

追補内容のお知らせ

『大腸ポリープ診療ガイドライン2014』（2014年4月発行）

- 書籍刊行後、とくに①新薬の登場、②保険適用の変更、③重要な新規エビデンスの発表、等により書籍の記載内容に追補が必要と考えられる部分について作成委員会において検討を行い、ここにその内容をお知らせします。
- ガイドラインの出版においては、作成時点でのエビデンスに基づき慎重かつ厳密に作成を行っていますが、出版後の薬剤動向や新規エビデンスの発表により、その記載内容が実臨床と一致しなくなる場合もあります。また、ガイドラインの内容は、一般論として臨床現場の意思決定を支援するものであることを理解の上、活用ください。

[最終更新日: 2016年10月28日]

CQ2-03 大腸腺腫に対する便潜血検査 (FPBT) の感度・特異度は？	
頁	追補内容
12	<p>解説末尾に以下の内容を追記する。</p> <p>advanced adenoma^{脚注)}に対する指摘能力に関して、免疫法の優位性が示されており、一般住民検診の発見率の比較では、免疫法の1.2%に対し化学法では0.4%であった¹⁵⁾。</p> <p>免疫法と化学法を直接比較した報告では、免疫法の感度が56.8%であるのに対し化学法のそれは8.1%である^{a)}。免疫法単独での精度評価の論文では、29～39.7%の感度が報告されている^{b~d)}。さらにadvanced adenomaの1病変を発見するために必要な大腸内視鏡検査数 (number of colonoscopy needed) は、化学法が8.0であるのに対し免疫法では2.0との報告¹⁶⁾もあり、免疫法は感度、特異度ともに良好で効率よく病変を指摘可能であると考えられる。</p> <p>ただし、免疫法の場合、カットオフ値を自由に設定できること、また免疫法に括られるなかでも種々の検査方法があるため、精度管理指標の比較には注意が必要である。</p> <p>脚注) : CQ3-14を参照のこと。</p>
13	<p>文献に以下の6編を追加する。</p> <p>15) Rossum LGV, Rijn AFV, Laheij RJ, et al. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. <i>Gastroenterology</i> 2008; 135:82-90 (ランダム)</p> <p>16) Levi z, Hazazi R, Rozen P et al. A quantitative immunochemical faecal occult blood test is more efficient for detecting significant colorectal neoplasia than a sensitive guaiac test. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 2006; 23: 1359-1364 (横断)</p> <p>【検索期間外文献】</p> <p>a) Ou CH, Kuo FC, Hsu WH et al. Comparison if the performance of guaiac-based and two immunochemical fecal occult blood tests for identifying advanced colorectal neoplasia in Taiwan. <i>Journal of Diestive Diseases</i> 2013; 14; 474-483 (横断)</p> <p>b) Wijkerslooth TR, Stoop EM, Bossuyt PM et al. Immunochemical fecal occult blood testing is equally sensitive for proximal and distal advanced neoplasia. <i>Am J Gastroenterol</i> 2012; 107; 1570-1578 (横断)</p> <p>c) Cubiella J, Castro I, Hernandez V et al. Characteristic of adenomas detected by fecal immunochemical test in colorectal cancer screening. <i>Cancer Epidemiol Biomarkers Prev</i> 2014; 23; 1884-1892 (横断)</p> <p>d) Wong MC, Ching YJ, Chan VC et al. Diagnostic accuracy of a qualitative fecal immunochemical test varies with location of neoplasia but not number of specimens. <i>Clin Gastroenterol Hepatol</i> 2015; 13: 1472-1479 (横断)</p>
CQ2-05 大腸内視鏡検査に伴う偶発症の発生頻度は？	
頁	追補内容
15	<p>解説を変更する。</p> <p>海外では大腸内視鏡検査(挿入のみ)に伴う穿孔の発生頻度について、0.00%(0/3,196)¹⁾、0.02%²⁾、0.06%(11/16,948)³⁾、0.06%(3/5,235)⁴⁾、0.08%⁵⁾と報告している。</p> <p>一方、わが国では大腸内視鏡検査(観察のみ、生検含む)に伴う偶発症の発生頻度について、日本消化器内視鏡学会が0.011%(438/3,815,118)と報告しており、偶発症の発生頻度はおおむね1万件に1件程度となっている。</p> <p>また、大腸内視鏡検査に伴う死亡率については、日本消化器内視鏡学会が0.0004%(16/3,815,118)と報告している⁶⁾。</p>
15	<p>文献に以下の1編を追加する。</p> <p>【検索期間外文献】</p> <p>a) 古田隆久, 加藤元嗣, 伊藤透, ほか. 消化器内視鏡関連の偶発症に関する第6回全国調査報告—2008年より2012年までの5年間. <i>Gastroenterol Endosc</i> 2016; 58: 1466-1491 (横断)</p>

CQ2-07 大腸腫瘤に対するCT colonographyの感度・特異度は？	
頁	追補内容
18	解説末尾に以下の内容を追記する。 わが国においてもCT colonographyの精度に関する報告が存在する。便潜血検査免疫法で陽性となった被検者を対象とし大腸内視鏡をgold standardとした精度評価である。癌を含む径10mm以上の病変でみた場合、被検者ごとの感度は91%、特異度は99%であった。一方、病変ごとの感度は病変の高さが2.5mm以上のpolypoid病変では95%であったが、それ以下の高さの病変では67%まで低下した ¹³⁾ 。
18	文献に以下の1編を追加する。 【検索期間外文献】 a) Utano K, Nagata K, Honda T, et al. Diagnostic performance and patient acceptance of reduced-laxative CT colonography for the detection of polypoid and non-polypoid neoplasms: a multicenter prospective trial. Radiology 2016 Aug 31;160320. [Epub ahead of print] (横断)

CQ3-03 大腸腺腫の癌化に関与する遺伝子は？	
頁	追補内容
30	解説文中の用語「 <i>c-myc</i> 」、「 <i>cyclin D1</i> 」、「 <i>p53</i> 」はそれぞれ「 <i>MYC</i> 」、「 <i>CCND1</i> 」、「 <i>TP53</i> 」に変更する。

CQ3-05 分子生物学的特徴からみた大腸癌の発癌経路は？	
頁	追補内容
34	解説の「 <i>p53</i> 」から「 <i>TP53</i> 」に変更する。

CQ3-06 adenoma-carcinoma sequence説とは？	
頁	追補内容
36	解説の「 <i>p53</i> 」から「 <i>TP53</i> 」に変更する。

CQ3-07 <i>de novo</i> 癌とは？	
頁	追補内容
37	解説の「 <i>p53</i> 」から「 <i>TP53</i> 」に変更する。

CQ3-09 sessile serrated adenoma/polyp (SSA/P)とは？	
頁	追補内容
41	解説最終段落3行目:癌に到る最終的な分子異常がMSIと考えられている ⁸⁾ 。の次に以下の文章を追加する。 ANNEXINA10はSSA/Pに高発現することが明らかにされている ¹²⁾ 。
41	文献に以下の1編を変更する。 【検索期間外文献】 c)Gonzalo DH, Lai KK, Shadrach B., et al. Gene expression profiling of serrated polyps identifies annexin A10 as a marker of a sessile serrated adenoma/polyp. J Pathol. 2013;230:420-9.

CQ4-07 画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査は、大腸腫瘍の組織診断および深達度診断に有用か？

頁	追補内容																				
63	<p>解説を変更し、表1点を追加する。</p> <p>大腸腫瘍に対するNBI併用拡大内視鏡観察の診断能は、正診率93%、感度100%、特異度75%で、通常観察の正診率79%、感度83%、特異度44%に比べて優れていることが報告されている¹⁾。また、過形成性病変と腺腫を対象とした際の腺腫の診断能は、正診率95%、感度96%、特異度92%と報告されている²⁾。NBI併用拡大観察によるvessel pattern, surface patternは、腺腫、M癌、SM浸潤癌の診断に有用であるとされる³⁻⁵⁾。2014年に the Japan NBI Expert Team (JNET)より大腸拡大NBI統一分類が提唱され(図)、現在その臨床的有用性に関するvalidation studyが進行中である(Dig Endosc 2016; 28: 526-33 a)[検索期間外文献]。また、FICEおよびblue laser imaging (BLI) 併用拡大内視鏡観察でも組織診断および深達度診断に有用なことが報告されており⁶⁾(J Gastroenterol 2014; 49: 73-80b)[検索期間外文献]、特にBLIに関してはNBI併用拡大内視鏡観察と診断能がほぼ同等と報告されている。</p> <p style="text-align: center;">表. JNET大腸拡大NBI分</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Type 1</th> <th>Type 2A</th> <th>Type 2B</th> <th>Type 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vessel pattern</td> <td>・認識不可^{*1}</td> <td>・口径整 ・均一な分布(網目・らせん状)^{*2}</td> <td>・口径不同 ・不均一な分布</td> <td>・疎血管野領域 ・太い血管の途絶</td> </tr> <tr> <td>Surface pattern</td> <td>・規則的な黒色または白色点 ・周囲の正常粘膜と類似</td> <td>・整(管状・樹枝状・乳頭状)</td> <td>・不整または不明瞭</td> <td>・無構造領域</td> </tr> <tr> <td>予想組織型</td> <td>過形成性ポリープ</td> <td>腺腫～低異型度癌(Tis)</td> <td>高異型度癌(Tis/T1a)^{*3}</td> <td>高異型度癌(T1b～)</td> </tr> </tbody> </table> <p>^{*1} 認識可能な場合、周囲正常粘膜と同一径。 ^{*2} 陥凹型においては、微細血管が点状に分布されることが多く、整った網目・らせん状血管が観察されないこともある。 ^{*3} T1bが含まれることもある。</p>		Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3	Vessel pattern	・認識不可 ^{*1}	・口径整 ・均一な分布(網目・らせん状) ^{*2}	・口径不同 ・不均一な分布	・疎血管野領域 ・太い血管の途絶	Surface pattern	・規則的な黒色または白色点 ・周囲の正常粘膜と類似	・整(管状・樹枝状・乳頭状)	・不整または不明瞭	・無構造領域	予想組織型	過形成性ポリープ	腺腫～低異型度癌(Tis)	高異型度癌(Tis/T1a) ^{*3}	高異型度癌(T1b～)
	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3																	
Vessel pattern	・認識不可 ^{*1}	・口径整 ・均一な分布(網目・らせん状) ^{*2}	・口径不同 ・不均一な分布	・疎血管野領域 ・太い血管の途絶																	
Surface pattern	・規則的な黒色または白色点 ・周囲の正常粘膜と類似	・整(管状・樹枝状・乳頭状)	・不整または不明瞭	・無構造領域																	
予想組織型	過形成性ポリープ	腺腫～低異型度癌(Tis)	高異型度癌(Tis/T1a) ^{*3}	高異型度癌(T1b～)																	
63	<p>文献に以下の2編を追加する。</p> <p>【検索期間外文献】 a) Sano Y, et al. Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Dig Endosc 2016; 28: 526-33(review). b) Yoshida N, et al. The ability of a novel blue laser imaging system for the diagnosis of invasion depth of colorectal neoplasms. J Gastroenterol 2014; 49: 73-80 (横断).</p>																				

CQ5-02 5mm以下の微小腺腫の取り扱いとは？

頁	追補内容
78	<p>解説の一部を以下の文章に変更する(解説文9行目以降)。</p> <p>また、微小病変における癌の頻度は欧米で0.03~0.05%であると報告されている。一方、ポリペクトミーの全偶発症の発生率は、大規模コホート研究によると0.7%程度で、穿孔は0.1%(1,000件に1例)との報告もみられており^{5,6)}、本邦において5mm以下の微小腺腫を摘除すべきか否かに関して一定の見解は得られていない。大腸腺腫摘除後の経過観察に関しては、微小病変を含めて全病変摘除達成までは1年おきに、微小病変を含めて全病変摘除達成以降は3年に1回の全大腸内視鏡検査による経過観察を行うのが効率的との報告がある^{4,7)}。</p> <p>近年、高周波電源装置を使用せずにポリープを摘除するcold snare polypectomy(CSP)や生検鉗子を用いたcold forceps polypectomy(CFP)の手技が報告されている^{8,a)}。</p>
79	<p>文献に以下の2編を追加する。</p> <p>8) Tappero G, Gaia E, De Giuli P, et al. Cold snare excision of small colorectal polyps. Gastrointest Endosc. 1992; 38(3): 310-313(ケースシリーズ)</p> <p>【検索期間外文献】 a) Raad D, Tripathi P, Cooper G, et al. Role of the cold biopsy technique in diminutive and small colonic polyp removal: a systematic review and meta-analysis. Gastrointest Endosc. 2016; 83(3): 508-515(メタ)</p>

CQ6-01 大腸癌に対するchemopreventionは可能か？	
頁	追補内容
96	<p>解説1) 非大腸腺腫症患者を対象とした試験結果「アスピリン投与群で腺腫発生率が有意に低かった[RR 0.836(95%CI 0.706~0.965)]²⁾。(解説文8行目以降)」に以下の文章を追加する。</p> <p>一方、本邦大腸腺腫症患者を対象とした前向き試験では、腸溶剤低用量アスピリンの2年間投与により、非喫煙者で腺腫発生率が有意に低下した[OR 0.37(95%CI 0.21~0.68, p=0.01)]が、喫煙者では有意に上昇した[OR 3.45(95%CI 1.12~10.64, p=0.03)]³⁾。</p>
97	<p>文献に以下の1編を追加する。</p> <p>【検索期間外文献】 a) Ishikawa H, Mutoh M, Suzuki S, et al. The preventive effects of low-dose enteric-coated aspirin tablets on the development of colorectal tumours in Asian patients. A randomized trial. Gut 2014; 63: 1755-1759(ランダム)</p>

CQ6-02 ポリペクトミー, 内視鏡的粘膜切除術(EMR), 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の使い分けは？	
頁	追補内容
98	<p>解説末尾に以下の文章を追加する。</p> <p>なお、EMRとESDの中間的技法として、precutting EMR(ESD用ナイフあるいはスネア先端を用いて病変周囲切開後、粘膜下層の剥離を全く行わずにスネアリングを施行する技法)と、hybrid ESD(ESD専用ナイフあるいはスネア先端を用いて病変周囲切開後、粘膜下層の剥離操作を行い最終的にスネアリングを施行する技法)がある(Dig Endosc. 2015; 27: 417-434c)[検索期間外文献]。</p>
99	<p>文献に以下の1編を追加する。</p> <p>【検索期間外文献】 c) Tanaka S, et al. JGES guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection. Dig Endosc 2015; 27: 417-434(ガイドライン)</p>

CQ7-04 大腸腺腫の内視鏡的摘除後のサーベイランスはどうすべきか？	
頁	追補内容
116	<p>解説を変更する。</p> <p>米国National Polyp Studyより、大腸腺腫性ポリープを内視鏡的に全て摘除することで、その後のサーベイランス内視鏡検査は3年後と推奨された¹⁾。</p> <p>欧州ガイドライン改訂版^{a)}(Endoscopy 2013; 45:842-851 [検索期間外文献])および米国ガイドライン改訂版^{b)}(Gastroenterology 2012;143:844-857 [検索期間外文献])では、全大腸内視鏡検査(TCS)における腺腫性ポリープの個数と最大径、病理組織診断(villous成分とhigh-grade dysplasiaの有無)により、それぞれ推奨すべきTCS間隔が決められている。基本的に10mm以下の腺腫性ポリープ(軽度異型腺腫)が散在性に(3~9個まで)認められ内視鏡的に摘除された場合には、一律3年後のサーベイランスTCSが推奨されている。さらに、それらが2個までの場合には、欧州ガイドラインでは10年後のTCS、米国ガイドラインでは5-10年後のTCSが推奨されている。その他、腺腫性ポリープが多数(10個以上)認められる場合や1つでもhigh-grade dysplasia(本邦では粘膜内癌に相当)が認められた場合など、初回のTCS所見によって詳細なリスク層別化がなされ、それぞれに推奨されるTCS間隔が定められている。</p> <p>日本では、未だ5mm以下の腺腫性ポリープの取り扱いが一定でないため、海外のガイドラインをそのまま適応して良いかどうかは明らかではない。つまり、発見した腺腫性ポリープを全て摘除すること(クリーンコロン化)が強く推奨されている欧米と、担癌率の極めて低い5mm以下のポリープについては、摘除せずに経過観察しても良いとする本邦の立場が異なるため、サーベイランスTCS間隔については一定の見解が得られていない^{2)~6)}。そこで、本CQに対しては、Japan Polyp Study本試験前に報告された遡及的検討結果(“1回のクリーンコロン化では、検査間隔を一律3年後に設定することの安全性が十分担保できない”という結論)に基づき、本推奨草案とした⁷⁾。今後、Japan Polyp Study本試験の結果が待たれる。</p>
117	<p>検索期間外文献a)を変更する。</p> <p>a) Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, et al. Endoscopy 2013; 45:842-851(ガイドライン)</p>

CQ8-08 家族性大腸腺腫症(FAP)とattenuated FAP(AFAP)で治療方針は異なるか？	
頁	追補内容
139	<p>解説末尾に以下の文章を追加する。</p> <p>なお、手術拒否患者に対して内視鏡的ポリペクトミーによる慎重な経過観察が試みられているが、長期治療効果は未だ不明である⁷⁾。</p>
139	<p>文献に以下の1編を追加する。</p> <p>【検索期間外文献】 a) Ishikawa H, Mutoh M, Iwama T, et al. Endoscopic management of familial adenomatous polyposis in patients refusing colectomy. Endoscopy 2016; 48: 51-55(コホート)</p>

CQ8-18 潰瘍性大腸炎に合併するdysplasia/早期癌の形態的特徴は？	
頁	追補内容
157	解説3行目に以下の文献番号(1,2,a)を追加する。 潰瘍性大腸炎に合併する早期大腸癌・dysplasiaは、その発生および進展に炎症が関与するため、従来の表在型肉眼形態分類にあてはまらない、病変の境界や立ち上がり不明瞭で丈の低い顆粒状の隆起が多い ^{1,2,a)} 。
158	文献に以下の1編を追加する。 【検索期間外文献】 a) Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2015 Mar;148(3):639-651.e28 (Gastrointest Endosc 2015;81:489-501 e26にも同時掲載)

CQ8-19 潰瘍性大腸炎に対する癌化サーベイランスの対象と方法は？	
頁	追補内容
160	解説に以下の文献番号を追加する(解説文2行目)。 検査法に関してはインジゴカルミンなどの色素内視鏡検査を併用したほうが、検出率が高くなるのがRCT ³⁾ やメタアナリシス ⁴⁾ で示されている ^{b)} 。narrow-band imaging (NBI)による病変拾い上げ率、発見率向上はRCTでは否定的であった ^{5, b)} 。
160	文献に以下の1編を追加する。 【検索期間外文献】 b) Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2015 Mar;148(3):639-651.e28 (Gastrointest Endosc 2015;81:489-501 e26にも同時掲載)

CQ8-20 潰瘍性大腸炎にdysplasia/癌が検出されたらすべて手術適応か？ (low-grade dysplasia: LGDでも手術適応か？)	
頁	追補内容
161	解説に以下の文献番号を追加する(解説文下から6行目)。 通常腺腫の可能性が高いと判断された場合は、内視鏡的摘除を行って病理組織学的に精査する ^{a)} 。
162	文献に以下の1編を追加する。 【検索期間外文献】 a) Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2015 Mar;148(3):639-651.e28 (Gastrointest Endosc 2015;81:489-501 e26にも同時掲載)

CQ8-21 潰瘍性大腸炎における隆起型dysplasiaと通常腺腫の鑑別診断は？	
頁	追補内容
163	解説に以下の文献番号を追加する(解説文8行目)。 近年、形態的に境界や立ち上がり明瞭な通常の腺腫と鑑別がつかない病変(adenoma-like mass/adenoma-like dysplasia: ALM/ALD)は、嚴重な経過観察が必要ではあるが、局所治療が可能になってきた ^{2, 3, a)} 。
162	文献に以下の1編を追加する。 【検索期間外文献】 a) Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2015 Mar;148(3):639-651.e28 (Gastrointest Endosc 2015;81:489-501 e26にも同時掲載)