

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

Pyoderma Gangrenosum รอยโรคเกิดร่วม ในฝีเชื้อราใต้ผิวหนัง

Pyoderma Gangrenosum on Top Fungal Subcutaneous Abscesses

ประทีป ศิริสาทิโกชน พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลนครปฐม

Prateep Sirisalipoch M.D.

Division of Internal Medicine

Nakhonpathom hospital

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี มาด้วยอาการติดเชื้อราในกระแสเลือดหลังฉีดน้ำมันมะกอกเข้าบริเวณอวัยวะเพศ เกิดเป็นฝีตามร่างกายหลายแห่ง เมื่อได้รับการรักษาปรากฏรอยโรคอีกชนิด (Pyoderma gangrenosum) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางระบบภูมิคุ้มกันในบริเวณรอยโรคเดิมทำให้ยากต่อการวินิจฉัยและรักษา

ABSTRACT

A case report of a Thai male, aged 36 who was admitted in Nakhonpathom Hospital because of sepsis with multiple subcutaneous abscesses, pathologically proved fungal infection. It happened after injection of olive oil into the penis. After treatment, there appeared another kind of lesion on the sites of the improved abscesses which was difficult for further diagnosis and treatment. The biopsy result was pyoderma gangrenosum, the immune reaction.

บทนำ

Pyoderma gangrenosum (PG) รายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1930 โดย Brunsting Goeckerman and O' Leary¹ และคิดว่าเกิดจากการติดเชื้อ streptococci and staphylococci ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรค แต่การติดเชื้อก็ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของการเกิดโรคนี้ โดยมีหลักฐานหลายอย่างที่บ่งชี้ว่า PG เป็นโรคที่

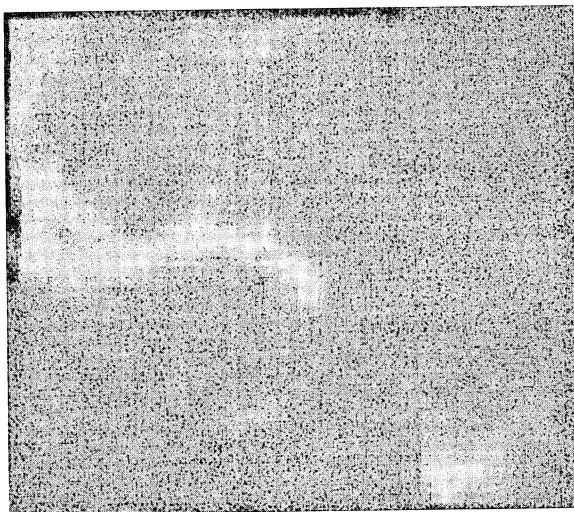
เกิดจาก immune process² ผู้รายงานขอเสนอผู้ป่วย PG ที่เกิดตามหลังการติดเชื้อราในกระแสเลือดขณะที่ได้รับการรักษาเชื้อราอยู่

รายงานผู้ป่วย

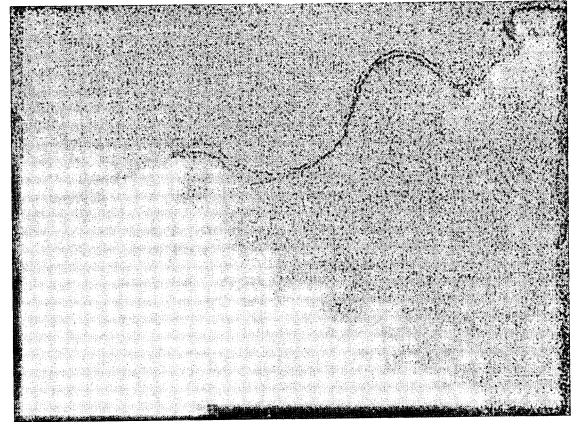
ประวัติและการตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี อาชีพขับรถจักรยานยนต์

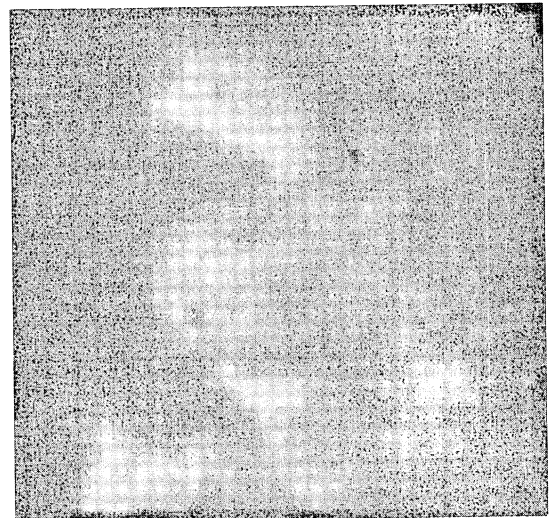
รับจ้าง ภูมิลำเนาจังหวัดนครปฐม มาโรงพยาบาลด้วยอาการ บวมแดงบริเวณอวัยวะเพศหลังฉีดน้ำมันมะกอกมาประมาณ 1 เดือน แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น foreign body granuloma รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (Levofloxacin) อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง 39 องศาเซลเซียส ผิวหนังแตกเป็นหนอง แพทย์ให้การรักษาด้วยการผ่าตัด (debridement and partial penectomy) ต่อมาผู้ป่วยมีตุ่มฝีหลายตุ่ม (multiple subcutaneous abscesses) กระจายขึ้นบริเวณลำตัว แขน ขาและใบหน้า ผลการย้อมเชื้อ (PAS stain) หนองบริเวณแผลและฝีเป็น เชื้อยีสต์ (positive budding yeast cells) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 การย้อมเชื้อ (PAS stain) หนองบริเวณแผลและฝี เป็นเชื้อยีสต์ (positive budding yeast cells)



รูปที่ 2 Skin biopsy เป็น granulation tissue with benign epidermal hyperplasia

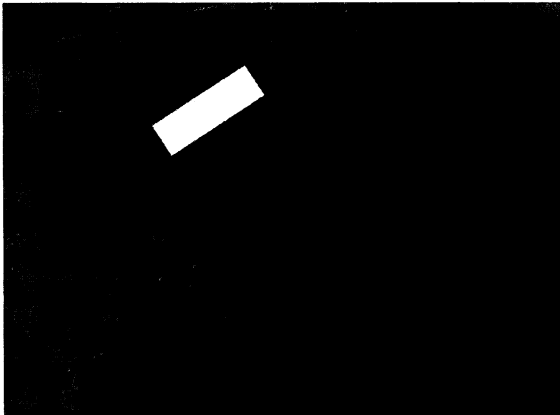


รูปที่ 3 Special GMS stain positive budding yeast

แต่ผลการเพาะเชื้อให้ผลลบ ผลการตัดตรวจผิวหนัง (skin biopsy) เป็น granulation tissue with benign epidermal hyperplasia ดังรูปที่ 2 และ ผล special GMS stain พบ budding yeast ดังรูปที่ 3

ไม่พบ acid-fast bacilli ได้รับการรักษาด้วยยา Fluconazole 200 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง เข้า - เย็น และ ผ่าตัดเอาหนองออก (I/D) อาการดีขึ้นไข้ลง ฝียุบลง แต่ยังมี ตุ่มฝีใหม่เกิดขึ้นอยู่เรื่อย ๆ จึงเปลี่ยนการรักษาจากยา

ประทาน (Fluconazole) มาเป็นยา Amphotericin B หยด ทางหลอดเลือดดำ (30 mg/day) ในขณะที่ให้ยาอาการผู้ป่วย ดีขึ้นตุ่มฝียุบลง ไข้ลง ไม่มีฝีเกิดใหม่ แต่ต่อมาผู้ป่วยเริ่ม มีไข้สูงขึ้นมาอีกและมีผื่นผิวหนังเกิดขึ้นใหม่บริเวณรอยโรค เดิมที่เป็นฝีเก่าที่ได้รับการผ่าตัดเอาหนองออก โดยมีลักษณะ เป็นตุ่มน้ำเล็ก ๆ แตกเป็นแผลและขยายกว้างออกเป็นแผล ตื้น ๆ (rapid progressive ulcerative lesions with a soggy, pustular and partial undermined margin, a granulation



รูปที่ 4 rapid progressive ulcerative lesions with a soggy, pustular and partial undermined margin, a granulation necrotic base and red inflammatory halo.

necrotic base and red inflammatory halo) ดังรูปที่ 4

ผู้ป่วยได้รับยา Amphotericin B จนครบ (2 g) อาการก็ไม่ดีขึ้น ได้ทำการตัดตรวจผิวหนัง (skin biopsy) อีกครั้งผลเป็น Granulomatous pyoderma gangrenosum ดังรูปที่ 5 และ 6

PAS stain and AFB stain ไม่พบเชื้อ จึงให้การรักษา

ด้วย prednisolone 60 mg/day ผลการรักษาแผลค่อย ๆ หาย ไข้ลง ดีขึ้นเรื่อย ๆ จนแผลหายเป็นแผลเป็น แต่เมื่อลดยา prednisolone ลงก็เริ่มมีแผลเกิดใหม่ขึ้นมาอีก เมื่อเพิ่มยา Azathioprine 50 mg/day จึงค่อย ๆ ลดยา prednisolone ได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : WBC 13,400 ; Hb 8.5 ; PMN 91%, L7%, M2%, platelet count 406,000

UA : Sp gr 1.005 ; pH 6.5; Albumin neg ; Sugar neg ; RBC 0-1 ; WBC 1-2

LFT : Albumin 3.2 g/dl, Globulin 2.8 g/dl ; Alk. phos. 70 U/L ; SGOT 26 U/L ; SGPT 100 U/L ;

Direct bilirubin 0.31 mg/dl Total bilirubin 0.74 mg/dl

FPG 100 mg/dl, BUN 11, Cr 1.1

Melioid titer neg, antiHIV neg

CEA 1 ng/ml, AFP 0.8 ng/ml

Hemoculture: no growth x 3 specimens

Chest X-ray : normal, Plain abdomen : normal



รูปที่ 5 และ 6 Granulomatous pyoderma gangrenosum

วิจารณ์

ลักษณะเด่นของ PG คือเป็นแผลลึกขอบยก (ulcer with a raised inflammatory border and boggy, necrotic base) โดยอาจเริ่มจาก deep seated painful nodule หรือ superficial hemorrhagic pustule ก็ได้ ในผู้ป่วยรายนี้ในระยะแรกมีลักษณะเป็นฝี (abscess) ตรวจพบเชื้อราจากการย้อม PAS stain จากหนองและการย้อม GMS จากชิ้นเนื้อ จึงไม่น่าจะเป็น PG ตั้งแต่แรก แต่มาเกิดในภายหลังและมีลักษณะเป็น superficial granulomatous type ซึ่งเป็น clinical variants ของ PG³ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้า เพราะการวินิจฉัย PG จะต้องวินิจฉัยโดยการแยกโรคออกจากภาวะติดเชื้อ (rule out infection) จึงจะให้การวินิจฉัยได้ แม้จะมีรายงานว่า PG อาจมีความเกี่ยวข้องกับโรคอื่น ๆ ได้แก่ systemic disease เช่น ulcerative colitis และ Crohn's disease, arthritis, gammopathy, hematologic disease, connective tissue disease⁴ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ก็ตรวจไม่พบความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกัน จึงสันนิษฐานว่า PG ในผู้ป่วยรายนี้อาจจะเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการกระตุ้นโดยการติดเชื้อก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้ยังคงต้องเฝ้าติดตามโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจจะเกิดตามมาในภายหลัง ในรายงานผู้ป่วยที่มีอยู่ส่วนใหญ่ PG ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ (infection) ก็มักจะเป็นการติดเชื้อในบริเวณอื่น ๆ เช่น ปอดบวม (pneumonia) หรือฝีในปอด (lung abscess) เป็นต้น⁵ แต่ในผู้ป่วยรายนี้เป็นกาเกิด PG ในตำแหน่งเดียวกันกับรอยโรคเดิม (subcutaneous abscess) ที่มีการติดเชื้อ (fungal infection) จึงทำให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยและรักษาที่จะต้องแยกโรคระหว่างรอยโรคเดิมที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือเป็นรอยโรคเกิดใหม่ (PG) เพราะการรักษา PG อาจมีผลทำให้โรคเดิม (infection) แย่ลงเนื่องจากต้องให้ยาที่มีผลต่อการกดภูมิคุ้มกัน⁶

จากการฉีดน้ำมันมะกอกเข้าไปบริเวณอวัยวะและเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงทำให้เกิดฝีกระจายไปตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายเมื่อได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อกลับเกิดโรคใหม่ในบริเวณรอยโรคเดิมเป็น pyoderma gangrenosum ทำให้ยากต่อการรักษาและวินิจฉัย

เอกสารอ้างอิง

1. Brunsting LA, et al : Pyoderma gangrenosum : Clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. Arch Dermatol 1930 ; 22 : 655.
2. Greenberg SJ, et al : Pyoderma gangrenosum : Occurrence with altered cellular immunity and circulating serum factor. Arch dermatol 1982 ; 188 : 498.
3. Wilson Jones E, Winkelmann RK : Superficial granulomatous pyoderma : A localized vegetative form of pyoderma gangrenosum. Am Acad Dermatol 1988 ; 18 : 511.
4. Hickman JG, Lazarus GS : Pyoderma gagrenosum : A reappraisal of associated systemic diseases. Br J Dermatol 1980 ; 110 : 235.
5. Powell FC, et al : Pyoderma gangrenosum : A review of 86 patients. Am J Med 1985 ; 55 : 173.
6. Hickman JG, Lazarus GS: Pyoderma gangrenosum : New concepts in etiology and treatment, in Dermatology Update : Review for Physicians, edited by SL Moschella. New York, Elsevier, 1979 : 325.

สรุป

รายงานผู้ป่วยที่มาหาแพทย์ด้วยการติดเชื้อราอีสต์