

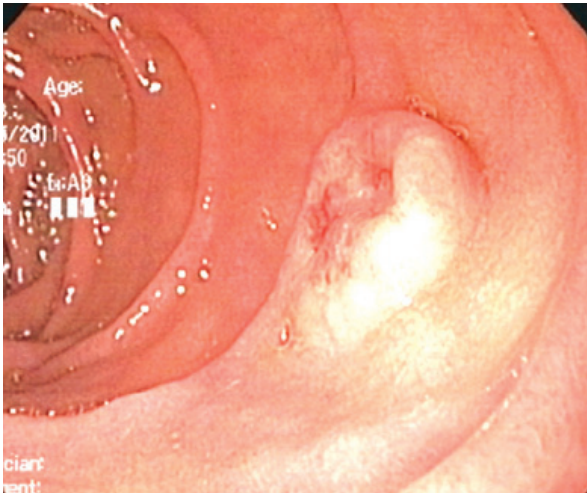
Endoscopic Cornor

ทัศนีย์ ศรีประยูร

ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานุวัตต์ โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี มาตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนด้วยเรื่อง
สงสัยกรดไหลย้อน ผลตรวจส่องกล้องบริเวณดูโอดีนัมพบรอยโรคดังภาพ



ผลการตรวจ

ดูโอดีนัมพบ flat round polypoid lesion ที่มี central umbilication
(donut sign) ขนาด 1 เซนติเมตร

การวินิจฉัย

Duodenal neuroendocrine tumor (NET)

อภิปราย

Neuroendocrine tumor (NET) พบได้ประมาณร้อยละ 2-3¹ ของเนื้องอกทางเดินอาหาร โดยมีทั้งหมด 5 ชนิดที่พบในลำไส้เล็ก ได้แก่ gastrinoma, somatostatinoma, non-functioning NET, poorly differentiated neuroendocrine carcinoma, gangliocytic paraganglioma.² ประมาณร้อยละ 50-75 ของ duodenal NET เป็น well-differentiated tumor หรือ carcinoid ตาม WHO classification³ และมากกว่าร้อยละ 90⁴ ของ duodenal NET ไม่สร้างหรือหลั่งฮอร์โมน (non-functioning) ลักษณะทางการส่องกล้องจะค่อนข้างจำเพาะถ้ามีขนาดเล็กกว่า 1-2 เซนติเมตร กล่าวคือจะเป็น solitary polypoid lesion ที่มี crater หรือ umbilication ตรงกลาง (donut sign) แต่กรณีที่มีขนาดใหญ่จะแยกจากจาก inflammatory polyp, NBI จะพบเป็น regular round pit pattern เหมือนกัน ดังนั้นจำเป็นต้องอาศัยลักษณะทางพยาธิวิทยาและยืนยันโดยการย้อม immunohistochemistry สำหรับ NET (Chromogranin A, NSE, synaptophysin) และการตรวจทางฮอร์โมน การรักษา duodenal NET คือการตัดออกทั้งหมด โดยถ้ามีขนาดไม่เกิน 1 เซนติเมตร^{5,6} มักไม่พบ metastasis และมักไม่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการ (clinical syndrome) ใดๆ ทำให้สามารถทำการตัดผ่านการส่องกล้องได้ ถ้าก้อนยังไม่เกินลึกเกินชั้น submucosa แต่ duodenal NET ที่มีขนาดเกิน 1 เซนติเมตร (ยกเว้น rectal carcinoid ให้นับที่ 2 เซนติเมตร ขึ้นไป)² ควรตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อประเมิน metastasis ซึ่งอาจมีขนาดใหญ่กว่าเนื้องอกต้นต่อได้ ที่พบได้แก่การกระจายไป ตับอ่อน, ต่อม้ำเหลือง และตับ

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทำ endoscopic mucosal resection แต่ไม่สามารถตัดออกได้ทั้งหมด ผลชิ้นเนื้ออ่านเป็น neuroendocrine carcinoma จึงได้รับการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และปรึกษาทางศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

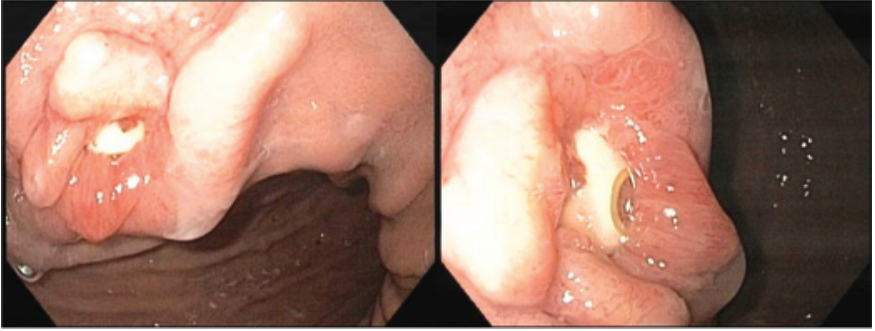
1. Modlin IM, Sando A. An analysis of 8,305 cases of carcinoid tumor. *Cancer* 1997;79:813-29.
2. Klopple G, Anlauf M. Epidemiology, tumor biology, and histopathological classification of neuroendocrine tumors of GI tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005;19:507-17.
3. Klopple G, Perren A, Heitz PU. The gastroenteropancreatic neuroendocrine cell system and its tumors: the WHO classification. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1014:13-27.
4. Hoffmann KM, Furukawa M, Jensen RT. Duodenal neuroendocrine tumors: Classification, functional syndromes diagnosis and medical treatment. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005;19:675-97.
5. Witzigmann H, Loracher C, Geissle F, et al. Neuroendocrine tumor of duodenum. Clinical aspects, pathomorphology and therapy. *Langenbecks Arch Surg*; 386:525-33.
6. Burke LH, Sobin BH, et al. Carcinoid tumor of the duodenum. A clinicalpathologic study of 99 cases. *Arch patho Lab Med* 1990;114:700-4.

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยชายอายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและอัมพาต ต้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง มาด้วยอาการมีน้ำอาหารรั่วซึมบริเวณสายหน้าท้อง ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพบลักษณะดังภาพ

การวินิจฉัย

Buried bumper syndrome



อภิปราย

Buried bumper syndrome เป็นภาวะที่พบได้น้อยประมาณร้อยละ 1.5-1.9¹ เกิดจากการที่มีแรงดึงที่มากเกินไประหว่างตัว external กับ internal bolster จนทำให้เกิดแผลบริเวณ bumper หลังจากนั้นจะมี epithelization ของเยื่อบุกระเพาะอาหารเข้ามาคลุมตัว internal bolster ทำให้ไม่สามารถให้อาหารทางสายได้ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการปวดท้องหลังให้อาหาร มีอาหารรั่วออกจากรอบสาย หรือใส่อาหารเข้าได้ยาก² ตรวจร่างกายจะพบมีการวมที่ผนังท้องรอบๆ สาย (peristomal bulging) หรือมีการอักเสบที่เห็น internal bolster และ feeding tube ยึดติดกับผนังท้อง ไม่สามารถขยับดึงเข้าออกได้ การรักษา ควรเอาสายออก ไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่ก็ตาม ภายใต้อาการที่สามารถนำ gastrostomy tube เดิมออก โดยทำให้เกิดความเสียหายต่อ tract เดิมน้อยที่สุด และสามารถใส่ gastrostomy tube ใหม่เข้าไปได้ เทคนิคการเอาสายออกมีทั้งขึ้นอยู่กับชนิดของ PEG tube³ ถ้าตัว internal bolster สามารถยุบตัวได้ ก็สามารถดึงออกได้เลย (simple extraction) แต่ถ้า internal bolster เป็นชนิดแข็ง (rigid) ต้องเอาออกด้วยการส่องกล้องเท่านั้น โดยหลังจากที่ตัดสายแล้วดันลงไป (PEG wound tract cut down or the push-pull T technique)⁴ หลังจากนั้นนำ PEG tube ตัวเก่าออกได้สำเร็จแล้วสามารถวางสาย PEG tube ตัวใหม่โดยยังใช้ tract เดิมได้

การสอนให้ญาติและตัวผู้ป่วยดูแลสายให้ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญในการ

ป้องกันภาวะนี้ โดยตัว external bolster ควรจะวางห่างจากผนังหน้าท้อง 1-2 เซนติเมตร และควรดันสายลงไปและหมุนโดยรอบเป็นประจำสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Rinoy Y, Tokunaga M, Morinaga S, et al. The buried bumper syndrome: an early complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Hepatogastroenterology* 2002;49:1183-4.
2. Lee TH, Lin JT. Clinical manifestations and management of buried bumper syndrome in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointest Endosc* 2008;68:580-4.
3. Venu RP, Brown RD, Pastika BJ, Erikson LW. The buried bumper syndrome: a simple management approach. *Gastrointest Endosc* 2002;56:582.
4. Boyd JW, Delegge MH, Shamburek RD. The buried bumper syndrome: a new technique for safe, endoscopic PEG removal. *Gastrointest Endosc* 1995;41:508-11.