



<http://www.gastrothai.com>
ISSN 0857-6351

จุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 73 ประจำเดือน กันยายน-ตุลาคม 2550



- หญิงไทยคู่อายุ 53 ปี ก่อนที่ท้องโตขึ้นเร็ว 3 เดือน
- หญิงไทยคู่อายุ 41 ปี ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำมา 1 วัน
- คุณถามเราตอบ: Gastric polyps และ surveillance
ผู้ป่วย Barrett's esophagus
- ร่างปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2551





<http://www.gastrothai.com>

ISSN 0857-6351

จุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 15 ฉบับที่ 73 ประจำเดือน กันยายน-ตุลาคม 2550

คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ: พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 5. พญ.จันทร์จิรา ชัชวาลา | ที่ปรึกษา |
| 6. พญ.นฤมล วิเศษโอกาส | ที่ปรึกษา |
| 7. นพ.สุริยะะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 8. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | ประธานบรรณาธิการ |
| 9. นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 11. พญ.บุปผา พรธิสาร | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.สิทธิ์ พงษ์กิจการคุณ | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.นรินทร์ อจลนันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.โอฬาร วิวัฒน์ช่าง | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 73 ประจำเดือน กันยายน-ตุลาคม 2550

รายงานคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 6/2550	4
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 7/2550	10
GI Interhospital conference 1 หญิงไทยคู่อายุ 53 ปี ก้อนที่ท้องโตขึ้นเร็ว 3 เดือน	18
GI Interhospital conference 2 หญิงไทยคู่อายุ 41 ปี ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ 1 วัน	37
QUIZ... ตอบปัญหาชิงรางวัล ครั้งที่ 5/2550	57
เฉลย QUIZ.. ตอบปัญหาชิงรางวัล ครั้งที่ 4/2550	63
คุณถาม...เราตอบ	64
ร่างปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2551	72
คุยกับ บ.ก.	74
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	76

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพโรสถนธรางกูร | รองตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 4. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 8. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการและ
การศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรม
สังคม |
| 13. พอ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 14. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. นพ.จรินทร์ ใจจันบัวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโคสโคปีย์ |

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 17. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมริลิตี้แห่ง
ประเทศไทย |
| 18. พญ.โคมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิชัยโรค
กระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.บัญญัติ โอวาทพัชรพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็ก
ลำไส้ใหญ่ |
| 20. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับแห่ง
ประเทศไทย |
| 21. นพ.ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและ
ทางเดินน้ำดี |
| 22. พญ.เจลิยว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 23. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กรรมการกลาง |
| 24. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 25. พญ.นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 26. นพ.นรินทร์ อจละนันท์ | กรรมการกลาง |
| 27. พญ.บุปผา พรธิสาร | กรรมการกลาง |
| 28. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศรี | กรรมการกลาง |
| 29. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 30. นพ.ราวิน โชนี | กรรมการกลาง |
| 31. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 32. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 33. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 34. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 35. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤกษ์สุข | กรรมการกลาง |
| 36. พญ.กวรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 37. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัติ | ที่ปรึกษา |

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 38. นพ.นุสนธิ์ กัลดเจริญ | ที่ปรึกษา |
| 39. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 40. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 41. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน | ที่ปรึกษา |
| 42. นพ.มานิต ลีโทขวลิต | ที่ปรึกษา |
| 43. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส | ที่ปรึกษา |
| 44. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 45. พญ.วีณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |
| 46. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 47. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 48. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 49. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 50. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สิน อนุราชกูร์ | ที่ปรึกษา |
| 52. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 53. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 54. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 55. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ สมาคม ครั้งที่ 6/2550

วันศุกร์ที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมจรัสเมือง ชั้น 2 โรงแรมทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพรสทนทรางกูร | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 4. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 5. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรม
สังคม |
| 6. นพ.บัญชา โอวาทพิารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็ก
ลำไส้ใหญ่ |
| 7. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กรรมการกลาง |
| 8. พญ.นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 9. พญ.บุปผา พรธิสาร | กรรมการกลาง |
| 10. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 11. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 12. พญ.วิณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |
| 13. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 14. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 2. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 3. นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 4. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 5. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการ
และการศึกษาต่อเนื่อง |
| 6. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 7. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 8. พอ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 9. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 10. นพ.จรินทร์ ไรจน์บัวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 11. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์ |
| 12. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมลิตีแห่งประเทศไทย |
| 13. พญ.โคมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรค
กระเพาะอาหาร |
| 14. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย |
| 15. นพ.ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อน
และทางเดินน้ำดี |
| 16. พญ.เจลิยว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 17. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 18. นพ.นรินทร์ อจลະนันท์ | กรรมการกลาง |

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| 19. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ | กรรมการกลาง |
| 20. นพ.ราวิน โชนี | กรรมการกลาง |
| 21. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 22. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 23. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 24. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 25. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤกษ์สุข | กรรมการกลาง |
| 26. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 27. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 28. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัตติ | ที่ปรึกษา |
| 29. นพ.นุสนธิ์ กัลดเจริญ | ที่ปรึกษา |
| 30. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 31. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 32. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน | ที่ปรึกษา |
| 33. นพ.มานิต ลีโทขวลิต | ที่ปรึกษา |
| 34. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส | ที่ปรึกษา |
| 35. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 36. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 37. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 38. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 39. นพ.สิน อนุราษฎร์ | ที่ปรึกษา |
| 40. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 41. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 42. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

**เปิดประชุมเวลา 10.30 น. โดยมี พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์
เป็นประธานในการประชุม**

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี, นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์, พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ, นพ.สถาพร มานัสสถิตย์, นพ.อุดม คชินทร และนพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ ขอลาประชุม
2. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย จะจัดการอบรม Introduction Research for GI Fellow สำหรับเฟลโลว์ ชั้นปีที่ 1 ในวันที่ 4-5 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย มีมติอนุมัติให้สมาคมฯ ปรับอัตราค่าสมัครสอบเฟลโลว์ เป็น 12,000 บาท
ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2550

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2550 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 การจัดเตรียมประชุมวิชาการกลางปี 2550

3.1.1 พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน นพ.พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายวิชาการ ดังนี้

1. กำหนดการประชุมวันสุดท้ายคือวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 จะเสร็จสิ้นประมาณ 16.30 น.
2. สมาคมฯ จะจัดประชุม Post Graduation Course ในวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ณ โรงแรมอมารี พัทยา จ.ชลบุรี โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน

3.1.2 การแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการประชุมฯ หลังหักค่าใช้จ่ายทั้งหมดนั้น ก่อนหน้านี้ได้มีการประชุมคณะกรรมการจาก 3 สมาคมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดต่างๆ นพ.องอาจ ไพรสถนทรากร จะนำมาแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป
ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 การจัดเตรียมประชุมสัมมนาปรับปรุงหลักสูตร

พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ดังนี้

1. กำหนดการประชุมสัมมนาปรับปรุงหลักสูตรในวันที่ 11-12 มกราคม พ.ศ. 2551
2. สถานที่คาดว่าจะจัดที่โรงแรมกรุงศรีวิเวอร จ.พระนครศรีอยุธยา

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 4 การดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับจดหมายแจ้งจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อขอให้ทางสมาคมส่งรายนามคณะกรรมการตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทั้งนี้ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ จะต้องตรวจประเมินให้เสร็จสิ้นภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 และการตรวจประเมินแต่ละสถาบันต้องใช้กรรมการ 3 ท่าน ในกรณี พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ ได้มอบหมายให้ นอ.นพ.ชินวัตร สุทธิวงษา เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการราชวิทยาลัยฯ

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและที่ประชุมมีมติมอบหมายให้ นอ.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา, นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ และนพ.ทองดี ชัยพานิช ช่วยประสานงานในเรื่องการหาผู้แทนไปประเมินสถาบันต่างๆ และพิจารณาแบบประเมินสถาบันอนุสาขาโรกระบบทางเดินอาหาร

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

- 5.1 นพ.บัญชา โกวาทพัรพร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขรมล้าได้เล็งล้าล้าใหญ่จะจัดการประชุมวิชาการ “Enterocolonic day” ครั้งที่ 3 ประมาณเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ความคืบหน้าจะแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

- 5.2 นพ.องอาจ ไพโรสถรรางกูร ได้เสนอให้สมาคมเป็นผู้กำหนดวันสัมมนาฯเฟลโลว์ ทุกสถาบันควรจะสัมมนาฯพร้อมๆ กัน เพื่อให้เฟลโลว์ที่สมัครเรียนหลายแห่งได้มีโอกาสตัดสินใจที่จะเลือกสถาบันใดเป็นที่แรก

ที่ประชุมเสนอให้มีการพิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป

- 5.3 พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าผู้สมัครสมาชิกจำนวน 3 ท่าน คือ พญ.เมธินี ตันนุกิจ เป็นสมาชิกสามัญ, นพ.วิชัย อยู่ยงวัฒนา เป็นสมาชิกสามัญ และนพ.สุรียา กীরติชานานนท์ เป็นสมาชิกสามัญ ซึ่งได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้วครบถ้วนตามเกณฑ์

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 3 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.05 น.

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

ตรวจทาน

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ สมาคม ครั้งที่ 7/2550

วันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมจรัสเมือง ชั้น 2 โรงแรมทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพโรสถนธรางกูร | รองตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 4. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 5. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 6. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 7. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 8. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์ |
| 9. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กรรมการกลาง |
| 10. พญ.นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 11. พญ.บุปผา พรธิดาร | กรรมการกลาง |
| 12. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 13. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤษฐุสุข | กรรมการกลาง |
| 14. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 15. พญ.วิณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |
| 16. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 17. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 18. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 2. นพ.สมชาย สีสากุศลวงศ์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 3. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 4. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการและ
การศึกษาต่อเนื่อง |
| 5. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 6. พญ.วัฒนา สุชีพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลัง
ปริญญา |
| 7. พอ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 8. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 9. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมลิตตี้แห่ง
ประเทศไทย |
| 10. พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรค
กระเพาะอาหาร |
| 11. นพ.บัญชา โอวาทพิารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็ก
ลำไส้ใหญ่ |
| 12. พอ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับ
แห่งประเทศไทย |
| 13. นพ.ทวี รัตนชอุก | ผู้แทนชมรมตับอ่อน
และทางเดินน้ำดี |
| 14. พญ.เฉลียว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 16. นพ.นรินทร์ อจลະนันท์ | กรรมการกลาง |

17. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์	กรรมการกลาง
18. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์	กรรมการกลาง
19. นพ.ราวิน ไชนี	กรรมการกลาง
20. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร	กรรมการกลาง
21. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
22. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์	กรรมการกลาง
23. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข	กรรมการกลาง
24. พญ.กวรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
25. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัตติ	ที่ปรึกษา
26. นพ.นุสนธิ์ กัดจเจริญ	ที่ปรึกษา
27. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
28. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
29. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	ที่ปรึกษา
30. นพ.มานิต ลีโทขวลิต	ที่ปรึกษา
31. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	ที่ปรึกษา
32. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
33. นพ.สวัสดี หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
34. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
35. นพ.สิน อุนราชฎี	ที่ปรึกษา
36. นพ.สุริยะ จักกะพาก	ที่ปรึกษา
37. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	ที่ปรึกษา
38. นพ.สุชา คูระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.30 น. โดยมี พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการสมาคม ขอแสดงความเสียใจและขอไว้อาลัยแก่ นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ที่ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2550 นับว่าเป็นการสูญเสียครั้งสำคัญอีกครั้งหนึ่งของสมาคม และเจ้าภาพจะจัดงานพระราชทานเพลิงศพในวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550
2. สืบเนื่องจาก นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ได้ถึงแก่กรรม ทำให้ตำแหน่งของคณะกรรมการเงินออมสมาคมว่างลง 1 ตำแหน่ง ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามข้อระเบียบของสมาคม จึงต้องมีการเสนอชื่อกรรมการเงินออมเพื่อให้สมาชิกสมาคมรับรองในการประชุมสามัญประจำปีของสมาคม

ที่ประชุมเสนอ พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฎฐ์ เป็นกรรมการเงินออมสมาคม

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2550

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2550 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 การจัดเตรียมประชุมวิชาการกลางปี 2550

พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน นพ.พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายวิชาการดังนี้

1. ขณะนี้กำหนดการประชุมได้จัดพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยวันสุดท้ายคือวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 จะเสร็จสิ้นประมาณ 16.30 น.

ที่ประชุมเสนอวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 เวลา 18.15-19.00 น. ประชุมสามัญประจำปี ย้ายไปอยู่ในช่วงเวลา 14.45-15.15 น. เพื่อให้คณะกรรมการสมาคมที่ต้องการเดินทางกลับช่วงเย็นวันดังกล่าวสามารถไปร่วมงานพระราชทานเพลิงศพ นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ในวันอาทิตย์ที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550

2. ขณะนี้มีผู้ส่ง Abstract ของการประชุมวิชาการ APASL 2007 จากประเทศไทยค่อนข้างน้อย ดังนั้น จึงขอความร่วมมือไปยังสถาบันต่างๆ ช่วยกันส่งเข้ามาด้วย

นพ.องอาจ ไพโรสถรรางกูร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้มีการประชุมพิจารณาการแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการจัดประชุมระหว่างสมาคมกับสมาคมอื่นๆ ดังเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1

ที่ประชุมมีมติให้เพิ่มข้อความในบรรทัดสุดท้ายดังนี้

ถ้าการประชุมวิชาการครั้งนั้นมีการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ผลประโยชน์หลังจากหักค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งหมดแล้ว จึงแบ่งให้สมาคมต่างๆ ดังเงื่อนไขที่กำหนด และเอกสารรายละเอียดของข้อตกลงดังกล่าว ให้นายกของแต่ละสมาคมลงนาม เพื่อใช้เป็นข้อปฏิบัติร่วมกันทั้ง 3 สมาคม ในการประชุมวิชาการในครั้งต่อไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

3.2 การจัดเตรียมประชุมสัมมนาปรับปรุงหลักสูตร

พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ได้กำหนดให้มีการประชุมสัมมนาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในวันที่ 11-12 มกราคม พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมกรุงศรีวิเวอร์ จ.พระนครศรีอยุธยา นั้น แต่เนื่องจากในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2551 ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ จะทำการตรวจประเมินสถาบันโรงพยาบาลศิริราช ดังนั้น จึงขอปรึกษาในที่ประชุมเรื่องกำหนดการสัมมนาดังกล่าว

ที่ประชุมมีมติให้เปลี่ยนแปลงวันประชุมสัมมนาหลักสูตรฯ เป็นวันที่ 12-13 มกราคม พ.ศ. 2551 และขอให้ นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวงษา ติดต่อกับ นพ.วิทยา ศรีดามา ในเรื่องกำหนดการที่จะมาบรรยายให้ผู้เข้าร่วมประชุมฟัง

วาระที่ 4 การดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

4.1 พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ที่ประชุมได้มอบหมายให้ นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวงษา นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ และนพ.ทองดี ชัยพานิช ช่วยประสานงานในเรื่องการประเมินสถาบันอนุสาขาโรคระบบทางเดินอาหารนั้น เนื่องจาก นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ ได้ถึงแก่กรรม ดังนั้น จึงขอให้ที่ประชุมเสนอผู้ที่จะเข้ามาช่วยด้านนี้ด้วย

ที่ประชุมมีมติให้ นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ เป็นประธานเรื่อง การประสานงานการประเมินสถาบันกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ และ พญ.ศศิประภา บุญญพิภุทธ์ ยินดีที่จะช่วยงานด้านนี้ด้วย

4.2 นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ตามที่ได้รับมอบหมายให้ช่วยประสานงานหาผู้เข้าร่วมประเมินสถาบันต่างๆ นั้น ในขณะนี้ได้ติดต่อกับกรรมการท่านต่างๆ พร้อมทั้งส่งรายนามให้แก่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เรียบร้อยแล้ว
2. ได้มีการประชุมกับ นพ.ทองดี ชัยพานิช และนท.นพ.ชินวัตร สุทธิวงษา เกี่ยวกับแบบฟอร์มการประเมินสถาบันจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ นั้น ซึ่งมีบางส่วนจะต้องขอปรึกษาในที่ประชุมด้วย

ที่ประชุมได้มีการพิจารณาแบบฟอร์มประเมินและมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและที่ประชุมเสนอให้มีการประชุมการกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มของแต่ละสถาบันก่อนส่งให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ รับทราบ และเนื่องจากการประเมินครั้งนี้เป็นการประเมินครั้งแรกของแพทยสภาที่มอบหมายให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เป็นผู้กำหนดการประเมิน โดยจะทำการประเมินทุก 5 ปี ซึ่งขณะนี้ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ได้ดำเนินการส่งแบบฟอร์มดังกล่าวไปยังสถาบันฝึกอบรมทุกแห่งเรียบร้อยแล้ว ดังนั้น คงต้องทำตามแบบฟอร์มนั้น และในสวนหลักสูตรของสมาคมที่จะต้องมีการปรับปรุงนั้นจะนำไปปรึกษาหารือในการสัมมนา ณ จ.พระนครศรีอยุธยา

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับกระแสเงินสดรับ-จ่ายของแต่ละฝ่าย ตามเอกสารประกอบการประชุม 2

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.2 นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับโอนจาก OMGE เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการอบรม Training Endoscopy ประมาณ 5 แสนกว่าบาท ขณะนี้ที่ศูนย์อบรม Siriraj Endoscopy อยู่ในช่วงพิจารณาผู้ที่จะเข้ามาอบรมจากประเทศอียิปต์ และในจีเรีย แต่จุดประสงค์หลักของการอบรมนั้นต้องการผู้เข้าร่วมอบรมจากประเทศแถบเอเชียมากกว่า และสำหรับศูนย์อบรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น มีผู้เข้ารับการอบรมจากประเทศลาว จำนวน 1 ท่าน

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.3 พญ.ชุตินมา ประมุขสันททรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ขอความร่วมมือมายังสมาคมในการเสนอหัวข้อและวิทยากรในการประชุมวิชาการประจำปี 2551 นั้น ขณะนี้ นพ.พิศาล ไม้เรียง ได้ดำเนินการส่งหัวข้อและวิทยากร สำหรับการประชุมดังกล่าวให้แก่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตามเอกสารประกอบการประชุม 3

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.4 นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสืบเนื่องจากการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2550 ณ โรงแรม ฮิลตัน หัวหิน จ.ประจวบฯ นั้น โรงแรมดังกล่าวมีสถานที่ ห้องพัก ห้องประชุม สถานที่จัดนิทรรศการ และห้องจัดงานเพียงค่อนข้างสมบูรณ์ ดังนั้น จึงขอเสนอให้จัดประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมฯ ครั้งต่อไปที่โรงแรม ฮิลตัน หัวหิน จ.ประจวบฯ เพื่อจะได้ติดต่อหรือทำสัญญากับทางโรงแรมไว้ล่วงหน้า จะทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องการหาสถานที่หรือจำนวนห้องพักของโรงแรมที่ใช้ประชุมไม่เพียงพอกับจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมเนื่องจากเวลาในการติดต่อกระชั้นชิด

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ และขอให้ นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ ประธานฝ่ายปฏิคม ดำเนินการติดต่อกับโรงแรมและจองห้องพักต่อไป

ปิดประชุมเวลา 12.05 น.

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

ตรวจทาน

Interhospital Conference 1

นพ.อรรถพล รัตนสุภา
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 53 ปี ศาสนา อิสลาม อาชีพค้าขาย จ.ปัตตานี
พูดและฟังภาษาไทยไม่ได้

CC : ก้อนที่ท้องโตขึ้นเร็วประมาณ 3 เดือน

PI : 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแน่นท้องที่ลิ้นปี่
และชายโครงขวา ปวดแบบแน่นๆ ไม่ร้าวไปที่ไหน อึดแน่นมาก
ขึ้นหลังกินอาหาร รู้สึกเหมือนมีก้อนที่ท้อง ไปรักษาที่โรงพยาบาล
ชุมชนแพทย์บอกว่าเป็นโรคกระเพาะ ให้ยารักษาโรคกระเพาะ แต่
ยังมีอาการเป็นๆ หายๆ มาตลอด

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีอาการปวดแน่นท้อง
เหมือนๆ เดิม เริ่มคลำได้ก้อนที่ท้องด้านบนก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ มี
อาการเบื่ออาหาร กินได้น้อย น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัม ไม่มี
คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีอาการท้องเสีย
ถ่ายเหลว ไม่มีไข้ อาการปวดแน่นท้องเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไปตรวจ
ที่โรงพยาบาลนราธิวาส บอกว่าสงสัยเนื้องอกในตับ ส่งตัวมา
รักษาต่อที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

- PH :
- ไม่มีโรคประจำตัว
 - ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ไม่ได้ใช้ยาใดเป็นประจำ
 - สูบบุหรี่วันละ 3 มวนต่อวัน มา 10 ปี เลิกมา 2 เดือน
 - ไม่ดื่มเหล้า
 - ไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว
 - ไม่เคยมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองมาก่อน
 - ไม่เคยรับเลือดหรือบริจาคเลือด

PE :

- V/S : BP 110/70 mmHg, PR 78/min, RR 20/min, BT 37°C
- GA : Good consciousness, co-operation, cachexia
- HEENT : moderately pale, no jaundice, LN can't be palpated, no elevation of JVP
- Heart : normal S1S2, no murmur
- Lung : clear Rt=Lt, no wheezing, no crepitation
- Abdomen : no distension, no spider nevi, no superficial vein dilatation, soft, hepatomegaly both lobes about 10 cm below right costal margin, liver span 18 cm, irregular surface, firm consistency, not tender, no bruit, fist test negative, spleen-not palpable, shifting dullness-negative
- Ext : no palmar erythema, no pitting edema, no petichiae, no ecchymosis

Lab :

- CBC : Hb 8.5 g/dL, Hct 26%, WBC 10,900/mm³ (PMN 59%, Lymph 27%, Mono 10%, Eos 3%, Baso 1%), Plt.count 362,000/mm³

Coagulogram : PTT 26.5 seconds (control 29.8) PT 14.0 seconds
(control 11.0)

UA : normal

LFT : ALP 505 U/L, SGOT 17 U/L, SGPT 6 U/L, T.Protein 8.5 g/dL, Albumin 3.3 g/dL, T-Bilirubin 1.40 mg/dL, D-Bilirubin 0.89 mg/dL

Blood chemistry : BUN 10.8 mg/dL, Creatinine 1.10 mg/dL, Na 140 mmol/L, K 4.77 mmol/L, Total CO₂ 22 mmol/L,

Serology : HBsAg-neg , Anti HCV-neg
AFP 2 ng/ml

Problem list

1. hepatomegaly
2. Anemia
3. Elevated ALP
4. Hyperglobulinemia

Discussion

ผู้ป่วยมีอาการซีดชัดเจนท้องมา 6 เดือน แล้วเริ่มคล้ำได้ก้อนในท้องมา 3 เดือน ร่วมกับมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด โดยที่อาการร่วมอื่นๆ ไม่ชัดเจน และจากการตรวจร่างกายพบว่ามี ซีด และตับโตมาก ส่วนการตรวจร่างกายอื่นๆ ก็ไม่พบความผิดปกติ ตรวจเลือดก็พบว่าซีด (Hct 26%) elevated ALP และ hyperglobulinemia ไม่เหลือง ไม่มี transaminitis จากประวัติตรวจร่างกาย และผล lab เบื้องต้น ของผู้ป่วยรายนี้ คิดว่าน่าจะเป็น hepatobiliary tract disease โดยตรง หรืออาจจะเป็น systemic disease บางอย่าง que involve hepatobiliary tract ดังนี้คือ

1. Hepatobiliary tract disease

1.1 Malignancy

■ Hepatocellular carcinoma (HCC) เนื่องจาก HCC สามารถมาด้วยอาการ อืดอืด แน่นท้อง ท้องโต ตับโต ซีด ALP สูง hyperglobulinemia ได้ แต่หากเป็น HCC คิดว่า case นี้ก็น่าจะเป็น atypical HCC หรือ infiltrative type HCC เนื่องจาก HCC โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะมี underlying liver cirrhosis จึงน่าจะตรวจร่างกายได้ sign ของ chronic liver stigmata บ้าง แต่ case นี้ตรวจร่างกายไม่พบ sign ของ chronic liver stigmata เลย แม้อาจจะโต้แย้งว่า HCC อาจจะไม่มี sign of chronic liver disease ได้ใน chronic hepatitis B infection แต่ case นี้ HBsAg negative นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็น HCC จริงหากก้อน tumor โตมากขนาดนี้น่าจะมีลักษณะของ portal hypertension ให้เห็นบ้าง เช่น splenomegaly, ascites, thrombocytopenia บ้างแต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีลักษณะดังกล่าวเลย

■ Cholangiocarcinoma (CCC) เนื่องจาก intrahepatic type CCC สามารถมาด้วยอาการ อืดอืด แน่นท้อง ตับโต ซีด ALP สูงขึ้น โดยอาจจะไม่มีอาการเหลืองได้เช่นกัน แต่หากผู้ป่วยเป็น CCC อาการของโรคดำเนินมาถึง 6 เดือน น่าจะมีอาการเหลืองปรากฏให้เห็นบ้าง

1.2 Non-malignancy

■ Liver abscess เนื่องจาก liver abscess สามารถมาด้วยอาการ อืดอืด แน่นท้อง ตับโต ซีด ALP สูงขึ้นได้ แต่ liver abscess น่าจะมีไข้ กัดเจ็บ บริเวณตับ (first test +ve) ร่วมด้วย และการดำเนินโรคของผู้ป่วยก็ไม่ไม่นานนานขนาดนี้

■ Parasitic infection ของ hepatobiliary tract disease อาจมีอาการ ตับโต ซีด elevated ALP และ hyperglobulinemia ได้ แต่หากเป็น parasitic infection น่าจะมี hypereosinophilia ร่วมด้วย

■ Polycystic liver disease อาจจะมาด้วยอาการตับโต elevated ALP ได้ แต่ polycystic liver disease เป็น benign disease โรคไม่น่าจะ progress เร็วมากภายในระยะเวลา 6 เดือน

2. Systemic disease involved hepatobiliary tract

ซึ่งโรค systemic disease ที่ทำให้มีลักษณะอาการตับโต ชีต elevated ALP และ hyperglobulinemia น่าจะเป็นกลุ่มของ infiltrative disease เช่น

■ Amyloidosis เนื่องจาก amyloidosis อาจจะมาด้วยอาการตับโต มากๆ ALP สูง ชีต มี hyperglobulinemia ได้ เนื่องจาก amyloidosis เป็น infiltrative disease ชนิดหนึ่งที่จะมีการ infiltrative เข้าไปใน liver tissue เป็นจำนวนมากทำให้ตับโตมากได้ และส่วนใหญ่แล้ว amyloidosis ก็มักจะเป็น secondary disease จากโรคอื่นๆ เช่น hematologic disease โดยเฉพาะกลุ่ม multiple myeloma ซึ่งอาจจะมีอาการชีต มี hyperglobulinemia เหมือนในผู้ป่วยรายนี้

■ Lymphoma อาจจะมาด้วยอาการต่างๆ เหมือนผู้ป่วยรายนี้ได้เกือบทุกประการ แต่อาจจะมีข้อค้านในเรื่อง มีตับโตเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีม้ามโต ไม่มี lymph node ที่ตำแหน่งอื่นเลย

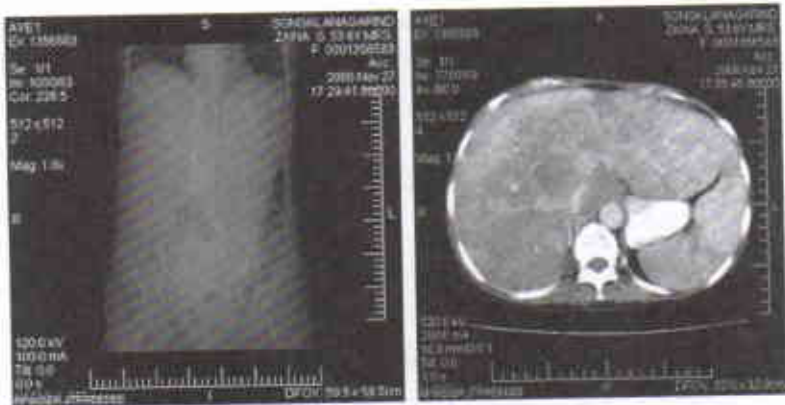
■ Tuberculosis มีอาการต่างๆ เหมือนผู้ป่วยรายนี้แต่ผู้ป่วยก็น่าจะมี systemic symptom อื่นๆ ร่วมด้วย

■ Fungal infection มีอาการต่างๆ เหมือนผู้ป่วยรายนี้แต่ผู้ป่วยก็น่าจะมี systemic symptom อื่นๆ ร่วมด้วย และ fungal infection ก็ไม่น่าจะเกิดในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันที่ปกติ

ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการทำ CT abdomen (ภาพที่ 1) พบว่ามี

Diffuse hepatomegaly and heterogenous enhancement on venous phase study, more prominent enhanced at peripheral part. Infrahepatic IVC is narrowing and no well opacified hepatic vein is observed. Some small enhancing nodules in both lobes of liver could be nodular regenerating hyperplasia. Portal vein is patent and not dilated. no splenomegaly is noted. Some gallstones are seen. Pancreas and both kidneys are unremarkable. No ascites is observed. Visualized basal lungs have not nodule.

Impression : Budd-Chiari syndrome with nodular regenerating hyperplasia are possible.



ภาพที่ 1 Plain CT abdomen (ซ้าย) และ CT abdomen (venous phase) (ขวา)

จากผล CT abdomen คิดถึง Budd-Chiari syndrome ซึ่งไม่มีใน differential diagnosis ในตอนแรกเลย และเมื่อมาพิจารณา clinical เดิมของผู้ป่วย อีกครั้งก็ไม่เหมือน Budd-Chiari syndrome เนื่องจาก Budd-Chiari syndrome มักจะมีอาการ ปวดท้อง ตับโต มี ascites, transaminitis แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่มี ascites และไม่มี transaminitis เลย จึงคิดว่าไม่ค่อยเหมือน Budd-Chiari syndrome และจากลักษณะการ enhancement ก็ไม่ typical ต่อ Budd-Chiari syndrome ซึ่งมักจะเป็น central enhancement มากกว่าที่จะเป็น peripheral enhancement

ใน case นี้จึงได้ทำ Hepatic veins doppler ultrasound (ภาพที่ 2) เพื่อ
ดูว่ามีลักษณะของ hepatic outflow tract obstruction หรือไม่ พบ

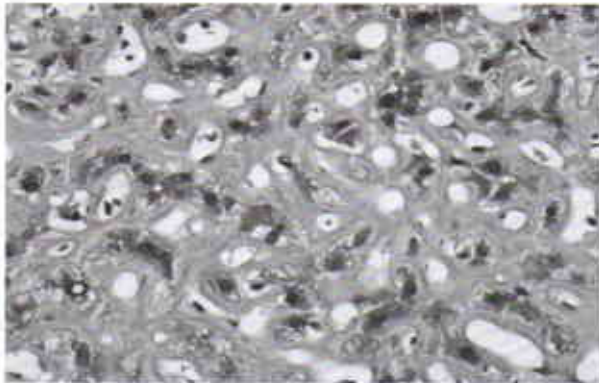
- Patent left and middle hepatic vein with normal venous flow direction.
- Narrowing of right hepatic vein about 3.8-4.8 mm in diameter and 25 mm long without detectable venous flow
- Narrowing of upper IVC is about 3.7 mm in diameter without retrograde flow, compressed by the edematous liver without retrograde flow.



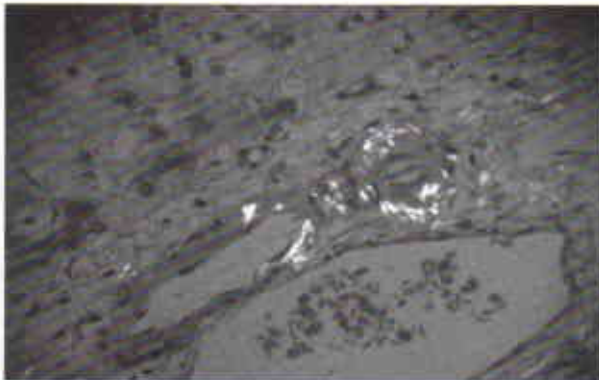
ภาพที่ 2 Hepatic veins doppler ultrasound

จากการทำ CT abdomen และ Doppler ultrasound พบลักษณะ diffuse enlargement ของ liver เพียงอย่างเดียวไม่เจอก้อน tumor และลักษณะก็ไม่ typical ที่จะเป็น Budd-Chairi syndrome ดังนั้น ใน case มีความจำเป็นที่จะต้องได้ tissue diagnosis และเนื่องจาก case นี้มี differential amyloidosis ร่วมด้วย จึงเลือกที่จะทำ liver biopsy ทาง transjugular biopsy เพื่อลด risk ของการ bleeding ซึ่งจากผล liver biopsy (ภาพที่ 3) พบลักษณะ amorphous eosi-

nophilic material that appears to be within the sinusoids และ positive to apple-green birefringence of Congo red stain จึงให้การวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้เป็น Hepatic amyloidosis



H and E



Polarization

ภาพที่ 3 Liver histology

Progression

Case นี้หลังจากผล liver biopsy ออกมาเป็น amyloidosis จึงได้ทำการ work up หาสาเหตุของ amyloidosis ว่าเป็น amyloidosis ชนิดใด ซึ่งจากการ investigation เพิ่มเติมคือ

1. Bone marrow biopsy อ่านว่าเป็น "Amyloidosis"

2. Bone marrow aspiration: Cellularity : 60%, Lymphocytes (5-20) : 28.20%, Plasma cells (0.5-3.5) : 10.30%, Erythropoiesis : Slightly decreased, Granulopoiesis : Slightly decreased Megakaryocytes : Adequate, Other observations : lymphocytosis with increased plasma cells CONCLUSIONS : Waldenstrom macroglobulinemia should be excluded

3. Immunoelectrophoresis (IEP): IgG gammopathy, Lamda type

จากการตรวจ investigate เพิ่มเติมสรุปว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น Amyloidosis ชนิด AL ซึ่งทาง hematologist คิดว่าเป็น secondary จาก multiple myeloma จึงพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดเป็น melphalan 1 cause แล้ว discharge แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยก็ loss follow up ไป



Hepatic amyloidosis

นพ.อรรถพล รัตนสุภา
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Amyloidosis เป็น metabolic storage disease ชนิดหนึ่งที่เกิดจากการสะสมของ insoluble fibrillar protein หรือมีความผิดปกติของการรวมตัวของ protein fragment ในเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย

Classification of Amyloidosis

Amyloidosis มีหลายชนิด (ตารางที่ 1) แต่ amyloidosis ที่สำคัญๆ และพบได้บ่อยๆ มี 2 ชนิด คือ AL (primary amyloidosis or myeloma-associated amyloidosis) และ AA (secondary or reactive amyloidosis)

Epidemiology

อุบัติการณ์ของ systemic AL amyloidosis ในประชากรชุกโลกตะวันตก คือ 1 คน ต่อ 1000,000 คน ต่อปี และมักสัมพันธ์กับโรคทาง hematologic disease² (ตารางที่ 2)

ส่วน AA amyloidosis มีรายงานว่าพบได้ใน inflammatory diseases และ connective tissue diseases ได้หลายโรค เช่น Juvenile rheumatoid arthritis (36%), rheumatoid arthritis (29%), tuberculosis (4.3%) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ชนิดของ Amyloidosis

Amyloid fibril proteins, their precursors, distribution of amyloid deposits, and associated human disease

Classification	Precursor protein	Distribution: systemic (S), localized (L)	Clinical associations
AL	Immunoglobulin light chain	S,L	Multiple myeloma, plasma cell dyscrasias, primary AL amyloidosis
AA	Serum amyloid A	S	Secondary AA amyloidosis; chronic infection (malaria, TB) or inflammation (RA, ankylosing spondylitis); malignancy (Hodgkin's lymphoma and GI, lung, GU carcinomas)
A ₁ M	A ₂ -microglobulin	S, L ?	Hemodialysis; deposits primarily in joints
A ₁ I	A ₁ PP	L	Sporadic Alzheimer's disease, aging Down syndrome
ATTR	Transthyretin	S	FAP (Portuguese type) Senile cardiovascular amyloidosis
APrP	Prion protein	L	Sporadic (iatrogenic) CJD
		L	Familial CJD, FFI
aApoI	Apolipoprotein AI	S	Systemic amyloidosis
		L	Arteriosclerosis
AApoAII	Apolipoprotein AII	S	Hereditary renal amyloidosis
AGel	Gelsolin	S	FAP (Finnish type), Lattice corneal dystrophy
ALys	Lysozyme	S	Familial visceral amyloidosis [kidney, liver, spleen]
ACys	Cystatin C	S	Familial amyloidosis (Icelandic type)
Afib, or A α	Fibrinogen α -chain	S	Hereditary systemic amyloidosis (kidney)
AIAPP	Islet amyloid polypeptide	L	Insulinoma
		L	Islets of Langerhans
AANF	Atrial natriuretic peptide	L	Atrial fibrillation
APro	Prolactin	L	Pituitary
AIns	Insulin	L	Iatrogenic
AKer	Kerato-epithelin	L	Cornea
A(tbn)	tbn	L	Pindborg tumors
ATau	Tau protein	L	Brain

Abbreviations: CJD, Creutzfeldt-Jacob disease; FAP, familial amyloid polyneuropathy; FFI fatal familial insomnia; GI, gastrointestinal; GU, genitourinary; RA, rheumatoid arthritis; TB, tuberculosis.

Modified from Rocken C, Sletten K. Amyloid in surgical pathology. *Virchows Arch* 2003;443:3-16: with permission.

ตารางที่ 2 Underlying conditions in patients with systemic AL amyloidosis

Condition	No of patients (%)
Subtle monoclonal gammopathy*	145† (81)
Multiple myeloma	31 (17)
Waldenström's macroglobulinaemia	2 (1)
Chronic lymphatic leukaemia	1 (0.5)
Lymphoplasmacytoid lymphoma	1 (0.5)

*These patients had a monoclonal gammopathy in the absence of multiple myeloma.

†Neither a monoclonal protein in serum or urine nor a clonal population of B cells in bone marrow or elsewhere could be identified in 31 (21%) of these patients despite definite AL amyloidosis.

ตารางที่ 3 Underlying conditions in patients with systemic AA amyloidosis

Condition	No of patients (%)
Juvenile rheumatoid arthritis	50 (36)
Rheumatoid arthritis	40 (29)
Chronic sepsis	9 (6.5)
Familial Mediterranean fever	7 (5.1)
Tuberculosis	6 (4.3)
Crohn's disease	5 (3.6)
Castleman's disease*	3 (2.2)
Ankylosing spondylitis	2 (1.4)
Epidermolysis bullosa congenita*	1 (0.7)
Familial Hibernian fever*	1 (0.7)
Intravenous drug misuse	1 (0.7)
Paraplegia	1 (0.7)
Psoriatic arthropathy	1 (0.7)
Polyarteritis nodosa	1 (0.7)
Peritoneal mesothelioma*	1 (0.7)
Muckle-Wells syndrome	1 (0.7)
Systemic vasculitis	1 (0.7)
Not known*	7 (5.1)

*Conditions in which systemic AA amyloidosis is not widely recognised as a complication.

Clinical

อาการและอาการแสดงของ amyloidosis มีมากมายหลายชนิด มักเป็น systemic involvement เช่น macroglossia, nephrotic syndrome, renal failure, carpal tunnel syndrome, sensory motor or autonomic neuropathy, cardiac

failure or arrhythmia, hepatosplenomegaly, diarrhea, malabsorption, ulcerations, lymphadenopathy, clotting factor deficiencies, capillary fragility, abnormal platelet aggregation

Hepatic amyloidosis

ตับเป็นอวัยวะที่มี involvement ได้บ่อยใน systemic AL หรือ AA amyloidosis ซึ่งอุบัติการณ์ของ hepatic involvement มีรายงานตั้งแต่ร้อยละ 17-98 แต่ Hepatic tumor นั้น มีโอกาสที่จะเกิด systemic amyloidosis ได้น้อย มีเพียง case report ใน liver adenoma 4 ราย³⁻⁶ และ ใน hepatocellular carcinoma 1 ราย⁷

Hepatic amyloidosis พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (7:3) อายุเฉลี่ย 58 ปี มักมาด้วยอาการน้ำหนักลด (72%) ลดลงโดยเฉลี่ย 10 กิโลกรัมใน 6-7 เดือน อ่อนเพลีย (60%) ปวดท้อง (53%) บวม (26%) เบื่ออาหาร (26%) อิมมิ่ง่าย (19%) การตรวจร่างกายส่วนใหญ่แล้วมักพบตับโต (81%) อาการอื่นๆ ที่ตรวจพบได้คือ ascites (42%), purpura (15%), splenomegaly (10%), spider angiomata (7%)

นอกจากนี้ อาการอื่นๆ ที่มีรายงานแต่พบได้ไม่บ่อย เช่น severe intrahepatic cholestatic jaundice, fulminant liver failure, intraparenchymal hemorrhage, rupture of liver⁹⁻¹²

การตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่ที่จะตรวจพบคือ unexplained elevated serum alkaline phosphatase (86%), proteinuria (89%) และ monoclonal protein ใน serum หรือ urine, พบ Howell-Jolly bodies in peripheral blood⁸ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Laboratory findings in hepatic amyloidosis

Test	Patients		Mean ± SD	Median
	Frequency	%		
Hemoglobin, g/L (n = 97)			134 ± 22	136
≤80	1	1		
≤100	8	8		
≤120	25	26		
Leukocytes, × 10 ⁹ /L (n = 97)			9.32 ± 3.78	8.8
Platelets, × 10 ⁹ /L (n = 97)			366.31 ± 169.86	339
≤500	81	84		
>500	16	16		
Howell-Jolly bodies on peripheral blood smear (n = 76)	21	28		
Serum creatinine, μmol/L (n = 94)			120 ± 110	100
≥180	11	12		
AST U/L* (n = 95)			71.78 ± 67.93	50
>31	76	80		
≥62	35	37		
Total bilirubin, μmol/L (n = 95)			54 ± 126	14
Direct bilirubin			35 ± 95	3
Total bilirubin > 34	20	21		
Alkaline phosphatase, U/L [†] (n = 94)			1,029.15 ± 1,133.70	657
>250	81	86		
<500	37	39		
≥500	57	61		
Cholesterol, mmol/L (n = 74)			8.60 ± 4.20 [‡]	8.00 [‡]
>5.20 [‡]	59	80		
Vitamin B ₁₂ ≤ 110 pmol/L (n = 55)	1	2		
ESR, mm/h (n = 53)			37.75 ± 29.25	35
≥20	33	62		
≥100	2	4		
C-reactive protein, mg/dL (n = 31)			1.24 ± 1.85	0.43
≥0.8	12	39		
Calcium, mmol/L (n = 95)			2.35 ± 0.18	232
>2.52	14	15		
β ₂ -Microglobulin > 230 μmol/L (n = 44)	25	57		
Factor X < 60% (n = 29)	10	34		
Prothrombin time ≥ 13 s (n = 91)	32	35		
Urine protein, g/24 h (n = 92)			3.6 ± 4.6	1.4
Urine protein > 1	47	51		
Urine protein > 0.150 (male) or > 0.093 (female)	82	89		

Abbreviations: ALT = alanine aminotransferase; ESR = erythrocyte sedimentation rate.

*Reference range: ≤31 U/L.

[†]Reference range: ≤230 U/L.

[‡]>200 mg/dL.

[§]331.7 ± 184.15 mg/dL.

[¶]310 mg/dL.

การตรวจทางรังสีวินิจฉัยใน Hepatic amyloidosis

Ultrasound พบ heterogeneous parenchymal echogenicity

CT scan พบ enlarged liver with heterogeneous decreased attenuation

ใน conventional contrast-enhanced และมี heterogeneous parenchymal enhancement on portal phase¹³

Magnetic resonance imaging อาจพบเพียง diffuse enlargement โดยไม่พบว่ามี significant changes อื่นๆ

การวินิจฉัย Amyloidosis

การวินิจฉัย amyloidosis จำเป็นต้องได้ผลทางพยาธิวิทยา เพื่อยืนยันการวินิจฉัย^{8,14} ซึ่งอาจจะได้จาก rectal biopsy, aspirated subcutaneous fat, labial salivary gland biopsy แต่การทำ liver biopsy ก็มีความสำคัญในการวินิจฉัยเช่นกัน แม้ว่าการทำ liver biopsy ใน hepatic amyloidosis ยัง controversial อยู่ก็ตาม แต่การทำ liver biopsy ในผู้ป่วยที่สงสัย hepatic amyloidosis ก็ไม่ได้เป็นข้อห้าม ทั้งนี้ อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากการทำ liver biopsy ใน hepatic amyloidosis พบได้ประมาณ 0.31-4% ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยคือเลือดออกที่ตับ^{8,14}

Pathologic findings in hepatic amyloidosis

Gross anatomy

ลักษณะทาง Gross ของ liver ใน systemic amyloidosis จะมีลักษณะ enlarged, pale or dark green, rubbery consistency

Hematoxylin and eosin (H&E) stains.

พบลักษณะ abundant amorphous eosinophilic material ใน sinusoids (sinusoidal pattern), vascular walls (vascular pattern) หรือ perivascular portal tract fibrous tissue (figure 1) การใช้ลักษณะการติดสี และตำแหน่งที่ติดสีมาใช้ในการแยกชนิดของ AL และ AA ยังไม่เป็นที่ยอมรับมากนักเนื่องจากการ overlap กันค่อนข้างมากทั้ง immunohistochemistry, biochemical และ molecular techniques¹

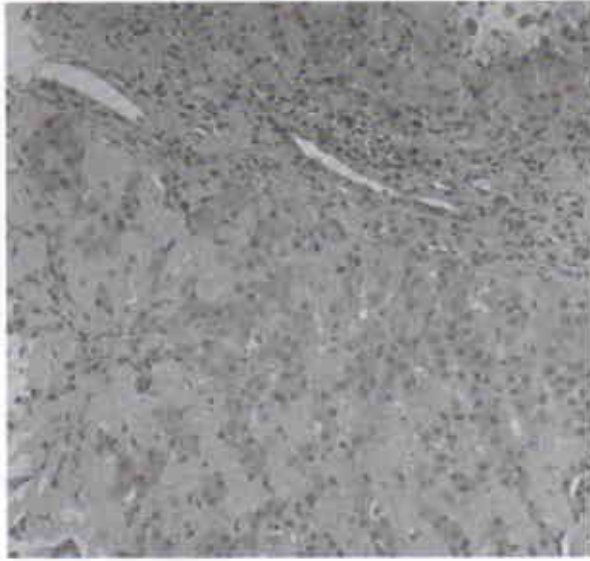


Figure 1 This hematoxylin and eosin light microscopic photomicrograph shows abundant amorphous eosinophilic material that appears to be within the sinusoids. By reticulin stain, it was apparent the material was in the perisinusoidal space of Disse.

ในกรณีที่มี massive involvement มักจะพบลักษณะ combination ของ waxy appearance, marked cord atrophy, หรือ virtual replacement ของ hepatocytes ภายใน cords นอกจากนี้ยังอาจพบลักษณะต่างๆ เช่น bile ductular proliferation, bile plugs, portal fibrosis, lobular disarray, inflammation และ steatosis แต่ลักษณะทาง histology ที่ถือเป็น gold standard ในการวินิจฉัย hepatic amyloidosis คือ characteristic apple-green birefringence noted under polarizing light with Congo red stain

Natural history and prognosis of amyloidosis

จากการศึกษาของ Morie และคณะพบว่า survival rate ผู้ป่วย amyloidosis ที่มี Liver involvement ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มี liver involvement¹⁴ (figure 2) median survival ของผู้ป่วย primary hepatic amyloidosis ประมาณ 8.5 ถึง 9 เดือน ซึ่งปัจจัยที่เป็น poor prognosis factor คือ platelets, bilirubin ที่สูง⁹ (figure 3)

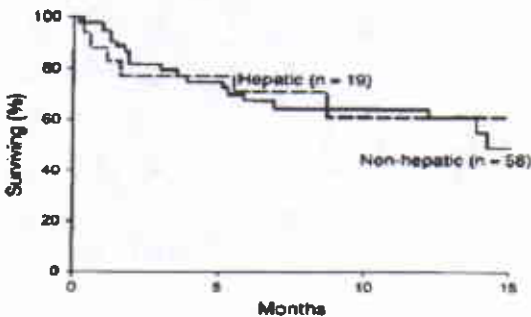


Figure 2 Survival rate ผู้ป่วย hepatic และ non-hepatic amyloidosis

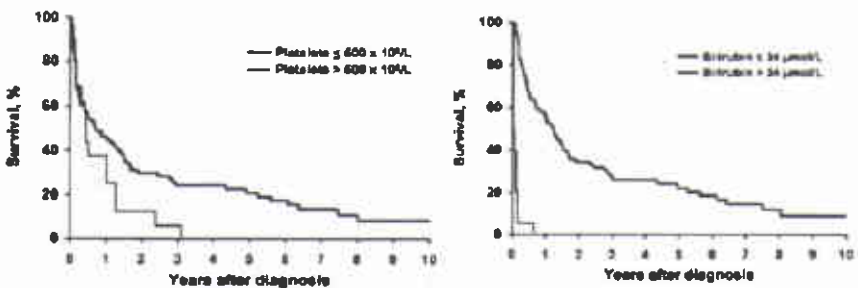


Figure 3 ปัจจัยที่เป็น poor prognosis factors

Treatment of hepatic amyloidosis

เป้าหมายหลักของการรักษา hepatic amyloidosis คือ การรักษา primary disease เพื่อจะป้องกันภาวะ overproduction ของ precursor protein หรือ subsequent tissue deposition และ fibril formation

AL systemic amyloidosis การรักษาด้วย chemotherapy เช่น melphalan¹⁵, dexamethasone¹⁶ colchicine, หรือการรักษา ด้วย combination chemotherapy ก็มีรายงานว่า มี functional improvement ขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า การใช้ High-dose chemotherapy ตามด้วย rescue โดยการทำให้ peripheral stem cell transplantation จะทำให้มี survival rate ที่สูงขึ้น¹⁷

AA amyloidosis การให้ aggressive treatment underlying inflammatory disorder (ie, immunosuppression for rheumatoid arthritis) อาจทำให้มี disease regression ได้

บทบาทของ liver transplantation ใน hepatic amyloidosis ยังมีข้อจำกัดมากเนื่องจากมีอัตราการ recurrence สูง

References

1. Elizabeth M. Brunt, MDa, Dina G. Tiniakos, MD, PhD. Metabolic storage diseases: amyloidosis. Clin Liver Dis 2004;9:15-30.
2. L B Lovat, M R Persey, S Madhoo, M B Pepys, P N Hawkins. The liver in systemic amyloidosis: insights from 123I serum amyloid P component scintigraphy in 484 patients. Gut 1998;42:727-34.
3. Thysell H, Ingvar C, Gustafson T, Holmin T. Systemic reactive amyloidosis caused by hepatocellular adenoma. A case report. J Hepatol 1986;2:450-7.
4. Poe R, Snover DC. Adenomas in glycogen storage disease type 1. Two cases with unusual histologic features. Am J Surg Pathol 1988;12:477-83.
5. Fievet P, Sevestre H, Boudjelal M, Noel LH, Kemeny F, Franco D, et al. Systemic AA amyloidosis induced by liver cell adenoma. Gut 1990;31:361-3.
6. Cosme A, Horcajada JP, Vidaur F, Ojeda E, Torrado J, Arenas JI. Systemic AA amyloidosis induced by oral contraceptive-associated hepatocellular adenoma: a 13-year follow up. Liver 1995;15:164-7.

7. Delgado MA, Liu JY, Meleg-Smith S. Systemic amyloidosis associated with hepatocellular carcinoma. Case report and literature review. *J La State Med Soc* 1999;151:474-8.
8. Park MA, Mueller PS, Kyle RA, Larson DR, Plevak MF, Gertz MA. Primary (AL) hepatic amyloidosis: clinical features and natural history in 98 patients. *Medicine* 2003;82:291-8.
9. Ades CJ, Strutton GM, Walker NI, Furnival CM, Whiting G. Spontaneous rupture of the liver associated with amyloidosis. *J Clin Gastroenterol* 1989;11:85-7.
10. Kowdley KV, Setrakian S, Lopategui J, Johnston DE, Arora S. Hepatic and pancreatic involvement in systemic amyloidosis. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1440-1.
11. Peters RA, Koukoulis G, Gimson A, Portmann B, Westaby D, Williams R. Primary amyloidosis and severe intrahepatic cholestatic jaundice. *Gut* 1994;35:1322-5.
12. Varela M, De Las Heras D, Miquel R. Hepatic failure due to primary AL amyloidosis. *J Hepatol* 2003;39:290.
13. Urban BA, Fishman EK, Goldman SM, Scott WW, Jones B, Humphrey RL, et al. CT evaluation of amyloidosis: spectrum of disease. *Radiographics* 1993;13:1295-308.
14. Gertz MA, Kyle RA. Hepatic amyloidosis: clinical appraisal in 77 patients. *Hepatology* 1997;25:118-21.
15. Dember LM, Santhorawala V, Seldin DC, Wright DG, LaValley M, Berk JL, et al. Effect of dose-intensive intravenous melphalan and autologous blood stem cell transplantation on AL amyloidosis associated renal disease. *Ann Intern Med* 2001;134:746-53.
16. Palladini G, Anesi E, Perfetti V, Obici L, Invernizzi R, Balduini C, et al. A modified high-dose dexamethasone regimen for primary (AL) amyloidosis. *Br J Haematol* 2001;113:1044-6.
17. Gertz MA, Lacy MQ, Dispenzieri A, Gastineau DA, Chen MG, Ansell SM, et al. Stem cell transplantation for the management of primary systemic amyloidosis. *Am J Med* 2002;113:549-55.



Interhospital Conference 2

พญ.รติมา ทิววิบูลย์รัตน์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 41 ปี อาชีพทำงานสิ่งพิมพ์ ภูมิลำเนา จ.สมุทรปราการ

CC : ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

PI : 10 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีเหนื่อยง่าย ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นสีดำ แต่ละครึ่งประมาณ 1 แก้ว เป็นบางวัน สลับกับถ่ายอุจจาระเป็นสีเหลืองปกติ ไม่มีปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียนหรือ อาเจียนเป็นเลือด ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์บอกเป็นความดันโลหิตสูง และซีด ได้ให้เลือด และยามากิน อาการดีขึ้น กินยานาน 4 เดือน หลังจากนั้น ผู้ป่วยหยุดยาเอง 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยง่ายมากขึ้น ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำเหลว เกือบทุกวัน แต่ละครึ่งประมาณ 1-1 1/2 แก้ว ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีน้ำหนักลดลงไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน พบมี ปัญหาซีด จึงได้รับการตรวจ EGD ผล severe edema and erythema at first to second part of duodenum ได้ทำเจาะไขกระดูก ผลปกติ

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีถ่ายอุจจาระดำเหลว ปริมาณมาก ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีปวดท้อง อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม จึงมาโรงพยาบาล

PH: 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีปัญหาเหนื่อย เจ็บหน้าอก ทำสวน
หัวใจ พบเส้นเลือดตีบ ใส่ stent และ ได้ยา ASA, plavix และ FBC
มากิน

- ปฏิเสธประวัติดื่มเหล้า - ปฏิเสธการใช้ยาแก้ปวด ยาสมุนไพร
- ไม่เคยแพ้ยา - ปฏิเสธประวัติมะเร็งลำไส้ในครอบครัว

PE:

V/S : BP 110/7°, T 37.0, P 90/min, RR 18/min
GA : mildly pale, no jaundice, no dyspnea, no sign of chronic
liver disease
LN : not palpable
Heart : normal S1S2, no murmur
Lung : clear
Abdomen : soft, not tender, normoactive bowel sounds, liver & spleen
: not palpable
Ext : no pitting edema
PR : melena, no rectal shelf
Laboratory : CBC :- Hb 9.7 g/dL, Hct 28.6%, MCV 87.8, WBC 6900 cell/
mm³ (N 70%, L 25%, Mo 3%, Eo 1%, Ba1%), plt 414,000
E*lyte Na 139 mmol/L, K 4.45 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO²
22.5 mmol/L BUN 14 mg/dL, Cr 0.6 mg/dL
LFT : ALP 57 U/L, AST 17 U/L, ALT 34 U/L, GGT 31 U/L, TP 67.7
g/L, Albumin 37.9 g/L, cholesterol 130 mg/dl, TB 1.8 mg/
dL, DB 0.2 mg/dL
Coagulogram : PT 11.8 sec, PTT 22.2 sec, INR 0.97

Problem lists

1. Melena, 2. Anemia, 3. Underlying HT, CAD

Discussion

จากประวัติของผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาซีดเรื้อรังและมีประวัติถ่ายดำเป็นๆหายๆ พยาธิสภาพส่วนใหญ่มีก้อนอยู่ที่ upper GI tract อย่างไรก็ตาม melena อาจเกิดได้จากพยาธิสภาพส่วนล่างลงมาถึง right side ของ colon ผู้ป่วยรายนี้ได้ทำ Esophagogastroduodenoscopy (EGD) พบเป็น duodenitis ซึ่งไม่สามารถทำให้เกิดถ่ายดำได้ ถ้า platelet และ coagulogram ปกติ จึงได้ทำการตรวจ colonoscopy เพิ่มเติมต่อ และผลการตรวจ colonoscopy ผลปกติ GI bleeding ในผู้ป่วยรายนี้ จึงเรียกว่าเป็น obscure GI bleeding ซึ่ง lesion น่าจะอยู่ที่ small bowel และสาเหตุของ obscure GI bleeding ของผู้ป่วยที่อาจเป็นไปได้ คือ

1. Vascular lesion เช่น angiodysplasia, Dieulafoy lesion, extraesophageal varices
2. Ulcer (any site) ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้อาจเป็น drug induce ulcer (ผู้ป่วยได้ยา aspirin)
3. Small bowel neoplasm เช่น GIST

สาเหตุส่วนใหญ่ที่พบใน obscure GI bleeding ซึ่งเป็น upper GI tract คือ vascular ectasia และ Cameron's ulcer สาเหตุส่วนใหญ่ใน lower GI tract คือ angiodysplasia และ neoplasm

ตารางที่ 1 Differential diagnosis of obscure GI bleeding

Box 1: Differential diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding*

Mass lesions

- Carcinoma (any type)
- Large (>1.5 cm) adenoma (any site)

Inflammation

- Ulcer (any site)[†]
- Cameron lesions
- Idiopathic cecal ulcer

Vascular

- Vascular ectasia (any site)[†]
- Watermelon stomach
- Hemangioma

Other

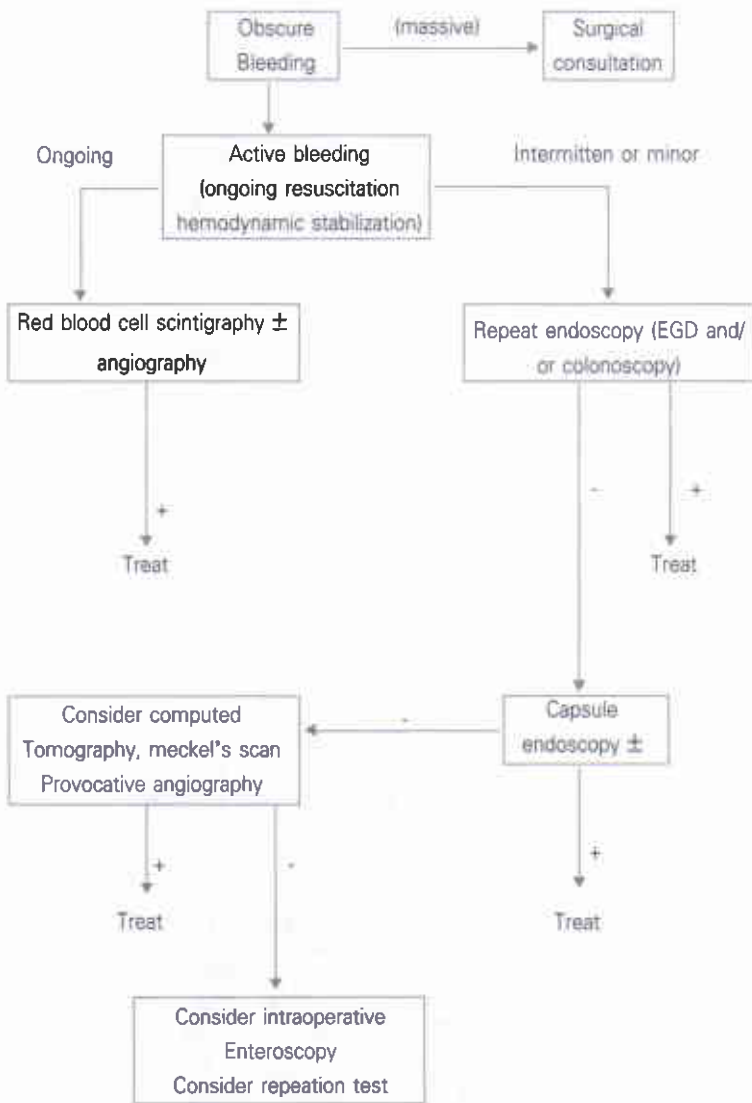
- Diverticula

Potential lesions leading to all forms of occult GI bleeding are shown.

*See list on following page for less frequent, but difficult to recognize, causes of obscure bleeding.

[†]Most common abnormality, typically located in the small bowel.

การ approach ผู้ป่วยที่มี obscure GI bleeding ตาม Algorithm
 ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การ approach ผู้ป่วยที่มี obscure GI bleeding

ในผู้ป่วยรายนี้ จึงได้รับการตรวจ repeat EGD อีกครั้ง พบ diffuse gastritis of stomach and mucosal swelling at duodenal bulb จึงทำ Enteroscopy ต่อ โดย scope ใสไปได้ถึงประมาณ jejunum (150 cm from incisor) ไม่พบ abnormal lesion จึงได้ทำการตรวจ capsule endoscopy เพิ่มเติม ผลพบ mass with surrounding erythematous tissue suspected vascular lesion was observed in small bowel (approximately jejunum) Multiple lymphangiectasias were detected in bowel. Multiple red spots in small bowel were also seen แต่ทางแพทย์ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจใน lesion ที่เห็น จึงได้ตรวจเพิ่มเติม โดยทำ Double balloon enteroscopy (ภาพที่ 1) พบ large abnormal vessel at ileum, no visible bleeding และได้ทำ CT abdomen (ภาพที่ 2) พบ:



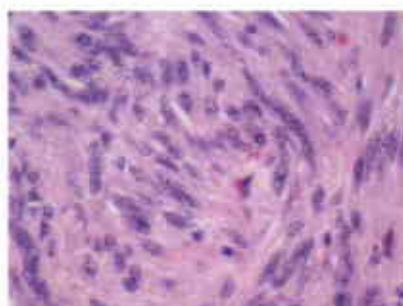
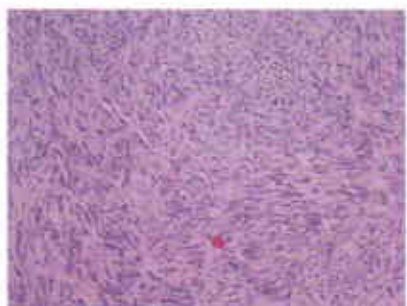
ภาพที่ 1 Double balloon enteroscopy



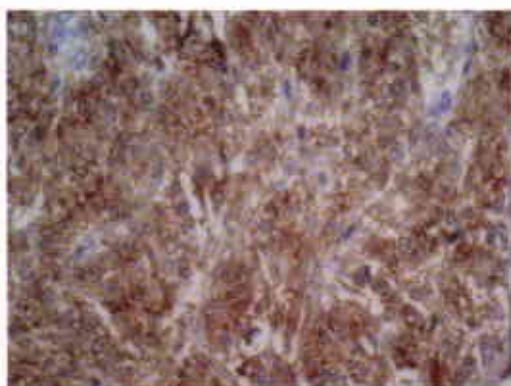
ภาพที่ 2 CT scan abdomen



ภาพที่ 3 Intraoperative finding.



ภาพที่ 4 Pathology: fascicular of spindle cell in muscularis mucosa.



ภาพที่ 5 Immunohistochemical CD 117 positive

Final diagnosis : Obscure GI bleeding from gastrointestinal stromal tumor (GIST) at terminal ileum

- Bilobe enhancing mass adjacent to serosal wall of the small bowel at the LLQ area with arterial supply from SMA branches

- Slightly tortuous intrarenal abdominal aorta

- Three hepatic cysts

หลังจากนั้นได้ consult ทางศัลยกรรม Intraoperative finding (ภาพที่ 3)
พบ large reddish pedunculated mass protrude from small bowel 5 feet from IC valve, size 5 cm in diameter

ผล pathology (ภาพที่ 4) เป็น fascicular of spindle cell in muscularis mucosa; gastrointestinal stromal tumor(GIST), mitosis 1-3 / 50 HPF and CD 117 was positive (ภาพที่ 5)



Gastrointestinal stromal tumor (GIST)

GIST เป็น mesenchymal tumor ของระบบทางเดินอาหาร โดยเชื่อว่าเกิดมาจาก interstitial cell of cajal หรือ stem cell like precursor ซึ่งอยู่รอบ ๆ myenteric plexus และใน muscularis propria ตลอดทางเดินอาหาร และมีการ express ของ KIT^{2,6}

Epidemiology

ส่วนใหญ่เกิดในคนที่อายุมากกว่า 40 ปี โดย peak incidence ที่อายุประมาณ 60 ปี พบในผู้ชายได้มากกว่าผู้หญิง ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่ที่ stomach (ร้อยละ 60-70) รองลงมาคือ small intestine (ร้อยละ 20-30) โดยพบมากที่บริเวณ jejunum ส่วนน้อยพบได้ที่ colon, rectum, appendix และ esophagus และ ส่วนน้อยที่จะพบอยู่นอกระบบ GI tract การแพร่กระจายส่วนใหญ่ มักไปที่ liver และ omentum ส่วนที่ lymph node และ bone พบได้น้อยมาก ส่วนการกระจายไปที่ lung ซึ่งพบได้บ่อยใน leiomyosarcoma และ soft tissue sarcomas อื่น แต่พบน้อยใน GIST^{2,8}

Clinical presentation

อาการของผู้ป่วยขึ้นกับตำแหน่งของก้อน, ขนาดของก้อน และการกระจายของตัวโรค อาการส่วนใหญ่ที่พบบ่อยมักมาด้วยเรื่อง GI bleeding, เหนื่อยง่ายจาก anemia อาการอื่นๆ ที่พบได้ เช่น abdominal pain ซึ่งเกิดจาก tumor

rupture หรือ GI obstruction, nausea, vomiting และ early satiety ในกรณีที่ tumor มีขนาดเล็ก อาจตรวจพบจาก incidental finding ระหว่างผ่าตัดจาก endoscope หรือจาก radiologic studies^{4,5,9}

Pathophysiology of the Kit receptor tyrosine kinase

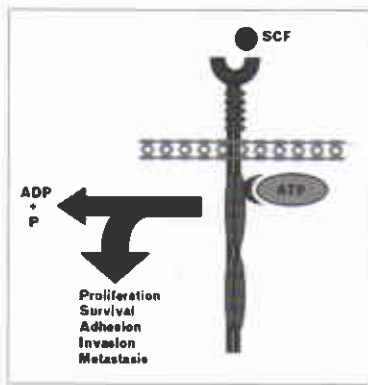
KIT เป็น type III receptor tyrosine kinase ที่เกี่ยวข้องกับ development และ maintenance การทำงานของ erythrocyte, mast cell, melanocyte, germ cell และ interstitial cell of cajal และเป็น transmembrane protein ซึ่งประกอบด้วย extracellular ligand binding domain และ intracellular kinase domain โดย ligand ที่สำคัญของ KIT คือ stem cell factor (SCF) เมื่อมีการ binding ของ stem cell factor ทำให้ KIT มี dimerization/oligomerization และ autophosphorylation/activation ทำให้เกิด modulation ของ cellular behaviors เกิด cell proliferation, chemotaxis และ apoptosis (ภาพที่ 1)^{2,4}

การเกิด KIT mutation ทำให้เกิด KIT tyrosine kinase receptor ทำงานเพิ่มขึ้น สามารถ active โดยที่ไม่ได้มีกระตุ้น จาก SCF เกิด oncogenesis เกิดขึ้น^{2,4}

ส่วนของ mutation (ภาพที่ 2) ที่พบได้บ่อย คือ ที่ exon 11 (juxtamembrane domain) ซึ่งเกิดได้ทั้ง deletion และ missense mutation ซึ่งถ้าเป็น missense mutation จะมีพยากรณ์โรคดีกว่า deletion การ mutation ของ exon ที่ 11 พบได้ gastric GISTs พบได้น้อย small intestine GISTs

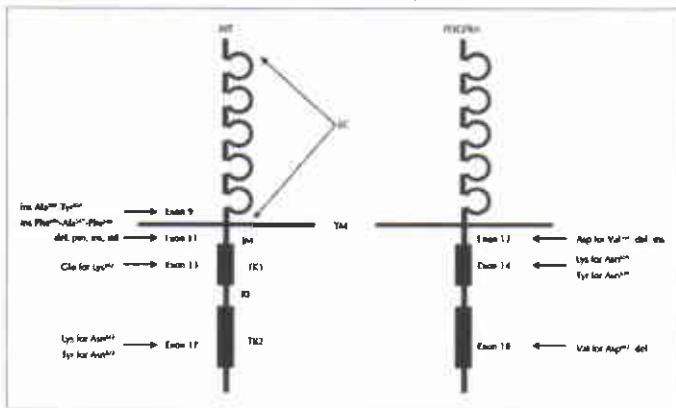
ส่วน mutation ที่ exon 9 (end of extracellular domain) ค่อนข้าง specific ต่อ intestinal GISTs และมักมี worse prognosis นอกจากนี้มี mutation ที่ exon 13 และ exon 17 ซึ่งพบได้น้อย โดย exon 13 จะ encode ที่ tyrosine kinase I domain และ associate กับ malignant behavior แต่ response ต่อยา ส่วน exon 17 จะ encode ที่ catalytic tyrosine kinase II และ มักพบในโรค seminoma และ mastocytoma^{4,5,8,9,10}

นอกจากนี้ยังอาจมี mutation ที่ tyrosine kinase receptor อื่นที่สำคัญ และพบได้ประมาณ 5% ของ GISTs คือ platelet-derived growth factor receptor A gene (PDGFRA) mutation ที่พบได้อยู่ที่ exon 12, exon 14 และ exon 18 ซึ่งจะ homologous กับ exon 11, exon 13 และ exon 17 ของ KIT โดย PDGFRA mutation มักพบใน gastric GISTs ที่เป็น epithelioid morphology mutation ส่วนใหญ่ที่พบ คือ exon 18 ซึ่งตำแหน่งที่ mutation นี้ มัก resistant ต่อ imatinib^{4,5,8,9,10}



ภาพที่ 1 Kit receptor (type III receptor tyrosine kinase)²

ภาพที่ 2 KIT and PDGFRA molecules and KIT and PDGFRA mutations in GIST. EC indicated extracellular domain; TM transmembrane domain; JM juxtamembrane domain; TK1 and TK2 tyrosine kinase domain; K1 kinase insert; pm point mutation; itd internal tandem duplication and del deletion⁵



Pathologic feature

มี 3 แบบ คือ spindle cell (ร้อยละ 70), epithelioid (ร้อยละ 20) และ mixed (ร้อยละ 10) ระหว่าง spindle cell และ epithelioid โดย spindle cell จะจัดเรียงตัวเป็น fascicles ส่วน epithelioid จะจัดเรียงตัวเป็นลักษณะ net หรือ sheets⁶

Histologic pattern of gastric GISTs (ภาพที่ 3)⁹

สามารถแบ่งได้เป็น 8 subtype ซึ่งเป็นลักษณะของ spindle cell 4 subtype และลักษณะของ epithelioid 4 subtype โดยแบ่งได้ดังนี้

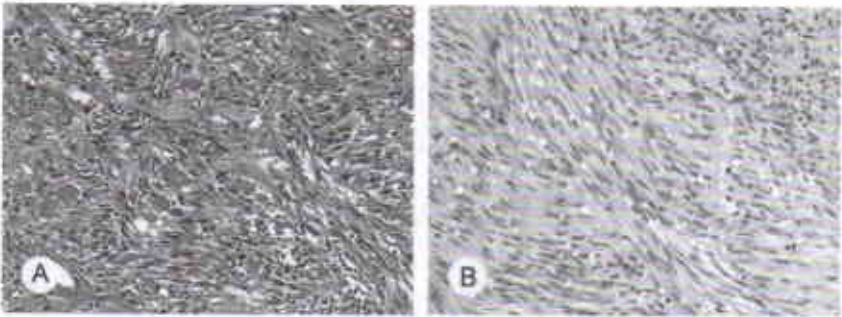
1. Sclerosing spindle cell GIST
2. Palisading-vacuolated spindle cell GIST มีลักษณะ nuclear palisading และมี perinuclear vacuolization เป็นลักษณะที่พบได้บ่อยใน gastric GIST และ มักมี low mitotic count แต่อาจมีขนาดใหญ่ได้
3. Hypercellular spindle cell GIST มี cell dense ขึ้น และมี atypia
4. Sarcomatous spindle cell GIST มี high mitotic activity มี diffuse atypia และ nuclear ขนาดใหญ่ขึ้น มี hyperchromatin
5. Sclerosing epithelioid GIST with a syncytial pattern มี sclerosing stroma โดยไม่เห็นขอบของเซลล์ชัดเจน
6. Epithelioid GIST with a dyscohesive pattern ลักษณะมี lacunar space รอบเซลล์ และเห็นขอบเซลล์ชัดเจน
7. Hypercellular epithelioid GIST มีปริมาณเซลล์มาก ขอบของเซลล์ชัดเจน และมี low mitotic activity
8. Sarcomatous epithelioid GIST มี high mitotic activity ซึ่งบ่งบอกว่า มีความรุนแรงมาก

Histologic pattern of small intestinal GISTs^{3,5}

ส่วนใหญ่เป็น spindle cell และมี hyaline eosinophilic cytoplasmic structure ที่เรียก skeinoid fibres (ภาพที่ 3 A) ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษที่พบได้ใน small intestinal GISTs ส่วนลักษณะที่เป็น sarcomatous feature และ pleomorphic form พบได้น้อยมาก ใน small intestinal GISTs อาจพบ epithelioid pattern ได้ ซึ่งถ้ามีลักษณะเช่นนี้บ่งบอกถึงภาวะที่เป็น malignant

Histologic pattern of GISTs of other sites⁵

ส่วนใหญ่เป็นลักษณะ spindle cell GISTs ที่ omentum จะมีลักษณะคล้าย gastric GISTs ส่วน mesenteric GISTs มีลักษณะคล้าย small intestinal tumor



ภาพที่ 3 (A) Skeinoid fibres in small bowel (B) spindle cell in gastric GISTs

Immunohistochemical feature^{5,7,8}

95% ของ GIST มี positive ของ KIT (CD117) และ 50% ของกลุ่มที่ positive เป็นลักษณะ Golgi pattern (cytoplasmic dot like) ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นตัวบ่งบอกว่า มี kit mutation

60-70% ของ GIST มี positive ของ CD34, 30-40% มี positive ของ smooth muscle actin (SMA), 5% มี positive ของ S100, 1-2% positive ของ desmin และ keratin

มีการศึกษา immunohistochemical marker คือ protein kinase (PKC) และ discovered on GIST-1(DOG) พบว่า PKC มี sensitivity ต่ำกว่า KIT ส่วน DOG-1 มี highly specific and sensitive แต่ยงหาได้ยาก ไม่เหมาะสมที่จะใช้ ในขณะนี้ (ตารางที่ 1)⁸

ตารางที่ 1 Immunohistochemistry of GISTs

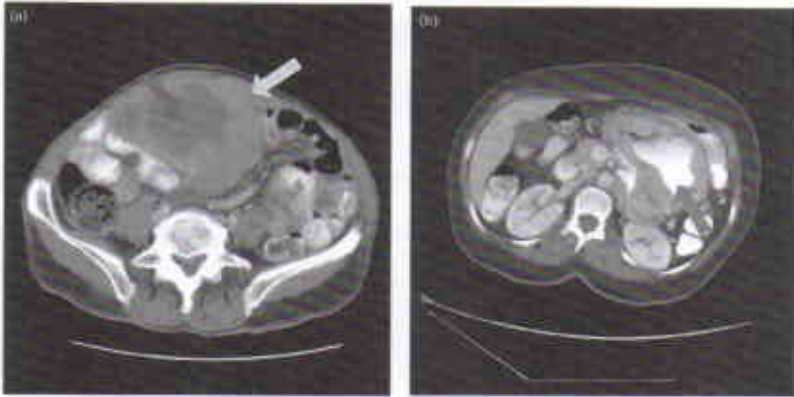
Marker	Positivity (%)	Other positive tumors
CD117	95	Melanoma, clear cell sarcoma, PEComa, mastocytoma, sarcoma/lymphoma, salivary gland neoplasms, acute myeloid leukemia, angiosarcoma, leiomyosarcoma, pulmonary small cell carcinoma, phyllodes tumor
CD34	70	Solitary fibrous tumor, spindle cell lipoma, peripheral nerve sheath tumors, vascular tumors, dermatofibrosarcoma protuberans, acute myeloid leukemia, epithelial sarcoma
SMA	40	Smooth muscle tumors, myofibroblastic tumors
S100	5	Melanocytic tumors, peripheral nerve sheath tumors, granular cell tumors
Desmin	2	Smooth muscle tumors
h-caldesmon	20	Lymphoproliferative tumors, synovial sarcoma
PICTheta	72-100	Rare smooth muscle tumors, rare peripheral nerve sheath tumors
DOG1	98	Melanoma, germ cell tumors, chondrosarcoma
WT1	98	Mesothelial tumors
Calretinin	95	Mesothelial tumors

Diagnosis work up

1. Radiology feature (ภาพที่ 4)^{6,12,13}

1.1 *Contrast enhanced CT* เป็น imaging ที่ดีที่สุดในการวินิจฉัย และประเมินระยะของโรค โดยลักษณะที่พบ typical จะเป็น well-defined heterogeneous mass with a peripheral enhancing border of variable thickness and central low attenuation ซึ่งเป็นผลจาก necrosis, hemorrhage or cystic change นอกจากนี้ CT ยังสามารถบอกได้ในกรณีที่มี metastasis of disease ได้

1.2 *MRI* มีความสามารถยังไม่เท่ากับ CT abdomen ลักษณะของ tumor ใน T1 จะเห็นเป็น low signal ส่วนใน T2 จะเป็น high signal และ enhance เมื่อได้ gadolinium



ภาพที่ 4 : (A) GIST arising from the small bowel (yellow arrow) is large and heterogeneous with central necrosis (pink arrow) (B) The large GIST arising from the stomach wall has ulcerated, and contain air and oral contrast

1.3 *Positron emission tomography scan (PET scan)*^{2,6} PET imaging ใช้ประเมิน metabolic rate ของ tumor โดยการ uptake ของ radiolabeled glucose imdecule (fluourodeoxy glucose FDG) มักใช้ในการประเมินคนไข้ก่อน และหลังการรักษาด้วยยา imatinib และมีบทบาทใน surgical planning ของ initial unresectable หรือ metastatic disease

ข้อเสียของ PET scan คือ

1. CT finding และ PET finding ไม่ correlate กันเสมอไป ใน hypervascular lesion อาจ negative PET scan ได้
2. ในกรณีที่ tumor ขนาดเล็ก PET scan อาจ negative ได้

1.4 *Angiography*^{11,12} ไม่สามารถบ่งบอก point of bleeding ได้ชัดเจน แต่มีประโยชน์ในกรณีที่ต้องการ stop bleed โดยใน GIST จะพบว่ามี increased arterial and venous branching pattern

2. *Esophagogastroscope (EGD)* สามารถใช้ได้ ในกรณีที่ GIST อยู่ บริเวณ stomach หรือ duodenum ลักษณะของ GIST พบมักเป็น submucosa lesion การทำ biopsy มักไม่ได้ adequest tissue

3. Endoscope ultrasonography (EUS) เป็นวิธีการตรวจที่มีความแม่นยำค่อนข้างมากสามารถแยก malignant จาก benign ได้ โดยถ้าเป็น benign ลักษณะของก้อนที่พบเป็น homogenous echo pattern ขอบเขตชัดเจน มีขนาดเล็ก ส่วน malignant จะมีขอบเขตไม่ชัดเจน ก้อนมีขนาดใหญ่ (>4 cm) และมี echogenic foci หรือมี cystic space ภายใน และอาจพบต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วย นอกจากนี้ สามารถใช้ในการวินิจฉัยโดยการทำ EUS-guided FNA เพื่อเอาชิ้นเนื้อ¹⁴

Differential diagnosis^{4,5}

Tumor ที่ต้องแยกจาก GIST มี

1. True smooth muscle tumor
 - Leiomyoma พบได้บ่อยกว่า GISTs มักพบในผู้ป่วยอายุน้อย และมักพบที่ colon การทำ immunohistochemical พบ KIT negative SMA และ Desmin positive
 - Glomus tumor พบได้น้อยใน GI tract จะ positive ของ SMA แต่ Desmin และ KIT negative
 - Leiomyosarcoma พบได้ rare จะ positive ของ SMA และ Desmin
2. Nerve sheath and melanocytic tumor กลุ่มนี้จะมี profile ของ immunohistochemical เป็น S100 positive ส่วน KIT negative
 - GI schwannoma
 - Metastatic melanoma
 - Primary GI clear cell sarcoma
3. Fibroblastic tumor
 - Desmoid
 - Inflammatory myofibroblastic tumor มี actin positive ส่วน KIT negative

- Inflammatory fibroid polyp จะมี CD34 positive ส่วน KIT negative
- Undifferentiated sarcoma KIT และ CD34 negative

Prognosis

Prognostic factors ที่สำคัญ มี

1. Location จากการศึกษามากมาย พบว่า intestinal GISTs มีความรุนแรงของโรคมากกว่า gastric GISTs
2. Size of tumor
3. Mitotic count per 50 high power field (HPF)

จาก prognostic factor ทั้ง 3 อย่างทำให้มีการ classify ความรุนแรง โดย Miettinen, et al เป็น 3 catgories คือ probably benign, uncertain or low malignant potential และ probably malignant (ตารางที่ 2)^{5,10}

ตารางที่ 2 Prognosis of GIST based on long-term F/U of observation of 1684 patients in Armed Forces Institute Studies prior to Imatinib⁵

Group	Tumor Parameters		Patients With Progressive Disease During Follow-Up and Characterization of Malignant Potential, %	
	Size, cm	Mitotic Rate per 50 HPFs	Gastric GISTs	Small Intestinal GISTs
1	≤2	≤5	0 Very low if any	0 Very low if any
2	>2 ≤5	≤5	1.9 Low	4.3 Low
3a	>5 ≤10	≤5	3.6 Low	24 Intermediate
3b	>10	≤5	12 Intermediate	52 High
4	≤2	>5	0 Low†	50 High†
5	>2 ≤5	>5	16 Intermediate	73 High
6a	>5 ≤10	>5	55 High	85 High
6b	>10	>5	86 High	90 High

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่า การมี mutation ที่ตำแหน่งต่างๆ ของ KIT มีผลต่อ prognosis ของโรคด้วย กล่าวคือ ถ้า KIT exon 11 มี mutation เป็นแบบ point mutation จะมี prognosis ที่ดีกว่า deletion mutation ส่วน mutation ที่ exon 9 ที่มักพบใน small bowel จะมี worse prognosis มากกว่า mutation ที่ตำแหน่งอื่น และการมี mutation ที่ exon 18 ของ PDGFRA ซึ่ง

มักพบใน gastric GISTs มี low malignant potential ดังนั้น จึงนำ mutational status มาเป็น predictive parameter อย่างหนึ่ง เมื่อใช้ในการวางแผนการรักษา (ตารางที่ 3)¹⁰

ตารางที่ 3 Relative risk parameters of an aggressive clinical behavior in GISTs including molecular data⁵

Parameters	Risk ↓	Risk ↑
Surgery	R0	R1, rupture
Location	Stomach	Small bowel, E-GIST
Size	≤5 cm	>5 cm
Mitotic count	≤5/ 50 HPFs	>5/50 HPFs
Mutated gene	<i>PDGFRα</i>	<i>KIT</i>
Mutational type (<i>KIT</i> exon 11)	Duplication	Deletion (esp. when including codons W557 and K558)

Treatment

1. **Surgical resection** เป็น curative treatment โดยการผ่าตัด ควรให้ free margin อย่างน้อย 1-2 ซม. จาก tumor และ การ follow up ไม่มี recommendation ที่ชัดเจน ในกรณี low risk group โดยทั่วไป follow up ด้วย CT scan ทุก 6 เดือน นาน 5 ปี ส่วนใน moderate-high risk group จะ follow up ด้วย CT scan ทุก 3-4 เดือน นาน 3 ปี จากนั้นทุก 6 เดือน นาน 5 ปี และ follow up ปีละครั้ง^{6,10}

2. **Systemic therapy** สำหรับ metastatic disease และ unresectable GISTs ยาที่เป็น first-line drug ที่ใช้ คือ Imatinib (Glivec) เป็น tyrosine kinase inhibitor จะออก action โดย bind กับ ATP-binding site ป้องกัน autophosphorylation ของ kit homodimer และ activation ของ cellular signaling cascade ขนาด dose ที่ใช้คือ 400 mg/day ผลการศึกษาพบว่ายา Imatinib มี response rate ร้อยละ 48-71 และสามารถ stabilization ได้ ถึงร้อยละ 70-85 และ median progression-free survival (PFS) ประมาณ 20-24 เดือน และ

จากการศึกษาโดย The North American Sarcoma Intergroup Study S0033 โดยใช้ imatinib mesylate ที่ dose 400 mg และ 800 mg และมีการ cross over dose เป็น 800 mg ในกรณีที่มี progression พบว่าการเพิ่ม dose จาก 400 mg เป็น 800 mg ทำให้มี partial response ได้ร้อยละ 7 และ stable disease ได้ร้อยละ 32^{2,6,8,10}

การให้ adjuvant treatment ด้วย imatinib (SSGXVIII, ACO 20G-29000 และ 29001) จะเพิ่ม event-free และ overall survival ใน case ที่เป็น intermediate หรือ high risk GISTs ส่วนการให้ neoadjuvant treatment สามารถ down-staging ของโรคได้ ทำให้ลด extensive surgical procedure และการเกิด tumor rupture และ hemorrhage ระหว่างผ่าตัด ในกลุ่ม advance GISTs คือ ให้ยา imatinib จนกระทั่งเกิดมี progression ของโรค มี intolerance หรือ คนใช้ปฏิเสธการรักษาต่อ^{2,6}

สำหรับ side effect ที่พบบ่อย ได้แก่ edema, nausea, vomiting, diarrhea, malaise และ fatigue ส่วน severe side effect ซึ่งพบได้น้อย ได้แก่ myelosuppression, Gastrointestinal หรือ Intratumoural hemorrhage และ elevated transaminases^{2,11}

การดื้อต่อยา Imatinib^{2,10}

มักเกิดจากการมี mutation ของ KIT or PDGFRA เช่น ถ้ามี PDGFRA mutation โดยเฉพาะ point mutation D842V ใน exon 18 อาจมี primary resistance การดื้อยามี 2 form คือ

1. Primary resistance คือ ภาวะที่เกิดความล้มเหลวหลังจาก stable disease แล้ว หรือ มีภาวะที่โรครุนแรงมากขึ้นภายใน 6 เดือนหลังเริ่มการรักษา
2. Secondary resistance คือ ภาวะที่มีการตอบสนองที่ดีตั้งแต่เริ่มการรักษา และมี stabilization ของโรค ต่อมาเกิดโรค progression ขึ้นใหม่

New tyrosine kinase ได้แก่ Sunitinib (Sutent) เป็นยาที่มี multitargeted tyrosine kinase inhibitor ของ KIT ซึ่งมี effective ใน GISTs ที่มี exon9 mutation ใช้ dose ขนาด 50 mg daily พบว่ามี partial response ร้อยละ 7 และทำให้ stable disease ร้อยละ 58 โดย FDA ได้รับรอง สามารถใช้ยาได้กรณีโรค progress มากขึ้น ขณะที่ได้รับยา imatinib หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยา imatinib ได้^{2,10}

Novel KIT multi-tyrosine kinase เช่น AMG706 และ AMN107 (nilotinib) mTOR inhibitors RAD001 (everolimus, the PKC inhibitor PKC412 และ vascular endothelial growth factor receptor inhibitor เช่น bvacizumab (Avastin) อยู่ใน clinical trial^{2,10}

Reference

1. Lin S, Rocker DC. Obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 2005;34:679-98.
2. Trent JC, Benjamin RS. New developments in gastrointestinal stromal tumor. *Curr Opin Oncol* 2006;18:386-95.
3. Greenson J. Gastrointestinal stromal tumors and other mesenchymal lesion of the gut. *Mod Pathol* 2003;16:366-75.
4. Rubin B.P. Gastrointestinal stromal tumors: an update. *Histopathology* 2006;48: 83-96.
5. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal Stromal Tumors Review on Morphology, Molecular pathology, Prognosis and Differential Diagonosis. *Arch Pathol Lab Med* 2006;130:1466-77.
6. Blay J-Y, Bonvalot, Casali H, Choi, Debiec, et al. Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumors. *Ann Oncol* 2005;16:566-78.
7. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumor-definition clinical, histological, immunohistochemical and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001;438:1-12.
8. Parfitt JR, Streutker CJ, Riddell RH, Driman DK. Gastrointestinal stromal tumors: A contemporary review. *Pathol Res Pract* 2006;202:837-47.

9. Miettinen M, Makhlof H, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors of jejunum and ileum. *Am J Surg Pathol* 2006;30:477-89.
10. Katherine F. Croom and Caroline M. Perry. Imatinib mesylate in the treatment of gastrointestinal stromal tumors. *Drugs* 2003;63:512-22.
11. Sullivan P.J, Harris A. C, Ho Munk P.L. The imaging features of gastrointestinal stromal tumors. *Eur J Radiol* 2006;60:431-8.
12. Wardelmann E, Buttner R, Merkelbach-Bruse S, Schildhaus HU. Mutation analysis of gastrointestinal stromal tumor: increasing significance for risk assessment and effective targeted therapy. *Virchows Arch* 2007;451:743-9.
13. King Michael D. The radiology of gastrointestinal stromal tumors. *Cancer imaging* 2005;5:150-6.
14. Egberts JH, Scharrer ML, Hinz S, Schafmayer C, Klomp HJ, Faendrich F, Tepel J. Small bowel cancer: single-centre result over a period of 12 year. *Hepatogastroenterology* 2007;54:129-34.



QUIZ...ตอบปัญหาชิงรางวัล

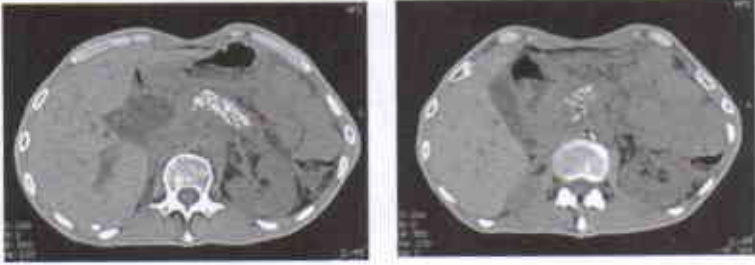
สวัสดิ์ค่ะ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน คำถามฉบับนี้เป็นครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นคำถามรอบสุดท้ายก่อนที่จะประกาศรายชื่อผู้ที่ได้รับรางวัลในฉบับหน้า ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายของปี อย่าลืมเขียนคำตอบลงในกระดาษคำตอบที่จัดให้ในเล่มหรือในกระดาษเปล่าได้ และส่งมาที่ “พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี หน่วยโรคทางเดินอาหารฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามมาธิบัติ ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400” และวงเล็บมุมของด้านล่าง “ตอบคำถาม QUIZ ครั้งที่ 5/2550” ภายในวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2550 สำหรับคำตอบของครั้งที่ 4 จะอยู่ถัดจากคำถามครั้งนี้

คำถาม ครั้งที่ 5/2550

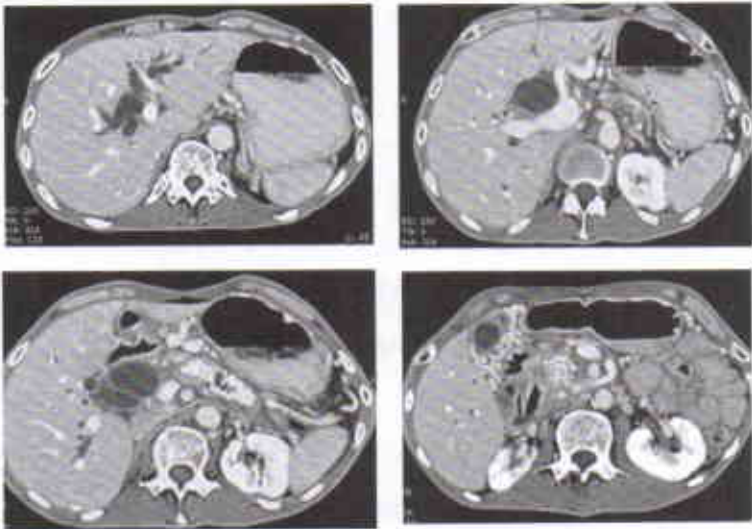
1. ผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี จุกแน่นท้องเป็นๆ หายๆ 6 เดือน หลังรับประทานอาหารปวดแน่นท้องมากขึ้น มีประวัติดื่มสุรา 1/2 แบน ต่อวัน 20 ปี (100 คะแนน)

จาก CT abdomen

- | | |
|---------------------------|----------|
| 1.1 จงบอกสิ่งผิดปกติที่พบ | 70 คะแนน |
| 1.2 จงให้การวินิจฉัย | 30 คะแนน |



Non-contrast CT scan



Contrast enhanced CT scan



Coronal reconstruction



2. ผู้ป่วยหญิง อายุ 43 ปี มาด้วยอาการปวดท้องบิบบๆ เป็นพักๆ 2 เดือน ตรวจร่างกาย abdomen: distended, hyperactive bowel sounds และ พบความผิดปกติ (ภาพที่ 2.1) Plain abdomen: small bowel obstruction Enteroscopy (ภาพที่ 2.2) พบ 2 well-defined masses in the lumen of the jejunum 4 cm from the duodenojejunal flexure causing partial obstruction



ภาพที่ 2.1



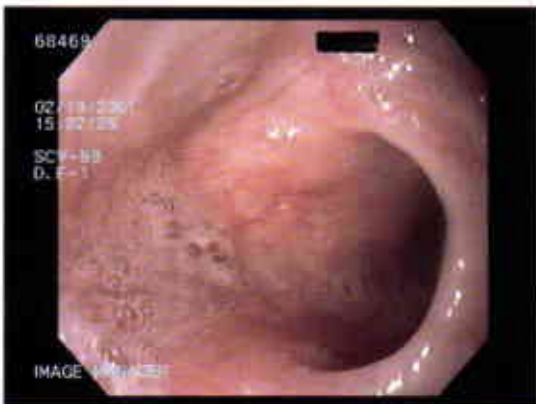
ภาพที่ 2.2

- 2.1 จงให้การวินิจฉัย 50 คะแนน
- 2.2 ภาวะนี้มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบไหน และมักเกิดจาก mutation ของ gene อะไร 50 คะแนน

3. ผู้ป่วยอายุ 68 ปี มาด้วยเหนื่อยเพลีย กลืนลำบาก 5 เดือน
 ตรวจร่างกายพบซีสต์ และความผิดปกติที่เล็บ (ภาพที่ 3.1) ส่งกล้อง
 EGD พบความผิดปกติที่ upper esophagus (ภาพที่ 3.2)



ภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.2

- | | |
|--|----------|
| 3.1 จงบอกสิ่งที่ตรวจพบ ภาพที่ 3.1 และ ภาพที่ 3.2 | 30 คะแนน |
| 3.2 จงบอกวินิจฉัย | 30 คะแนน |
| 3.3 จงบอกแนวทางการรักษา | 40 คะแนน |



กระดาษคำตอบ

ครั้งที่ 5/2550

กรรณาเขียนด้วยตัวบรรจง

1. นายแพทย์ แพทย์หญิง ชื่อ-สกุล

2. คุณวุฒิ

GI Fellow อายุรแพทย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร

แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

จังหวัด..... โทรศัพท์

4. ที่ทำงาน

..... โทรศัพท์..... โทรสาร

1. ผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี จุกแน่นท้องเป็นๆ หายๆ 6 เดือน หลังรับประทานอาหารปวดแน่นท้องมากขึ้น มีประวัติดื่มสุรา 1/2 แบนต่อวัน 20 ปี (100 คะแนน)

จาก CT abdomen

1.1 จงบอกสิ่งผิดปกติที่พบ (70 คะแนน)

.....

.....

.....

1.2 จงให้การวินิจฉัย (30 คะแนน)

.....

.....





2. ผู้ป่วยหญิง อายุ 43 ปี มาด้วยอาการปวดท้องบิบบิ เป็นพัก ๆ 2 เดือน
 ตรวจร่างกาย abdomen: distended, hyperactive bowel sounds และ
 พบความผิดปกติ (ภาพที่ 2.1) Plain abdomen: small bowel obstruction
 Enteroscopy (ภาพที่ 2.2) พบ 2 well-defined masses in the
 lumen of the jejunum 4 cm from the duodenojejunal flexure
 causing partial obstruction

2.1 จงให้การวินิจฉัย (50 คะแนน)

.....

2.2 ภาวะนี้ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบไหน และมักเกิดจาก mutation ของ
 gene อะไร (50 คะแนน)

.....

3. ผู้ป่วยอายุ 68 ปี มาด้วยเหนื่อยเพลีย กลืนลำบาก 5 เดือน ตรวจ
 ร่างกายพบซีด และความผิดปกติที่เล็บ (ภาพที่ 3.1) ส่งกล้อง EGD
 พบความผิดปกติที่ upper esophagus (ภาพที่ 3.2)

3.1 จงบอกสิ่งที่ตรวจพบ ภาพที่ 3.1 และภาพที่ 3.2 (30 คะแนน)

.....

3.2 จงบอกวินิจฉัย (30 คะแนน)

.....

3.3 จงบอกแนวทางการรักษา (40 คะแนน)

.....

เฉลยคำตอบ

QUIZ...ครั้งที่ 4/2550

1. ผู้ป่วยหญิงอายุ 68 ปี มาด้วยอาการแน่นท้อง น้ำหนักลด ตาเหลือง
คันตามตัวมา 2 เดือน ทำ Ultrasound upper abdomen และ endoscopy
(side view) ได้ผลดังภาพ (40 คะแนน)

1.1 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบจาก Ultrasound upper abdomen
20 คะแนน

- Dilated common bile duct to the level of the ampulla of Vater
- Nonshadowing intraluminal mass (arrow)

1.2 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบจาก endoscopy (side view) 10 คะแนน

- Mass of the Ampulla of Vater

1.3 จงให้การวินิจฉัย 10 คะแนน

- Carcinoma of the Ampulla of Vater

(Ref. www.brighamrad.harvard.edu/.../hcache/43/full.html
www.emedicine.com/asp/image_search.asp?query=...)

2. จากภาพ CT abdomen

2.1 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบ 20 คะแนน

- Multiple air containing tubular branching structures (arrows)
located in both the right and left liver lobe.

2.2 บอกวินิจฉัย 10 คะแนน

- Air in the portal venous system

Ref. MJA 2006; 184 (6): 291

3. จาก skin lesion ที่พบ

3.1 จงให้การวินิจฉัย 10 คะแนน

- Mixed cryoglobulinemia (Meltzer-Franklin syndrome)

3.2 จงบอกโรกระบบทางเดินอาหารที่พบร่วมกับ lesion นี้มากที่สุด
และควรส่งตรวจอะไรเพิ่มเติม 20 คะแนน

- พบร่วมกับ HCV infection 10 คะแนน
- ส่งตรวจ Anti-HCV 10 คะแนน

Ref. www.bio.davidson.edu/.../term_paper_MC.htm

คุณถาม-เราตอบ

สวัสดิ์ค๊ะ สมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน คอลัมน์ “คุณถาม-เราตอบ” ที่ทางทีมงานได้จัดทำขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกท่านได้ส่งคำถามที่สงสัยหรือนำสนใจตลอดจนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินอาหาร ท่านสามารถส่งคำถามมาทางไปรษณีย์บัตรหรือจดหมายมาที่ คอลัมน์ “คุณถาม-เราตอบ” หน่วยโรคทางเดินอาหารฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 กทม. 10400 ทางทีมงานจะช่วยกันตอบปัญหาหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำตอบแก่ทุกท่าน และคัดเลือกคำถามที่น่าสนใจลงในคอลัมน์ “คุณถาม-เราตอบ” ของจุลสารสมาคมในฉบับต่อไป

คำถาม

อยากทราบว่า แนวทางในการ follow up EGD ผู้ป่วย Barrett's esophagus

คำตอบ

แนวทางในการตรวจ EGD surveillance ผู้ป่วย Barrett's esophagus จาก guidelines ต่างๆ สรุปดังนี้

- All GI societies recommend surveillance for all patients with and without dysplasia
- Short and long segment should be treated the same
- Patients with BE should still be surveyed after antianti-reflux surgery

- Four-quadrant biopsies every 2 cm protocol
- Dysplasia determines surveillance strategy

No Dysplasia

- ASGE-repeat at 1 year to confirm no dysplasia, then q 3-5 years
- ACG-repeat endoscopy to confirm no dysplasia, then q 3 years
- AGA-repeat at 1 year to confirm no dysplasia, then q 5 years

Low Grade Dysplasia

- ASGE-yearly endoscopy and biopsy
- ACG-repeat endoscopy yearly until no dysplasia
- AGA-If 2 pathologists concur, then yearly; If disagreement, then surveillance q 3 years

High Grade Dysplasia

- All-confirm histology, repeat endoscopy to exclude cancer
- ASGE-consider ablative therapy, esophagectomy or intensive surveillance q 3 months, depending on individual situation
- ACG-if focal (<5 glands in biopsy), every 3months; if multifocal, then ablation or surgery
- AGA-consider patient status, expertise of surgeons and gastro enterologists, focality of dysplasia, consider intensive surveillance, ablation or esophagectomy

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

หน่วยโรคทางเดินอาหารฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

Reference

1. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, Davila RE, Egan J, Leighton JA, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli R, Wheeler-Harbaugh J, Baron TH, Faigel DO, Standards of Practice Committee, American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2006;63(4):570-80.
2. Sampliner RE. Practice guidelines. Updated Guidelines for the Diagnosis, Surveillance and Therapy of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol* 2002;97(8):1888-95.
3. Sharma P, McQuaid K, Dent J, Fennerty MB, Sampliner R, Spechler S, Cameron A, Corley D, Falk G, Goldblum J, Hunter J, Jankowski J, Lundell L, Reid B, Shaheen NJ, Sonnenberg A, Wang K, Weinstein W, AGA Chicago Workshop. A critical review of the diagnosis and management of Barrett's esophagus: the AGA Chicago Workshop. *Gastroenterology* 2004;127(1):310-30.

คำถาม

ในการทำ EGD ด้วย indication ต่างๆ บ่อยครั้งที่พบ gastric polyps จะมีวิธีการ approach อย่างไร

คำตอบ

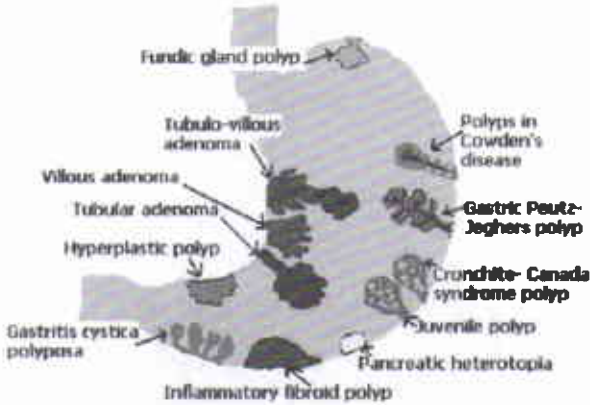
โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มี gastric polyps มักไม่ค่อยมีอาการ ส่วนใหญ่พบเป็น incidental finding ขณะทำ EGD อาการและอาการแสดงที่เกิดจาก gastric polyps ได้แก่ GI bleeding, chronic blood loss, obstruction (rare) แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ แต่ก็มีความสำคัญเพราะ gastric polyps อาจจะเป็นได้ทั้ง benign หรือมี malignant potential

Gastric polyps แบ่งเป็นหลายชนิด ได้แก่

- Hyperplastic polyps
- Adenomatous polyps
- Fundic gland polyps
- Inflammatory fibroid polyps

- Juvenile polyps
- Familial polyposis syndromes
- Peutz-Jeghers syndrome

BENIGN TUMOURS AND TUMOUR-LIKE LESIONS OF STOMACH



www.histopathology-india.net/GaPolyp.htm

Hyperplastic polyps พบบ่อยที่สุด พบได้ทุกตำแหน่งในกระเพาะ ส่วนใหญ่พบที่ antrum ลักษณะ small, dome-shaped หรือ stalked polyps ขนาดเฉลี่ย 1.0 ซม. (0.1-12 ซม.) พบได้ทั้ง single หรือ multiple polyps หรือพบร่วมกับ atrophic gastritis และใน Ménétrier disease อาจพบ multiple hyperplastic polyps ได้ histology ของ hyperplastic polyp มีลักษณะ submucosal edema และ foveolar hyperplasia โดยทั่วไป polyp ชนิดนี้มักไม่กลายเป็น malignancy กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะกลายเป็น dysplasia หรือ carcinoma ได้แก่ polyp ขนาดมากกว่า 2 ซม. หรือเป็น multiple hyperplastic polyps

Adenomatous polyps (tubular, tubulovillous, villous) ลักษณะเป็น flat หรือ polypoid ขนาดแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เกิดที่ antrum มักจะพบใน chronic

gastritis polyp ชนิดนี้มีโอกาสเกิด adenocarcinoma ของกระเพาะ โดย เฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีขนาดมากกว่า 2 ซม. และเป็น villous adenoma ดังนั้น แนะนำให้ทำ polypectomy แต่ถ้ามี invasive carcinoma หรือเป็น multiple adenomas อาจต้องทำ subtotal gastrectomy และ surveillance endoscopy ทุก 3-5 ปี (ASGE 2006)

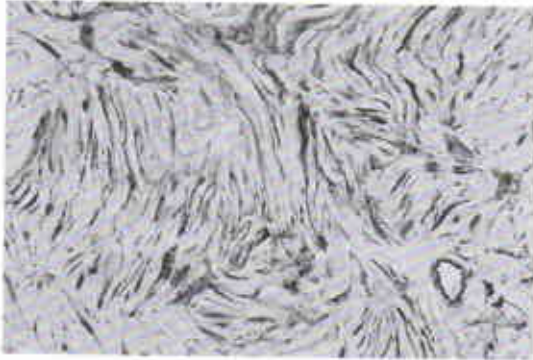
Fundic gland polyps เป็น microcysts ที่ผนัง lined ด้วย fundic-type parietal cells และ chief cells มักพบที่ fundus และ body โดยทั่วไป ประโยชน์ของการทำ surveillance EGD ยังไม่แน่ชัด ส่วนใหญ่จะแนะนำให้ ทำซ้ำ 1-3 ปี เพื่อหา dysplasia หรือ cancer แต่ถ้าเป็น high grade dysplasia แนะนำให้ทำ polypectomy หรือ partial gastrectomy



EGD: fundic gland polyposis

Fundic gland polyposis อาจพบร่วมกับ congenital conditions เช่น familial adenomatous polyposis, attenuated familial adenomatous polyposis syndromes, Peutz-Jeghers syndrome, Cowden's syndrome และ juvenile polyposis หรือ acquired causes เช่น chronic use of proton pump inhibitors, Zollinger-Ellison syndrome และ atrophic gastritis สำหรับ risk ของการเป็น malignancy ใน congenital conditions มากกว่า acquired โดยทั่วไปถ้าพบ fundic gland polyposis แนะนำให้ทำ colonoscopy ถ้าพบ colonic polyps ควร ตรวจหา genetic testing และตรวจคนในครอบครัว

Inflammatory fibroid polyps เป็น benign spindle cell tumors มี eosinophils infiltration โดยไม่เกี่ยวกับภาวะ systemic allergic reaction หรือ eosinophilia โดยทั่วไปมักจะ excision ออกเนื่องจาก polyps ชนิดนี้มีแนวโน้มจะโตเร็วและทำให้เกิด obstruction ได้



Inflammatory fibroid polyp shows CD34-positivity in the spindle cells in lamellar arrangement (www.nature.com/.../n10/fig_tab/3880210f6.html)

Polyposis syndromes ที่พบ polyps ในกระเพาะอาหาร ได้แก่ familial adenomatous polyposis (FAP), Gardner syndrome, juvenile polyposis syndrome (JPS), Peutz-Jeghers และ Cronkhite-Canada syndromes

Adenomatous polyposis ในกระเพาะอาหารพบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย FAP และ Gardner syndrome มักจะพบ polyps หลายอัน ผู้ป่วย FAP ควรได้รับการตรวจ regular surveillance endoscopy ทั้ง end-viewing และ side-viewing endoscopes ตั้งแต่เมื่อทำ colectomy หรืออายุมากกว่า 30 ปี อาจทำซ้ำ 3-4 เดือนจนกว่าจะเขาออกหมด หลังจากนั้นควรทำ routine surveillance endoscopy ไปตลอด

ใน Gardner syndrome อาจจะพบ adenomatous polyps ใน duodenum ด้วย adenomatous polyps ที่พบควรจะต้องออก และทำ EGD ซ้ำทุก 6 เดือน

ถึง 5 ปี Stage classification (0-IV) of duodenal polyposis (Cruz-Correa, 2003)
(ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 Modified Spigelman's Score and Classification (Lancet 1989;2: 783-785)

Factor	1 Point	2 Points	3 Points
No. of polyps	1-4	5-20	> 20
Polyp size, mm	1-4	5-10	> 10
Histology	tubulous	Tubulovillous	Villous
Dysplasia	Low grade	-	High grade

NOTE. Classification: no polyp, stage 0; 1 to 4 points, stage I; 5 to 6 points, stage II; 7 to 8 points, stage III; 9 to 12 points, stage IV.

ตารางที่ 2 surveillance endoscopy ของ duodenal polyps

Spigelman classification	Endoscopic frequency
Stage 0	5 years
Stage I	5 years
Stage III	1 years
Stage II	3 years
Stage IV	6 months

JPS และ Cronkhite-Canada syndrome มักไม่ค่อยทำให้เกิด gastric cancer สำหรับ Peutz-Jeghers syndrome อาจพบ gastric hamartomatous polyps ได้แม้ว่าจะพบใน small bowel บ่อยกว่า ซึ่ง polyps อาจจะทำให้เกิด bleeding หรือ obstruction ที่ antrum และสามารถกลายเป็น gastric cancer ได้ (พบ nongastrointestinal cancers บ่อยกว่า) ดังนั้น ควรจะ remove ออก

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

หน่วยโรคทางเดินอาหารฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์

Reference

1. Morais DJ, Yamanaka A, Zeitune JM, Andreollo NA. Gastric polyps: a retrospective analysis of 26,000 digestive endoscopies. *Arq Gastroenterol* 2007;44(1):14-7.
2. Dirschmid K, Platz-Baudin C, Stolte M: Why is the hyperplastic polyp a marker for the precancerous condition of the gastric mucosa? *Virchows Arch* 2006; 448(1):80-4.
3. Daibo, M, Hirota, T. Malignant transformation of gastric hyperplastic polyps. *Am J Gastroenterol* 1987;82:1916.
4. Declich P, Tavani E, Ferrara A, Caruso S, Bellone S. Sporadic fundic gland polyps: clinico-pathologic features and associated diseases. *Pol J Pathol.* 2005;56(3): 131-7.
5. Burt RW. Gastric fundic gland polyps. *Gastroenterology* 2003;125(5):1462-9.
6. Sebastian S, Qasim A, McLoughlin R, O'Morain CA, O'Connor HJ. Fundic gland polyps: not so trivial entity and worth evaluation. *Gastroenterology* 2004;126(5): 1497-8.
7. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, Davila RE, Egan J, Leighton JA, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli R, Wheeler-Harbaugh J, Baron TH, Faigel DO, Standards of Practice Committee, American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2006;63(4):570-80.
8. Cruz-Correa M, Giardiello FM. Familial adenomatous polyposis. *Gastrointestinal Endoscopy* 2003;58(6):885-94.



ร่างปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2551

เดือน	กิจกรรม	สถานที่
12-13 มกราคม 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน ค่อยชด	อยุธยา
8 กุมภาพันธ์ 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
7 มีนาคม 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และเฟลโลว์ชิปปีที่ 2 เสนอผลงานวิจัย ก่อนสอบ	รพ.วิชัยยุทธ
เมษายน 2551	งด เนื่องจากหยุดวันสงกรานต์และประชุม วิชาการประจำปีราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย	
พฤษภาคม 2551	งด เนื่องจากคณะกรรมการหลายท่าน เดินทางไปร่วมประชุมวิชาการ AGA ที่สหรัฐอเมริกา	
2-4 มิถุนายน 2551	สอบเฟลโลว์ชิปประจำปี 2551	รพ. พระมงกุฎเกล้า และรพ.ศิริราช
13 มิถุนายน 2551	ประกาศผลสอบ และประชุม คณะกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
10-12 กรกฎาคม 2551	ประชุมวิชาการกลางปี 2551	ฮิลตัน หัวหิน
8 สิงหาคม 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference ร่วมกับ การประชุมวิชาการประจำปีของ รพ.วิชัยยุทธ	รพ.วิชัยยุทธ
12 กันยายน 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
10 ตุลาคม 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
14 พฤศจิกายน 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
ธันวาคม 2551	ประชุมวิชาการประจำปี 2551	รร เดอะทวินทาวเวอร์

กำหนดการประชุมวิชาการต่างประเทศ

23-26 มีนาคม 2551	APASL 2008	Seoul, Korea
17-22 พฤษภาคม 2551	AGA 2008	San Diego, USA
13-16 กันยายน 2551	APDW 2008	New Delhi, India
18-22 ตุลาคม 2551	UEGW 2008	Vienna, Austria

From: "Anthony Axon" <Anthony.Axon@leedsth.nhs.uk>
To: - <racpm@mahidol.ac.th>
Sent: 4 ธันวาคม 2550 19:19
Subject: Thank you

Dear Chutima

I am writing to thank you most sincerely for inviting me to Pattaya. It was a great pleasure to meet you and have the opportunity of contributing to your meeting, indeed it was a great honour for me and I will look back on it with both pride and pleasure.

I thank you and your colleagues for your kindness and generosity and for the hospitality that you provided for my wife and I. I thoroughly enjoyed the period of time that I spent in Thailand and the rest and relaxation that we were able to enjoy after the meeting has set me up for a winter of hard work back in England!


You must be very proud of your society and the colleagues that you have. It was clear that they are great friends with one another as well as excellent scientists and conscientious doctors. It has altogether been a great privilege for me to attend your meeting and I look forward to seeing you in the future perhaps in London at the World Congress in 2009.

With very best wishes

Yours sincerely

Tony

Professor ATR Axon
Professor of Gastroenterology
Department of Gastroenterology
Room 231 Clarendon Wing
The General Infirmary at Leeds
Great George Street
Leeds, LS1 3EX
United Kingdom
Tel+44 113 392 2125
Fax+44 113 392 6968
Email: anthony.axon@leedsth.nhs.uk



ตยกม ม.ก.

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี
ประธานบรรณาธิการจุลสารสมาคมฯ

สวัสดีค่ะ สมาชิกและท่านผู้อ่านทุกท่าน

เนื่องในโอกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษา 80 พรรษา ในวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ที่จะถึงนี้ นับเป็นมหามงคลสมัยพิเศษยิ่งที่ประชาชนชาวไทยจะได้ร่วมงานเฉลิมฉลองครั้งยิ่งใหญ่ในปีนี้ สำหรับความหมายของตราสัญลักษณ์ในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา รวบรวมไว้ในปกหลังในของจุลสารค่ะ

การประชุมวิชาการปลายปีของสมาคมฯ ที่จัดร่วมกับสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ในวันที่ 22-25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ที่โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี ที่ผ่านมานับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งแพทย์ไทยและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ภาพเก็บตกจากบรรยากาศของการประชุมฯ สามารถติดตามได้ใน GAT NEWS ฉบับหน้าค่ะ และสำหรับกิจกรรมต่างๆ ของสมาคมฯ ที่จะจัดขึ้นในปีหน้า ได้รวบรวมใน “ร่างปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2551” เพื่อให้สมาชิกทุกท่านได้เตรียมตัวล่วงหน้าเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ สำหรับงานประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมฯ ของปีหน้า จะจัดช่วงกรกฎาคม พ.ศ. 2551 ที่โรงแรมฮิลตัน หัวหิน

QUIZ... ตอบปัญหาชิงรางวัล เป็นฉบับสุดท้าย ก่อนจะประกาศรายชื่อบุคคลที่ได้รับรางวัลในฉบับหน้า อย่าลืมนำบัตรคำตอบมาส่งสำหรับ “คุณถามเราตอบ” ได้สรุปแนวทางการตรวจ EGD surveillance ผู้ป่วย Barrett's esophagus จาก guidelines ต่างๆ และการ approach to gastric polyps และยังนำเสนอใจอีกเช่นเคย สำหรับ interesting cases ทั้ง 2 cases ในจุลสารฉบับนี้

งานพระราชทานเพลิงศพ อาจารย์เกรียงไกร อัครวงศ์ เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ณ วัดมกุฏกษัตริยารามที่ผ่านมา หลายท่านคงมีโอกาสไปร่วมพิธีไว้อาลัยเป็นครั้งสุดท้าย แม้ร่างของอาจารย์จะจากไป แต่สิ่งที่ยังอยู่ในใจของเราทุกคนไม่มีวันลืมนั่นคือ คุณงามความดี ...การเป็นแบบอย่างที่ดีของหัวหน้าครอบครัว ความเป็นเพื่อนที่ดี ความเป็นครูที่ดี การเป็นแพทย์ที่ดี... และความเสียสละทุ่มเทร่างกาย แรงใจ ช่วยเหลือสมาคมฯ มาตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต

“พสกสกผกาสร อิกกฎุขรอันปลดปลง
โททนเสน่งคง สำคัญหมายในกายมี
นรชาติทีวางวาย มลายสิ้นทั้งอินทรีย์
สถิตยทั้วแต่ชาติ ประดับไว้ในโลกา”

สุดท้ายนี้ อย่าลืมนำบัตรเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 23 ธันวาคมนี้ พบกันใหม่ในจุลสารฉบับหน้าค่ะ

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี
รองเลขาธิการสมาคมฯ
t_panida2001@yahoo.com

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ "สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย"

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ-สกุล
First Name/Last Name.....
ตำแหน่งทางวิชาการ.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
คุณวุฒิ.....

2. ทานปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร
[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน [] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

4. ที่ทำงาน.....
..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.).....

2.).....

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ 2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ตึกคณะ طب ชั้น 1 สาขา
วิชาโรกระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร 0 2419
7283 ต่อ 104 โทรสาร 0 2412 0586

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ
แล้วเท่านั้น พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นเงิน 1,000.00
บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=) ซึ่งข้าพเจ้า ได้ชำระเป็น [] เงินสด [] เช็คธนาคาร.....

สาขา..... เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)



ตราสัญลักษณ์ ในวโรกาส เฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา



(ผลงานออกแบบของนาย สุเมธ ทุมทอง)

องค์ประกอบของตราสัญลักษณ์ ประกอบด้วย

1. พระราชสัญลักษณ์ รัชกาลที่ 9 ซึ่งแทนองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
2. พระมหาพิชัยมงกุฎ อยู่ด้านบน โดยด้านหลังเป็นพระนพปฎลมหาเศวตฉัตร รวมทั้งพระเศวตฉัตร 7 ชั้นขนาดคู่ทั้ง 2 ด้าน ที่แสดงถึงเครื่องประกอบพระบรมราชอิสริยยศของพระมหากษัตริย์
3. เลขไทย ๘๐ เพชร 80 เม็ด อันเป็นปีที่เฉลิมพระชนมพรรษาครบ 80 พรรษา
4. แพรแถบสีชมพู ที่บอกชื่อตราสัญลักษณ์พระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ซึ่งการใช้สีชมพู เพราะเป็นสีที่ตรงกับหลักโหราศาสตร์ ทักษายาการณ์ ซึ่งถือเป็นสีที่เป็นอายุของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงพระราชสมภพ ในวันจันทร์ โดยเลือกใช้สีชมพูอ่อนเพื่อให้พื้นสีของตราพระราชสัญลักษณ์โดดเด่น
5. พระที่นั่งอัฐทิศอุทุมพรราชอาสน์ เป็นพระที่นั่งที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จประทับในพระราชพิธีพระบรมราชาภิเษก และให้พระบรมวงศานุวงศ์ ข้าราชการ-บริพารถวายพระพรที่รัฐสภา ในการนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชวินิจฉัยให้เขียนดอกพิกุล จำนวน 9 ดอกบริเวณแท่นแปดเหลี่ยมรองรับพระที่นั่ง