

“A 79-year-old female presents with progressive back pain for 5 months”

1



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 19 ธันวาคม 2567 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมพร-จันทน์ พิศกกน ชั้น 17
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2 สัปดาห์ก่อนมา รพ. หลังออกจาก รพ. อนุรักษ์ประเทศ เริ่มรู้สึกมีไข้ต่ำ ๆ อีก ไม่หนาวสั่น ยังรู้สึกปวดหลังอยู่ ส่วนใหญ่ต้องอยู่บนเตียงเนื่องจากมีอาการอ่อนแรงที่ขามากขึ้นแต่ยังพอยกขาได้

1 สัปดาห์ก่อนมา รพ. ปวดหลังที่ตำแหน่งเดิมและร้าวลงขาทั้งสองข้างมากขึ้น pain score 9 เต็ม 10 คะแนน ขาทั้งสองข้างอ่อนแรงยกไม่ค่อยขึ้น เริ่มรู้สึกขาที่ขาทั้งสองข้างและกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ค่อยได้ร่วมกับมีไข้สูงขึ้น ไม่หนาวสั่น ต่อมา 1 วันก่อนมา รพ. ขาทั้งสองข้างอ่อนแรงจนไม่สามารถขยับได้ จึงมารับการรักษาที่ รพ. ศิริราช

โรคประจำตัวรักษาที่ รพ. จุฬาลงกรณ์

- Osteoporosis with osteoporotic vertebral compression fracture of T10 ได้รับการรักษาด้วย denosumab 60 mg SC

Current medication

- Calcium carbonate 700 mg/day
- Diacerein 50 mg/day
- Vitamin D2 40,000 u/week
- Colchicine 0.6 mg/day

Personal history:

- เป็นเกษตรกร ทำนา ทำสวน เลี้ยงวัวและเลี้ยงปลา
- ปฏิเสธสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด รับประทานยาชุด ยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม
- ปฏิเสธรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
- ปฏิเสธประวัติเดินทางหรือไปต่างประเทศ
- ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

Family history:

- ไม่มีประวัติโรคมะเร็งหรือโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

Physical Examinations:

Vital signs: BT 38.2°C, HR 100/min, RR 20/min, BP 120/72 mmHg, SpO2 95% (room air)

Measurement: Body weight 33 kg, height 143 cm, BMI 16.1 kg/m²

General appearance: Hyposthenic built, good consciousness, mild pale, no jaundice, no sign of chronic liver disease, no edema



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

Lymph nodes: no superficial lymphadenopathy

CVS: JVP 3 cm above sternal angle, pulse regular, 2+ all extremities, apical impulse at 5th ICS left
mid-clavicular line, no heaving, no thrill, normal S1, S2, no murmur

RS: normal chest expansion, trachea in midline, normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: no abdominal distension, no surgical scar, no superficial vein dilatation, soft, no tenderness, liver span
10 cm, normal splenic dullness, no shifting dullness

Skin: no skin lesion

Neurological examination:

Consciousness: alert and cooperative

Cranial nerves:

CN II: pupil 2 mm, reactive to light, both eyes

CN III, IV, VI: full EOM

CN V: no loss of facial sensation, no weakness of temporalis, pterygoid and masseter muscles

CN VII: no facial palsy

CN VIII: not evaluated

CN IX, X: normal gag reflex, no uvular deviation, mild dysarthria

CN XI: no weakness of sternocleidomastoid and trapezius muscles

CN XII: no tongue deviation

Motor systems:

Appearance: Generalized muscles wasting both legs, no fasciculation seen

Muscle tones:

- Upper extremities: Normotonia
- Lower extremities: Spastic tone on both legs



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 19 ธันวาคม 2567 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมพร-จันทน์ พิศกกน ชั้น 17
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Motor power:

	Right	Left
Shoulder abduction/adduction	V/V	V/V
Elbow flexion/extension	V/V	V/V
Wrist flexion/extension	V/V	V/V
Hand grip	V/V	V/V
Hip flexion/extension	I/V	I/V
Knee flexion/extension	I/V	I/V
Dorsiflexion/Plantarflexion	0/V	0/V

Sensory system:

- Decreased pinprick and temperature sensations below T12 level
- Impaired proprioception on both feet up to ankles

Cerebellar signs: Intact finger-to-nose test bilaterally, no dysdiadochokinesia, no truncal ataxia, gait- not evaluated

Reflexes:

Upper extremities: DTR 2+

Lower extremities: DTR 3+ both knees, ankle 2+

Ankle clonus: positive both sides

Babinski sign: Plantar flexion both sides

PR: Loose sphincter tone, intact bulbocavernosus reflex

Meningeal irritation sign: negative

Laboratory investigation:

CBC: Hb 6 g/dL, Hematocrit 19.9%, MCV 82.6fL, RDW 23%, WBC 8,980 cells/mm³ (neutrophil 86.3%, lymphocyte 7.6%, monocyte 5.5%, eosinophil 0.3%, basophil 0.3%), platelet 387,000 cells/mm³

Blood chemistry:

BUN 36.7 mg/dL, creatinine 1.3 mg/dL

Sodium 141 mmol/L, potassium 4.0 mmol/L, chloride 106 mmol/L, bicarbonate 26 mmol/L

Liver function test: total protein 5.4 g/dL, albumin 2.5 g/dL, globulin 2.9 g/dL, total bilirubin 0.23 mg/dL, direct bilirubin 0.12 mg/dL, AST 27 U/L, ALT 7 U/L, ALP 88 U/L

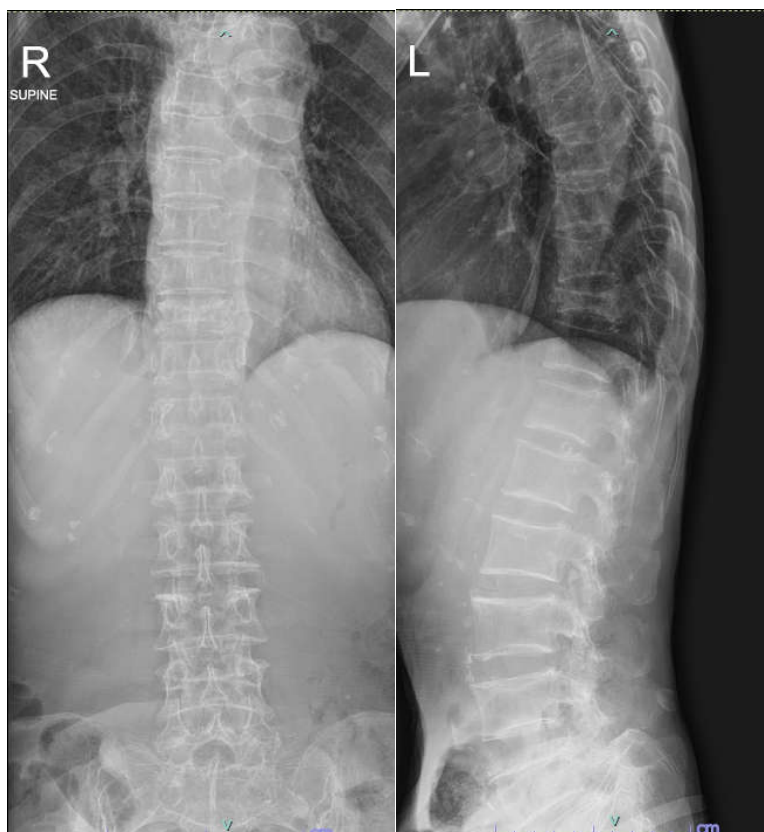


การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 19 ธันวาคม 2567 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมพร-จันทร์ พิศกกน ชั้น 17
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Chest X-ray:



Film TL spines AP and lateral view:





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 19 ธันวาคม 2567 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมพร-จันทน์ พิศกกน ชั้น 17
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

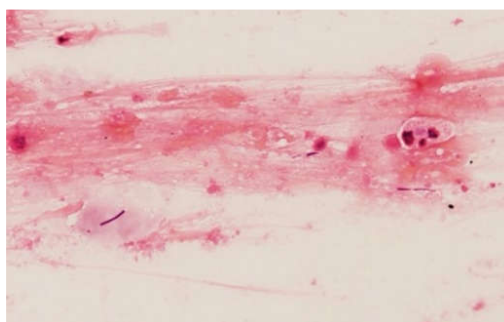
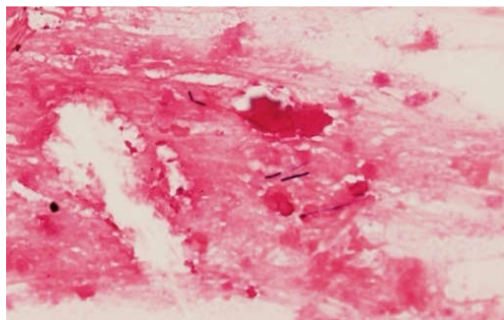
Film LS spines AP and lateral view:





Case summary

❖ ผล investigation:



- **MRI whole spine:** Severe collapsed of T10 with T10 and T11 rim enhancing lesions, sized 1.4x1.2x1.8 cm and 2.2x1.9x1.7 cm(W*AP*H), Compressive myelopathy and cord edema along T7 to conus medullaris
- **Gram stain from:** large gram-positive bacilli
- **Tissue T10 culture for aerobe and anaerobe:** no growth
- **16S rRNA PCR and sequencing:** *Clostridium tarantellae*
- **T10 Tissue pathology:** Diffuse large B-cell lymphoma with myelofibrosis

❖ Clinical diagnosis:

- Diffuse large B-cell lymphoma stage 4 with spondylomyelopathy, complicated with *Clostridium tarantellae* spondylodiscitis and epidural abscess of T10 and T11 spines.

❖ Microbiological diagnosis:

Clostridium tarantellae



Management:

- *Clostridium tarantellae* spondylodiscitis with epidural abscess of T10 and T11 spines: treatment with meropenem 2 gm IV q 8 hour for 14 days due to *E. coli* extended-spectrum cephalosporin-resistant (ESCR) then switch to metronidazole 500 mg IV q 8 hours for 42 days
- Diffuse large B-cell lymphoma with myelofibrosis: chemotherapy R-CHOP regimen after treatment with metronidazole 30 days

Progress:

Neurological outcome after treatment with metronidazole and the R-CHOP chemotherapy regimen: motor power grade I in all lower extremities and grade IV in the upper extremities, with impaired sensation to pain and temperature below the T12 level.

She had complications from *A. baumannii* HAP with respiratory failure type I, treated with Colistin IV and organ supportive therapy, but she did not respond. Finally, she passed away after 74 days of treatment in the hospital.