

Version 1.2015

NCCN肿瘤学临床实践指南 (NCCN指南®)
NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)
消化系统肿瘤指南 总主译 孙 燕 召集人 季加孚

结直肠癌筛查

Colorectal Cancer Screening

2015年第1版

制订 / National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

主译 / 蔡三军



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

消化系统肿瘤指南 总主译 孙 燕 召集人 季加孚

结直肠癌筛查

Colorectal Cancer Screening

2015 年第 1 版

NCCN.org

制订 / National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

主译 / 蔡三军

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南 (“NCCN Guidelines®”) 结直肠癌筛查指南 *Colorectal Cancer Screening* (V. 1.2015. ©2015) 由美国国家综合癌症网络公司授权翻译。版权所有, 违者必究。NCCN 肿瘤学临床实践指南 (“NCCN Guidelines®”) 及其解释如没有 NCCN 的书面许可不得以任何目的和以任何形式被复制。查看最近的和完整版的 NCCN 指南, 可上网 NCCN.org。NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES® 和其他所有的 NCCN 内容等标志均为美国国家综合癌症网络公司版权所有。

To view the most recent and complete version of
for Colorectal Cancer Screening, visit NCCN.org

Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南 (“NCCN Guidelines[®]”) 结直肠癌筛查指南 *Colorectal Cancer Screening* (V. 1.2015, ©2015) 由美国国家综合癌症网络公司授权翻译。版权所有, 违者必究。NCCN 肿瘤学临床实践指南 (“NCCN Guidelines[®]”) 及其解释如没有 NCCN 的书面许可不得以任何目的和以任何形式被复制。查看最近的和完整版的 NCCN 指南, 可上网 NCCN.org。NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK[®]、NCCN[®]、NCCN GUIDELINES[®] 和其他所有的 NCCN 内容等标志均为美国国家综合癌症网络公司版权所有。

To view the most recent and complete version of the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines[®]) for Colorectal Cancer Screening, visit NCCN.org.

图书在版编目 (CIP) 数据

NCCN 肿瘤学临床实践指南: NCCN 指南. 结直肠癌筛查 / 美国国家综合癌症网络公司编著; 蔡三军主译.
—北京: 人民卫生出版社, 2016
ISBN 978-7-117-22704-9

I. ①N… II. ①美… ②蔡… III. ①结肠癌—诊断—指南 ②直肠癌—诊断—指南 IV. ①R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 112717 号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2015-4460

NCCN 肿瘤学临床实践指南 (NCCN 指南[®])
结直肠癌筛查



主 译: 蔡三军
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830
印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店
开 本: 787 × 1092 1/16
印 张: 3.5
字 数: 84 千字
版 次: 2017 年 1 月第 1 版 2017 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-22704-9/R · 22705
定 价: 49.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

NCCN 指南 2015 年第 1 版结直肠癌筛查

制订 /National Comprehensive Cancer Network[®] (NCCN[®])

主译 / 蔡三军 复旦大学附属肿瘤医院

审校专家组 (按姓氏笔画排序)

丁克峰	浙江大学医学院附属第二医院	徐瑞华	中山大学附属肿瘤医院
王锡山	中国医学科学院肿瘤医院	章 真	复旦大学附属肿瘤医院
宋 纯	上海市东方医院	梁小波	山西省肿瘤医院
张苏展	浙江大学医学院附属第二医院	彭俊杰	复旦大学附属肿瘤医院
郑 树	浙江大学肿瘤研究所	蔡三军	复旦大学附属肿瘤医院
顾 晋	北京大学首钢医院	潘志忠	中山大学肿瘤防治中心

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

总主译 孙 燕

学术委员会

资深学术委员(按姓氏汉语拼音排序)

曹雪涛 曹泽毅 樊代明 管忠震 郭应禄 韩德民 郝希山 何友兼 赫捷 郎景和 李维廉 廖美琳
陆道培 沈镇宙 宋三泰 孙颖浩 汤钊猷 万德森 王辰 王瑞林 赵玉沛 郑树

主任委员 孙 燕

副主任委员 吴一龙 季加孚

委员(按姓氏汉语拼音排序)

巴一 白玉贤 步召德 蔡建强 蔡三军 陈嘉 陈佳艺 崔恒 狄文 樊嘉 丰有吉 高黎
高雨农 高子芬 顾晋 郭军 郭丽娜 郭伟 郭小毛 韩宝惠 郝纯毅 郝权 何小慧 何志嵩
胡超苏 胡国清 黄镜 黄翼然 嵇庆海 季加孚 冀明 江泽飞 蒋国梁 焦顺昌 孔北华 郎锦义
李甘地 李惠平 李进 李凯 李鸣 李晔雄 李子庭 林锋 林汉良 林素暇 林桐榆 林仲秋
刘冬耕 刘尚梅 刘霆 刘艳辉 刘云鹏 卢泰祥 陆舜 罗荣城 马丁 马建辉 马军 孟凡义
那彦群 倪鑫 欧阳学农 潘建基 朴炳奎 秦叔逵 邱录贵 任军 邵永孚 邵志敏 沈铿 沈坤炜
沈琳 沈悌 沈志祥 盛修贵 师英强 石远凯 宋磊 孙强 唐平章 陶敏 佟仲生 汪建平
王华庆 王洁 王金万 王绿化 王雅杰 王子平 魏丽惠 吴令英 吴鸣 吴强 吴小华 吴一龙
向阳 谢晓冬 谢幸 邢宝才 徐兵河 徐国镇 徐建明 徐瑞华 杨跃 叶定伟 叶章群 于世英
余子豪 张保宁 张福泉 张力 张沂平 章真 赵永强 支修益 周爱萍 周彩存 周道斌 周芳坚
周立强 周清华 周志祥 朱军 朱雄增 朱正纲

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

——消化系统肿瘤

总主译 孙 燕

召集人 季加孚

主译专家组成员(按姓氏汉语拼音排序)

巴 一 步召德 蔡建强 蔡三军 樊 嘉 郝纯毅 赫 捷 黄 镜 季加孚 李 进 李晔雄 秦叔逵
沈 琳 万德森 汪建平 邢宝才 徐瑞华 杨 跃 章 真 赵玉沛

秘书 步召德



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN 肿瘤学临床实践指南(NCCN 指南®)

结直肠癌筛查

Colorectal Cancer Screening

2015 年第 1 版

NCCN.org

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)结直肠癌筛查指南 *Colorectal Cancer Screening* (V. 1.2015. ©2015) 由美国国家综合癌症网络公司授权翻译。版权所有,违者必究。NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)及其解释如没有 NCCN 的书面许可不得以任何目的和以任何形式被复制。查看最近的和完整版的 NCCN 指南,可上网 NCCN.org。NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES® 和其他所有的 NCCN 内容等标志均为美国国家综合癌症网络公司版权所有。

To view the most recent and complete version of the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Colorectal Cancer Screening, visit NCCN.org.

继续

NCCN 指南 2015 年第 1 版结直肠癌筛查 专家组成员

* Dawn Provenzale, MD, MS/Chair □ ▢
Duke Cancer Institute

* Kory Jasperson, MS, CGC/Vice-chair/Lead △
Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah

Dennis J. Ahnen, MD □
University of Colorado Cancer Center

Harry Aslanian, MD □
Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital

Travis Bray, PhD ¥
Hereditary Colon Cancer Foundation

Jamie A. Cannon, MD ¶
University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center

Donald S. David, MD □
City of Hope Comprehensive
Cancer Center

Dayna S. Early, MD □
Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine

Deborah Erwin, PhD
Roswell Park Cancer Institute

James M. Ford, MD † ▢ △
Stanford Cancer Institute

Francis M. Giardiello, MD, MBA □
The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins

Samir Gupta, MD □
UC San Diego Moores Cancer Center

Amy L. Halverson, MD ¶
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Stanley R. Hamilton, MD ≠
The University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Heather Hampel, MS, CGC △
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Mohammad K. Ismail, MD □
St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center

Jason B. Klapman, MD □
Moffitt Cancer Center

David W. Larson, MD, MBA ¶
Mayo Clinic Cancer Center

Audrey J. Lazenby, MD ≠
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Patrick M. Lynch, MD, JD □
The University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Robert J. Mayer, MD † ▢
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center

Reid M. Ness, MD, MPH □
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

M. Sambasiva Rao, MD ≠ □
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Scott E. Regenbogen, MD ¶
University of Michigan
Comprehensive Cancer Center

Moshe Shike, MD □ ▢
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Gideon Steinbach, MD, PhD □ ▢
Fred Hutchinson Cancer Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance

David Weinberg, MD, MSc □
Fox Chase Cancer Center

NCCN
Susan Darlow, PhD
Mary Dwyer, MS
Deborah Freedman-Cass, PhD

□ 胃肠科	≠ 病理科
△ 肿瘤遗传学	¶ 外科 / 肿瘤外科
▢ 内科	¥ 患者教育
† 肿瘤内科	* 编写委员会成员

继续

[NCCN 结直肠癌筛查专家组成员](#)

[指南更新概要](#)

[• 结直肠癌风险评估 \(CSCR-1\)](#)

一般风险

[• 一般风险 \(CSCR-2\)](#)

增加风险

[• 腺瘤样或者无蒂锯齿状息肉个人史 \(CSCR-3\)](#)

[• 结直肠癌个人史 \(CSCR-4\)](#)

[• 炎性肠个人史 \(CSCR-5\)](#)

[• 阳性家族史使发病风险增加 \(CSCR-6\)](#)

[• 筛查形式与计划 \(CSCR-A\)](#)

[• 常见结直肠切除的定义 \(CSCR-B\)](#)

高风险结直肠癌综合征

[见 NCCN 遗传性 / 家族性高风险评估: 结直肠](#)

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

NCCN 成员机构的临床试验可查询: http://www.nccn.org/clinical_trials/physician.html

NCCN 对证据和共识的分类: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。见 [NCCN 对证据和共识的分类](#)

NCCN 指南是作者根据他们对目前已经接受的治疗方法的看法做出的证据和共识的陈述。任何临床医师欲参考或应用该指南应该按照具体的临床情况做出独立的医疗判断, 以决定患者需要的管理和治疗。NCCN 对该指南内容的使用或应用不发表任何陈述或保证, 并且不承担使用或应用后的任何责任。该指南版权为 NCCN 所有, 未经 NCCN 书面允许, 该指南和解释部分不能以任何形式复制。©2015.

与 2014 年第 1 版 NCCN 结直肠癌筛查指南比较,2015 年第 1 版指南的更新包括:

CSCR-1

- 脚标“b”从“是否将 SSPs 称为无蒂锯齿状息肉的争议。这些词语是同义的而且指南中将使用 SSPs。SSPs 是锯齿状息肉的一种类型,并且它的处理与腺瘤一样。然而,乙状结肠近端的任何锯齿状病变的随访同腺瘤样息肉。”改为“无蒂锯齿状息肉及无蒂锯齿状腺瘤是同义的。无蒂锯齿状息肉是锯齿状息肉的一种类型,它虽没有异型增生但可以发展出异型增生灶,转变为无蒂锯齿状息肉伴细胞异形增生(SSP-cd)。指南中 SSP 指无蒂锯齿状息肉,SSP-cd 指无蒂锯齿状息肉伴异型增生。一般来说,无蒂锯齿状息肉处理同管状腺瘤,无蒂锯齿状息肉伴异型增生处理同高风险腺瘤并且需更加严密的监测。此外,乙状结肠近端的锯齿状息肉的随访与腺瘤样息肉的随访相似。”

CSCR-2

一般风险筛查

- 评估筛查结果
 - 活检或者息肉切除后,结果的选择改为:“异型增生,非 SSP,直肠及乙状结肠息肉 <1cm”
- 脚标
 - 脚标“d”改为“目前是否将仿真肠镜作为初级筛查形式仍未达成共识,根据检查的频率决定是否用仿真肠镜,根据仿真肠镜发现的息肉大小决定是否再行肠镜,及是否准备评估肠外病变。仿真肠镜结果阳性及结肠镜检阴性者随访内容仍不明确。对于侧向发育型肿瘤的检测,仿真肠镜不如结肠镜敏感。尽管有以上不确定性,仿真肠镜仍在临床中使用(Togashi K, et al. World J Gastroenterol 2014;20:17552-7)。目前的数据提示,如果仿真肠镜结果阴性/未见息肉,5 年内重复行仿真肠镜检查,如果仿真肠镜结果阳性/发现息肉,进一步肠镜检查。”
 - 增加了脚标“e”:“结直肠癌筛查应作为筛查计划的一部分,该计划包括识别哪些人适合及愿意做筛查的系统方法、标准的筛查方法及约定的时间间隔、结果的标准报告、阳性结果者随访的机制。”
 - 脚标“f”调整为“如果结肠镜观察不完全或者肠道准备不充分,考虑其他的筛查形式或者 1 年内重复结肠镜检查由临床医生决定再次结肠镜检查的间隔时间”
 - 脚标“g”改为“类似粪便 DNA 的新技术已经逐渐被证实为一种合理且准确的筛查形式,但是 FDA 已经批准粪便 DNA 检测作为结直肠癌的初级筛查形式(Imperiale TF, et al. N Engl J Med 2014;370:1287-1297)。但合适的筛查间隔时间仍不明确目前粪便 DNA 仍不是初级筛查形式。”
 - 脚标“i”改为“SSPs 处理同腺瘤 SSPs 不伴异型增生者的处理类似腺瘤;SSP-cd 的处理类似高风险腺瘤并且需更加密切的监测。”(CSCR-3 做同样修改)
 - 脚标“e”文本移至 CSCR-A
 - 有随机对照研究的直接证据证实粪便潜血试验(Mandel JS, et al. N Engl J Med 1993;328:1365-71;Hardcastle JD, et al. Lancet 1996;348:1472-77;Kronborg O, et al. Lancet 1996;348:1467-71)及软式乙状结肠镜(Atkin WS, et al. Lancet 2010;375:1624-33;Schoen RE, et al. N Eng J Med 2012;366:2345-57;Nishihara R, et al. N Eng J Med;2013;369:1095-105)能够降低结直肠癌相关的死亡率。来自病例对照研究及队列研究的证据证实结肠镜能潜在地预防结直肠癌及其相关死亡(Kahi CJ, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009;7:770-5;Baxter NN, et al. Ann Intern Med 2009;150:1-8)。
 - “Winawer S, et al. J Natl Cancer Inst 1993;85:1311-8 and Zauber AG, et al. Ann Intern Med 2008;149:659-69.”

[转下页](#)

与 2014 年第 1 版 NCCN 结直肠癌筛查指南比较,2015 年第 1 版指南的更新包括:

CSCCR-3

腺瘤样息肉或无蒂锯齿状息肉个人史使发病风险增加

- 临床发现
 - ▶ 第一类:“低风险腺瘤样息肉(管状腺瘤或无细胞异形性的无蒂锯齿状息肉)”
 - ▶ 第二类:“高风险(进展期或者多发腺瘤样息肉)”
 - ◇ 高级别异型增生或 SSP-cd 或
 - ◇ 腺瘤或者任何 SSP $\geq 1\text{cm}$ 或者
 - ◇ 绒毛状或管状绒毛状(任何绒毛状)或
 - ◇ 3~10 个腺瘤样息肉和(或)SSPs
 - ▶ 第三类:“恶性腺瘤样息肉”
- 临床发现的随访
 - ▶ 低风险随访修改为,“5~10 年内复查结肠镜”
- 脚标“1”被调整,“当无法确认是否完整切除大息肉和/或无蒂息肉、肠道准备不充分、腺瘤伴不典型增生时,结肠镜检时间间隔应缩短。有学者建议腺瘤伴不典型增生应每 1~3 年复查结肠镜,因为其极容易快速恶变为结肠癌(RexD, et al. Am J Gastro 2012; 107: 1315-1329)。……缩短结肠镜检间隔时间的建议应该建立在结合患者个人风险评估结果、年龄、家族史、并发症及以前的结肠镜检结果的基础上,并与患者本人充分讨论后做出。”

CSCCR-5

炎症性肠病史增加发病风险

- 筛查开始时间
 - ▶ 首发全结肠炎症状后的 8~10 年
 - ▶ 出现左半结肠炎症状 12 年后
- 评估阳性筛查结果
 - ▶ 增加了“因狭窄评估不完全”
- 脚标
 - ▶ 添加脚标“o”,“严重长期存在的炎症/炎性假瘤。最好有消化道病理专家确认。与普通直肠人群比较,直肠乙状结肠炎患者发生结直肠癌的风险低或无风险,他们应该按照标准结直肠癌筛查方案进行管理。”

Lutgens M, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2015; 13:148-54.”

- ▶ 添加脚标“q”,“Shergill AK, Farrae FA. Gastrointest Endosc Clin N Am 2014; 24: 469-481.”
- ▶ 添加脚标“s”,“狭窄是结肠切除的高度适应证,因为其具有潜在高发癌可能,特别是对那些有症状的或内镜不能通过的患者,以及病程长的患者。”
- ▶ 添加脚标“v”被调整并添加,“溃疡型结肠炎患者发生腺瘤样息肉的处理取决于多项因素,需根据个体化危险因素由治疗医生决定制定,例如结肠炎持续时间、是否有非典型增生以及腺瘤的数量及大小。”

CSCCR-6

阳性家族史使发病风险增加

- 家族史标准
 - ▶ 第 4 条标准被修改,“一级亲属确诊为进展期腺瘤(如高级别异型增生, $\geq 1\text{cm}$, 绒毛状或管状绒毛状腺瘤)”
- 筛查
 - ▶ 一级亲属患结直肠癌年龄 ≥ 60 岁,筛查时间修改为,“50 岁开始行结肠镜检查或者初次诊断结直肠癌者早 10 年。”
 - ▶ 对于第 1 条标准,针对结肠镜检查后患者做出修改,“根据家族史每 3~5 年每 5 年重复结肠镜检查,或者若有阳性发现,则需要根据具体情况缩短间隔时间”
 - ▶ 对于第 2~4 条标准,针对结肠镜检查后修改,“每 5~10 年重复结肠镜检查或者若有阳性发现,则需要根据具体情况缩短间隔时间。”
- 添加脚标“x”,“Taylor DP, Stoddard GJ, Burt RW, et al. How well does family history predict who will get colorectal cancer? Implications for cancer screening and counseling. Genet Med 2011; 13: 385-391. Samadder NJ, Curtin K, Tuohy TM, et al. Increased risk of colorectal neoplasia among family members of patients with colorectal cancer: a population-based study in Utah. Gastroenterology. 2014; 147 (4): 814-821.”

转下页

与 2014 年第 1 版 NCCN 结直肠癌筛查指南比较,2015 年第 1 版指南的更新包括:

CSCR-A 1/5

筛查形式及计划

- “结肠癌的预防及降低死亡率的早期检查是结直肠癌筛查计划的初级目标”改为“结直肠癌筛查计划的目标是通过肿瘤预防及早期监测降低结直肠癌死亡率。”
- 删除“尽管患者的治疗倾向和医疗资源的可获得性在筛查选择中有非常重要的作用,对能够发现早期肿瘤及腺瘤样息肉的检查应予以鼓励。”

CSCR-A 3/5

- 结肠镜
 - 第 1 项被修改,“然而,无论任何形式的筛查都优于不做筛查。该方法有多种选项,该方法的使用需在患者同意及条件许可情况下实施。”
 - 第 2 项,“提醒 10 年间隔期”,第二亚项修改,“更短的间隔期……可能需要 1 年内重复结肠镜检”
 - 第 3 项添加结肠镜准备。
 - 第 4 项
 - 修改了第 2 句话,“结肠镜检质量高低评判的指标有比如退镜时间”
 - 质量指标之下添加了“退镜时间”这个指标
 - 合适的准备说明,有以下改变
 - 修改,“分次准备效果好,因此得到推荐应该鼓励推荐”
 - 添加,“分次准备第二次用药的首选时间为”
 - 肠镜 4~6 小时前开始
 - 肠镜 2 小时前结束
 - 添加,“对于预约下午进行肠镜的患者,也可接受检测当天早晨进行肠道准备,不需要分次准备。”

CSCR-A 4/5

- 粪便筛查
 - 修改了第 1 项,“不应该每年一次粪便潜血试验对于一般风险人群,如果将结肠镜作为筛查形式的话,不推荐进行规律的粪便检查。”
- 脚标“8”添加新的参考文献,“Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. N Engl J Med 1993;328:1365-71. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, et al. Lancet 1996;348:1467-71. Atkin WS, et al. Lancet 2010;375:1624-33; Schoen RE, et al. N Engl J Med 2012;366:2345-57; Nishihara R, et al. N Engl J Med;2013;369:1095-105.”
- 脚标“12”添加新的参考文献,“Winawer S, et al. J Natl Cancer Inst 1993 18;85:1311-8 and Zauber A, et al. Ann Intern Med 2008;149:659-69.”

MS-1

- 更新了讨论部分,反映了流程的变化

结直肠癌风险评估

一般风险:^a

- 年龄 ≥ 50 岁
- 无腺瘤、无蒂锯齿状息肉^b 或者结直肠癌病史
- 无炎症肠病史
- 无结直肠癌家族史

见一般风险筛查及评估 (CSCR-2)

增加风险:

- 个人史
 - ▶ 腺瘤或者无蒂锯齿状息肉^b ————— 见临床发现随访:腺瘤样息肉或者无蒂锯齿状息肉 (CSCR-3)
 - ▶ 结直肠癌 ————— 见基于结直肠癌个人史的增加风险筛查 (CSCR-4)
 - ▶ 炎症肠病(溃疡性结肠炎,克罗恩病) ————— 见基于炎症肠病个人史的增加风险筛查 (CSCR-5)
- 阳性家族史 ————— 见基于阳性家族史的增加风险筛查 (CSCR-6)

高风险综合征:

- 林奇综合征(遗传性非息肉病性结直肠癌)
- 息肉病综合征
 - ▶ 经典型家族性腺瘤样息肉病
 - ▶ 衰减型家族性腺瘤样息肉病
 - ▶ MUTYH 相关息肉病
 - ▶ Peutz-Jeghers 综合征
 - ▶ 青少年型息肉综合征
 - ▶ 锯齿状息肉综合征(鲜见遗传)
- Cowden 综合征
- Li-Fraumeni 综合征

见遗传性 / 家族性高风险评估的 NCCN 指南:结直肠

见遗传性 / 家族性高风险评估的 NCCN 指南:乳腺及卵巢

^a 见非洲裔美国人筛查年龄的讨论

^b 无蒂锯齿状息肉及无蒂锯齿状腺瘤是同义的;无蒂锯齿状息肉是锯齿状息肉的一种类型,它虽没有异型增生但可以发展出异型增生灶,转变为无蒂锯齿状息肉伴细胞异形增生(SSP-cd)。指南中 SSP 指无蒂锯齿状息肉,SSP-cd 指无蒂锯齿状息肉伴异型增生。一般来说,无蒂锯齿状息肉处理同管状腺瘤,无蒂锯齿状息肉伴异型增生处理同高风险腺瘤并且需更加严密的监测。此外,乙状结肠近端的锯齿状息肉的随访与腺瘤样息肉的随访相似。

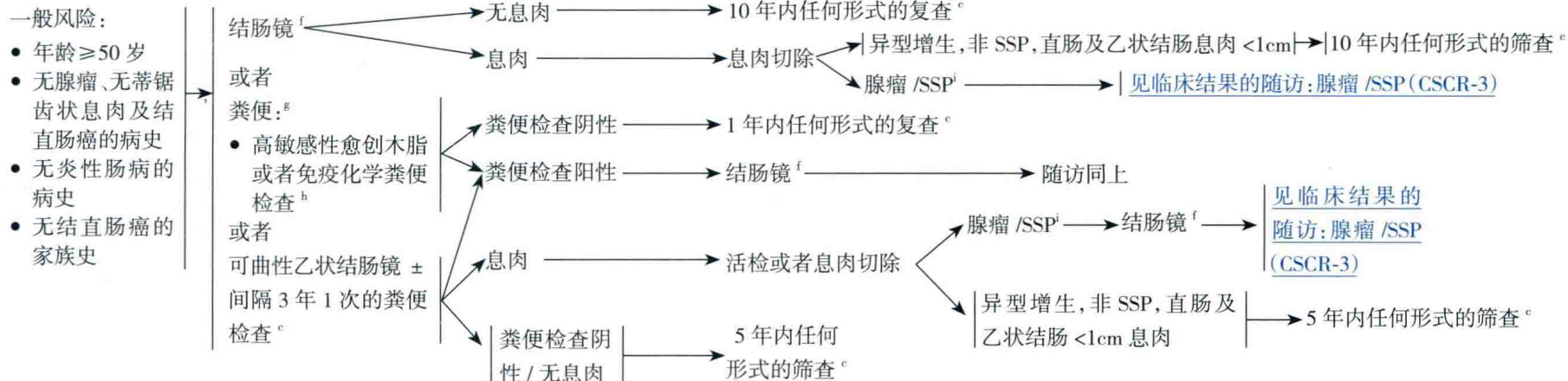
注:除非特别指出,NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验:NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理,因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

风险状态

筛查形式与计划^{c,d,e}

筛查结果的评估



^c 见筛查形式及计划 (CSCR-A)

^d 目前是否将仿真肠镜作为初级筛查形式仍未达成共识, 根据检查的频率决定是否用仿真肠镜, 根据仿真肠镜发现的息肉大小决定是否再行肠镜, 及是否准备评估肠外病变。仿真肠镜结果阳性及结肠镜阴性者随访内容仍不明确。对于侧向发育型肿瘤的检测, 仿真肠镜不如结肠镜敏感。尽管有以上不确定性, 仿真肠镜仍在临床中使用 (Togashi K, et al. World J Gastroenterol 2014; 20: 17552-7)。目前的数据提示, 如果仿真肠镜结果阴性 / 未见息肉, 5 年内重复行仿真肠镜检查, 如果仿真肠镜结果阳性 / 发现息肉, 进一步肠镜检查。

^e 结直肠癌筛查应作为筛查计划的一部分, 该计划包括识别哪些人适合及愿意做筛查的系统方法、标准的筛查方法及约定的时间间隔、结果的标准报告、阳性结果者随访的机制。

^f 如果结肠镜观察不完全或者肠道准备不充分, 考虑其他的筛查形式或者 1 年内重复结肠镜检查 (Johnson D, et al. Gastro 2014; 147: 903-924.)。

^g FDA 已经批准粪便 DNA 检测作为结直肠癌的初级筛查形式 (Imperiale TF, et al. N Engl J Med 2014; 370: 1287-1297)。但合适的筛查间隔时间仍不明确。

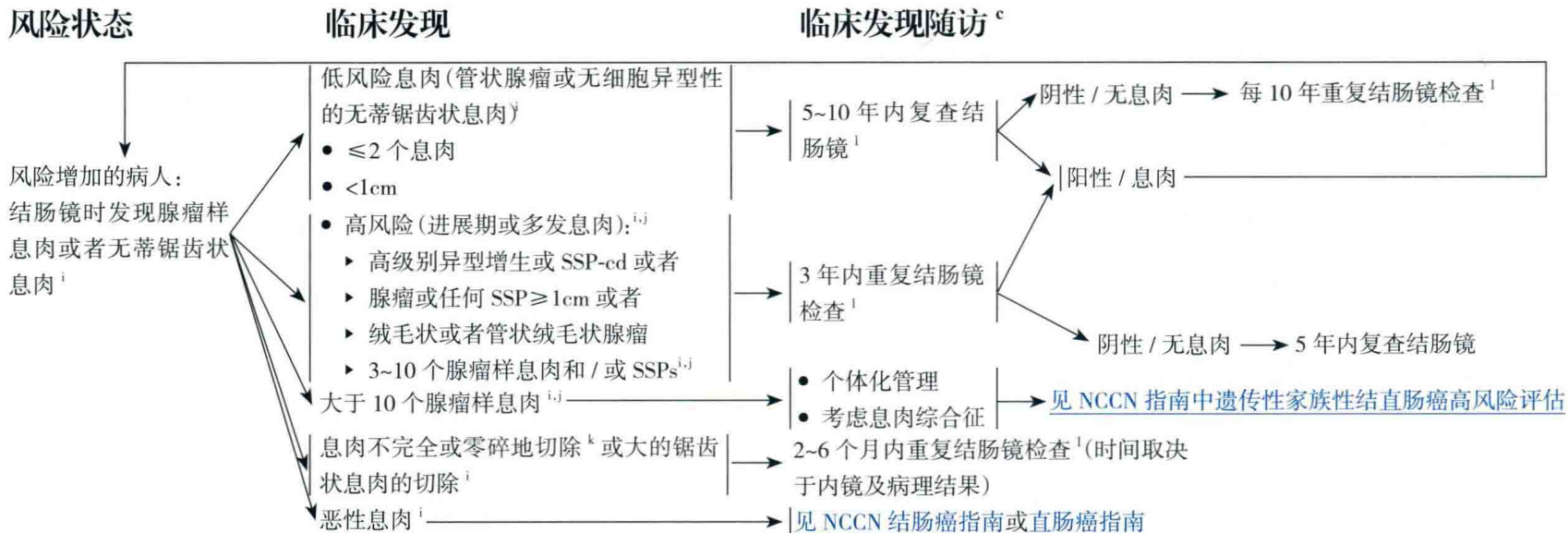
^h 最新研究证实 FIT 比高敏感性愈创木脂检查更加敏感, 随机试验证实规律的愈创木脂粪便检查能够降低结直肠癌的死亡率。(1 类证据)

ⁱ SSPs 不伴异型增生者的处理类似腺瘤; SSP-cd 的处理类似高风险腺瘤并且需更加密切的监测。(Rex D, et al. Am J Gastro 2012; 107: 1315-1329; Lieberman D, et al. Gastroenterology 2012; 143: 844-857)。

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

腺瘤样息肉或者无蒂锯齿状息肉病史的增加风险



^c 见筛查形式及计划(CSCR-A)。

ⁱ 不伴不典型增生的 SSPs 按腺瘤管理,伴不典型增生的 SSPs(SSPs-cd)按高度恶变风险的腺瘤管理。因此,当出现不典型增生时,需要增加检测频率(Rex D, et al. Am J Gastro 2012; 107: 1315-1329; Leiberma D, et al. Gastroenterology 2012; 143:844-857)。

^j 10 个或更少的息肉,伴家族病史或发病年龄(<40 岁),可能与遗传性息肉综合征相关。

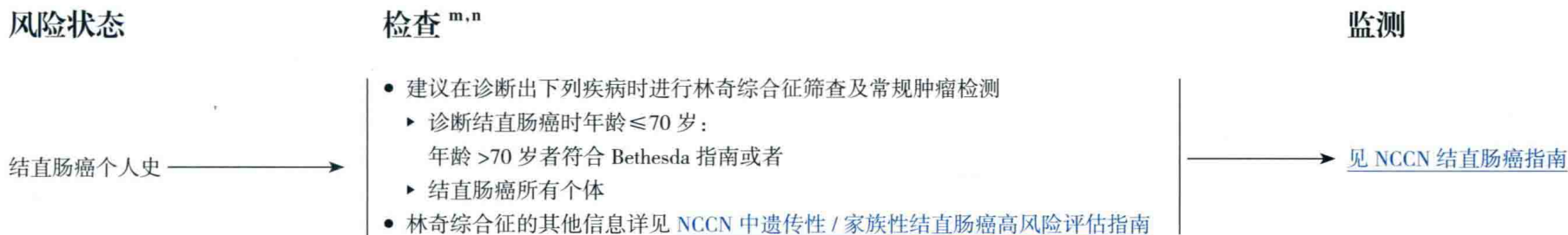
^k 注入墨水供以后鉴定,推荐无菌碳黑墨水。

^l 当无法确认是否完整切除大息肉和 / 或无蒂息肉、肠道准备不充分、腺瘤伴不典型增生时,结肠镜检时间间隔应缩短。有学者建议腺瘤伴不典型增生应每 1~3 年复查结肠镜,因为其极容易快速恶变为结肠癌(RexD, et al. Am J Gastro 2012; 107: 1315-1329)。其他决定结肠镜检间隔时间的因素有:前一次结肠镜检结果及并发疾病。最初两次的结肠镜检结果可能预测患者罹患结肠癌的总风险(USPSTF, Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Service Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008; 149:627-637)。缩短结肠镜检间隔时间的建议应该建立在结合患者个人风险评估结果、年龄、家族史、并发疾病及以前的结肠镜检结果的基础上,并与患者本人充分讨论后做出。

注:除非特别指出,NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验:NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理,因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

结直肠癌个人史增加风险



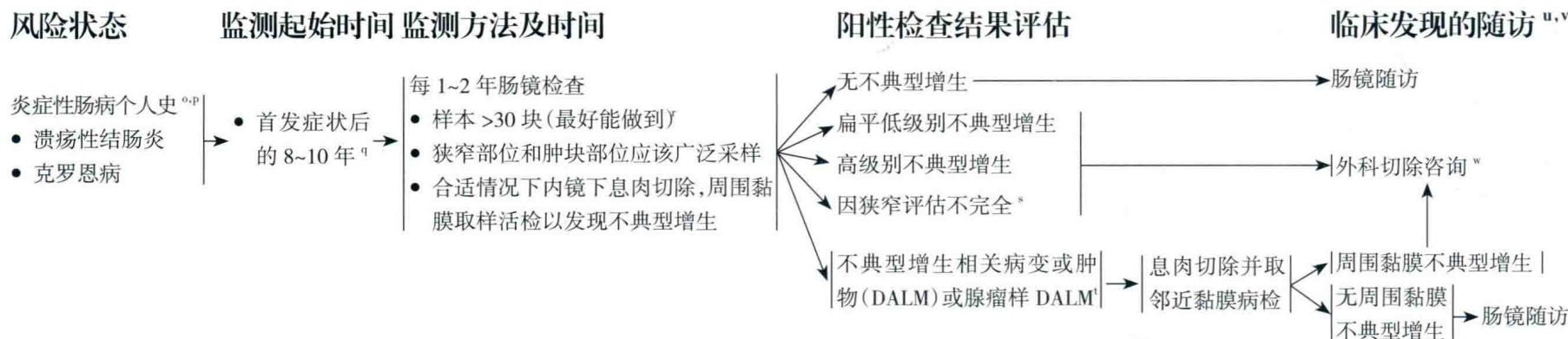
^m Moreira L, Balaguer F, Lindor N, et al. Identification of Lynch syndrome among patients with colorectal cancer. JAMA 2012;308:1555-1565.

ⁿ Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention Working Group from the CDC and shown to be cost-effective (EGAPP Recommendation Statement. Genetics in Medicine 2009;11:35-41).

注:除非特别指出,NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验:NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理,因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。

炎症性肠病个人史增加发病风险



^a 有关内镜下随访长期存在的克罗恩病的价值的证据有限。不典型增生的危险因素包括溃疡型结肠炎; 大范围结肠炎; 结肠狭窄; 原发性硬化性胆管炎 (PSC); 结直肠癌家族史, 特别当年龄 <50 岁; 个人不典型增生病史; 严重长期存在的炎症 / 炎性假瘤。最好有消化道病理专家确认。与普通直肠人群比较, 直肠乙状结肠炎患者发生结直肠癌的风险低或无风险, 他们应该按照标准结直肠癌筛查方案进行管理。Lutgens M, et al. Clinical Gastroenterol Hepatol 2015; 13: 148-154。

^p 如果已经患有 PSC, 无论疾病活动与否和病变范围大小, 均应每年行一次肠镜检测。

^q Shergill AK, Farraye FA. Gastrointest Endosc Clin N Am 2014; 24: 469-481。

^r 利用染色内镜或者共聚焦显微内镜可以更好定位活检不正常黏膜。定位活检有助于提高不典型增生的检出, 在对炎症性肠病患者做监测性肠镜中应考虑使用。

^s 狭窄是结肠切除的高度适应证, 因为其具有潜在高发癌可能, 特别是对那些有症状的或内镜不能通过的患者, 以及病程长的患者。

^t 溃疡型结肠炎患者发展成散发性结直肠腺瘤几率与普通人群一样。内镜发现的病损、组织学与散发腺瘤相近 (腺瘤样 DALM)、在周围平坦黏膜及其余结肠无不典型增生、在息肉中无侵袭性癌, 这样的病灶可安全的进行息肉切除并持续观察。

^u 克罗恩病相关不典型增生的最佳处理方法并未统一。患者和医师的偏好也应被考虑。克罗恩病相关不典型增生的扩大切除需依据。当炎症性肠病患者中发现单一低级别不典型增生, 全结肠切除还是密切肠镜随访需要讨论。如果患者不同意全结肠切除, 需 3 个月内复查肠镜。

^v 溃疡型结肠炎患者发生腺瘤样息肉的处理取决于多项因素, 需根据个体化危险因素制定, 例如结肠炎持续时间、是否有非典型增生以及腺瘤的数量及大小。

^w 见结直肠切除定义 (CSCR-B)

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励肿瘤患者参加临床试验。