NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

2024

大腸がん検診

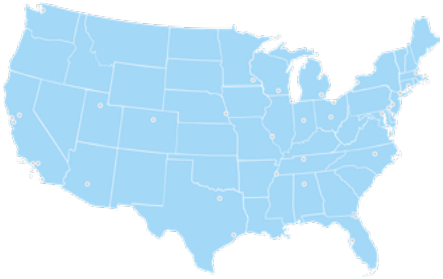
支援先

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK® FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

NCCN.org/patientguidelines にて
オンラインでご利用いただけます。

NCCN Guidelines for Patients®について

National Comprehensive Cancer Network®



全米のトップがんセンターが連携して、がん治療の向上に取り組んでいることをご存じですか？ この連携組織は、全米包括がんネットワーク®（NCCN®）と呼ばれています。

がん治療は日々進化しています。NCCNは、世界中の医療従事者が参照する、エビデンスに基づいたがん治療ガイドラインを作成しています。これらのガイドラインは定期的に更新され、NCCNがん治療臨床診療ガイドライン（NCCN Guidelines®）と呼ばれています。NCCN Guidelines for Patientsは、がん患者さんやそのご家族が理解しやすいように解説したものです。

このNCCN Guidelines for Patientsは、「NCCNがん治療臨床ガイドライン（NCCN Guidelines®）」の大腸がん検診第1.2024版（2024年2月27日）に基づいています。

NCCN Guidelines for Patientsをオンラインで無料で閲覧する
NCCN.org/patientguidelines

お近くのNCCNがんセンターを探す
NCCN.org/cancercenters

お問い合わせ先

支援者

NCCN Guidelines for Patientsは、
NCCN Foundation®から資金提供を受けています

NCCN Foundationは、NCCN Guidelines for Patientsの作成にご協力いただいた以下の企業サポーターに感謝いたします：ブリストル・マイヤーズ スクイブ社およびファイザー社

NCCNは中立的な立場で NCCN Guidelines for Patients を適用、改訂、主催しています。私たちの法人サポーターは NCCN Guidelines for Patients の作成には携わっておらず、本誌に記載されている内容および推奨事項に対して責任は負いません。

その他の支援先

Fight Colorectal Cancer (Fight CRC) は、大腸がんと直腸がんの研究、治療、政策に関するバランスのとれた客観的な情報を提供する、患者のエンパワーメントと擁護活動を専門とする主要な組織です。希望の象徴として、影響力の高い有望な研究を支援するための資金提供に焦点を当てるとともに、立法および政策に影響を与える支援者を育成しています。詳細はfightcolorectalcancer.orgをご覧いただき、ソーシャルメディア@FightCRCをフォローしてください!

寄付や詳細情報については、オンラインまたはメールにてお問い合わせください

NCCNFoundation.org/Donate

PatientGuidelines@NCCN.org

目次

4 大腸がん検診について

11 平均的なリスクの人における検査

21 リスクが高い人における検査

30 参考資料

31 用語集

33 NCCN 寄稿者

34 NCCN がんセンター

36 索引

© 2024 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. NCCN Guidelines for Patients およびイラストは、NCCNの明確な書面による許可なく、いかなる形式でも複製することはできません。医師や患者を含め、誰もが NCCN Guidelines for Patients を商業目的で使用することはできません。また、改変された NCCN 患者向けガイドラインが、NCCN 患者向けガイドラインに由来する、基づいている、関連している、または NCCN 患者向けガイドラインから生じたものであると主張、表明、またはほのめかすことはできません。NCCN ガイドラインは絶えず改訂されるものであり、新たな重要なデータが得られるたびに再定義される場合があります。NCCNは、その内容、使用または適用に関して、いかなる種類の保証も行わず、いかなる方法でもその適用または使用に対する責任を負いません。

NCCN 財団は、NCCN Guidelines for Patientsの資金提供と配布を通じて、がん診断を受けた数百万の患者とその家族を支援することを目指しています。また NCCN Foundation は、がん研究分野においてイノベーションの中心にいる国内の先進的な医師へ資金提供することで、がん治療の発展に寄与しています。患者さんとケアギバー向け資料のフルライブラリの情報はこちら NCCN.org/patients。

全米総合がんネットワーク（NCCN）およびNCCN財団3025 ケミカルロード、スーツ 100, プリマス・ミーティング, PA 19462, アメリカ合衆国

1
大腸がん検診について

5 検診とは？

6 ポリープと病変

8 リスクの判断

9 リスクを下げるためのその他の方法

10 重要ポイント

ポリープががんになる前に発見して切除することで、がんを防ぎます。がんの発症が始まっている場合、検診によって早期発見が可能となり、治癒の可能性が高まります。

大腸がんとは結腸または直腸のがんのことです。これらの臓器は、いわゆる大腸を構成しています。

結腸では、食べ物が便(糞便)になります。便は、排便時に体外に出るまで直腸内に保持されます。

大腸壁は組織の層でできています。がんは、便と接触する内層から発生します。

検診とは?

検診とは、問題の兆候や症状がない人に対して、その問題を検査することを指します。

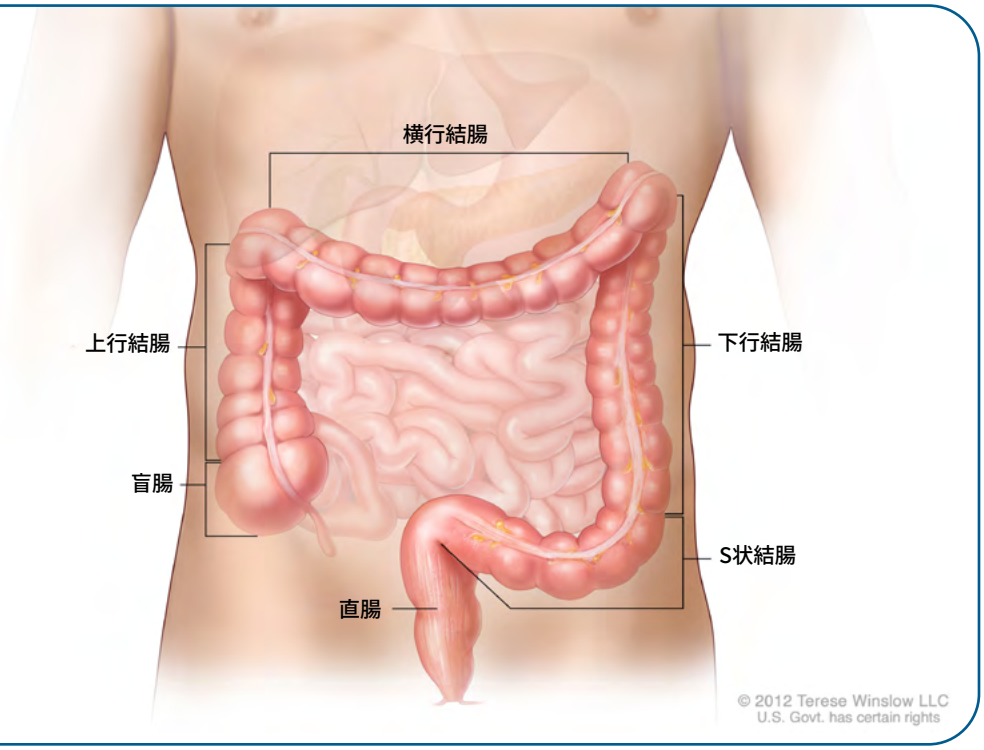
医師は、年齢、既往歴、家族歴を考慮して、大腸がんの発症リスクを評価します。リスクに応じて、検診を開始する時期や推奨される検査方法が決まります。

多くの人は平均的なリスクに該当し、複数のスクリーニング検査の中から選択できます。

米国では、アメリカ先住民/アラスカ先住民および黒人の人々が、結腸直腸がんを発症しやすく、死亡率も高い傾向があります。

大腸

結腸の始まりは、盲腸と呼ばれる袋状の部分です。結腸の残りの部分は、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸の4つの主要な部分に分かれています。直腸は大腸の最後の部分で、便が体外に排出されるまでそこに保持されます。



ポリープと病変

ポリープとは、大腸内壁にできる非がん性の増殖組織のことです。腺腫には、がんになりやすいものもあります。

ポリープにはさまざまな形や大きさがあり、非常に平坦で目立たないものもあります。茎を持ち、結腸壁から突き出しているものを「有茎性ポリープ」と呼びます。一方、無茎性ポリープは平らで茎がありません。

ポリープを除去することで、がんが発生する前に予防することができます。ほとんどのポリープは大腸内視鏡検査中に切除することが可能です。非侵襲的なスクリーニング検査でポリープを検出することはできますが、切除することはできません。

また、ポリープを検査することで、がんが発生していないか確認することができます。

ほとんどのポリープはがんに進行しませんが、次に説明するタイプのポリープがあった場合、がんのリスクが高まります。

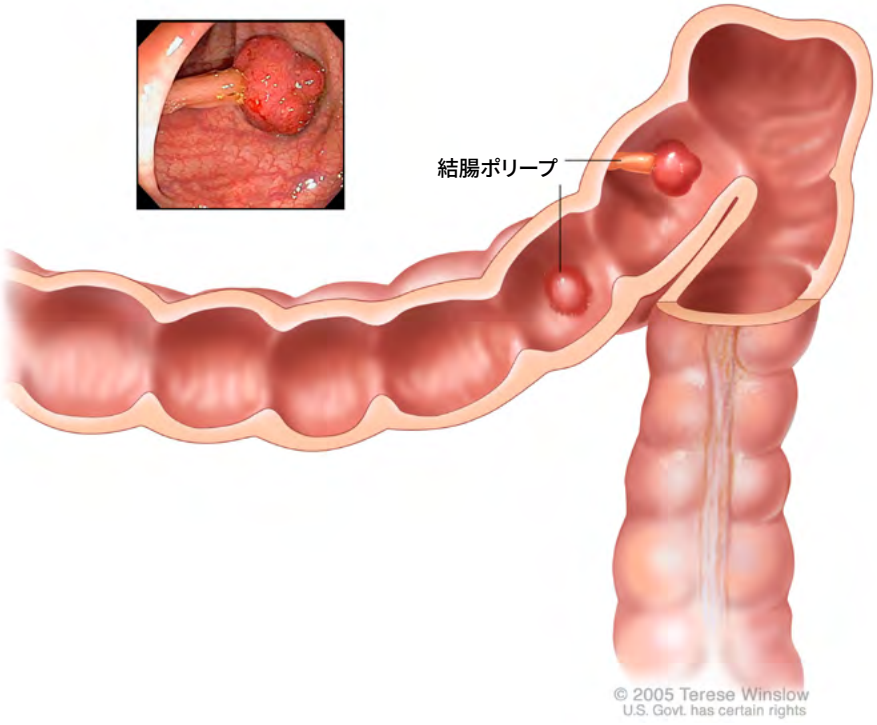
腺腫

腺腫は、大腸ポリープの中で最も多い種類です。腺腫は、前がん病変です。この病変は、長い年月をかけて浸潤性がんになる可能性があることを意味します。腺腫に発生するがんは「腺がん」と呼ばれます。これは大腸ポリープの中で最も多い種類です。

成長パターンとは、ポリープを顕微鏡で観察した際の外観の状態を意味します。腺腫には、管状（最も一般的）、絨毛状、管状絨毛状の3つの増殖パターンがあります。

ポリープ

ポリープは腸壁の内側にできる隆起物です。茎付きポリープはキノコのような形をしており、大腸壁から突き出ています。一方、無茎性ポリープは平らで茎がありません。



一部の腺腫は、他の腺腫よりもがんになる可能性が高いものがあります。これらの「進行性」腺腫には、以下の特徴が少なくとも1つあります：

- 大きさが1センチメートル（1 cm）以上である
- 高度異形成を有する
- 絨毛状または管状絨毛状の細胞パターンを有する

腺腫は腺腫性ポリープ、鋸歯状ポリープ、従来型ポリープとも呼ばれます。

鋸歯状ポリープ

鋸歯状ポリープも前がん性細胞を形成する可能性があります。これらのポリープは、顕微鏡で見ると鋸歯（のこぎり刃）のような形状をしています。

無茎性鋸歯状ポリープ（無茎性鋸歯状病変とも呼ばれる）は、茎を持たない平坦な腺腫です。

従来型鋸歯状腺腫は、絨毛型の増殖パターンを持つ稀なポリープです。

過形成性ポリープも鋸歯状ポリープの一種です。ほとんどの場合がんには進行しませんが、1 cm以上の過形成性ポリープが大腸がんのリスクを高めるかどうかについては、専門家の間で見解が分かれています。そのため、大きな過形成性ポリープがある場合、より頻繁な検診が推奨されることがあります。

検診 vs 診断

大腸がんの兆候や症状がない場合には、がん検診を実施します。兆候や症状がある場合には、検査の目的は問題点をみつけて診断を下すことになります。このような兆候や症状がある場合は、かかりつけ医にご相談ください。

血便

排便習慣の変化

鉄欠乏性貧血

腹痛

リスクの判断

医師は、あなたの年齢、健康歴、および家族の健康歴を考慮して、大腸がんを発症するリスクを判断します。

リスクに応じて、検診を開始する時期や推奨される検査方法が決まります。ほとんどの人は平均的なリスクに該当します。下記の表でリスクレベルを確認してください。

あなたの大腸がんリスクは平均的ですか？それとも高リスクですか？

平均リスク

45～75歳

および

一親等の家族（生みの親、実兄弟姉妹、実子）に大腸がんや進行性・高リスクのポリープの既往歴がない

および

右下のいずれの疾患も診断されたことがない

高リスク

家族歴：一親等の家族に大腸がんや進行性・高リスクのポリープの既往歴がある

または

以下のいずれかの疾患を診断されたことがある：

- 大腸がん
- 腺腫、または無茎性鋸歯状ポリープ
- 炎症性腸疾患（IBD）
- 嚢胞性線維症
- 小児がん
- リンチ症候群
- 家族性大腸腺腫症
- *MUTYH*関連ポリポーシス
- ポイツ・ジェガース症候群
- 若年性ポリポーシス症候群
- 鋸歯状ポリープ症候群
- カウデン症候群 / *PTEN* 過誤腫症候群
- リー・フラウメニがん症候群

リスクを下げるためのその他の方法

検診は大腸がんを予防する最善の方法です。リスクを下げるために、以下のような対策も有効です。

大腸がんリスクを下げるためのその他の方法

植物性食品を豊富に含む健康的な食事を心がけましょう。赤肉や加工食品は控えましょう。栄養素は、サプリメントに頼るのではなく、実際の食べ物から摂取しましょう。

アルコール類は控えましょう。

運動を増やし、休息時間を減らしましょう。

健康的な体重を維持しましょう。あなたの体重、食事、カロリー、活動レベルを記録することが、目標達成に役立つでしょう。

喫煙を止めましょう。禁煙をサポートしてくれる医療チームに相談してください。カウンセリングや薬物療法などの選択肢があります。

サーモン、マグロ、サバ、卵黄などの食品からビタミンDを摂取しましょう。日光に当たると皮膚でもビタミンDが生成されますが、長時間日光に当たる場合は、必ず日焼け止めを塗ってください。

重要ポイント

- 大腸がんとは結腸または直腸のがんのことです。ポリープは、これらの臓器の内壁にできる増殖組織です。
- ほとんどのポリープはがんにはなりませんが、特定の種類のポリープがある場合、がんのリスクが高まります。
- ポリープががんになる前に発見して切除することで、がんを防ぎます。また、早期にがんを発見することで治癒の可能性が高まります。
- 医師は、あなたの年齢、健康歴、および家族の健康歴を考慮して、大腸がんを発症するリスクを判断します。
- リスクに応じて、検診を開始する時期や推奨される検査方法が決まります。ほとんどの人は平均的なリスクに該当します。
- 検診に加えて、健康的な生活を送ることで大腸がんを予防することができます。加工食品やアルコールを制限し、運動を心がけ、喫煙を止めましょう。

フィードバック
をお寄せください！

私たちは、がんについて、誰にでも理解できるよう、役立つ情報を提供することを目指しています。

アンケートにご協力いただき、良かった点や改善点をお聞かせください。

NCCN.org/patients/feedback

2.
平均的なリスクの人における検査

12　検診は45歳から

13　大腸内視鏡検査

17　フレキシブルシグモイドスコピー

18　CTコロノグラフィー

19　便検査

19　血液検査

20　重要ポイント

大腸がんの平均的なリスクの方は、45歳から検診を開始します。いくつかの検査方法から選ぶことができます。希望する検査方法について医師に伝えてください。

検診は45歳から

大腸がんの平均的なリスクの方は、45歳から検診を開始します。健康状態が良好であれば、75歳まで検診を継続することをお勧めします。

76歳から85歳の方の場合、がん検診は個人の判断となります。自身の健康状態を踏まえて、検診のメリットとリスクについてかかりつけ医に相談してください。

85歳を超えている場合には、大腸がん検診の必要はありません。

大腸がんの平均的なリスクのある人は、さまざまな検診方法があります。それぞれの検診方法のメリットとデメリットについて、主治医に聞いてみてください。

45〜75歳

検査を受けましょう（ただし、深刻な健康状態にある場合は除きます）。

76〜85歳

検診は個人の判断です。あなたにとってのメリットとデメリットを確認してください。

86歳以上

検査は不要です。

大腸内視鏡検査

アメリカでは、リスクレベルにかかわらず、大腸内視鏡検査が最も一般的な大腸がん検診の方法です。

この検査では、医師（通常は消化器科医）が大腸全体を調べ、異常な増殖組織を切除することができます。

フレキシブルシグモイドスコピー（次に説明します）とともに、大腸内視鏡検査は以下のように分類されます：

- 視覚検査
- 構造検査
- 内視鏡検査

内視鏡検査は、ポリープを切除することができる唯一の検診方法です。

腸内洗浄

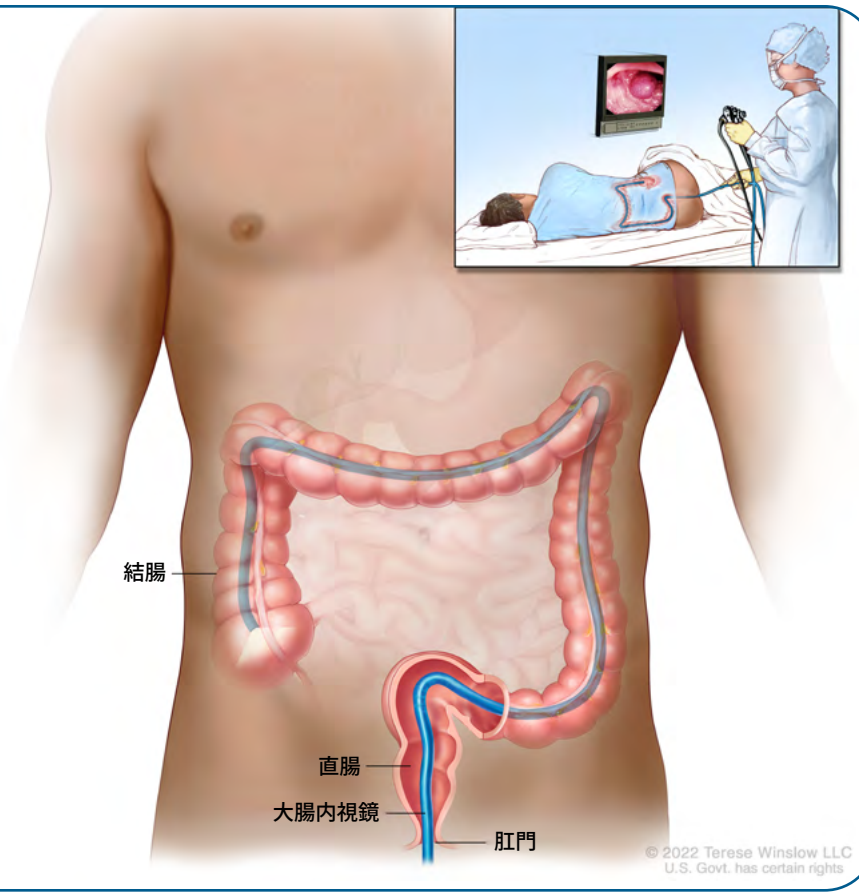
画像検診では腸管内の便をすべて排出する必要があります。腸管前処置では、流動食と強い下剤を使います。前処置の指示通りに行ってください。腸管内が十分に空になっていない場合には、予約を取り直すか、再検査をする場合があります。

検査の流れ

通常、病院のガウンを着用します。検査は横向きに寝た状態で実施されます。眠った状態での検査を希望する場合、静脈注射で鎮静剤が投与されます。

大腸内視鏡検査

大腸内視鏡検査は、医師が大腸内の異常な組織を観察し、切除することを可能にする検査です。細い機器を肛門から直腸を経由して大腸まで進めます。機器にはライト、カメラ、切除器具が付いています。



検査では、医師が細い管状の器具（内視鏡）を肛門から挿入し、大腸全体を慎重に視診します。内視鏡にはカメラと光源がついており、医師はモニターで腸内を観察します。

もしポリープや病変が見つかった場合、手術用の切断具を使用してその場で切除します。これをポリープ切除といいます。ほとんどのポリープはこの方法で切除できます。手術が必要になることはまれです。

除去されたポリープの数、大きさ、位置は、大腸内視鏡検査の報告書に記載されます。

切除したポリープは、病理医と呼ばれる専門家のもとに送られます。医師は、顕微鏡を用いて、ポリープ内のがん細胞の有無を調べます。がん細胞が見つかれば、がんの診断が下されます。

診断結果は、組織検査の詳細とともに病理報告書に記載されます。その後の治療方針は、大腸内視鏡検査の結果と病理学的所見に基づいて決定されます。

大腸内視鏡検査にかかる時間は1時間以内です。検査後は、使用された薬剤の効果が切れるまで、さらに1時間程度待機する必要があります。帰宅時は家族や知人に運転をお願いする必要があります。翌日には通常の状態に戻ることがほとんどです。激しい痛み、嘔吐、血便、または倦怠感がある場合は、すぐに医師に連絡してください。

結果と次回の検査

ポリープが見つからなかった場合、次回の検査は10年後で、検査方法は自由に選択できます。見つかったポリープが小さく、過形成性の場合、10年間待機することもできます。

以下のポリープが見つかった場合、次回の検査も大腸内視鏡を受けることをお勧めします。また、次回の大腸内視鏡検査の時期は、切除したポリープの数、大きさ、その他の特徴に基づいて異なります。

- 腺腫（サイズに関わらず）
- 無茎性鋸歯状ポリープ（サイズに関わらず）
- 1cm以上の過形成性ポリープ

次のページには、ポリープを切除した後の再検査に関する情報が記載されています。

小さなポリープが切除された場合

1つ以上の小さな腺腫が見つかり切除された場合には、再検診は平均的なリスクと同様です。鋸歯状ポリープは、切除後に再発する可能性が高いため、再検査までの間隔は短くなります。詳細は以下の表を参照してください。

非常に多数のポリープは、遺伝性がん症候群が原因である可能性があります。多くのポリープを切除した場合、医師は遺伝子検査を勧める可能性があります。

大きなポリープが切除された場合

1 cm以上の大きなポリープは、切除が困難なことがあります。また、がんのリスクを高める可能性のある他の特徴を有していることもあります。

がんの兆候が見られなかった**大きな有茎ポリープ**を除去した場合は、**3年後**に大腸内視鏡検査を受けることを推奨します。

無茎ポリープは、治療後に再発しやすい傾向があります。高リスクの特徴のない無茎ポリープや病変の場合、1～3年後に大腸内視鏡検査を受ける

小さなポリープが大腸内視鏡検査で発見された場合の再検査

切除したポリープの数と種類	次回の大腸内視鏡検査までの期間 結果が正常な場合、次の検査までの間隔が長くなります。
1～2個の1cm未満の腺腫	7～10年 / 10年
1～2個の無茎性鋸歯状ポリープ(異形成なし) (1cm未満)	5年 / 10年
• 従来型鋸歯状腺腫 • 高リスクの特徴を有する進行性または多発性ポリープ • 3～9個の腺腫または無茎性鋸歯状ポリープ	3年 / 5年
• 1回の大腸内視鏡検査で10個以上の高リスクポリープが発見された場合 • 複数回の大腸内視鏡検査で20個以上の高リスクポリープが発見された場合	ポリープの個数が多いということは、ポリポーシス症候群であることが示唆されます。遺伝子検査を受けることをお勧めします。 1年後に大腸内視鏡検査を受けることを推奨しますが、次の検査時期は個々の状況に応じて調整可能です。

ことが推奨されます。検査結果が正常であれば、次の大腸内視鏡検査は3年後で構いません。

高リスクの特徴を有する無茎ポリープや、一度に完全に切除されなかった無茎ポリープの場合、6か月以後に大腸内視鏡検査を受けることが推奨されます。結果が正常であれば、次回の大腸内視鏡検査は1年後に行い、その後も正常であれば次は3年後に再検査を行います。

もしもがんが見つかった場合

がん治療に関する情報は、*NCCN Guidelines for Patients*をご覧ください。*「結腸がん」および「直腸がん」*を、NCCN.org/patientguidelines または NCCN Patient Guides for Cancer アプリでご確認ください。

これらの資料では、Mismatch Repair (MMR) 検査についても解説しています。全ての大腸がんに対して、このバイオマーカー (特徴) 検査を行うことが推奨されています。

最も影響がある人は？

アメリカ合衆国では、アメリカ先住民/アラスカ先住民および黒人の方々が、大腸がんを発症したり、それによって死亡する可能性が他の人種や民族グループよりも高いとされています。
これらの方々は、大腸がん検診を受ける際の課題が多いことがよくあります。

フレキシブルシグモイドスコピー

この視覚的な検査方法は、直腸と下行結腸 (大腸の下部) を検査するものです。検査では、細い管の先端に小さなカメラが付いた器具を肛門から挿入し、大腸内部を観察します。

ポリープが見つからなかった場合、5〜10年後にいずれかの方法で再度検査を行うことが推奨されます。見つかったポリープが1cm未満で過形成性ポリープであった場合にも、これが当てはまります。それぞれの検査方法のメリットとデメリットについては、医師と相談してください。

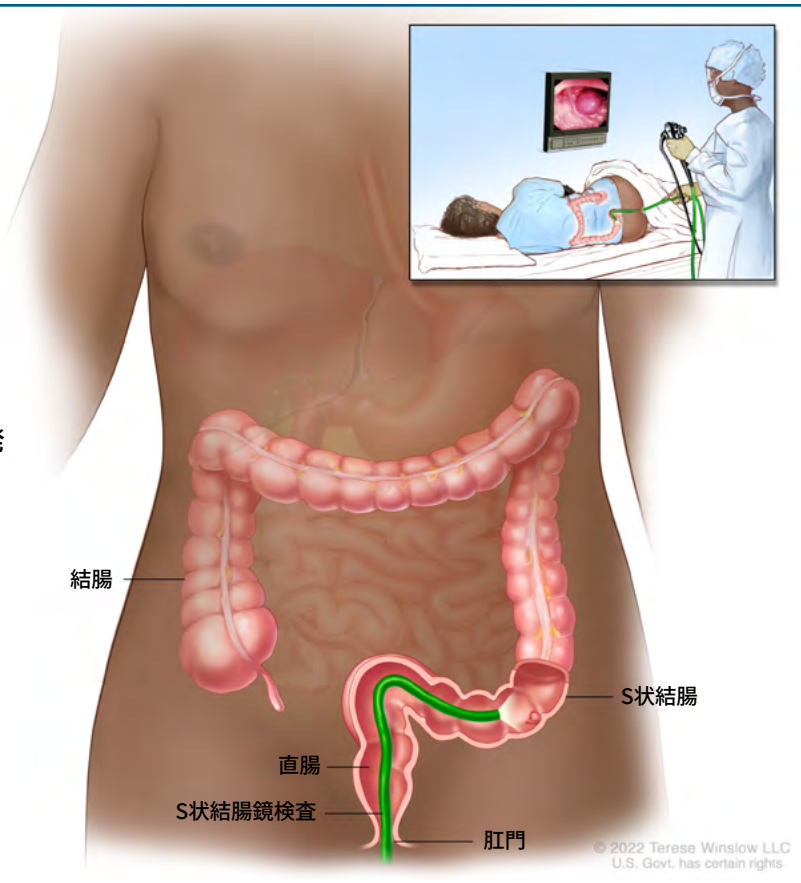
検査中にポリープや平坦な病変が見つかった場合、医師はその場で切除または生体検査を行います。切除されたポリープや組織は、病理医によって検査されます。以下のタイプのポリープいずれかが発見された場合、大腸内視鏡検査が推奨されます。

- 腺腫
- 無茎性鋸歯状ポリープまたは病変
- 1cm以上の過形成性ポリープ

上記のようなポリープが見つかった場合、大腸がんのリスクが高まります。より頻繁な検査が推奨されます。リスクが高い人における検査に関する推奨事項は、*第3章*をご覧ください。

シグモイドスコピー

フレキシブルシグモイドスコピーにより、医療従事者は直腸と大腸の最後の部分を観察することができます。ポリープが発見されなかった場合、5年〜10年後に任意の方法で再検査を行うことが推奨されます。



CTコロノグラフィー

CTコロノグラフィー（仮想内視鏡とも呼ばれる）は、平均的なリスクの方のための別の検査方法です。この検査では、CTスキャナーと少量の放射線を使用して、大腸を詳しく調べます。また、腹部にある他の臓器も映し出されます。

CTコロノグラフィーは非侵襲的な検査であり、鎮静剤も必要ありません。ただし、大腸内視鏡検査と同様に、腸管洗浄が必要です。

ポリープや病変が見つからなかった場合、5年後に任意の方法で再検査を行うことが推奨されます。各方法のメリットとデメリットについては、医師に相談してください。

ポリープが見つかった場合は、大腸内視鏡検査が推奨されます。小さなポリープが1つまたは2つしか見つからなかった場合は、3年後にCTコロノグラフィーで再検査を行うことも選択肢の1つです。

平均的なリスクの方における再検査

検査方法	結果が正常であった場合の次回検査までの期間
大腸内視鏡検査	10年後に再検診
フレキシブルシグモイドスコピー	5 ～ 10年で再検査
CTコロノグラフィー	5年後に再検診
複数標的糞便DNAベース検査(mtDNA)	3年後に再検診
高感度グアヤックベースFOBT	1年後に再検診
免疫学的便潜血検査（FIT）	1年後に再検診

便検査

便検査は、便検体中の大腸がんの兆候を検出できます。これらの兆候には、異常な細胞が放出する血液やDNAが含まれます。

便検査は、FDAが大腸がんの平均的なリスクにある方を対象に承認されている方法です。

この方法の場合、自宅で検査用の便検体を採取し、それを検査機関に送付します。

便検査は大腸内視鏡検査よりも簡単ですが、がんになる可能性のあるポリープを見つける能力は劣ります。また、便検査の結果が異常であった場合、6～10か月後に大腸内視鏡検査が推奨されます。

便潜血検査

便潜血検査（FOBT）は、便中の潜在的な血液を調べます。一般的な便潜血検査では、便検体カードにグアイアックという反応剤を塗布します。検体に血液が含まれている場合、グアヤックが急速に色を変えます。

グアヤックFOBTでは、連続する3回の便サンプルを採取する必要があります。また、特定の食事制限に従う必要があります。

便免疫化学検査（FIT）は別のタイプのFOBTです。便検体を採取チューブまたはカードに入れて検査します。FITは、ヘモグロビンと呼ばれる血液タンパク質に結合する抗体を用いて血液を検出します。

グアヤックFOBTとは異なり、FITでは食事制限は必要ありません。また、多くのメーカーでは、年に一度の便検査で十分です。

グアヤックFOBTまたはFITの結果が陽性であった場合、9か月以内に大腸内視鏡検査が推奨されます。結果が陰性であった場合、1年後に任意の方法で再検査が推奨されます。

マルチターゲット便DNA検査

この方法は、前がん性ポリープまたは大腸がんによって引き起こされる可能性のある便中の血液とDNAの両方を調べます。コロガードは、現在利用可能なマルチターゲット便DNA検査です。

検査結果が陽性であった場合、9か月以内に大腸内視鏡検査が推奨されます。

便DNA検査の結果が陰性であった場合、3年後に任意の方法で再検査が推奨されます。

血液検査

FDA承認の大腸がん検査のための血液検査が利用可能です。現時点では、他の検査方法を利用できない、または利用したくない平均的なリスクの方に対してのみ使用されます。

血液検査を受けた後、次の検査の実施時期については、まだはっきりとした目安がありません。次回検査の実施時期については、かかりつけ医に相談してください。

重要ポイント

- 平均的なリスクの方は45歳から検査を開始し、いくつかの方法から選択することができます。各選択肢のメリットとデメリットについては、かかりつけ医にご相談ください。
- 次の検診までの間隔は、前回受けた検査方法によって異なります。
- 大腸内視鏡検査の結果が正常であれば、10年間は検査が不要です。
- 便検査を受けた場合、次の検査は1～3年後です。
- 非侵襲的検査を選択し、その結果が陽性だった場合、検査を完了するために大腸内視鏡検査が必要となります。
- 腺腫や無茎性鋸歯状ポリープを持っていた場合、大腸がんのリスクが高まります。これらのポリープが切除された後、次回のスクリーニングの時期は切除されたポリープの数や特徴基づいて決定されます。

家族歴を知ろう

家族歴は、大腸がんの危険因子の中で最も重要なもののうちの1つです。以下の情報を主治医に伝えられるように準備をしておきましょう。

- 血縁者が罹患したがんの種類
- その方ががんと診断された時の年齢
- その方の現在の年齢や死亡した時の年齢
- 家族内の遺伝性健康疾患や先天性疾患

3
リスクが高い人における検査

22　炎症性腸疾患

23　嚢胞性線維症

24　大腸がんの家族歴

27　がん治療歴

28　重要ポイント

大腸がんのリスクが高い方々にとっては、いずれも大腸内視鏡検査が優先されます。

炎症性腸疾患

炎症性腸疾患（IBD）とは、消化管に長期間の炎症と損傷を引き起こす一連の疾患です。この損傷により、異常な細胞の増殖につながり、時間をかけてがんになる可能性があります。

潰瘍性大腸炎やクローン病性大腸炎はIBDの一種です。これらの疾患は30歳未満または高齢になってから発症することがよくあります。いずれかの疾患があることで、大腸がんのリスクが高まります。

さらに、家族に大腸がんの既往がある場合や、胆管の損傷と狭窄を引き起こす原発性硬化性胆管炎（PSC）を患っている場合、リスクはさらに高まります。

異形成は平坦で正常に見える大腸壁の部分に発生するため、見つけるのが難しくなります。そのため、IBDが活動していないときにスクリーニングを行うことが理想的です。

がん検診の開始

大腸に影響を及ぼすIBDを患っている人々のほとんどは、IBDの症状が出現してから8年後に大腸がんのスクリーニングを開始する必要があります。家族に大腸がんの既往がある場合は、8年経過するまでに開始することが推奨されます。

PSCを患っている人は、IBD症状が出現した時期に関係なく、PSCの診断時に検査を開始する必要があります。

検査方法

IBD患者における大腸がん検査には常に大腸内視鏡検査を使用します。医師は、あなたが鎮静状態の間に、細い装置を肛門からやさしく入れ、結腸まで挿入します。

通常の大腸内視鏡検査では異形成を見つけるのが難しいため、視認性を高めるために最新の方法が取り入れられています。これには以下が含まれます：

- 高解像度白色光内視鏡検査（HDWLE）
- 色素内視鏡検査

色素内視鏡検査では、腸内の粘膜に染色剤を添布します。この染色剤により異常な部分が見やすくなり、的を絞った生検が可能になります。

医師は、異常が見られる部分から生検（組織の一部を採取）を行います。また、大腸の各部分からランダムにサンプルを採取します。

切除可能なポリープや病変

安全に切除可能なポリープや病変は「切除可能（resectable）」と呼ばれます。発見された場合は、可能であれば内視鏡的に切除されます。次回の大腸内視鏡検査の時期は、切除されたポリープの特徴によって異なります。

低リスクのポリープをすべて切除した場合は、1～3年後に再度大腸内視鏡検査を受けることが推奨されます。

高リスクポリープをすべて切除した場合は、1年後の再検査が推奨されますが、3か月後に行う必要がある場合もあります。

ポリープが完全に切除されていない場合、高度な切除技術を専門とする内視鏡医、またはIBDを専門とする外科医に紹介されます。

不可視異形成

内視鏡検査で正常に見えたサンプルから異形成（異常な組織）が発見される場合があります。これを「不可視異形成」と呼びます。異形成は内視鏡では確認できません。

異形成が確認された場合、色素内視鏡検査（まだ実施していない場合）が次のステップとなります。医師が実施するか、または色素内視鏡検査の専門知識を持つ内視鏡医に紹介される場合があります。医師は、IBDの専門の外科医に紹介し、定期的な検査か手術か、どちらが良いか検討する場合があります。

異形成が見つからなかった場合

異形成が見つからなかった場合、高リスクの人については1年後に大腸内視鏡検査が推奨されます。高リスクの特徴には、原発性硬化性胆管炎（PSC）、活動性炎症、家族歴（50歳未満での大腸がん）が含まれます。

活動性炎症がない方の場合は、次の内視鏡検査は2〜5年後となります。

大腸狭窄

IBDが進行すると、大腸壁に瘢痕組織が形成されることがあります。その結果、腸の特定の部分が狭くなります。これを「狭窄」と呼びます。

特に長期間IBDを患っている人では、大腸狭窄部にがんが潜んでいる可能性があります。最後の検診で狭窄が認められた場合には、IBDの専門医による診断が必要です。

次の治療ステップとして、大腸の全部または一部を切除する手術が推奨されることがあります。これを結腸切除術といいます。手術を予定していない場合は、1年後に再検査することが推奨されます。

嚢胞性線維症

嚢胞性線維症の患者は大腸がんのリスクが高まります。平均的なリスクに比べ、この疾患を持つ人では早期に発症することがあります。臓器移植を受けている場合は、リスクがさらに高まります。

臓器移植を受けた場合は、30歳から、または移植後2年以内に大腸内視鏡検査を開始します。移植を受けていない場合は、40歳からの検査が推奨されます。

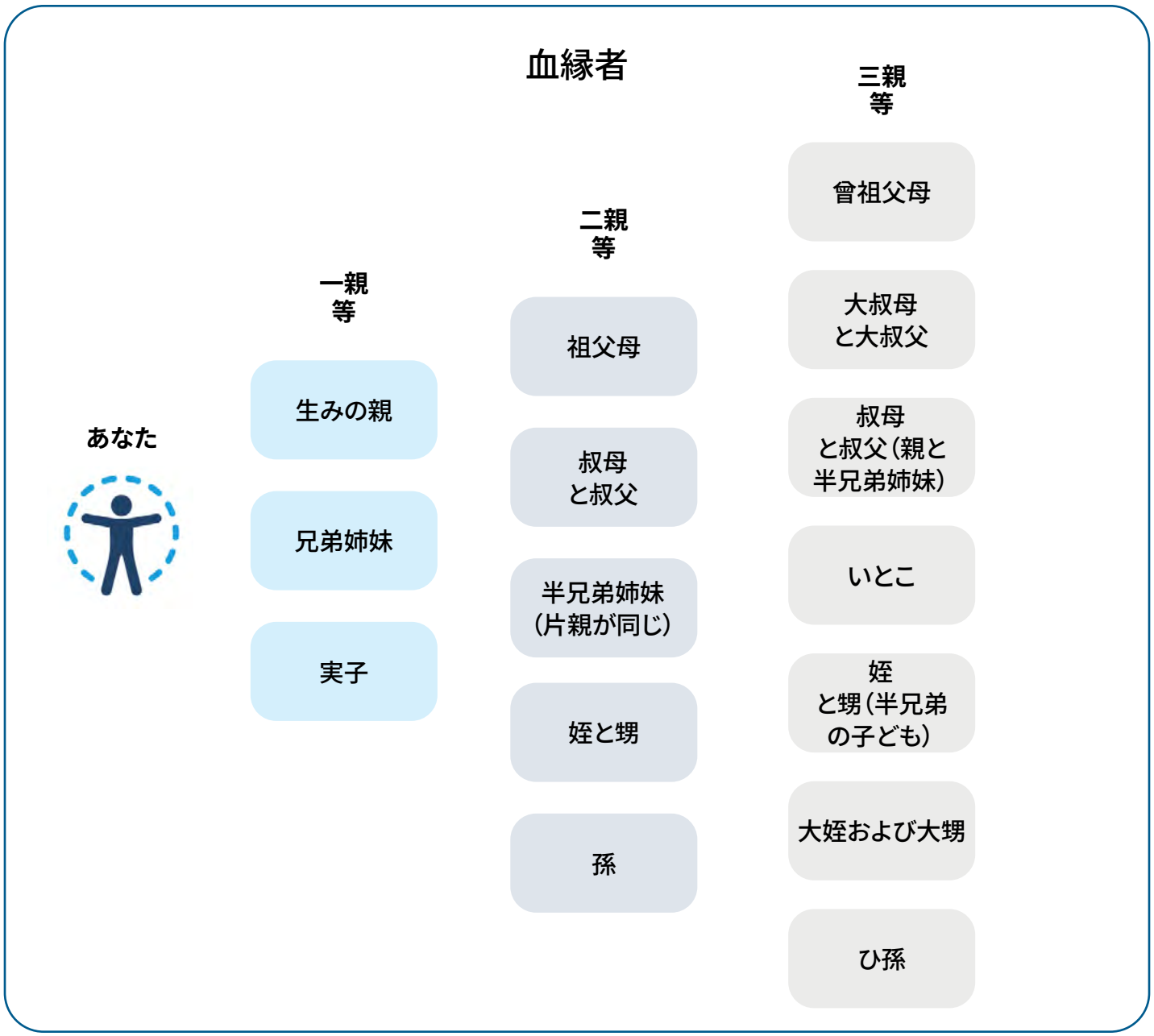
嚢胞性線維症の患者では、内視鏡検査の前に、より徹底的な腸内洗浄が必要です。医療チームが腸管洗浄の方法について指示します。

検査結果が正常であった場合、次回検査は5年後に行います。前がん性ポリープが見つかった場合は、3年後の検査が推奨されます。

大腸がんの家族歴

医師はあなたの血縁関係のある家族の健康歴について尋ねます。大腸がんの病歴を持つ一親等（両親、兄弟姉妹、子供）がいる場合、あなたも発症するリスクが高くなります。

大腸がんの家族歴があるほとんどの家庭では、その原因は明確ではありません。がんは、共通した遺伝子、共通した経験、またはその両方が原因となるかもしれません。まれに、遺伝性大腸がん症候群が原因となることがあります。これらの症候群に関する詳細な情報は、下記に記載しています。以下の推奨事項は、これらの症候群を持つ家族には適用**されません**。



平均的なリスクにおける検診と比較すると、家族歴に基づいた検診はより早く開始し、頻度も高くなります。2回連続で結果が正常であれば、検診の間隔が長くなることがあります。検診を変更する場合のあるその他の因子としては、あなたの年齢や、発症した家族の人数や発症年齢などがあります。

検診の結果を家族と共有してください。ポリープやがんが見つかった場合は、そのことを伝えてください。家族は、あなたの履歴を知ることで、その情報に基づいた決定を下すことができます。家族に対する検診の推奨事項があなたの大腸内視鏡検査報告書に記載されていることもあります。一部の医療機関では、一親等に共有するための手紙を提供します。

一親等に大腸がん（CRC）がある場合

一親等に大腸がんと診断された人がいる場合、40歳または家族内で最も早い診断年齢の10年前から、大腸内視鏡検査を開始することが推奨させれます。たとえば、一親等が44歳で診断された場合、34歳から検査を開始する必要があります。

結果が正常であれば、5年ごとの大腸内視鏡検査が推奨されます。または、年齢や好み、家族歴の詳細に基づいて、医師と異なる検査スケジュールを決定することもできます。

一親等に進行した高リスクのポリープがある場合

一親等に進行した高リスクポリープが見つかった場合、40歳、または親族が診断された年齢のいずれか早い方から、スクリーニング大腸内視鏡検査を開始することが推奨されます。

正常な結果が得られている期間に限り、検査は、5〜10年ごとに繰り返す必要があります。または、年齢や好み、家族歴の詳細に基づいて、医師と異なる検査スケジュールを決定することもできます。

二親等または三親等にCRCがある場合

大腸がんと診断された二親等または三親等（一親等ではない）の家族がいる場合、平均的なリスクの人と同様に、45歳から検査を開始する必要があります。

大腸がんのリスクは平均的なリスクよりも高くなる可能性がありますが、45歳以前に検査を始めるためのデータは十分得られていません。

検診結果が正常であれば、10年ごとの大腸内視鏡検査が推奨されます。

遺伝性がん症候群

遺伝性がん症候群は、特定の遺伝子の変化によって引き起こされるまれな症候群であり、ほとんどの場合、実の親から子へと受け継がれます。多くの親族が大腸がんにかかり、そのがんが45歳以前に診断された場合、遺伝的原因の可能性が高くなります。

リンチ症候群は、大腸がん、子宮内膜がん、卵巣がんなど、いくつかの種類のがんを発症するリスクが高い状態です。リンチ症候群は、ミスマッチ修復（MMR）遺伝子の中の先天的エラー（変異）により引き起こされます。

ポリポーシス症候群は、複数の大腸ポリープを発症するがん症候群の分類です。最も一般的なものに、家族性大腸腺腫症（FAP）があります。FAPは大腸や直腸に数百個から数千個のポリープを形成します。

遺伝性の症候群が疑われる場合、医師は遺伝カウンセラーに紹介することがあります。この専門家は、あなたとご家族と共に、大腸がんに関連する症候群の検査について話し合うことができます。検査のために、血液サンプルを提供する必要があります。サンプルは検査室に送られ、これらの症候群の原因となる遺伝子変異を調べます。

遺伝子検査を受ける前に遺伝カウンセラーと会うことが重要です。

「私自身にMSH2変異（リンチ症候群）があることがわかった遺伝子検査によって、今後の治療について決断し、その他のがんへのリスクについて理解することができました。これにより、自分の健康管理に対して率先して取り組む機会が得られました。」

がん治療歴

一部のがん治療は、その後数年で別の種類のがんを発症するリスクを高めます。以下のような治療を小児期、思春期、または青年期に受けたことがある場合、大腸がんのリスクが高くなります：

- 化学療法
- 放射線治療（特に腹部、骨盤、脊椎への照射）
- 全身放射線照射（投与量に関係なく、化学療法の有無にかかわらず）

化学療法のみを受けた場合、35歳または化学療法終了後10年のいずれか遅い方から、大腸内視鏡検査を開始することをお勧めします。例えば、28歳で化学療法を受けた場合、検診は38歳から始まります。検診は45歳までに必ず開始し、その後は5年ごとに繰り返すことが推奨されます。

放射線治療を受けた人には、30歳から、または治療後5年後に大腸内視鏡検査を受けることが推奨されます。検診は45歳までに必ず開始し、その後は5年ごとに繰り返すことが推奨されます。

10個以上のポリープ（あらゆるタイプ）が消化管のどこかに見られた場合、それらは以前のがん治療によって引き起こされた可能性があります。これは、包括的な遺伝子検査で、大腸がんまたは遺伝性ポリープ症候群に関連する遺伝子変化が見つからなかった場合に、さらに可能性が高くなります。

この場合、医師は大腸内視鏡検査に加えて上部内視鏡検査を提案する場合があります。これにより、今後の消化管検査と比較できるベースライン（開始時点）の消化管の状態を確認できます。

検査を受けるためのステップ

検診を受けて、大腸がんのリスクを軽減するための対策をとることができます。

- 早めに相談しましょう。45歳より前に、主治医と大腸がんのリスクについて相談してください。
- 早期の検診が必要となる可能性のある大腸がんの家族歴を知っておきましょう。
- 大腸がん検査の選択肢について学びましょう。
- 検診を適時に開始し、フォローアップ検診のスケジュールを守りましょう。
- 積極的に運動し、健康的な食事を心がけ、喫煙を中止してください。

重要ポイント

- 嚢胞性線維症の患者は大腸がんのリスクが高まります。臓器移植を受けた場合、大腸内視鏡検査は30歳から、または移植から2年以内に開始することが推奨されます。そうでない場合は、40歳から検査を開始します。
- 大腸に影響を及ぼす炎症性腸疾患（IBD）を患っている人は、大腸がんのリスクが高まります。IBDの症状が始まってから8年後に検診を開始することが推奨され、家族歴や原発性硬化性胆管炎がある場合は8年経過するまでに開始することをお勧めします。次の検診までの間隔は、がんリスクに基づいて3か月～3年間です。
- 大腸がんや前がん性のポリープの家族歴がある場合、検診は通常40歳またはそれ以前に開始されます。ポリープが見つからなくても、5年以内に再検査が必要な場合があります。
- 小児期または青年期に化学療法または放射線療法を受けた場合、晩年になって大腸がんを発症するリスクが高まります。スクリーニングは、平均的なリスクにある方よりも早く開始する必要があります。

あなたの考えを
お聞かせください！

以下にて、オンラインアンケートにご協力ください。

NCCN.org/patients/response

参考資料

CanCare, Inc.
Cancare.org

CancerCare
cancercare.org

Colorectal Cancer Alliance
ccalliance.org

Fight Colorectal Cancer
fightcolorectalcancer.org

Imerman Angels
Imermanangels.org

National Coalition for Cancer Survivorship
canceradvocacy.org

Triage Cancer
Triagecancer.org

大腸がんと若年成人

理由は不明ですが、大腸がんは45歳未満の人々において増加しています。これらのがんは、痔やその他の非がん性の疾患と間違われることがあります。便に血が混じっている、または排便習慣に変化が見られる場合は、医療機関に連絡して検査を受けてください。

大腸がんはこれまで「高齢者の病気」と考えられていましたが、最近の研究により、1990年以降に生まれた人は1950年に生まれた人と比べて大腸がんにかかる確率が2倍から4倍高いことが示されています。したがって、45歳で検診を受けることがとても重要といえます。

用語集

腺腫
大腸ポリープの中で最も多い種類です。腺腫は腺腫性ポリープ、鋸歯状ポリープ、従来型ポリープとも呼ばれる。

結腸
大腸の最も長い部分。消化された食物が便になる場所です。

大腸内視鏡検査
肛門から誘導されて、結腸内部を装置で見るための手法。

コンピュータ断層コロノグラフィー
大腸がんのリスクが平均的な方を対象とする検査のひとつ。コンピュータ断層撮影 (CT) を使用して大腸とその周辺の領域を観察します。仮想内視鏡とも呼ばれます。

結腸クローン病
消化管に長期的な炎症を引き起こす炎症性腸疾患の一種。

異形成
異常な細胞増殖のパターン。

免疫学的便潜血検査（FIT）
便内の微量な潜血を調べる臨床検査。

フレキシブルシグモイドスコピー
大腸がんのリスクが平均的な方を対象とする検査のひとつ。直腸と大腸の最終部分を観察して異常な部位を探します。

高解像度白色光内視鏡検査（HD-WLE）
鮮明な画像を得られる装置を用いて、肛門から挿入し、大腸内部を調べる検査。

便潜血検査（FOBT）
便内の微量な潜血を調べる臨床検査。

過形成性ポリープ
鋸歯状ポリープの一種。大きな過形成性ポリープは、大腸がんのリスクを高める可能性があります。

炎症性腸疾患（IBD）
消化管に長期的な炎症を引き起こす健康問題のグループ。クローン病性大腸炎と潰瘍性大腸炎が含まれます。

下剤
腸管内をきれいにするために用いる薬剤。

病変
異常な細胞の平坦な領域。

リンチ症候群
大腸がんやその他のがんのリスクを高める遺伝性がん症候群。

粘膜
結腸壁の一番内側にある層。

複数標的糞便DNAベース検査
便内での大腸がん遺伝子マーカーに関する臨床検査

病理医
細胞や組織を検査して疾患を見つけることを専門とする医師。

有茎性ポリープ
大腸壁から茎で突き出しているポリープ。

ポリープ
大腸内膜にできる非がん性の隆起。時間とともに、特定の種類のがん化する可能性があります。

ポリープ切除術
通常、大腸内視鏡検査中にポリープを除去する軽度の外科処置。

ポリポーシス症候群
大腸ポリープを引き起こす一群のがん症候群。最も一般的なものに、家族性大腸腺腫症（FAP）があります。

原発性硬化性胆管炎
胆管に損傷を引き起こすまれな長期的な疾患。大腸がんのリスクを高めます。

直腸
大腸の最後の部分。便が肛門から排出されるまでここに保持されます。

無茎性ポリープ
腸壁からあまり突き出ていないポリープ。

無茎性鋸歯状ポリープ
がん化するリスクが高い、平坦な形状のポリープ。顕微鏡で見ると鋸歯状の細胞パターンを示します。異形成（前がん細胞）集塊が存在する可能性があります。平坦型鋸歯状病変または平坦型鋸歯状腺腫とも呼ばれます。

従来型鋸歯状腺腫
がんになるリスクが高い、まれなタイプのポリープ。顕微鏡で見ると鋸歯状の細胞パターンを示します。

潰瘍性大腸炎
大腸がんのリスクを高める炎症性腸疾患（IBD）の一種。

バーチャル色素内視鏡検査
大腸の内部を、光をフィルタリングする装置を使って肛門から挿入し、観察する検査。バーチャル色素内視鏡検査とも呼ばれます。

大腸がんと診断された場合、毎日アスピリンを服用することで、寿命が延び、がんに関連する結果が改善する可能性があります。アスピリンが適切かどうかについては、主治医に相談してください。内出血は、アスピリン服用のリスクとなります。

NCCN 寄稿者

患者さんのためのガイドは、NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Colorectal Cancer Screening, Version 1.2024 をもとにしています。以下の方々のご協力を得て、適用、レビュー、発行しています。

ドロシー・A・シード（MS）
シニアディレクター
患者情報オペレーション

エリン・ヴィディック（MA）
シニアメディカルライター、患者情報

スーザン・キドニー
シニアグラフィックデザインスペシャリスト

The NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Colorectal Cancer Screening 1.2024 は、以下の NCCN パネルメンバーによって作成されました。

リード・M・ネス（MD, MPH）/委員長
ヴァンダービルト・イングラムがんセンター

シャビエル・リョール（MD, PhD）/副委員長
イェールがんセンター / スミローがん病院

モハマド・アリ・アバス（MD, MPH）
ノースウェスタン大学 ロバート・H・ルーリー総合がんセンター

シュリニバス・ビシュ（MD）
ミシガン大学ロゲルがんセンター

クリストファー・T・チェン（MD）
スタンフォードがん研究所

グレゴリー・クーパー（MD）
ケース総合がんセンター / ユニバーシティ・ホスピタルズ・セイドマンがんセンター、クリーブランドクリニック・タウシグがん研究所

デイナ・S・アーリー（MD）
サイトマンがんセンター
（バーンズ・ジェューイッシュ病院
／ワシントン大学医学部）

マーク・フリードマン（MD）
モフィットがんセンター

デイビッド・フッドマン（MD）
UTサウスウェスタン・シモンズ
総合がんセンター

フランシス・M・ジアーディエロ（MD, MBA）
ジョンズ・ホプキンズ・キメルがんセンター

キャサリン・グレーザー（PhD, MA）
ロズウェル・パーク総合がんセンター

スーリヤ・グルドゥ（MD）
メイヨー・クリニック 総合がんセンター

マイケル・ホール（MD, MS）
フォックスチェイスがんセンター

ライエン・C・ホアン（MD, MPH）
ユタ大学
ハンツマンがん研究所

レイチェル・イサカ（MD, MAS）
フレッド・ハッチンソンがんセンター

*ブライソン・カトナ（MD, PhD）
ペンシルベニア大学
アブラムソンがんセンター

トリロケシュ・キダンビ（MD）
シティ・オブ・ホープ・ナショナル・メディカル・センター

オードリー・J・ラゼンビー（MD）
フレッド&パメラ・バフェットがんセンター

ジェニファー・マラット（MD, MS）
インディアナ大学 メルヴィン&ブレナ・サイモン
総合がんセンター

アーノルド・J・マルコウィッツ（MD）
メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター

ジョセフ・マルサーノ（MD）
UCデイヴィス総合がんセンター

フォラサデ・P・メイ（MD, PhD, MPhil）
UCLAジョンソン総合がんセンター

*ロバート・J・メイヤー（MD）
ダナ・ファーバー／ブリガム・アンド・ウィメンズがんセンター | マスジェネラルがんセンター

キング・オロルテギ（MD）
シカゴ大学メディスン
総合がんセンター

スワティ・パテル（MD, MS）
コロラド大学がんセンター

シャジャン・ピーター（MD）
オニール総合がんセンター（UAB）

*ローラ・D・ポーター（MD）
独立患者アドボケイト

メフナズ・シャフィ（MD）
テキサス大学MDアンダーソンがんセンター

ピーター・P・スタニッチ（MD）
オハイオ州立大学総合がんセンター - ジェームズがん病院
&ソロブ研究所

ジョナサン・ターディマン（MD）
UCSFヘレン・ディラー家族
総合がんセンター

ピーター・ヴ（MD）
UCサンディエゴ・ムーアズがんセンター

*ジェニファー・M・ワイス（MD, MS）
ウィスコンシン大学 カーボンがんセンター

エリザベス・ウッド（MD）
セントジュード小児研究病院 /
テネシー大学
ヘルスサイエンスセンター

NCCN スタッフ

カーリー・J・カッサラ（MSc）
ガイドラインレイアウトスペシャリスト

スーザン・ダーロウ（PhD）
シニアマネージャー、ガイドライン情報標準化

*この患者ガイドの内容を確認しました。開示情報については、NCCN.org/disclosuresでご覧いただけます。

NCCN がんセンター

ペンシルベニア大学
アブラムソンがんセンター
フィラデルフィア、ペンシルベニア州
800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

ケース総合がんセンター／ユニバーシティ・ホスピタルズ・セイドマンがんセンターおよびクリーブランドクリニック・トーシッグがん研究所
クリーブランド、オハイオ州
UH サイドマンがんセンター
800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services
CC タウシグがん研究所
866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer
ケース CCC
216.844.8797 • case.edu/cancer

シティ・オブ・ホープ・ナショナル・メディカル・センター
デュアーテ、カリフォルニア州
+1 800.826.4673 • cityofhope.org

ダナ・ファーバー／ブリガム・アンド・ウィメンズがんセンター | マスジェネラルがんセンター
ボストン、マサチューセッツ州
+1 877.442.3324 • youhaveus.org
+1 617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

デュークがん研究所
ダーラム、ノースカロライナ州
+1 888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

フォックスチェイスがんセンター
フィラデルフィア、ペンシルベニア州
+1 888.369.2427 • foxchase.org

フレッド&パメラ・バフェットがんセンター
オマハ、ネブラスカ州
402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

フレッド・ハッチンソンがんセンター
シアトル、ワシントン州
+1 206.667.5000 • fredhutch.org

ハンツマンがん研究所（ユタ大学）
ソルトレイクシティ、ユタ州
+1 800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

インディアナ大学 メルビン&ブレン・サイモン
総合がんセンター
インディアナポリス、インディアナ州
+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

ジョンズ・ホプキンズ・キメルがんセンター
ボルチモア、メリーランド州
+1 410.955.8964
www.hopkinsmedicine.org/kimmel-cancer-center

メイヨー・クリニック 総合がんセンター
フェニックス／スコッツデール、アリゾナ州
ジャクソンビル、フロリダ州
ロチェスター、ミネソタ州
+1 480.301.8000 • アリゾナ
+1 904.953.0853 • フロリダ
+1 507.538.3270 • ミネソタ
mayoclinic.org/cancercenter

メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター
ニューヨーク、ニューヨーク州
+1 800.525.2225 • mskcc.org

モフィットがんセンター
タンパ、フロリダ州
+1 888.663.3488 • moffitt.org

オニール総合がんセンター（UAB）
バーミンガム、アラバマ州
+1 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

ノースウェスタン大学 ロバート・H・ルーリー総合がんセンター
シカゴ、イリノイ州
+1 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

ロズウェル・パーク総合がんセンター
バッファロー、ニューヨーク州
+1 877.275.7724 • roswellpark.org

サイトマンがんセンター（バーンズ・ジェューイッシュ病院／ワシントン大学医学部）
セントルイス、ミズーリ州
+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

セント・ジュード小児研究病院／
テネシー大学ヘルスサイエンスセンター
メンフィス、テネシー州
+1 866.278.5833 • stjude.org
+1 901.448.5500 • uthsc.edu

スタンフォードがん研究所
スタンフォード、カリフォルニア州
+1 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

オハイオ州立大学総合がんセンター - ジェームズがん病院&ソロブ研究所
コロンバス、オハイオ州
+1 800.293.5066 • cancer.osu.edu

シカゴ大学メディスン総合がんセンター
シカゴ、イリノイ州
+773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

テキサス大学MDアンダーソンがんセンター
ヒューストン、テキサス州
+1 844.269.5922 • mdanderson.org

UCデイヴィス総合がんセンター
サクラメント、カリフォルニア州
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UCサンディエゴ・ムーアズがんセンター
ラ・ホヤ、カリフォルニア州
+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLAジョンソン総合がんセンター
ロサンゼルス、カリフォルニア州
+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSFヘレン・ディラー家族
総合がんセンター
サンフランシスコ、カリフォルニア州
+1 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

コロラド大学がんセンター
オーロラ、コロラド州
+1 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

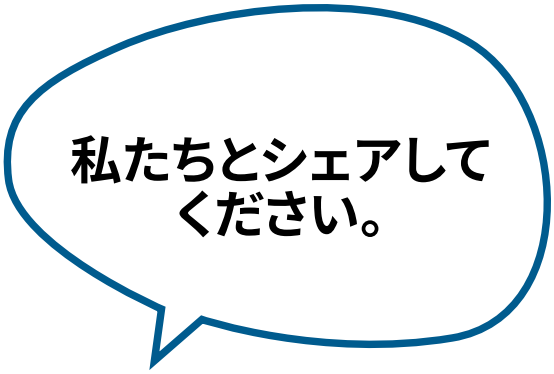
ミシガン大学ロゲルがんセンター
アン・アーバー、ミシガン州
+1 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

ウィスコンシン大学カーボンがんセンター
マディソン、ウィスコンシン州
+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UTサウスウェスタン・シモンズ
総合がんセンター
ダラス、テキサス州
+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

ヴァンダービルト・イングラムがんセンター
ナッシュビル、テネシー州
+1 877.936.8422 • vicc.org

イェールがんセンター／スミロー・がん病院
ニュー・ヘイブン、コネチカット州
855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



**アンケートに回答して、
NCCN Guidelines for Patientsの改善にご協力ください!**

NCCN.org/patients/comments

索引

腺腫 6–8, 14–17, 20
色素内視鏡検査 22–23
コンピュータ断層コロノグラフィー 18, 14–17, 20
嚢胞性線維症 8, 23
異形成 7, 22–23
家族歴 8–20, 24–26
便潜血検査 19
免疫学的便潜血検査（FIT） 19
軟性S状結腸鏡検査 17
遺伝性がん症候群 8, 15, 24–25
過形成性ポリープ 7, 14, 17, 24–25
炎症性腸疾患（IBD） 8, 22
マルチターゲット便DNA検査 18–19
無茎性鋸歯状ポリープ 7, 8, 14–16
従来型鋸歯状腺腫 7, 15
仮想内視鏡 18

NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

大腸がん検診

2024

NCCN Guidelines for Patients を支援するには、以下のリンクをご覧ください。

NCCNFoundation.org/Donate

National Comprehensive Cancer Network®

3025 ケミカルロード、スイート100
プリマスミーティング、ペンシルベニア州 19462
215.690.0300

NCCN.org/patients – 患者向け | NCCN.org –医療従事者向け

PAT-N-1821-1024