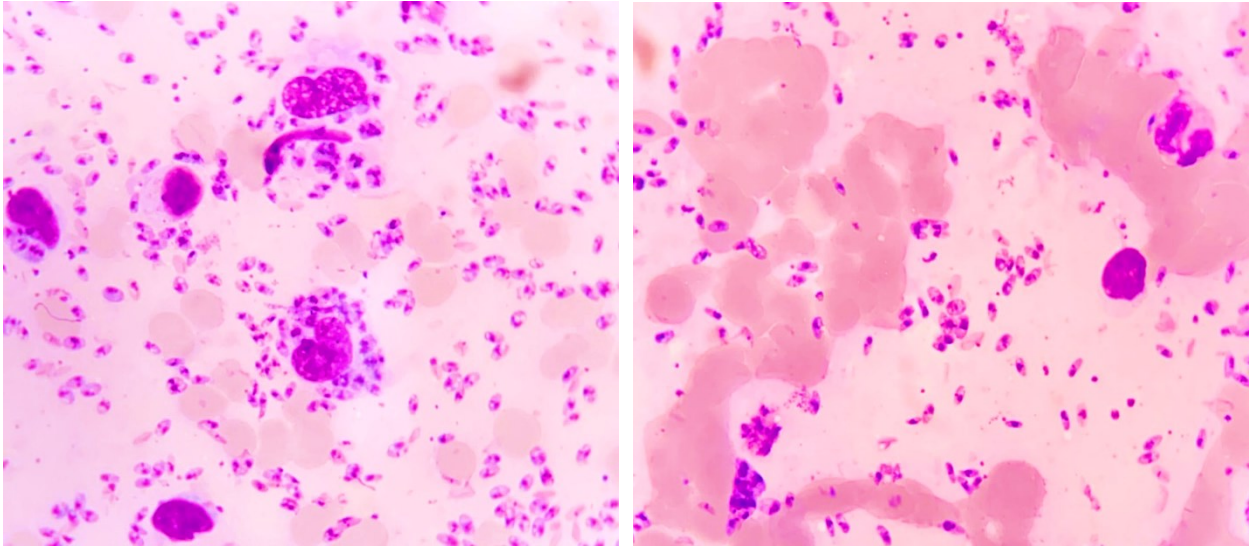


Figure 1. The finding of Giemsa stain from a skin scraping revealed numerous round to oval-shaped intracellular and extracellular amastigote stages of *Leishmania* spp.

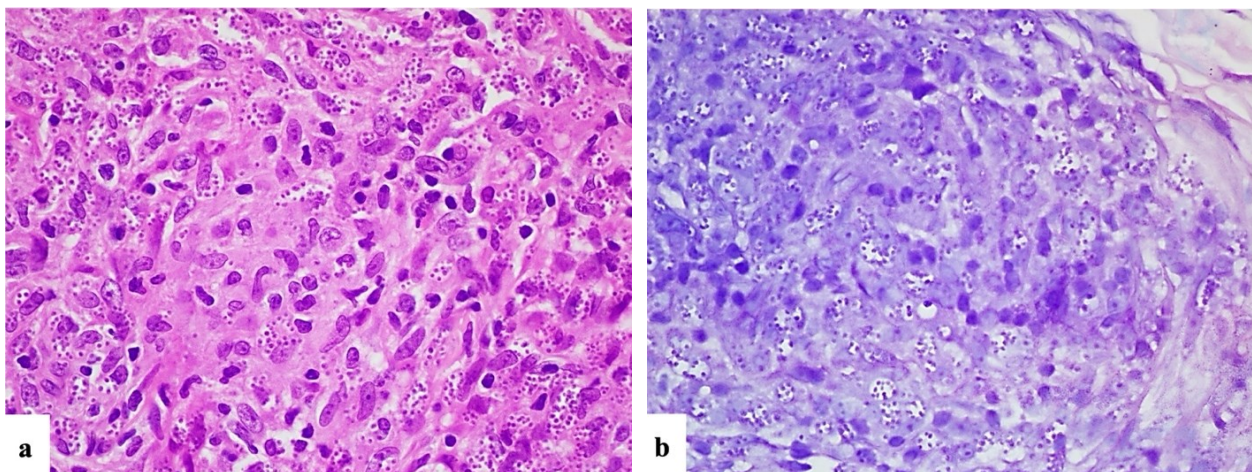


Figure 2 a-b. The biopsy from a skin nodule at the left shoulder revealed mixed-cell granuloma loaded with intracellular organisms consistent with cutaneous leishmaniasis (a). The Giemsa stain highlighted numerous tiny round intracytoplasmic organisms within the granuloma (b).

The skin biopsy and peritoneal fluid samples identified numerous growths of *Leishmania* promastigotes using Novy-MacNeal-Nicolle (NNN) culture media, which *Leishmania*-specific ITS-1 PCR and sequencing demonstrated the species as *L. martiniquensis*.



Following the 2-week anti-leishmanial therapy, a bone marrow study revealed normal cellularity without intracellular organisms.

Clinical diagnosis: Diffuse cutaneous and visceral leishmaniasis

Microbiological diagnosis: *Leishmania martiniquensis*.

Management:

Intravenous (IV) liposomal amphotericin B (L-AmB) 250 mg (5 mg/kg) every other day until the total cumulative dose of 30 mg/kg combined with the 14-day oral miltefosine 100 mg/day.

Progress:

Following receiving the anti-leishmanial therapy, cutaneous lesions and ascites were resolved, and the patient was discharged from the hospital after hospitalization for 15 days. After discharge, the patient required monthly IV L-AmB as secondary prophylaxis to prevent relapse of the disease. However, due to a relapse of cutaneous leishmaniasis, the patient required re-induction of the anti-leishmanial therapy once at 1 month and again 6 months later. Thereafter, he was transferred to a provincial hospital to receive secondary prophylactic therapy and has been following his condition until now.