



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

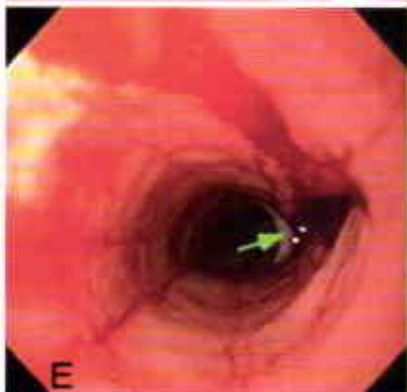
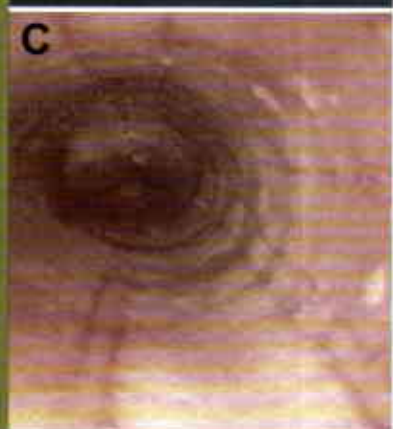
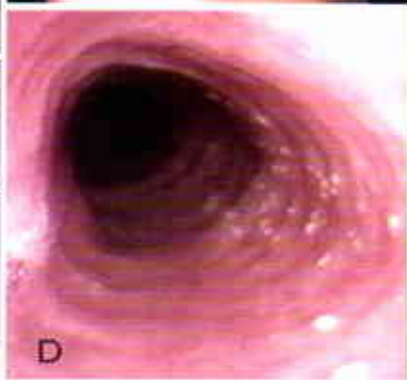
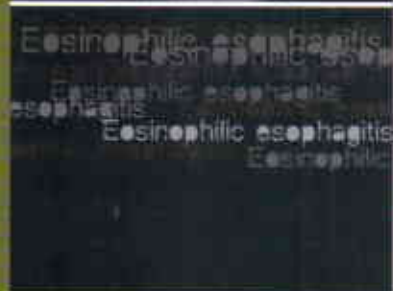
จดสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 16 ฉบับที่ 79 ประจำเดือน กันยายน-ตุลาคม 2551



- ผู้ป่วยชาย อายุ 38 ปี อาเจียนมาก 3 สัปดาห์ก่อน
- Acute Gastrointestinal Graft-Versus- Host Disease
- Eosinophilic Esophagitis
- GAT News: ความสำเร็จของสมาคมฯ ในทอมส์ bid APDW 2012 และโปรแกรมประชุมวิชาการ 4 สัปดาห์ต่อมา
- Hints from the Pamphlet: Definition of Eosinophilic GI Disorders



Eosinophilic esophagitis



<http://www.gastrothai.com>

ISSN 0857-6351

จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 16 ฉบับที่ 79 ประจำเดือน กันยายน-ตุลาคม 2551

คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. พญ.ชุตติมา 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 สุทธิวงษา | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 11. พญ.บุปผา พรธิสาร | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.สิทธิ์ พงษ์กิจกาคุณ | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.นรินทร์ อจลนันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.โอฬาร วิวัฒน์ช่าง | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 16 ฉบับที่ 79 ประจำเดือน กันยายน-ตุลาคม 2551

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 6/2551	4
Interhospital GI conference I ผู้ป่วยชายอายุ 38 ปี อาเจียนมาก 3 สัปดาห์ก่อนมา	12
Topic review: Acute Gastrointestinal Graft-Versus- Host Disease	30
Topic review: Eosinophilic Esophagitis	52
GAT News: ความสำเร็จของสมาคมฯ ในการ bid APDW 2012 และโปรแกรมการประชุมวิชาการ 4 สมาคมร่วมฯ	70
คุยกับ บ.ก.	74
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ.....	76

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพรสถนขรรฆกูร | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 4. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.สมชาย สีสากุศลวงศ์ | 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 | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. พอ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 14. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโคสโคปี |
| 17. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมธิลิตี้
แห่งประเทศไทย |

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 18. พญ. โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ. บัญชา โอวาทพารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |
| 20. พอ. นพ. อรุณจิต จุฑะพุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับ |
| | แห่งประเทศไทย |
| 21. นพ. ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและ |
| | ทางเดินน้ำดี |
| 22. พญ. เฉลียว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 23. นท. นพ. ชินวัตร สุทธิวงษา | กรรมการกลาง |
| 24. นพ. ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 25. พญ. นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 26. นพ. นรินทร์ อจละนันท์ | กรรมการกลาง |
| 27. พญ. นุปผา พรธิตสาร | กรรมการกลาง |
| 28. นพ. ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ | กรรมการกลาง |
| 29. นพ. พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 30. นพ. ราวิน ไชน์ | กรรมการกลาง |
| 31. นพ. รัชสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 32. นอ. นพ. วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 33. นพ. สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 34. นพ. สมบัติ ตวีประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 35. พญ. อาภัสณี โสภณสฤกษ์สุข | กรรมการกลาง |
| 36. พญ. กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 37. นพ. เต็มชัย ไชยวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 38. นพ. นุสนธิ์ กัลดเจริญ | ที่ปรึกษา |
| 39. นพ. พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 40. นพ. พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 41. พญ. บุชบา วิวัฒน์เวคิน | ที่ปรึกษา |

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 42. นพ.มานิต สีโทขวลิต | 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.สวัสต์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 50. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สิน อนุราษฎร์ | 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 |

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 6/2551

วันศุกร์ที่ 10 ตุลาคม 2551 เวลา 10.00-12.00 น.

ห้องประชุมวิชาการ ชั้น 22 อาคารศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพรสถนทรางกูร | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 4. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 5. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 6. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการและ
การศึกษาต่อเนื่อง |
| 7. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 8. พอ.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศและ
การสื่อสาร |
| 9. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์ |
| 10. นพ.บัญชา โอวาทฟารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |
| 11. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 12. พญ.ณาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 13. พญ.บุษผา พรธินสาร | กรรมการกลาง |
| 14. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 16. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 17. พญ.วิณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |

18. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์
19. พล.ต.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ
20. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา

ที่ปรึกษา
ที่ปรึกษา
ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 2. นพ.สมชาย ลีลากุลศลงค์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 3. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 4. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 5. พญ.วัฒนา สุขีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 6. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 7. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 8. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมธิลดีแห่งประเทศไทย |
| 9. พญ.โฉมศรี ไชยิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 10. พล.ต.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย |
| 11. นพ.ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและ
ทางเดินน้ำดี |
| 12. พญ.เฉลียว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 13. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กรรมการกลาง |
| 14. นพ.นรินทร์ อจละนันท์ | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศรี | กรรมการกลาง |
| 16. นพ.ราวิน ไชนี้ | กรรมการกลาง |
| 17. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 18. นอ.นพ.วิญญู จันทร์สุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 19. นพ.สมบัติ ตวีประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 20. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤษฏ์สุข | กรรมการกลาง |

21. พญ.กวรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
22. นพ.เติมชัย ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
23. นพ.นุสนธิ์ กัลลัดเจริญ	ที่ปรึกษา
24. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
25. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	ที่ปรึกษา
26. นพ.มานิต ลีโทชวลิต	ที่ปรึกษา
27. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	ที่ปรึกษา
28. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
29. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐฐ์	ที่ปรึกษา
30. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
31. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
32. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
33. นพ.สิน อนุราชฎ์	ที่ปรึกษา
34. นพ.สุริยะ จักกะพาก	ที่ปรึกษา
35. นพ.สุชา คุระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.20 น. โดยมี พญ.ชุตติมา ประมุขลินทร์พย์ เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

พญ.ชุตติมา ประมุขลินทร์พย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สืบเนื่องจากตามที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็น Steering Committee ของ APDW จึงได้ขอลาออกและเสนอให้ นพ.อุดม คชินทร เป็น Steering Committee ค.ศ. 2009-2012 เพื่อสะดวกในการดำเนินการด้านต่างๆ

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

2. ได้รับจดหมายแจ้งจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อขอซื้อหรือเช่าสำนักงานของสมาคม ณ ซอยศูนย์วิจัย

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาแล้วมีมติให้ขายในราคา 3.5 ล้านบาท และทั้งนี้มอบหมายให้ นพ.อุดม คชินทร เป็นผู้ดำเนินการประสานงานกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ในการซื้อหรือเช่าต่อไป

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2551

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2551 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 สรุปการจัดเตรียมประชุมวิชาการร่วมกับ 4 สมาคม ประจำปี 2551 นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. มีบริษัทของ principle sponsor ทั้งหมด 6 บริษัท โดยแบ่งเป็น สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ จำนวน 2 symposium, สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) จำนวน 2 symposium, สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร (ไทย) จำนวน 1 symposium และ สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) จำนวน 1 symposium
2. ขณะนี้มีบริษัทของสปู้อเต็มหมดแล้ว
3. ทางสมาคมได้ติดต่อโรงแรมแกรนด์ทาวเวอร์อินน์ ซึ่งอยู่ห่างจากที่ประชุมประมาณ 15 นาที
4. และเนื่องจาก นพ.พิศาล ไม้เรียง ติดภารกิจไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ดังนั้นจึงขอส่งร่างโปรแกรมการประชุมมายังคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ซึ่งร่างโปรแกรมห่วงกล่าวสามารถแก้ไขและปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม
5. สำหรับงานเลี้ยงสังสรรค์นั้น ขอปรึกษาในที่ประชุมด้วยว่าจะจัดงานเลี้ยงสังสรรค์หรือไม่

ที่ประชุมมีมติไม่จัดงานเลี้ยงสังสรรค์

พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า จะจัดงานเลี้ยงขอบคุณกรรมการและผู้แทนบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์โดยใช้ทุนส่วนตัว ในวันศุกร์ที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 สำหรับเวลาและสถานที่ที่จะแจ้งให้ทราบต่อไป

3.2 การเสนอตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม Asian Pacific Digestive Week (APDW) 2012

นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่สมาคมเสนอตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม Asian Pacific Digestive Week (APDW) 2012 และผลการตัดสินใจของ Steering Committee เมื่อวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมอโศก ประเทศอินเดีย นั้น ที่ประชุมมีมติให้ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม APDW 2012 และทั้งนี้ขอขอบคุณคณะกรรมการดำเนินการ Bid ทุกท่าน, แพทย์ที่เดินทางไปร่วมประชุมทุกท่าน, สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (สสปน.) และบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สนับสนุนแพทย์ไทยเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ และสำหรับการเซ็นสัญญาการจัดเตรียมประชุมนั้น คาดว่าน่าจะประมาณต้นเดือนมกราคม 2552 และรายได้ทั้งหมดหลังหักค่าใช้จ่ายแล้ว จะแบ่ง 50:50

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 4 การดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

4.1 นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับสรุปกระแสเงินสดรับ-จ่ายของแต่ละฝ่าย ตามเอกสารประกอบการประชุม หมายเลข 1 และสรุปรายจ่ายของแต่ละฝ่ายเดือนเมษายน-มิถุนายน 2551 ตามเอกสารประกอบการประชุม 2

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.2 นพ.บัญชา โฉวาทพิารพร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าชมรม

ลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่จะจัดประชุมวิชาการ 4th Enterocolonic Day “Malabsorption syndrome & Colitis other than IBD” ระหว่างวันที่ 16-18 มกราคม พ.ศ. 2552 ณ เกาะช้าง แกรนด์ ลาгуน่า จ.ตราด

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.3 นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะจะทำการ revise guideline dyspepsia โดยจะมีการจัดการประชุมระดับความเห็นแพทย์ในแต่ละภาครวม 4 ครั้ง หลังจากนั้นจึงจะจัดการประชุมใหญ่เพื่อจัดทำ Thailand Consensus for the Management of Dyspepsia 2008 ครั้งต่อไปจะจัดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างวันที่ 14-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมริมปาว จ.กาฬสินธุ์ และจะจัดที่ภาคเหนือระหว่างวันที่ 19-20 ธันวาคม พ.ศ. 2551 ณ จ.เชียงใหม่

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.4 พล.ต.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าชมรมโมริลิตีได้ดำเนินการจัดประชุมวิชาการเมื่อวันที่ 4-5 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมดุสิต ริสอร์ท หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ และประมาณสิ้นปี 2551 ทางชมรมโมริลิตีจะเปลี่ยนเป็นสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) โดยมี นพ.สิน อนุราษฎร์ เป็นนายกสมาคมคนแรก

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.5 พอ. นพ. วานิช ปิยนันต์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ website ของสมาคม ได้รับการปรับปรุงและดูแลอย่างดีจาก นพ.อุดม คชินทร ในส่วนของคำถามนั้น ยังมีไม่มากนัก จึงยังไม่เบิกค่าตอบแทนให้แก่ผู้ตอบคำถาม

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.6 พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสืบเนื่องที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ที่ประชุมมีนโยบายที่จะจัดทำหนังสือวารสารสมาคม โดยจะให้ทำร่วมกับหนังสือวารสารของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จะใช้ชื่อว่า Thai Journal of Gastroenterology ดังนั้นจึงได้ไปปรึกษากับคณะกรรมการสมาคมโรคตับฯ เกี่ยวกับชื่อหนังสือดังกล่าว ที่ประชุมมีมติให้ใช้ชื่อเดิม และแต่งตั้งให้นพ.ปิยะวัฒน์ โกมนมิตร เป็นประธานฝ่ายวารสารของสมาคมโรคตับเพื่อประสานงานกับประธานฝ่ายวารสารของสมาคมต่อไป

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.7 นพ.ทองดี ชัยพานิช ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสืบเนื่องจากได้มีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายกิจกรรมสังคม เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ณ ห้องประชุม Rama 4 โรงแรมฮิลตัน หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ที่ประชุมได้มีการปรึกษารื้อกับทางบริษัทเอโซ (มาร์เก็ตติ้ง) ประเทศไทย จำกัด เกี่ยวกับการจัดทำข้อมูลซีดีเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินอาหารสำหรับประชาชน ซึ่งที่ประชุมได้ขอให้ทางบริษัทเอโซ จัดทำข้อมูลซีดีในรูปแบบดังกล่าวปีละ 2 ครั้ง โดยทางสมาคมจะเป็นผู้ดำเนินการหาวิทยากร และอาจจะนำลง website ของสมาคม ในรูปแบบของ PDF ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดต้นทุนการพิมพ์หนังสือ แต่ทั้งนี้ทางบริษัทเอโซ จะขนานไปปรึกษารื้อกับทางบริษัทก่อน ความคืบหน้าจะแจ้งให้ทราบต่อไป

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 นพ.อภิชาติ แสงจันทร์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากเฟลโรว์ที่อยู่ต่างจังหวัดจะต้องเดินทางมาร่วมประชุม Interhospital GI Conference ดังนั้นอาจจะทำให้เสียเวลาในการเดินทาง รวมทั้งค่าเดินทางของเฟลโรว์ จึงขอเสนอให้มีการนำเสนอในรูปแบบของ Tele-Conference

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และเพื่อให้เฟลโลว์
ที่อยู่ต่างจังหวัดได้มีโอกาสเดินทางเข้ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์
และความรู้ต่างๆ ที่ประชุมจึงเสนอให้มีการทดลองใช้รูปแบบของ
Tele-Conference ควบคู่ไปกับการประชุมแบบเดิม

ปิดประชุมเวลา 12.00 น.

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี

ตรวจทาน



Interhospital GI Conference

พญ.ณัชชญา จำรูญกุล
สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 38 ปี อาชีพพนักงานธนาคาร ภูมิลำเนากรุงเทพฯ

อาการสำคัญ : อาเจียนมาก 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน : 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแน่นท้องหลังกินอาหารบริเวณใต้ลิ้นปี่ ร่วมกับมีอาการอาเจียนหลังกินอาหารประมาณ 6 ชั่วโมง ลักษณะอาเจียนที่ออกมาเป็นเศษอาหารที่กินเข้าไปปนกับน้ำสีเขียวปริมาณมาก หลังจากอาเจียนอาการแน่นท้องลดลง กินอาหารได้ลดลง ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีไข้ ถ่ายอุจจาระได้ปกติ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับไว้ในโรงพยาบาล ได้นำเกลือกับยาแก้อาเจียน 4 วัน อาการไม่ดีขึ้น

2 สัปดาห์ก่อน อาเจียนมากขึ้นอีก ลักษณะการอาเจียนเหมือนเดิม ถ้าไม่กินอาหารจะไม่อาเจียน แน่นท้องคล้ายเดิม ยังถ่ายและผายลมได้ดี ไม่มีปวดท้องหรือถ่ายดำ ไม่มีไข้ มีน้ำหนักลดลงรวม 10 กิโลกรัมในช่วง 3 สัปดาห์ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ได้ทำการสับคั้นเพิ่มเติม ใส่สาย NG tube และส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

Physical examination

VS : T 37.4 °C, BP 110/70 mmHg, RR 16/min, PR 80/min

GA : A thin middle age man, good consciousness

HEENT : mildly pale, no icteric sclera, no glossitis

LN : no superficial lymphadenopathy

Heart & lungs : unremarkable

Abdomen : normal contour, no surgical scar, no distension, normoactive bowel sound, not tender, liver and spleen not palpable, no ascites

Neurological : grossly intact

Investigations

CBC : Hb 7.8 g/dl, Hct 24.8% (MCV 77.3), WBC 4,770/mm³ (N 57.3%, L 32.3%, Eo 2.7%, Baso 0.4%), platelets-adequate

BUN 4 mg/dl, Cr 1.0 mg/dl, Na 140 mmol/L, K 3.1 mmol/L, Cl 107 mmol/L, HCO₃ 25 mmol/L

LFT : TB/DB 0.7/0.2 mg/dl, SGOT/SGPT/ALP 17/43/105, GGT 68, albumin/globulin 3.3/3.5 g/dl

Fecal occult blood test (FOBT) : positive

Problem list

- Epigastric discomfort 3 weeks
- Recurrent bilious vomiting 6 hr after meal for 3 weeks
- Significant weight loss 10 kg in 1 month
- Mild microcytic anemia with positive FOBT

Discussion

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วย recurrent bilious vomiting เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งสามารถแยกสาเหตุใหญ่ออกได้เป็น 3 ประเภทได้แก่

1. Mechanical obstruction นึกถึงมากที่สุด
2. Functional obstruction (Pseudoobstruction) การวินิจฉัยจำเป็นต้อง

exclude เหตุที่เป็น mechanical obstruction ออกไปก่อน และอาจมีอาการของการเคลื่อนไหวของลำไส้ส่วนอื่นที่ผิดปกติ เช่น constipation หรือ reflux symptom ร่วมด้วย

3. Systemic disease/metabolic โดยมากจะมีอาการคลื่นไส้ และปริมาณอาเจียนที่ออกมาไม่มากนัก ซึ่งในรายนี้ไม่นึกถึง

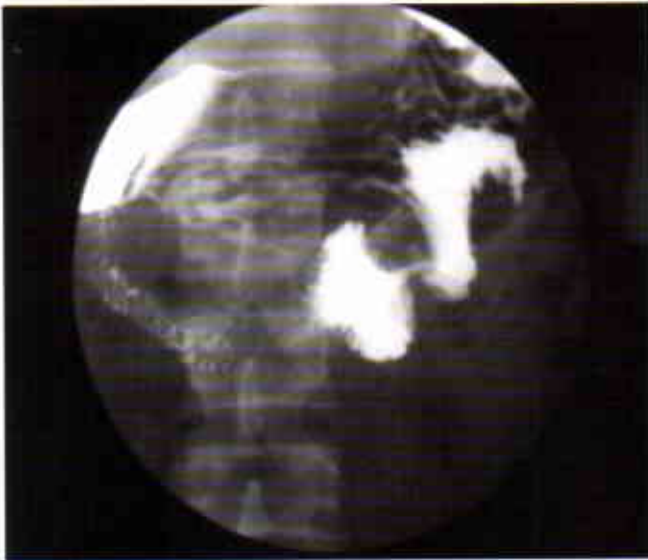
โดยสรุปในผู้ป่วยรายนี้นึกถึง mechanical obstruction ที่เป็นเหตุของ bilious vomiting มากที่สุด โดยตำแหน่งของ obstruction ที่นึกถึง เนื่องจากในรายนี้มี bilious vomiting โดยที่ไม่มี abdominal distension จึงนึกถึงตำแหน่ง duodenum ถึง proximal jejunum มากที่สุด โดยเหตุที่นึกถึงได้แก่

1. Mass lesion ได้แก่
 - 1.1 Adenocarcinoma of small bowel
 - 1.2 Small bowel lymphoma : พบได้น้อยที่จะมี isolated small bowel involvement และ common site เป็นที่ IC valve นอกจากนี้โอกาสเกิด obstruction จะน้อยเพราะมักไม่ค่อยมี luminal narrowing
 - 1.3 Carcinoid tumor : lesion มากกว่าร้อยละ 90 อยู่ที่ ileum มักไม่เกิด obstruction ยกเว้นเป็น intussusception
 - 1.4 Gastrointestinal stromal tumor มักมาด้วย GI bleeding และมักไม่เกิด obstruction ยกเว้นเป็น intussusception
 - 1.5 Benign tumor of small bowel เช่น lipoma ไม่ทำให้เกิด clinical obstruction นอกจากจะเกิด intussusception อาการมักจะเป็นๆ หายๆ แต่อาการของผู้ป่วยรายนี้คงที่ตลอด
2. Stricture ในส่วนของ duodenum ได้แก่
 - 2.1 Drug-induced (NSAID, KCI) ไม่มีประวัติได้รับยาดังกล่าว
 - 2.2 Duodenal ulcer ไม่ common ที่จะเกิดแผล stricture ที่ duodenum ส่วนปลาย
 - 2.3 Tuberculosis (TB) น่าจะมีอาการปวดท้องหรือใช้น้ำมาก่อน และมักเป็นที่ terminal ileum และ IC valve ในส่วนของ proximal small bowel พบน้อยมาก

2.4 Crohn's disease (CD) สามารถเกิดได้ทุกตำแหน่งในทางเดินอาหาร และมาด้วย stricture เป็นอาการแรกได้ แต่ผู้ป่วยประวัติสั้นเกินไป และไม่มีอาการเด่นของ CD เช่น ปวดท้องมาก่อน

3. สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ volvulus หรือ intraluminal obstruction จาก foreign body, stone หรือ parasite พบได้น้อย

ดังนั้นการสืบค้นที่น่าทำต่อไปคือ small bowel follow through (SBFT) เพื่อแยก intraluminal mass lesion ออกจาก extraluminal compression และ functional cause และอาจสามารถบอกเหตุของ obstruction จาก character ของ SBFT



Small bowel follow through : Circumferential filling defect with acute angle interruption from normal mucosa (apple-core appearance) ซึ่งเป็น typical finding ของ adenocarcinoma of small bowel

ผู้ป่วยได้รับการทำ push enteroscopy เพื่อ confirm diagnosis และให้ได้ tissue diagnosis ได้ผลดังภาพ



I. Antrum



J. Antrum



K. Pylorus



L. Bulb



M. 2nd Partion



N. 2nd Partion



O. 2nd Partion



P. circumferential mass at 3rd D



Q. circumferential mass at 3rd D



R. Circumferential mass at 3rd duodenum



S. Circumferential mass at 3rd duodenum



T. Circumferential mass at 3rd duodenum

Push enteroscopy : Mass at 3rd part duodenum nearly totally occluded lumen. EGD could be passed to 4th part duodenum, biopsy was done

Histopathology : Abnormal columnar epithelium with clumping of nuclei, compatible with adenocarcinoma



ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็น adenocarcinoma of 3rd part duodenum และได้ทำการผ่าตัด tumor removal โดย operative finding พบ mass at 3rd part duodenum, pathological staging T3 N1M0

เนื้องอกลำไส้เล็ก (Small Bowel Neoplasms)

พญ.ณัชชญา จำรูญกุล
ผศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย
สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร
ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

โรคเนื้องอกในลำไส้เล็กเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย โดยจากสถิติในประเทศอเมริกาในปี ค.ศ. 2006 พบมีผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเนื้องอกในลำไส้เล็กประมาณ 6,000 ราย และในจำนวนนี้ 1,000 รายเสียชีวิต¹ โดยແจกแจงเป็น adenocarcinoma ร้อยละ 45, carcinoid tumor ร้อยละ 30, lymphoma ร้อยละ 15 และร้อยละ 10 เป็น gastrointestinal stromal tumor (GIST)^{2,3} ในผู้ป่วยเนื้องอกทั้งหมด ร้อยละ 64 เป็นเนื้อร้าย โดยมากกว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในลำไส้เล็กตรวจพบมีมะเร็งระบบอื่นร่วมด้วย⁴ เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งโพรงมดลูก มะเร็งเต้านม และ มะเร็งต่อมลูกหมาก

ปัจจัยที่ทำให้อัตราการเป็นมะเร็งในลำไส้เล็กนั้นต่ำกว่าในทางเดินอาหารส่วนอื่นเชื่อว่าเกิดจาก

1. Rapid intestinal transit ดังนั้นเวลาที่ลำไส้เล็กสัมผัสสารก่อมะเร็ง (carcinogen) จึงสั้นกว่าส่วนอื่น
2. Bowel content ที่ไหลผ่านเป็นของเหลวซึ่งระคายเคืองเยื่อเมือกน้อยกว่า
3. มีจำนวนแบคทีเรียที่อาศัยอยู่น้อยกว่า เนื่องจากแบคทีเรียสามารถเปลี่ยน bile acid ให้มีคุณสมบัติเป็น carcinogen ได้
4. มีจำนวนเนื้อเยื่อน้ำเหลือง (lymphoid tissue) และปริมาณ IgA ที่จะช่วยตรวจสอบและทำลายสารแปลกปลอม รวมถึงเซลล์ของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติก่อนที่จะกลายเป็นเนื้องอกได้⁵

อาการและอาการแสดงของเนื้องอกลำไส้เล็ก

อาการที่พบบ่อยได้แก่ intermittent obstruction, intussusception, ภาวะซีดเนื่องจากมีเลือดออกทางเดินอาหารเรื้อรัง คล้ำได้ก้อนในท้อง และปวดท้อง ส่วนอาการทะลุหรือเลือดออกในทางเดินอาหารเฉียบพลันพบน้อย เมื่อเทียบเนื้องอกในลำไส้เล็กชนิดต่างๆ แล้วพบว่า adenocarcinoma เกิดอาการปวดท้องและ obstruction ได้บ่อยกว่าเมื่อเทียบกับ carcinoid tumor หรือ GIST โดยกลุ่ม GIST จะมาด้วยอาการเลือดออกในทางเดินอาหารเฉียบพลันได้มากกว่า

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มเสี่ยง ตำแหน่งที่พบบ่อย และอาการที่พบร่วมในเนื้องอกลำไส้เล็กชนิดต่างๆ

Diagnosis	Risk group	Common location	Associated symptoms
Lymphoma	Celiac disease, autoimmune disease, immunosuppression	Stomach 75% Small bowel 9% Ileocecal region 7% >1 GI sites 6% Rectum 2% Diffuse colonic involvement 1% ⁶	Fatigue, weight loss, pain, obstruction, mass, bleeding
Carcinoid	-	Ileum (within 60 from ileocecal valve) Multiple synchronous nodules 30% ^{7,8}	Often asymptomatic Obstruction, carcinoid syndrome (90% with liver metastasis) ⁹
Adenocarcinoma	Crohn's disease, celiac disease, Peutz-Jeghers syndrome	Duodenum (50%) Ileum (20%, except in Crohn's disease 70% at ileum) Obstruction, bleeding, mass	

การวินิจฉัยเนื้องอกลำไส้เล็ก

การใช้ภาพรังสีวินิจฉัย

1. *Upper gastrointestinal series หรือ small bowel follow through*

ข้อดี : สามารถ detect mass lesion, mucosal defect หรือ intussusception ได้ดี

ข้อเสีย : ไม่สามารถประเมินส่วนอื่นที่อยู่นอก bowel lumen ได้ จึงไม่สามารถ staging ได้ ความไวในการตรวจพบรอยโรค ประมาณร้อยละ 70

2. *Enteroclysis (CT or conventional)*

ข้อดี : สามารถ detect mass lesion, mucosal defect หรือ intussusception ได้ดี และมี sensitivity ที่ดีกว่า upper GI study และถ้าใช้ CT enteroclysis สามารถทำ tumor staging ได้

ข้อเสีย : ต้องมีการใส่ duodenal tube และวิธีการทำซับซ้อนกว่ามีความไวร้อยละ 85, ความจำเพาะร้อยละ 97

3. *CT scan*

ข้อดี : สามารถประเมิน staging ได้ในการตรวจเดียวกัน นอกจากนี้ CT อาจจะมีลักษณะจำเพาะที่สามารถแยกเนื้องอกชนิดต่างๆ ออกจากกันได้

ข้อเสีย : ไม่สามารถประเมิน mucosa หรือ luminal surface ได้ชัดเจนมีความไวร้อยละ 80-97 โดยสามารถตรวจพบรอยโรคได้ดีก็ต่อเมื่อรอยโรคมียาวใหญ่มากกว่า 2 ซม.

ตารางที่ 2 ลักษณะทางรังสีของเนื้องอกลำไส้เล็กแต่ละชนิด

Diagnosis	Barium study	CT study	Special study
Lymphoma	Multiple nodules (10-25%) Infiltrating form Polypoid form Endoexoteric form Mesenteric invasive	Large segmental nodular wall thickening, gradual junction with normal mucosa, large intraabdominal lymph node	
Carcinoid	Tumor size >2 cm, smooth solitary intraluminal defect, target lesion (if size >2 cm)	Ill-defined homogenous mass, mesenteric mass with calcification, desmoplastic reaction (retraction of bowel loop from bowel ischemia)	Octreotide scan
Adenocarcinoma	Typical apple-core appearance	Annular narrowing with abrupt concentric or irregular overhanging edge, short segment, small LN metastasis	
GIST	Round to ovoid filling defect or exocentric mass displace bowel loop	Lobulated mass with central necrosis or air fluid level	

การส่องกล้องทางเดินอาหาร

1. Push enteroscopy

ข้อดี : สามารถ evaluate ลึกลงไปกว่าการทำ esophagogastro-duodenoscopy (EGD) ธรรมดา โดยมักตรวจได้ถึง proximal jejunum และสามารถทำการ biopsy ได้

ข้อเสีย : ไม่สามารถ evaluate lesion ตั้งแต่ mid jejunum ลงไป

2. Single/double balloon endoscopy

ข้อดี : สามารถ evaluate ลำไส้เล็กได้ทั้งหมด โดยมี success rate ประมาณร้อยละ 70 และสามารถทำ biopsy ได้

ข้อเสีย : ใช้เวลาดำเนินการหลายชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นต้องใช้ general anesthesia มี risk ต่อการเกิด small bowel injury และ acute pancreatitis หลังทำได้

3. Video capsule endoscopy

ข้อดี : สามารถตรวจ lesion ของลำไส้เล็กได้ทั้งหมดโดยมี success rate มากกว่าร้อยละ 80 และ non invasive

ข้อเสีย : ไม่สามารถ biopsy ได้ และเป็นข้อห้ามในการทำถ้ามีอาการสงสัย obstruction

มะเร็งลำไส้เล็ก

(Small Bowel Adenocarcinoma)

พบประมาณร้อยละ 2 ของ adenocarcinoma ของทางเดินอาหารทั้งหมด ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 57 ปี อัตราส่วนระหว่างเพศชายและหญิง เท่ากับ 1.4:1

ปัจจัยเสี่ยง

1. **กรรมพันธุ์** พบอุบัติการณ์การเกิด adenocarcinoma มากขึ้นในผู้ป่วยในกลุ่มที่มี familial cancer gene ได้แก่

1.1 Familial adenomatous polyposis syndrome (FAP) พบ small bowel adenocarcinoma ได้บ่อยเป็นอันดับสองรองจาก colonic carcinoma โดยมี relative risk เมื่อเทียบกับ general population มากกว่า 300 เท่า โดยตำแหน่งที่เกิดได้บ่อยได้แก่ periampullary region จึงมีการแนะนำให้ทำ EGD หรือใช้ side-view endoscopy surveillance ทุก 1-3 ปีหลังจากที่ทำ colectomy หรือหลังอายุมากกว่า 20 ปี สำหรับ molecular genetic ของ tumor มักพบว่ามี overexpression ของ p53 gene ใน dysplastic adenoma ที่เกิดจาก FAP^{10,11}

1.2 Hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC) มี lifetime risk ในการเกิด small bowel adenocarcinoma ร้อยละ 1-4 relative risk เมื่อเทียบกับ general population มากกว่า 100 เท่า ซึ่ง

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะพิเศษคือ พบในอายุน้อยกว่าและมีพยากรณ์โรคที่ต่ำกว่า sporadic small bowel adenocarcinoma โดย genetic mutation ที่พบบ่อยได้แก่ HMLH1 และ HSMH2 ซึ่งเกี่ยวข้องกับ DNA mismatch repair gene

2. สิ่งแวดล้อม ที่พบมากขึ้นในผู้ป่วย ได้แก่

2.1 อาหาร ได้แก่ อาหารที่มีไขมันจากสัตว์ และอาหารที่มีเกลือมาก พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด adenocarcinoma ของ small bowel มากกว่า general population ประมาณ 2 เท่า

2.2 การสูบบุหรี่

2.3 การดื่มแอลกอฮอล์²

3. โรคประจำตัว

3.1 Crohn's disease มี relative risk ในการเกิด adenocarcinoma 15-100 เท่าเมื่อเทียบกับ general population โดยมักพบที่ ileum ในผู้ป่วยที่มีอาการของ Crohn's disease มามากกว่า 10 ปี แต่ส่วนใหญ่่มักพบหลังจากที่วินิจฉัย Crohn's disease มามากกว่า 20 ปี

3.2 Celiac disease มีความเสี่ยงในการเกิดทั้ง small bowel lymphoma และ adenocarcinoma โดยมี relative risk 300 เท่าในการเกิด lymphoma และ 67 เท่าในการเกิด adenocarcinoma³

3.3 Peutz-Jeghers syndrome มีอุบัติการณ์การเกิด 18 เท่าเมื่อเทียบกับ general population⁴

การวินิจฉัย

อาการและอาการแสดง แสดงในตารางที่ 4 อาการส่วนใหญ่่มักเกิดจาก obstruction และ GI bleeding

ตารางที่ 4 อาการและอาการแสดงในผู้ป่วย adenocarcinoma จำนวน 80 คน¹⁵

Symptoms	Cases (n = 80)	%
Abdominal pain	42	52.5
Postprandial fullness	41	51.3
Tarry/bloody stool	25	31.3
Weight loss	20	25
Malaise	15	18.8
Bowel habit change	6	7.5
Fever	1	1.3
Asymptomatic	2	2.5
Signs		
Anemia	59	73.8
GI obstruction	43	52.5
GI bleeding	27	33.8
Palpable mass	10	12.5
Jaundice	6	7.5
Peritonitis	1	1.3

Staging

ใช้ TNM staging¹⁶ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 TNM staging of small bowel adenocarcinoma¹⁶

Primary tumor (T)	Regional lymph nodes (N)	Distant metastasis (M)
TX: Primary tumor cannot be assessed. T0: No evidence of primary tumor is present.	NX: Regional lymph nodes cannot be assessed. N0: No regional lymph node metastasis is	MX: Presence of distant metastasis cannot be assessed. M0: No distant

Primary tumor (T)	Regional lymph nodes (N)	Distant metastasis (M)
<p>Tis: Carcinoma in situ is present.</p> <p>T1: Tumor invades the lamina propria or submucosa.</p> <p>T2: Tumor invades the muscularis propria.</p> <p>T3: Tumor invades through the muscularis propria into subserosa or into nonperitonealized perimuscular tissue (mesentery or retroperitoneum), with extension of less than 2 cm.</p> <p>T4: Tumor penetrates the visceral peritoneum or directly invades other organs or structures.</p>	<p>present.</p> <p>N1: Regional lymph node metastasis has occurred.</p>	<p>metastasis is present.</p> <p>M1: Distant metastasis has occurred.</p>

Stage 0 - Tis, N0, M0

Stage I - T1-2, N0, M0

Stage II - T3-4, N0, M0

Stage III - Any T, N1, M0

Stage IV - Any T, any N, M1

การรักษา

การรักษาหลักคือ การผ่าตัด total tumor removal with lymph node dissection ในรายที่เป็น stage 0-III สำหรับผู้ป่วย stage IV การทำ tumor removal นั้นมีจุดประสงค์เพื่อรักษาหรือป้องกันการเกิด obstruction จึงไม่มีความจำเป็นต้องทำ lymph node dissection เนื่องจากการพยากรณ์โรคโดยรวมไม่ดี สำหรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่

จะสนับสนุนประโยชน์จากการใช้เคมีบำบัด บทบาทของ adjuvant chemotherapy จาก retrospective study พบว่าไม่มีประโยชน์ใน early stage แต่สำหรับ advanced stage มีการใช้เคมีบำบัดหลายๆ สูตรซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่พบว่าสามารถเพิ่ม survival แต่ยังคงขาด prospective study เพื่อสนับสนุนประโยชน์ในการใช้สูตรของเคมีบำบัดที่ใช้ส่วนมากจะเป็น 5-FU based regimen เช่นเดียวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น 5-FU + doxorubicin + mitomycin C (FAM), 5-FU + cisplatin/carboplatin/oxaliplatin, gemcitabine และ irinotecan¹⁷

การพยากรณ์โรค

ผู้ป่วย small bowel adenocarcinoma มี median survival เท่ากับ 20 เดือน โดยมี survival rate ที่ 1, 2, 3 และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 60, 44, 37 และ 30 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีผลต่อ survival ได้แก่ staging, อายุ (>75 ปี) และความสำเร็จในการทำ curative surgery^{18,19}

เอกสารอ้างอิง

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin 2008;58:71.
2. DiSario JA, Burt RW, Vargas H, McWhorter WP. Small bowel cancer: epidemiological and clinical characteristics from a population-based registry. Am J Gastroenterol 1994;89:699.
3. Weiss NS, Yang CP. Incidence of histologic types of cancer of the small intestine. J Natl Cancer Inst 1987;78:653.
4. Zar N, Garmo H, Holmberg L, Hellman P. Risk of second primary malignancies and causes of death in patients with a denocarcinoma and carcinoid of the small intestine. Eur J Cancer 2008;44:718.

5. Chow WH, Linet MS, McLaughlin JK, et al. Risk factors for small intestine cancer. *Cancer Causes Control* 1993;4:163.
6. Koch P, del Valle F, Berdel WE, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: anatomic and histologic distribution, clinical features, and survival data of 371 patients registered in the German multicenter study GIT NHL 01/92. *J Clin Oncol* 2001;19:3861.
7. Solcia E, Fiocca R, Rindi G, et al. Endocrine tumors of the small and large intestine. *Pathol Res Pract* 1995;191:366.
8. Moertel CG, Sauer WG, Dockerty MB, Baggenstoss AH. Life history of the carcinoid tumor of the small intestine. *Cancer* 1961;14:901.
9. Burke AP, Thomas RM, Elsayed AM, Sobin LH. Carcinoids of the jejunum and ileum: an immunohistochemical and clinicopathologic study of 167 cases. *Cancer* 1997;79:1086.
10. Offerhaus GJ, Giardiello FM, Krush AJ, et al. The risk of upper gastrointestinal cancer in familial adenomatous polyposis. *Gastroenterology* 1992;102:1980.
11. Kashiwagi H, Spigelman AD, Talbot IC, et al. p53 and K-ras status in duodenal adenomas in familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1997;84:826.
12. Neugut AI, Jacobson JS, Suh S, et al. The epidemiology of cancer of the small bowel. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1998;7:243.
13. Potter DD, Murray JA, Donohue JH, et al. The role of defective mismatch repair in small bowel adenocarcinoma in celiac disease. *Cancer Res* 2004;64:7073.

14. Hemminki A. Inherited predisposition to gastrointestinal cancer: The molecular backgrounds of Peutz-Jeghers syndrome and hereditary nonpolyposis colorectal cancer [dissertation/master's thesis]. University of Helsinki 1998.
15. Ting-Jung Wu, Chun-Nan Yeh, Tzu-Chieh Chao, Yi-Yin Jan and Miin-Fu Chen. Prognostic Factors of Primary Small Bowel Adenocarcinoma: Univariate and Multivariate Analysis. *World J Surg* 2006;30:391-8.
16. Small intestine. In: American Joint Committee on Cancer: Manual for Staging of Cancer. Philadelphia: JB Lippincott Company, 4th ed. 1992:69-73.
17. Crawley C, Ross P, Norman A, et al. The Royal Marsden experience of a small bowel adenocarcinoma treated with protracted venous infusion 5-fluorouracil. *Br J Cancer* 1998;78:508.
18. Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, et al. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma?. *Arch Surg* 2000;135:635.
19. Ryder NM, Ko CY, Hines OJ, et al. Primary duodenal adenocarcinoma: a 40-year experience. *Arch Surg* 2000;135:1070.



Topic Review:

Acute Gastrointestinal Graft-Versus-Host Disease (acute GI GVHD)

นพ.สุรียา กิรดิชานานนท์
รศ.พญ.อาภัสณี ไสภณสฤษฏ์สุข
หน่วยโรคทางเดินอาหารและอายุรศาสตร์เขตร้อน ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความหมาย (Definition of graft-versus-host disease - GVHD)

คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) รายงานครั้งแรกที่ประเทศยูโกสลาเวียโดย Arguably ในปี ค.ศ. 1960 โดยพบในผู้ป่วย nuclear accident ที่ได้รับการทำ allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT)¹ โดยกลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากปฏิกิริยาระหว่าง donor immunocompetent cells ต่อต้าน host recipient tissue ความผิดปกติมักเกิดกับ 3 อวัยวะสำคัญ ได้แก่ ผิวหนัง ตับ gastrointestinal tract สำหรับอวัยวะอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้าม และปอด²⁻⁴

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

จากข้อมูลของ Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR) พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิด acute GVHD grade II-IV ประมาณร้อยละ 35-50 โดยคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 5,500 รายต่อปี

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยรอดชีวิตจากระยะ acute GVHD สามารถเกิด chronic GVHD ได้ตั้งแต่ร้อยละ 33 ถึง 50^{5,8}

กลไกและพยาธิกำเนิด (Pathophysiology of GVHD)

GVHD จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ host recipient มี isoantigens ที่ไม่มีอยู่ใน graft donor, ใน graft มี immunocompetent cells ที่พร้อมต่อต้าน isoantigens ของ host และ host ไม่มี effective immune response ที่จะต่อต้าน graft การเกิด GVHD ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 - Recipient conditioning tissue damage เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการ infuse donor cells เป็นขั้นตอนที่เนื้อเยื่อของ host recipient ได้รับ injury จาก chemoradiation conditioning regimens ที่ขจัด recipient T-cells เพื่อให้เกิด engraftment สิ่งเหล่านี้กระตุ้นให้เนื้อเยื่อของ host recipient หลั่ง inflammatory cytokines, growth factors, endotoxemia ได้แก่ IL-1, IL-6, IFN- γ , TNF- α , granulocyte-macrophage colony-stimulating factor (GM-CSF), lipopolysaccharide (LPS) สารเหล่านี้ถือว่าเป็น “danger signal” ซึ่งชักนำให้มีการ expression ของโมเลกุล adhesion, MHC (minor histocompatibility) บน recipient cells (antigen presenting cells) ไปกระตุ้น donor T-cells ให้สามารถตรวจพบ alloantigens

ขั้นตอนที่ 2 - Donor T cells activation มีการกระตุ้นและแบ่งตัวของ donor T-cells เซลล์เหล่านี้จะหลั่ง cytokines หลายชนิด (“cytokine storm”) ได้แก่ IL-12, IL-2, IFN- γ เหล่านี้จะไปกระตุ้น cytotoxic T-cell (CD8+), natural killer cells (NK, CD3+)

ขั้นตอนที่ 3 - Cellular and inflammatory effectors phase เป็นขั้นตอนที่ cytotoxic T-cell (CD4+, CD8+), natural killer cells (NK, CD3+) จะหลั่ง cytokines