

รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อโครงการวิจัย
เรื่อง การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ PET/CT
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีการกลับเป็นซ้ำ
วันพุธที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2561 เวลา 13.30-16.00 น.
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายนามผู้เข้าร่วมการประชุม

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. รศ. พญ.วุฒิศิริ วีรสาร | สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย |
| 2. ผศ.พญ.เบญจามา เขียวหวาน | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 3. อ.นพ.จักรมีเดช เศรษฐนันต์ | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 4. พญ.อัญชิสสา คณาวุฒิ | โรงพยาบาลจุฬารัตน์ |
| 5. นางศิริรัตน์ ศรีชาติ | สำนักงานประกันสังคม |
| 6. นางสาวรุศมีนา นิมะ | สำนักงานประกันสังคม |
| 7. นางสาวรวีอร ภัทรยรรยง | กรมบัญชีกลาง |
| 8. นางสาวนัฐกาน สุพสร | กรมบัญชีกลาง |
| 9. คุณอภิรดา พันธุ์ธร | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 10. นางสาวฐิติมา พุ่มกุล | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 11. ดร. ญ.พัทธรา ลีฬหาวรงค์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 12. ญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 13. ภก.ดิศรณ์ กุลโกศิน | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 14. นายวิฑูรย์ พันธุมงคล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 15. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 16. นสภ.สุพัฒศิริ อึ้งมณีภรณ์ | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (นิสิตฝึกงาน) |

เริ่มประชุม 13.30 น.

ญ.พัทธรา ลีฬหาวรงค์ กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดการประชุมในครั้งนี้ จากนั้น ญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล และ ภก.ดิศรณ์ กุลโกศิน นำเสนอโครงการวิจัย เรื่อง การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ PET/CT (Positron emission tomography/computed tomography) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีการกลับเป็นซ้ำจากนั้นที่ประชุมมีการอภิปรายและให้ข้อคิดเห็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 : ข้อบ่งใช้ของการตรวจด้วย PET/CT ในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ทีมวิจัยนำเสนอข้อบ่งชี้ของ PET/CT ในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปัจจุบัน PET/CT มีข้อบ่งชี้ในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ และประเมินก่อนการผ่าตัด เพื่อการหายขาดของโรค อ้างอิงจาก เอกสารกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0417/414 ระบุข้อบ่งชี้ กรณีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนี้

ข้อบ่งชี้ กรณีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่ง

1. ผู้ป่วยมี KPS ไม่น้อยกว่า 70
2. ผู้ป่วยเคยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีการกลับคืนของโรค (recurrent disease) โดยดูจากระดับ CEA
3. ผู้ป่วยตรวจ CT scan หรือ MRI scan ของช่องท้องแล้ว และไม่พบความผิดปกติ หรือ พบความผิดปกติที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการกลับคืนของโรค
4. ผู้ป่วยตรวจ CT scan หรือ MRI scan แล้วพบความผิดปกติ คาดว่าสามารถทำการผ่าตัดเอาส่วนที่ผิดปกติออกได้หมด เพื่อการหายขาดของโรค (curative aims)
5. ในกรณีที่เคยตรวจ PET scan ตามหลักเกณฑ์ข้อ 1 – 4 ข้างต้นแล้ว และไม่พบความผิดปกติใดๆ สามารถทำการตรวจซ้ำได้อีก ด้วยเงื่อนไขเช่นเดียวกับข้างต้น ทั้งนี้ระยะเวลา ต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน

จากข้อบ่งชี้ข้างต้น ผู้เชี่ยวชาญมีข้อซักถามเกี่ยวกับการตีความตามเอกสาร ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าเกณฑ์ครบทุกข้อหรือไม่ หรือเลือกเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง เนื่องจากในข้อที่ 3-4 หากผู้ป่วยที่ตรวจด้วย CT หรือ MRI แล้วไม่พบความผิดปกติ จะไม่สามารถได้รับการตรวจ PET/CT เนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ข้อที่ 4 ผู้แทนจากกรมบัญชีกลางให้ข้อมูลว่า ต้องพิจารณาตามเกณฑ์ข้อที่ 1-4 ผู้ป่วยจึงจะสามารถเบิกค่าบริการจากกรมบัญชีกลางได้ ตามสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการปัจจุบัน

ที่ประชุมสอบถามผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพิจารณาการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งมีเกณฑ์การพิจารณา นอกจากระดับค่า CEA หรือไม่ ทีมผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าระดับค่า CEA อย่างเดียวไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำได้ ต้องพิจารณาระดับ CEA เดิมของผู้ป่วยร่วมด้วย ส่วนใหญ่จะใช้ CEA ในการติดตามและประเมินผลการรักษา ไม่นิยมใช้ในการคัดกรอง (screening) เนื่องจากการที่ระดับ CEA สูงขึ้น อาจเกิดจากการสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น ลำไส้อักเสบ เป็นต้น ทีมผู้เชี่ยวชาญจึงเสนอให้ใช้ระดับค่า CEA ที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับอาการของผู้ป่วย ว่าเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำก่อนการใช้ PET-CT ตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง ในข้อที่ 1 และ 2 หรือไม่

ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ตามมาตรฐานสากล ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ CT (computed tomography) หรือ MRI (magnetic resonance imaging) ก่อน แล้วไม่พบความผิดปกติ จึงมาใช้ PET/CT เพื่อตรวจยืนยันอีกครั้งว่าไม่มีความผิดปกติ แต่ในบางกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะแพร่กระจายที่

สามารถทำการผ่าตัดได้ (oligometastatic) ก็จะได้รับ การตรวจ PET-CT ดูว่ามะเร็งกระจายไปยังตำแหน่งอื่นๆ อีกหรือไม่ หากมีการกระจายมากกว่าตำแหน่งที่พบ จนไม่สามารถให้ การผ่าตัดรักษาได้ ก็เปลี่ยนเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อลดการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ นั้นจะแตกต่างจากโรคมะเร็งอื่นๆ ที่อยู่ในระยะการแพร่กระจาย (Metastatic) เนื่องจากยังมีโอกาสรักษาให้หายได้ (curative aims) ในขณะที่โรคมะเร็งอื่นๆ หากพบการแพร่กระจายของมะเร็งแล้ว ต้องเปลี่ยนแผนการรักษาแบบ palliative care เท่านั้น

ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย ในกรณีที่ เป็นครั้งแรก (Initial M1) ยังไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ PET/CT ตามเกณฑ์กรมบัญชีกลาง ผู้เชี่ยวชาญจึงเสนอว่าควรจะมีการประเมิน การใช้ PET-CT ในการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ M1 ไม่ว่าจะเป็นการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) หรือ การประเมินระยะโรค (staging) เพื่อเป็นการประเมินก่อนการผ่าตัด (preoperative assessment) ในกรณีที่ เป็นครั้งแรก (initial)

ผู้เชี่ยวชาญไม่แนะนำให้ใช้ PET-CT ในการ staging เนื่องจากการใช้ PET/CT มีต้นทุนการบริการที่สูง รวมถึงการ staging มีเครื่องมืออื่นๆ ที่สามารถใช้ประเมินได้และมีต้นทุนที่ต่ำกว่า จึงเสนอแนะให้ที่มวิจัย กลับไปศึกษาบทบาทของ PET/CT ตาม NCCN Guideline² (National Comprehensive Cancer Network) ว่าแนะนำให้ใช้ PET-CT ในกรณีใดบ้าง ที่มวิจัยชี้แจงว่า จากการทบทวนบทบาทของ PET/CT ตาม NCCN guideline ไม่แนะนำให้ใช้ในการเป็นเครื่องมือแรกในการ staging และมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ M1 ที่มี curative aim

² National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Guideline Version 1.2018 Panel Members Colorectal Cancer Screening; National Comprehensive Cancer Network. Abstract available at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colorectal_screening.pdf.

PRINCIPLES OF IMAGING¹⁻³

Initial Workup/Staging

- Chest, abdomen, and pelvis CT
 - ▶ Evaluate local extent of tumor or infiltration into surrounding structures.
 - ▶ Assess for distant metastatic disease to lungs, thoracic and abdominal lymph nodes, liver, peritoneal cavity, and other organs.
 - ▶ CT should be performed with intravenous iodinated contrast and oral contrast material unless contraindicated.
 - ▶ Intravenous contrast is not required for the chest CT (but usually given if performed with abdominal CT scan).
 - ▶ If IV iodinated contrast material is contraindicated because of significant contrast allergy, then MR examination of the abdomen and pelvis with IV gadolinium-based contrast agent (GBCA) can be obtained instead. In patients with chronic renal failure (glomerular filtration rate [GFR] <30 mL/min) who are not on dialysis, IV iodinated contrast material is also contraindicated, and IV GBCA can be administered in select cases using gadofosveset trisodium, gadoxetate disodium, gadobenate dimeglumine, or gadoteridol.
 - ▶ If iodinated and gadolinium contrast are both contraindicated due to significant allergy or chronic renal failure without dialysis, then consider MR without IV contrast or consider PET/CT imaging.
- Consider an abdominal/pelvic MRI to assist with the diagnosis of rectal cancer versus colon cancer (e.g. low lying sigmoid tumor). The rectum lies below a virtual line from the sacral promontory to the upper edge of the symphysis as determined by MRI.
- PET/CT is not routinely indicated.
 - ▶ PET/CT does not supplant a contrast-enhanced diagnostic CT or MR and should only be used to evaluate an equivocal finding on a contrast-enhanced CT or MR scan or in patients with strong contraindications to IV contrast administration.
 - ▶ Consider PET/CT (skull base to mid-thigh) if potentially surgically curable M1 disease in selected cases.
- If liver-directed therapy or surgery is contemplated, a hepatic MRI with intravenous routine extra-cellular or hepatobiliary GBCA is preferred over CT (and PET/CT) to assess exact number and distribution of metastatic foci for local treatment planning.

Monitoring

- Chest, abdomen, and pelvis CT with contrast
 - ▶ Prior to adjuvant treatment to assess response to primary therapy or resection
 - ▶ During re-evaluation of conversion to resectable disease
- PET/CT is not indicated.

Surveillance

- Stage I disease
 - ▶ Imaging is not routinely indicated and should only be based on symptoms and clinical concern for recurrent/metastatic disease.
- Stage II & III disease
 - ▶ Chest, abdomen, and pelvis CT every 6–12 months (category 2B for frequency <12 months) for a total of 5 years.
 - ▶ PET/CT is not indicated.
- Stage IV disease
 - ▶ Chest, abdomen, and pelvis CT every 3–6 months (category 2B for frequency <6 months) x 2 years, then every 6–12 months for a total of 5 years.

¹Niekel MC, Bipat S, Stoker J. Diagnostic imaging of colorectal liver metastases with CT, MR imaging, FDG PET, and/or FDG PET/CT: a meta-analysis of prospective studies including patients who have not previously undergone treatment. *Radiology* 2010;257:674-84.

²van Kessel CS, Buckens CF, van den Bosch MA, et al. Preoperative imaging of colorectal liver metastases after neoadjuvant chemotherapy: a meta-analysis. *Ann Surg Oncol* 2012;19:2805-2813.

³ACR manual on contrast media v10.3 https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Clinical-Resources/Contrast_Media.pdf. Accessed May 25, 2017.

Note: For more information regarding the categories and definitions used for the NCCN Evidence Blocks™, see page EB-1.

All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

ที่ประชุมได้สรุปเกณฑ์การพิจารณาการใช้เครื่อง PET/CT ดังนี้ คือ

- 1) ผู้ป่วยที่มีระดับค่า CEA เพิ่มขึ้น และได้รับการตรวจ CT หรือ MRI ไม่พบความผิดปกติ แต่ยังคงมีอาการกลับเป็นซ้ำ (recurrent)
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่อยู่ในระยะ M1 ชนิด oligometastatic ใน initial staging ควรได้รับการตรวจ PET-CT เพื่อพิจารณาว่าไม่มีการแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น และยังสามารถทำการผ่าตัดได้ (ทั้งนี้ต้องได้รับข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม ว่าจำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากการตรวจได้เพิ่มเติมหรือไม่จึงจะพิจารณาการผ่าตัดได้)
- 3) ผู้ป่วยที่มี KPS score มากกว่า 70 คะแนน เพื่อหวังผล curative aims

ประเด็นที่ 2 : บทบาทของ MRI ในการประเมินการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง NCCN และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ³ การประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งในลำไส้ตรง นั้นต้องได้รับการตรวจ MRI ก่อนจึงจะได้รับการตรวจ PET-

³ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข http://www.nci.go.th/th/cpg/Cervical_Cancer3.pdf

CT แต่ปัจจุบันนี้ ผู้ป่วยยังไม่มีสิทธิในการเบิกค่าตรวจ MRI ที่ผู้เชี่ยวชาญจึงเสนอให้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา โดยระบุให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจด้วย CT หรือ MRI มาก่อน จึงได้รับการตรวจด้วย PET/CT ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญตั้งข้อสังเกตว่า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วย PET/CT ได้มากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจทั้ง CT และ MRI ที่มีการให้บริการอย่างจำกัดในปัจจุบัน นอกจากนี้ที่ประชุมแนะนำให้สอบถามผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยและศัลยแพทย์โรคมะเร็ง เพื่อสอบถามเกณฑ์ในการประเมินการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด รวมถึงภาพถ่ายทางการแพทย์ (medical imaging) ที่ใช้ประกอบการพิจารณา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาก่อนได้รับการตรวจด้วย PET/CT ของการศึกษา

ผู้แทนจากประกันสังคม สอบถามว่าหากมีการให้บริการ PET/CT และผู้ป่วยในกองทุนประกันสังคม และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเบิกจ่ายได้ จะทำให้มีการใช้เกินความจำเป็นหรือไม่ ที่ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าหากกำหนดเกณฑ์การพิจารณาให้มีความเหมาะสม ก็จะไม่มีปัญหาการเบิกเกินความจำเป็น

ประเด็นที่ 3 : การใช้ PET/CT ในการประเมินผลการรักษา

ทีมวิจัยสอบถามที่ประชุมว่า มีการใช้ PET/CT ในการประเมินผลหลังได้รับการรักษาหรือไม่ ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าไม่มีการใช้ PET/CT ในการประเมินผลการรักษา ทั้งนี้ไม่มีการอภิปรายในประเด็นดังกล่าว

ประเด็นที่ 4 การใช้ PET/CT ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการมาแล้ว (การใช้ PET/CT ซ้ำ)

จาก เอกสารกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0417/414 ในข้อที่ 5 ระบุว่า “ ในกรณีที่เคยตรวจ PET scan ตามหลักเกณฑ์ข้อ 1 – 4 ข้างต้นแล้ว และไม่พบความผิดปกติใดๆ สามารถทำการตรวจซ้ำได้อีก ด้วยเงื่อนไขเช่นเดียวกับข้างต้น ทั้งนี้ระยะเวลา ต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน” ที่ประชุมมีข้อประเด็นสอบถามว่าในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการตรวจด้วย PET/CT แล้วไม่พบความผิดปกติ สามารถได้รับการตรวจ PET/CT ซ้ำอีกครั้งได้หรือไม่

ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่า หากคนไข้เคยได้รับการตรวจด้วย PET/CT มาแล้ว และไม่พบความผิดปกติ หากได้รับการตรวจซ้ำในครั้งถัดไป ผู้ป่วยอาจมีภาวะ bad prognosis แล้ว ไม่จัดเป็น curative aims จึงไม่อยู่ในเกณฑ์การพิจารณาให้ได้รับการตรวจด้วย PET/CT แต่ทั้งนี้ในการศึกษากำหนดให้คนละไม่เกิน 2 ครั้งก็ได้ เพื่อบางกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะ early stage การทำซ้ำอาจตรวจพบและทำให้เค้าได้รับการรักษาทันทีได้

ประเด็นที่ 5 ลักษณะประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ที่ประชุมเสนอให้ทีมวิจัย กำหนดลักษณะประชากรกลุ่มเป้าหมายสอดคล้องกับเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง และไม่แนะนำให้ทีมวิจัยกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีผู้ป่วยบางรายเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากพันธุกรรม ซึ่งพบในประชากรอายุน้อย จึงเสนอให้ทำการศึกษาในกลุ่ม

ผู้ป่วยอายุไม่เกิน 80 ปี และให้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อหาค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วย และ อายุผู้ป่วยที่น้อยที่สุดที่ตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประเด็นที่ 6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประเทศไทย

ทีมวิจัยนำเสนอแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดขั้นตอนการตรวจประเมินผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ผู้เชี่ยวชาญ ชี้แจงว่า ปัจจุบันในทางปฏิบัติอาจไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาครบทุกข้อ เนื่องจากต้องพิจารณาตามความเหมาะสมและอาการของผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น การทำ Bone Scan เนื่องจากมีอุบัติการณ์การแพร่กระจายของมะเร็งในกระดูกค่อนข้างน้อย จึงอาจไม่ได้ทำในผู้ป่วยทุกราย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญแจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ในปี พ.ศ.2562 จะมีการปรับปรุงแนวทางการรักษาอีกครั้ง

ที่ประชุมสอบถามถึงแนวทางการรักษาที่ทีมวิจัยใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยชี้แจงว่าจะพิจารณาการรักษาที่ผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ ได้แก่ ข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้ารับการรักษาได้เท่าเทียมกัน ที่ประชุมเสนอให้ทีมวิจัยขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทั้งจากแพทย์อายุรกรรมและศัลยแพทย์

ประเด็นที่ 7

ทีมวิจัยนำเสนอผลการศึกษาศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของ PET-CT ในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประเทศไทย⁴ และนำเสนอข้อมูลตัวแปร และแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา ทีมวิจัยสอบถามที่ประชุมว่าแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติในบริบทของประเทศไทยหรือไม่

จากแบบจำลองในการศึกษาของประเทศไทย ทีมวิจัยพบว่ามีความแตกต่างระหว่างแบบจำลองของมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งลำไส้ตรง ในการคัดกรองเบื้องต้น มะเร็งลำไส้ใหญ่จะได้รับการตรวจโดยเครื่อง CT เพียงอย่างเดียว ในขณะที่มะเร็งลำไส้ตรงจะมีการตรวจด้วยเครื่อง MRI เพิ่มเติม ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่า การทำ MRI ในมะเร็งลำไส้ตรงนั้น เพื่อให้ดู PELVIS ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นจึงมาการใช้สำหรับมะเร็งลำไส้ตรงเท่านั้น

ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่าในกรณีที่ผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย (M1) ได้รับการตรวจ PET/CT แล้วว่าไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ (unresectable) แพทย์จะเปลี่ยนแนวทางการรักษาจากการผ่าตัดเป็นการฉายรังสี (Stereotactic Body Radiotherapy; SBRT) ดังนั้นกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถผ่าตัดได้ ผู้ป่วยยังมีโอกาสที่ได้รับการรักษาให้หายขาด (curable) จากวิธีการอื่นๆ ได้ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการประเมินอีกครั้งหนึ่งว่ายังสามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ (curable, non-curable)

⁴ Brush J, Boyd K, Chappell F, Crawford F, Dozier M, Fenwick E, et al. The value of FDG positron emission tomography/computerised tomography (PET/CT) in pre-operative staging of colorectal cancer: a systematic review and economic evaluation. Health technology assessment (Winchester, England). 2011 Sep;15(35):1-192, iii-iv. PubMed PMID: 21958472. Pubmed Central PMCID: PMC4781061. Epub 2011/10/01. eng

ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ทีมวิจัย ทำแบบจำลองการศึกษาในกรณีที่มีหลายเหตุการณ์ ได้แก่ กรณีที่มี การใช้เครื่อง CT เพียงอย่างเดียวในการประเมินการกลับเป็นซ้ำ กรณีที่มีการใช้เครื่อง CT หรือ MRI ในการประเมินการกลับเป็นซ้ำ และกรณีที่มีการใช้เครื่อง CT และ PET/CT ในการประเมินการกลับเป็นซ้ำ

ผู้เชี่ยวชาญมีประเด็นสอบถามเกี่ยวกับ ความน่าจะเป็นในการตรวจพบมะเร็งในระยะแพร่กระจาย (M1) ที่สามารถผ่าตัดได้ (resectable) โดยการตรวจ PET/CT ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ระหว่างผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำและมีระยะแพร่กระจาย กับ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งที่มีระยะแพร่กระจาย ทั้งนี้ไม่มีการอภิปรายในประเด็นดังกล่าว

ประเด็นที่ 8 การเก็บข้อมูลต้นทุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในการศึกษานี้ทีมวิจัยจะมีการเก็บข้อมูลต้นทุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามสถานะสุขภาพ ตามแบบจำลอง จึงเรียนสอบถามที่ประชุมถึงความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลดังกล่าว

ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าทีมวิจัยสามารถทำการเก็บข้อมูลในระดับประเทศ ให้ครอบคลุมทุกภาค โดยขอความร่วมมือในพื้นที่ต่างๆ โดยการประสานกับผู้เชี่ยวชาญในแต่ละพื้นที่ที่มีการให้บริการ PET-CT รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการประชุมครั้งนี้ทีมวิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ถึงกลุ่มประชากรเป้าหมาย แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษาเบื้องต้น แนวทางการตรวจและการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์ข้อบ่งใช้เครื่อง PET/CT ของกรมบัญชีกลางเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อมูลอีกหลายส่วนที่ทีมวิจัยต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมมะเร็ง และศัลยกรรมมะเร็ง เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อแนวทางการใช้เครื่อง PET/CT และแนวทางการรักษาเพิ่มเติม หากได้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ทีมวิจัยจะจัดประชุมเพื่อนำเสนอแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษานี้อีกครั้ง

เลิกประชุมเวลา 16.00 น.

ภก.ดิศรณ์ กุลโกศิน
(ผู้จัดรายงานการประชุม)

ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล
(ผู้ตรวจรายงานการประชุม)