

ย่อวารสาร

Hepatic Venocclusive Disease in Blood and BMT in Children and Young Adults: Incidence, Risk Factors, and Outcome in A Cohort of 241 Patients

Ulrike Reiss, Morton Cowan, Alex McMillan, Biljana Horn J Pediatric Hemato/Oncol, 2002;24:746-50.

ภาวะ Hepatic venocclusive disease (VOD) จะพบในช่วงต้นของการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งเกิดจากตับถูกทำลายเนื่องจากยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี อุบัติการณ์พบได้ ร้อยละ 22-28 ร่วมกับมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 47 จึงได้ทำการศึกษาถึงประโยชน์ของยาที่ใช้ในการป้องกันและปัจจัยชักนำการเกิด VOD รวมทั้งยาที่ใช้ในการรักษา VOD

วิธีการ: ศึกษาในผู้ป่วยอายุ 5 เดือนขึ้นไปถึง 22 ปี ทำการปลูกถ่ายแบบ myeloablative BMT ที่ UCSF pediatric BMT unit ตั้งแต่เดือน มกราคม ค.ศ. 1992 ถึงธันวาคม ค.ศ. 2000 จำนวนทั้งสิ้น 241 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 เป็นโรคมะเร็ง กลุ่มที่ 2 ไม่เป็นโรคมะเร็ง กลุ่มที่ 3 เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย มีผู้ป่วย 175 รายใช้เฮพารินเพื่อป้องกันขนาด (100 IU/kg/d) การวินิจฉัย VOD ใช้ Mc-Donald criteria เกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้ 1. ภาวะเหลือง (ระดับบิลิรูบินมากกว่า 2 มก./ดล.) 2. ตับโต 3. น้ำหนักเพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 2 ของน้ำหนักเดิม) วิธีปลูกถ่ายมีทั้ง autologous, allogeneic matched related และ allogeneic matched unrelated ยาเคมีบำบัดที่ใช้ก่อนปลูกถ่ายไขกระดูกประกอบด้วย busulfan, cyclophosphamide และ/หรือร่วมกับ TBI

ผลการศึกษา: พบ VOD 65 รายจาก 241 ราย (คิดเป็นร้อยละ 27) อาการรุนแรงมาก 13 ราย จาก 65 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20) กลุ่ม matched unrelated donor มะเร็งในระยะสุดท้ายซึ่งปลูกถ่ายไขกระดูกในช่วง 1998-2000 พบว่าเกิด VOD สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอก

จากนี้ยังพบว่าเฮพารินไม่ได้ลดอุบัติการณ์ในการเกิด VOD ค่าเฉลี่ยวันที่พบ VOD คือวันที่ +8 พบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง 5 จาก 13 รายมีชีวิตรอดยาวนาน 1 ปี หลังการปลูกถ่ายแม้จะมีระดับบิลิรูบินสูงกว่า 35 มก./ดล. มีอาการทางระบบหายใจและไตวาย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักได้รับ tissue plasminogen activator, Antithrombin III หรือ defibrotide สำหรับ event free survival (EFS) วันที่ +100 หลังปลูกถ่ายสำหรับรายที่เกิด VOD และไม่เกิด VOD คิดเป็นร้อยละ 77 และ 94 ตามลำดับ

สรุป: พบว่าอุบัติการณ์การเกิด VOD ในช่วง 3 ปี (1998-2000) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 41 ปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของ VOD คือระดับบิลิรูบินสูง (มากกว่า 35 มก./ดล.) ข้อที่น่าสนใจจากการศึกษาพบว่า เฮพารินไม่สามารถป้องกันการเกิด VOD แต่กลับพบว่าในรายที่ได้รับเฮพารินมีโอกาสเกิด VOD ได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการวินิจฉัยที่รวดเร็วร่วมกับการใช้ยา เช่น tissue plasminogen activator, Antithrombin III และ defibrotide จะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา รูปแบบและยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการปลูกถ่ายไขกระดูกไม่มีผลต่อการเกิด VOD จึงว่าควรจะมีการศึกษาต่อไปในเรื่องของการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะต่อ VOD เพื่อให้การปลูกถ่ายไขกระดูกมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

เนาวรัตน์ ศรีสวัสดิ์

แพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์โรคเลือด
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์