

Version 3.2017

**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

**直肠癌**  
Rectal Cancer

2017年第3版—2017年3月13日

制订 / National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)  
主译 / 徐瑞华

 **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

## 直 肠 癌

Rectal Cancer

2017 年第 3 版—2017 年 3 月 13 日

NCCN.org

制订 / National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

主译 / 徐瑞华

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)直肠癌指南 *Rectal Cancer* (V.3.2017.©2017) 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 Rectal Cancer, visit NCCN.org.



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<sup>®</sup>”) 直肠癌指南 *Rectal Cancer* (V.3.2017.©2017) 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<sup>®</sup>”) 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](http://NCCN.org)。NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK<sup>®</sup>、NCCN<sup>®</sup>、NCCN GUIDELINES<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>) for Rectal Cancer, visit [NCCN.org](http://NCCN.org).

### 图书在版编目 (CIP) 数据

NCCN 肿瘤学临床实践指南: NCCN 指南·直肠癌 / 美国国家综合癌症网络公司编著; 徐瑞华主译. —北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-24843-3

I. ①N… II. ①美… ②徐… III. ①直肠肿瘤 - 诊断 - 指南 IV. ①R735.3-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 171153 号

人卫智网 [www.ipmph.com](http://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](http://www.pmph.com) 人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2015-4461

## NCCN 肿瘤学临床实践指南 (NCCN 指南<sup>®</sup>) 直肠癌

主 译: 徐瑞华

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](mailto: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: 10

字 数: 240 千字

版 次: 2017 年 11 月第 1 版 2017 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-24843-3/R · 24844

定 价: 116.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto: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 2017 年第 3 版直肠癌

制订 / National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

主译 / 徐瑞华 中山大学附属肿瘤医院

副主译 / 陈功 中山大学附属肿瘤医院

审校专家组 (按姓氏笔画排序)

万德森 中山大学附属肿瘤医院

王锡山 中国医学科学院肿瘤医院

邢宝才 北京大学肿瘤医院

刘云鹏 中国医科大学附属第一医院

李 进 上海同济大学东方医院

沈 琳 北京大学肿瘤医院

张 俊 上海交通大学医学院附属瑞金医院

张苏展 浙江大学医学院附属第二医院

陈 功 中山大学附属肿瘤医院

袁 瑛 浙江大学医学院附属第二医院

顾 晋 北京大学肿瘤医院

徐瑞华 中山大学附属肿瘤医院

高远红 中山大学附属肿瘤医院

章 真 复旦大学附属肿瘤医院

蔡三军 复旦大学附属肿瘤医院

潘志忠 中山大学附属肿瘤医院

薛卫成 北京大学肿瘤医院

戴广海 中国人民解放军总医院



# 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

---

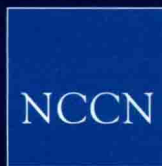
总主译 孙 燕

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®)

# 直肠癌

## Rectal Cancer

2017 年第 3 版—2017 年 3 月 13 日

NCCN.org

此 NCCN 肿瘤学临床实践指南(“NCCN Guidelines®”)直肠癌指南 *Rectal Cancer* (V.3.2017. ©2017) 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 Rectal Cancer, visit NCCN.org.**

继续

\* Al B. Benson, III, MD/ 主席 †  
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer  
Center of Northwestern University

\* Alan P. Venook, MD/ 副主席 † ‡  
UCSF Helen Diller Family  
Comprehensive Cancer Center

Lynette Cederquist, MD †  
UC San Diego Moores Cancer Center

Emily Chan, MD, PhD †  
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Yi-Jen Chen, MD, PhD §  
City of Hope Comprehensive  
Cancer Center

Harry S. Cooper, MD ≠  
Fox Chase Cancer Center

Dustin Deming, MD †  
University of Wisconsin  
Carbone Cancer Center

Paul F. Engstrom, MD †  
Fox Chase Cancer Center

Peter C. Enzinger, MD †  
Dana-Farber/Brigham and Women's  
Cancer Center

Alessandro Fichera, MD  
Fred Hutchinson Cancer Research  
Center/Seattle Cancer Care Alliance

Jean L. Grem, MD †  
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Axel Grothey, MD †  
Mayo Clinic Cancer Center

Howard S. Hochster, MD †  
Yale Cancer Center/Smilow Cancer  
Hospital

Sarah Hoffe, MD §  
Moffitt Cancer Center

Steven Hunt, MD ¶  
Siteman Cancer Center at Barnes-  
Jewish Hospital and Washington  
University School of Medicine

Ahmed Kamel, MD ϕ  
University of Alabama at Birmingham  
Comprehensive Cancer Center

Natalie Kirilcuk, MD ¶  
Stanford Cancer Institute

Smitha Krishnamurthi, MD † †  
Case Comprehensive Cancer Center/  
University Hospitals Seidman  
Cancer Center and Cleveland  
Clinic Taussig Cancer Institute

\* Wells A. Messersmith, MD †  
University of Colorado Cancer Center

Mary F. Mulcahy, MD † †  
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer  
Center of Northwestern University

James D. Murphy, MD, MS §  
UC San Diego Moores Cancer Center

Steven Nurkin, MD, MS ¶  
Roswell Park Cancer Institute

Leonard Saltz, MD † † †  
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Sunil Sharma, MD †  
Huntsman Cancer Institute  
at the University of Utah

David Shibata, MD ¶  
The University of Tennessee  
Health Science Center

John M. Skibber, MD ¶  
The University of Texas  
MD Anderson Cancer Center

Constantinos T. Sofocleous, MD, PhD ϕ  
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Elena M. Stoffel, MD, MPH □  
University of Michigan  
Comprehensive Cancer Center

Eden Stotsky-Himelfarb, BSN, RN ¥  
The Sidney Kimmel Comprehensive  
Cancer Center at Johns Hopkins

Christopher G. Willett, MD §  
Duke Cancer Institute

Christina S. Wu, MD  
The Ohio State University Comprehensive  
Cancer Center - James Cancer Hospital  
and Solove Research Institute

**NCCN**  
Deborah Freedman-Cass, PhD  
Kristina M. Gregory, RN, MSN, OCN

† 肿瘤内科	‡ 内科
§ 放疗 / 肿瘤放射科	ϕ 诊断 / 介入放射科
¶ 外科 / 肿瘤外科	□ 消化内科
≠ 病理科	¥ 患者教育
‡ 血液科 / 血液肿瘤科	* 讨论部分编写委员会成员

继续



## NCCN 直肠癌专家组成员 指南更新概要

### 临床表现和主要治疗:

- 带蒂息肉(腺瘤)伴癌浸润(REC-1)
- 无蒂息肉(腺瘤)伴癌浸润(REC-1)
- 适合切除的直肠癌(REC-2)
  - cT1-2,N0:经肛切除后的治疗(REC-3)
  - cT1-2,N0:经腹切除后的治疗(REC-4)
  - T3,N0 或任何 T,N1-2 或 T4 和 / 或局部无法切除或医学上不可耐受手术:  
主要治疗及辅助治疗(REC-5)
  - 任何 T,任何 N,M1:同时性转移瘤可切除(REC-6)
- 任何 T,任何 N,M1:同时性转移瘤不可切除或医学上不可耐受手术(REC-7)

### 监测(REC-8)

### 复发和检查(REC-9)

### 病理评估的原则(REC-A)

### 手术治疗的原则(REC-B)

### 辅助治疗的原则(REC-C)

### 放射治疗的原则(REC-D)

### 进展期或转移性直肠癌化学治疗(REC-E)

### 生存保健的原则(REC-F)

### 分期(ST-1)

**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](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 证据与共识分类](#)

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。©2017.

NCCN 直肠癌指南 2017 年第 3 版与 2017 年第 1 版相比,主要变化包括:

## REC-8

- 删除以下脚注:
  - ▶ Meyerhardt JA, Mangu PB, et al. American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2013 Dec 10;31 (35):4465-4470.
  - ▶ 高危复发 (如淋巴/血管浸润、分化差) 的患者进行 CT 检查可能有用

## REC-10

- 删除以下脚注: 此种情况下支持某一个特定方案的证据均有限 (同样适用于 REC-11)

## REC-11

- 脚注“cc”修改为: 逐渐增多的证据显示, 不管是单药还是和细胞毒化疗药物联合, BRAF V600E 基因突变者, 极有可能不会对西妥昔单抗或帕尼单抗的治疗产生应答。(同样适用于 REC 6/10)

## REC-C 1/2

- 删除下列脚注: NCCN 推荐化疗医嘱应限制在 24 小时之内 (即, 采用 1200mg/m<sup>2</sup>/d 的表述, 而不是 2400mg/m<sup>2</sup>, 输注 48 小时), 以最大程度地减少医疗失误。(同样适用于 REC-E 7/10, REC-E 8/10, REC-E 9/10)

## REC-E 1/10

- 初始治疗: 5-FU/LV 明确为“首选输注”

## REC-E 6/10

- 删除下列脚注:
  - ▶ 若 FOLFOX 或 CapeOX 治疗 3~4 个月或如果出现严重的神经毒性 (≥2 度) 时, 应积极考虑停用奥沙利铂, 并以其他药物 (氟嘧啶类 + 贝伐单抗) 维持, 直至肿瘤进展。若之前停药是因神经毒性而非疾病进展, 则肿瘤进展后可以重新启用奥沙利铂。Tournigand C, Cervantes A, Figer A, et al. OPTIMOX1: A randomized study of FOLFOX4 or FOLFOX7 with oxaliplatin in a stop-and-go fashion in advanced colorectal cancer-A GERCOR Study. J Clin Oncol 2006;24:394-400. 目前仍没有证据来支持常规使用 Ca/Mg

注射来预防奥沙利铂相关神经毒性。

- ▶ 该方案的大部分安全性和有效性数据都来自欧洲, 其标准方案为卡培他滨的起始剂量 1000mg/m<sup>2</sup>, 每日 2 次, 连服 14 天, 每 21 天重复。有证据显示北美患者采用卡培他滨治疗的毒性较欧洲患者大 (其他氟嘧啶类药物亦如此), 因而需降低卡培他滨的剂量。降低了卡培他滨起始剂量的 CapeOX 方案的相对有效性尚未在大规模随机研究中得到证实。
- ▶ 65 岁及以上的患者使用贝伐单抗治疗后中风和动脉血管事件的危险性增加。使用贝伐单抗可能会妨碍伤口愈合。
- ▶ 不推荐细胞毒药物、抗 EGFRs 靶向药物和抗 VEGFs 靶向药物三者的联合应用。Hecht JR, Mitchell T, Chidiac C, et al. A randomized phase III trial of chemotherapy, bevacizumab, and panitumumab compared with chemotherapy and bevacizumab alone for metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol 2009;27:672-80. Tol J, Koopman M, Cats A, et al. Chemotherapy, bevacizumab, and cetuximab in metastatic colorectal cancer. N Engl J Med 2009;360(6):563-572.
- ▶ 大多数的数据表明西妥昔单抗和帕尼单抗作为初始治疗方案时对右半结肠癌无效。
- ▶ 首选静脉输注 5-FU
- ▶ 肌酐清除率下降的患者需要调整卡培他滨的剂量。
- ▶ 尚未证实 EGFR 检测具有疗效预测价值, 因此不常规推荐 EGFR 检测。不能以 EGFR 的检测结果来采用或排除西妥昔单抗或帕尼单抗治疗。
- ▶ 目前尚无资料, 亦无令人信服的理论基础, 来支持西妥昔单抗治疗失败后应用帕尼单抗, 或帕尼单抗治疗失败后应用西妥昔单抗。因此, 这两种药物一种治疗失败后不建议用另外一种。
- ▶ 尚未证实卡培他滨、丝裂霉素或吉西他滨单药或联合方案在此种情况下有效。
- 脚注“5”修改为: Gilbert 病或血清胆红素升高的患者使用伊立替康应慎重。目前已可进行 UGT1A1 的商业化检测, 但尚无在临床应用的指南。

NCCN 直肠癌指南 2017 年第 2 版与 2017 年第 1 版相比,主要变化包括:

## REC-7

- “短程放疗”之后增加说明“T4 肿瘤不推荐”

## REC-9

- 孤立的盆腔 / 吻合口复发:增加“卡培他滨 + 放疗”为一种治疗选择

NCCN 直肠癌指南 2017 年第 1 版与 2016 年第 2 版相比,主要变化包括:

整体变化:

- 影像检查推荐指明解剖部位及增强
- 晚期或转移性疾病:“化疗”全部改为“全身治疗”
- 删除如下页:T3-4,N0 或任何 T,N1-2,医学上有综合治疗禁忌症(旧版本的 REC-6)

## MS-1

- 讨论部分根据流程图的改变而进行了更新

## REC-2

- 诊断检查:盆腔增强 MRI 备注为“首选”
- 诊断检查:删除“直肠镜”

## REC-3

- 该页用以描述局部切除术后辅助治疗
- 删除治疗选择“放化疗后经腹切除”,替代为“如果完全缓解可以考虑观察或经腹切除或考虑 FOLFOX(首选)或 CAPEOX(首选)或 5-FU/LV 或卡培他滨”
- 增加以下脚注:(适用于 REC-4)
  - 脚注“o”:影像学检查(胸腹盆增强 CT)应在辅助治疗前进行以评估初始

治疗或手术的疗效。(同样适用于 REC-5、REC-6、REC-10 和 REC-11)

- 脚注“p”:尚无证据表明 5-FU/LV 联合奥沙利铂能增加 70 岁及以上患者的获益

## REC-4

- 该页用以描述经腹切除术后的辅助治疗
- pT3-4,N0,M0,增加下列治疗选择“观察或化疗:FOLFOX(首选)或 CAPEOX(首选)或 5-FU/LV 或卡培他滨”

## REC-5

- 放化疗后的辅助治疗:删除 FLOX 方案
- 删除脚注“接受术前治疗的患者,不管术后病理结果如何,所有患者均适合术后治疗”

## REC-6

- 删除与贝伐单抗、西妥昔单抗或帕尼单抗的联合方案及相关脚注。
- 新辅助治疗
  - 短程放疗被列为除 T4 以外肿瘤的一种治疗方法。进一步治疗包括转移瘤和直肠原发瘤分期或同期切除(首选)和 / 或局部治疗,然后“FOLFOX(首选)或 CAPEOX(首选)或 5-FU/LV 或卡培他滨”



NCCN 直肠癌指南 2017 年第 1 版与 2016 年第 2 版相比,主要变化包括:

## REC-6

- 主要治疗:短程放疗被列为除 T4 以外肿瘤的一种治疗方法
- 放化疗然后手术切除的术后辅助治疗:
  - ▶ 推荐从“参考 REC-E 的化疗”变更为“FOLFOX(首选)或 CAPEOX(首选)或 5-FU/LV 或卡培他滨”
- 脚注“u”明确为:手术切除优先于局部损毁治疗(如影像介导的消融或 SBRT)。然而,对于肝脏或肺寡转移病灶可考虑使用局部治疗技术。(同样适用于 REC-10)

## REC-7

- 主要治疗:删除“激光再通术”
- 短程放疗被列为一种治疗方法

## REC-8

- 监测方法基于分期而不同
  - ▶ 经过手术完整分期的 I 期疾病,增加“结肠镜监测”
- 其他分期:“常规”从“不推荐 PET/CT”表述中删除
- 脚注“x”:更新参考文献 Meyerhardt JA, Mangu PB, et al. American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2013 Dec 10;31(35):4465-4470.

## REC-10

- 主要治疗
  - ▶ 既往无化疗:新辅助化疗使用 FLOX、卡培他滨或 5-FU/LV 从 2A 类证据改为 2B
  - ▶ 既往曾化疗:新辅助化疗的推荐从“参照 REC-E 中的方案“修改为”FOLFOX(首选)或 CAPEOX(首选)或 FLOX 或卡培他滨或 5-FU/LV”
- 辅助治疗
  - ▶ 新辅助治疗中无生长:增加“观察”为一个选项
  - ▶ 新辅助治疗中有生长:修改为“全身治疗 ± 靶向治疗(见 REC-E)(靶向治疗 2B 类)”
  - ▶ 既往接受过化疗:手术切除后的辅助治疗明确为“全身治疗 +/- 靶向治疗(见 REC-E)(靶向治疗 2B 类)”
- 增加“见监测“链接到 REC-8(同样适用于 REC-11)
- 增加脚注“dd”：“此种情况下支持某一个特定方案的证据均有限”(同样适用于 REC-11)

## REC-11

- 辅助治疗中明确:“全身治疗 ± 生物治疗(见 REC-E)(靶向为 2B 类证据)”
- 对于 dMMR 或 MSI-H 基因表型,如果患者能耐受高强度治疗,在后线治疗中增加 nivolumab 或 pembrolizumab 作为治疗选择
- 监测移至 REC-8

NCCN 直肠癌指南 2017 年第 1 版与 2016 年第 2 版相比,主要变化包括:

## REC-A 1/6

- 内镜下切除的恶性息肉,条目 3,增加一句话“一些研究认为,肿瘤芽孢代表不良的组织学特征伴有不良的肿瘤结局,故对于恶性息肉行内镜下息肉切除术手术范围并不足。”

## REC-A 2/6

- 病理分期:亚条目 4,修改为“近端、远端、放射状及肠系膜切缘的情况”
- 病理分期:亚条目 10,“结外肿瘤种植”修改为“肿瘤种植”(同样适用于 REC-A 3/6)
- 病理分期:删除亚条目“CRM 阳性曾经被定义为 $\leq 1\text{mm}$ ”

## REC-A 4/6

- 淋巴结评估,第一句修改为“AJCC 和美国病理学家协会(CAP)建议至少需送检 12 枚淋巴结才能准确给直肠癌分期”

## REC-A 5/6

- MSI 和 MMR 检测
  - ▶ 条目 1 修改为“既往患有直肠癌或结肠癌的所有个体都应进行 MMR 或 MSI 检测来确定是否为 Lynch 综合征。见 [NCCN 遗传性 / 家族性结直肠癌高危评估指南](#)”
  - ▶ 条目 3 修改为“II 期 MSI-H 病人可能有较好的预后,且无法从 5-FU 辅助化疗中获益”
  - ▶ 增加条目 4 “MMR 或 MSI 检测应由 CLIA 批准的实验室进行”
  - ▶ 删除条目“所有转移性患者也应该检测 MSI 或 MMR 状态”

## REC-B 2/3

- 肝脏,条目 7 修改为“经动脉导向的栓塞治疗用于肝转移为主的转移性结直肠癌,尤其是钇-90 玻璃微球选择性内放射,对于严格筛选的患者,尤其是化疗耐药或进展后的患者,是一种治疗选择。”
- 肺:增加条目 5,“所有病灶可消融和切除时,可考虑单独应用消融技术与手术联合应用”

## REC-C 1/2

- 修改 CAPEOX 的给药方式,删除“奥沙利铂输注超过 2 小时”的说明
- 脚注“\*”更新了参考文献
- 增加脚注“#”：“此方案的大部分安全性和有效性的数据来自欧洲,欧洲的标准用法为卡培他滨起始剂量为  $1000\text{mg}/\text{m}^2$ ,每天 2 次,共 14 天,每 21 天重复。有证据显示北美的患者使用卡培他滨(和其他氟尿嘧啶类药物)后毒副反应较欧洲患者更强,使用时需减量。”



NCCN 直肠癌指南 2017 年第 1 版与 2016 年第 2 版相比,主要变化包括:

## REC-D

- 条目 7,第一句话修改为“术中放疗(IORT),如果可行,可以考虑在切缘很近或者有阳性切缘的肿瘤患者作为放疗补充加量治疗,特别适用于 T4 或者复发肿瘤患者”
- 增加条目 10:“对于化疗抵抗或治疗失败的肝转移为主的患者,在严格选择患者情况下,可应用动脉插管治疗,特别是钇 90 微球动脉栓塞疗法”
- 条目 11,第一句话修改为:“肝或肺转移瘤数目局限为几个时,对转移瘤进行放疗可使用于高度选择的病例或者临床试验。放疗不应替代手术切除。放疗的实施应该使用高度适形的方式。可以考虑 3D 适形放疗,IMRT(调强放疗)或者立体定向放疗(SBRT)”(删除“3 类证据”)

## REC-E

- 治疗的延续 - 晚期或转移性进步的全身治疗:所有页面“化疗”改为“全身治疗”,流程图重新布局为“一线治疗”,然后是基于既往治疗的“后续治疗”
- 对于肿瘤为 dMMR 或 MSI-H 表型的患者,如果能耐受高强度治疗,Nivolumab 或 Premobrolizumab 被列为后续治疗的一种选择。

### REC-E 2/10

- 该页面用于描述在初始治疗中接受了奥沙利铂为基础化疗而未接受过伊立替康治疗患者的后续治疗选择

### REC-E 3/20

- 该页面用于描述在初始治疗中接受了伊立替康为基础化疗而未接受过奥沙利铂治疗患者的后续治疗选择

### REC-E 4/10

- 该页面用于描述在初始治疗中接受了 FOLFOXIRI 治疗患者的后续治疗选择

### REC-E 5/10

- 该页面用于描述在初始治疗中接受了氟化嘧啶为基础化疗而未接受过奥沙利铂或伊立替康治疗患者的后续治疗选择

### REC-E 6/10

- 脚注“2”修改为:治疗中推荐使用胸/腹部/盆腔增强 CT 或胸部 CT 联合腹部盆腔增强 MRI 来监测疾病是否进展,而不应该使用 PET-CT。
- 新增脚注“9”:大多数的数据表明西妥昔单抗和帕尼单抗作为初始治疗方案时对右半结肠癌无效
- 脚注“17”修改为:推荐西妥昔单抗或帕尼单抗与伊立替康为基础的化疗联合使用,或单药用于无法耐受伊立替康的患者
- 脚注“20”修改为:对于那些应用过所有有效治疗仍疾病进展的患者,可考虑用 Regorafenib 或 trifluridin+tipiracil

NCCN 直肠癌指南 2017 年第 1 版与 2016 年第 2 版相比,主要变化包括:

## REC-E 7/10

- 增加方案:mFOLFOX7(奥沙利铂 130mg/m<sup>2</sup> 静脉输注,第 1 天;LV 400mg/m<sup>2</sup> 静脉输注,第 1 天;5-FU 1200mg/m<sup>2</sup>/d × 2 天持续静脉输注[总量 2400mg/m<sup>2</sup>,输注 46~48 小时],每 2 周重复
- 修改 CAPEOX 的给药方式,删除“奥沙利铂输注超过 2 小时”的说明
- 脚注“\*”更新了参考文献(同样适用于 REC-E 8/10)
- 修改脚注“‡”,以下句子“降低卡培他滨起始剂量的 CAPEOX 方案相对疗效尚未在大规模临床试验中得到证实”

## REC-E 9/10

- 增加了 Nivolumab 或 Pembrolizumab 的推荐剂量

## REC-E 10/10

- 增加参考文献 4,30,31,更新参考文献 18

## REC-F 1/2

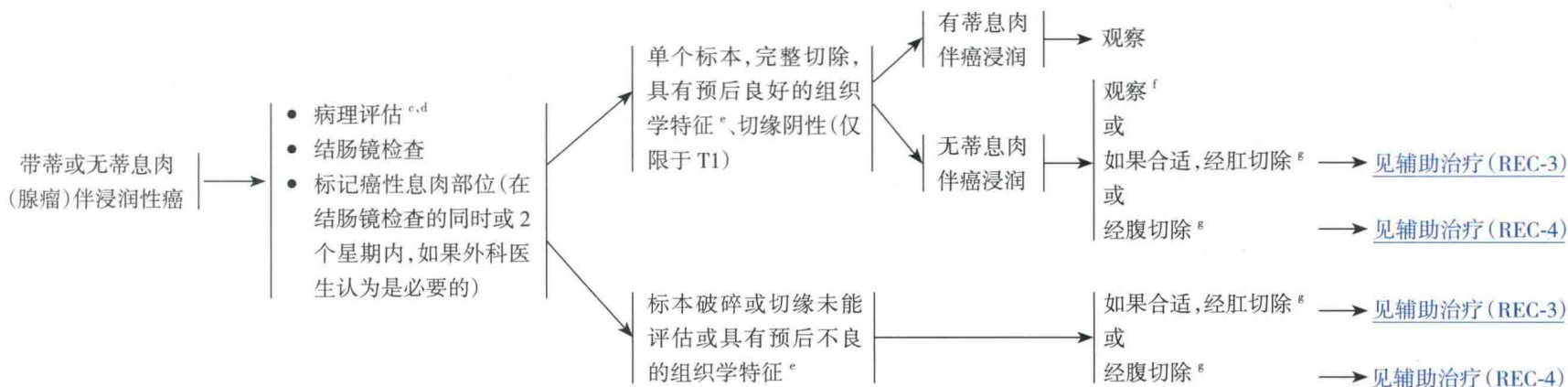
- 疾病及治疗的远期后遗症处理
  - 增加了与 NCCN 生存保健指南的链接
  - 慢性腹泻或失禁的处理措施中增加“盆底康复锻炼”
  - 增加“奥沙利铂引起的神经损伤”干预措施:度洛西汀仅用于神经痛,对于麻木、刺痛、和冷觉敏感等无作用
  - 增加“疲劳”的干预措施:“鼓励体力锻炼,增强体质”
- “长期生存的保健计划”的修改:
  - 增加:“肿瘤专科医生及初级保健医生在患者的监测随访中应具有明确的义务以及与患者沟通的义务”
  - 删除:“长期生存患者的建议和转诊至社区医生(假定初级保健医生具有癌症随访的义务)”
  - “生存保健计划应包括如下内容”部分增加
    - ◇ 亚条目 1 修改为:“病历详细记录患者所有的治疗,包括手术、放疗、化疗”
    - ◇ 亚条目 2 修改为:“详细记录患者治疗相关急性毒性可能预计的缓解时间,治疗的远期疗效和可能出现的治疗相关远期后遗症”
    - ◇ 亚条目 3 修改为:“监测方案的建议”
    - ◇ 增加亚条目 5:“健康行为推荐”
- 健康生活行为的推荐
  - 条目 3 修改为:“制定健康的饮食计划,增加素食摄入。根据大便困难的严重程度来调整饮食”
  - 增加条目 4:“考虑低剂量的阿司匹林”

## 临床表现<sup>a,b</sup>

## 诊断检查

## 结果

## 主要治疗



<sup>a</sup> 所有的直肠癌患者都应该询问家族史, 如果患者疑似 Lynch 综合征、家族性腺瘤性息肉病 (FAP) 和轻表型家族性腺瘤性息肉病 (AFAP), 请参考 [NCCN 遗传性 / 家族性高危评估指南: 结直肠](#)。

<sup>b</sup> 如果组织学为黑色素瘤, 参考 [NCCN 黑色素瘤指南](#)。

<sup>c</sup> 确定存在浸润癌 (pT1)。pTis 在生物学上不具备转移潜能。

<sup>d</sup> 目前还未确定分子标志物是否对制订治疗决策 (预测性标志物) 和判断预后有用。College of American Pathologists Consensus Statement 1999. Prognostic factors in colorectal cancer. Arch Pathol Lab Med. 2000; 124:979-994.

<sup>e</sup> 见 [病理评估的原则 \(REC-A\)](#) —— 内镜下切除的恶性息肉。

<sup>f</sup> 可以考虑观察, 但是与带蒂的恶性息肉相比, 患者及家属必须了解这可能会带来较差的后果 (肿瘤残留、肿瘤复发、死亡、血道转移, 但不包括淋巴道转移)。见 [病理评估的原则 \(REC-A\)](#) —— 内镜下切除恶性息肉。

<sup>g</sup> 见 [手术治疗的原则 \(REC-B\)](#)。

注: 除非特别指出, NCCN 对所有建议均达成 2A 类共识。

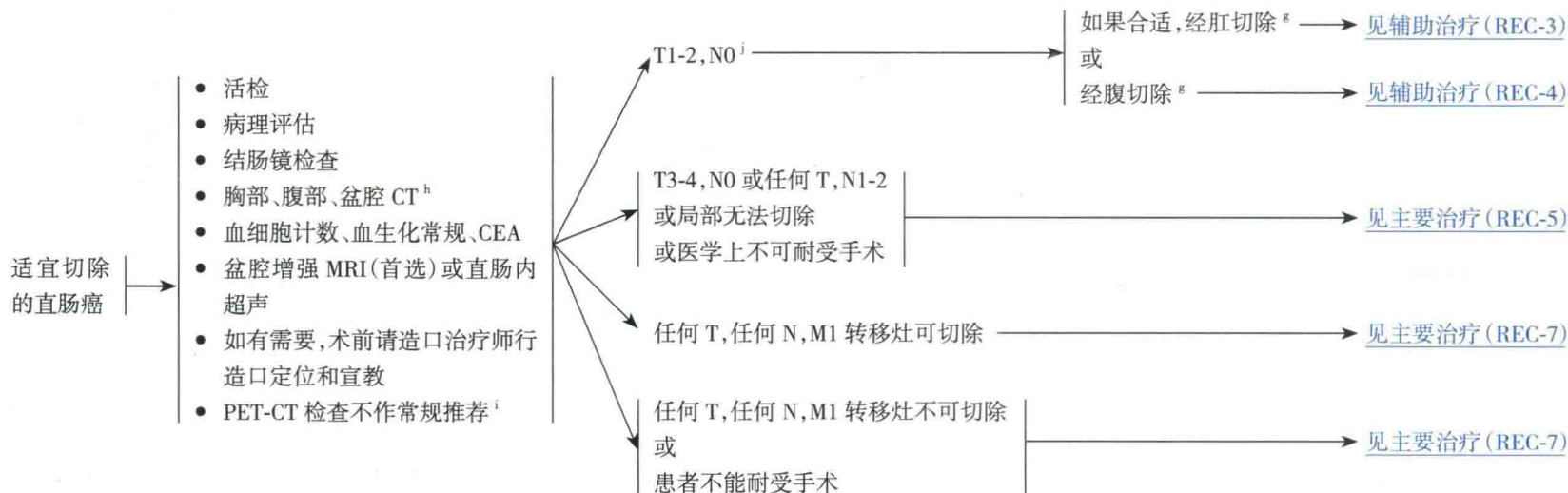
临床试验: NCCN 认为任何肿瘤患者都可以在临床试验中得到最佳处理, 因此特别鼓励患者参加临床试验研究。

## 临床表现<sup>a,b</sup>

## 诊断检查

## 临床分期

## 主要治疗



<sup>a</sup> 所有的直肠癌患者都应该询问家族史,如果患者疑似 Lynch 综合征、家族性腺瘤性息肉病(FAP)和轻表型家族性腺瘤性息肉病(AFAP),请参考 [NCCN 遗传性/家族性高风险筛查指南:结肠直肠癌](#)。

<sup>b</sup> 如果组织学为黑色素瘤,参考 [NCCN 黑色素瘤指南](#)。

<sup>g</sup> 见手术治疗的原则(REC-B)。

<sup>h</sup> CT 应该使用静脉注射和口服对比增强。如果腹/盆腔 CT 不能完成,或患者有 CT 静脉造影的禁忌证,可以考虑腹/盆腔增强 MRI 加上非增强胸部 CT。

<sup>i</sup> PET-CT 不能取代增强 CT,PET-CT 仅用于那些增强 CT 无法明确病灶性质或有严格禁忌证无法行静脉增强对比检查的病例。

<sup>j</sup> T1-2, N0 应根据直肠内超声或 MRI 来确定。

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,因此特别鼓励患者参加临床试验研究。