

NCCN

NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2021

कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग

इनके समर्थन द्वारा प्रस्तुत किया गया:



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

FIGHT
★
COLORECTAL CANCER



[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) पर ऑनलाइन उपलब्ध है



कैंसर की दुनिया
में खो जाना
आसान है



**NCCN Guidelines
for Patients[®]
को आपका मार्गदर्शक
बनने दें**

- ✓ कैंसर देखभाल विकल्पों के लिए चरण-दर-चरण मार्गदर्शिकाएँ
जिनके बेहतरीन परिणाम होने की संभावना है
- ✓ दुनिया भर में स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा उपयोग किए जाने वाले उपचार
दिशानिर्देशों के आधार पर
- ✓ अपने डॉक्टरों के साथ कैंसर के उपचार पर चर्चा करने में
आपकी मदद करने के लिए डिज़ाइन की गईं



NCCN Guidelines for Patients® National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) द्वारा बनाए गए हैं।



NCCN

- ✓ संयुक्त राज्य भर में अग्रणी कैंसर केंद्रों का एक गठबंधन जो रोगी देखभाल, रीसर्च एवं शिक्षा के लिए समर्पित है

कैंसर केंद्र जो NCCN का हिस्सा हैं:
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

- ✓ नवीनतम शोध और सालों के अनुभव का उपयोग करके NCCN कैंसर केंद्रों के डॉक्टरों द्वारा बनाए गए
- ✓ दुनिया भर के कैंसर देखभाल प्रदान करने वालों के लिए
- ✓ कैंसर की जाँच, उसके निदान व उपचार के लिए एक्सपर्ट्स की सिफारिशें

[NCCN.org/guidelines](https://www.nccn.org/guidelines)
पर मुफ्त ऑनलाइन उपलब्ध है



NCCN Guidelines for Patients

- ✓ NCCN Guidelines की जानकारी को एक सीखने-हेतु-आसान फॉर्मेट में प्रस्तुत करें
- ✓ कैंसर से पीड़ित लोगों और उन्हें सपोर्ट करने वालों के लिए
- ✓ बेहतरीन परिणामों के लिए मुमकिन कैंसर देखभाल विकल्पों के बारे में बताएँ

[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)
पर मुफ्त ऑनलाइन उपलब्ध है

ये NCCN Guidelines for Patients कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग के लिए NCCN Guidelines®, वर्शन 2.2021 - 13 अप्रैल, 2021 पर आधारित हैं।

© 2021 National Comprehensive Cancer Network, Inc. सर्वाधिकार सुरक्षित। NCCN की स्पष्ट लिखित अनुमति के बिना किसी भी उद्देश्य के लिए यहाँ दिए गए NCCN Guidelines for Patients और दृष्टांतों को किसी भी रूप में दुबारा प्रस्तुत नहीं किया जा सकता है। डॉक्टरों या रोगियों सहित कोई भी, किसी भी व्यावसायिक उद्देश्य के लिए NCCN Guidelines for Patients का उपयोग नहीं कर सकता है और यह दावा, प्रतिनिधित्व, या संकेत नहीं कर सकता है कि ये NCCN Guidelines for Patients, जिसे किसी भी तरीके से सशोधित किया गया है, NCCN Guidelines for Patients से निर्मित, के आधार पर, संबंधित, या से उत्पन्न हुए हैं। NCCN Guidelines का कार्य प्रगति पर है जिसे नए महत्वपूर्ण डेटा उपलब्ध होते ही पुनर्परिभाषित किया जा सकता है। NCCN अपने कंटेंट, उपयोग, या आवेदन के संबंध में किसी भी प्रकार की कोई वारंटी नहीं देता है और इसके आवेदन या किसी भी तरह से उपयोग के लिए किसी भी ज़िम्मेदारी को अस्वीकार करता है।

NCCN Foundation NCCN Guidelines for Patients के वित्तपोषण और वितरण द्वारा कैंसर निदान से प्रभावित लाखों रोगियों और उनके परिवारों को सपोर्ट करना चाहता है। NCCN Foundation कैंसर रीसर्च में नवाचार के केंद्र में देश के होनहार डॉक्टरों को वित्त पोषण करके कैंसर के इलाज को आगे बढ़ाने के लिए भी प्रतिबद्ध है। अधिक जानकारी और रोगी व देखभाल करने वाले संसाधनों की पूरी लाइब्रेरी के लिए, [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) पर विज़िट करें।

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) / NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300



NCCN Guidelines for Patients NCCN Foundation® से वित्त पोषण द्वारा समर्थित हैं

उपहार देने या अधिक जानने के लिए, कृपया [NCCNFoundation.org/donate](https://www.nccn.org/donate) पर विज़िट करें या PatientGuidelines@NCCN.org पर ईमेल करें।



फाइट कोलोरेक्टल कैंसर द्वारा भी समर्थित

हम कोलोरेक्टल कैंसर का इलाज करने के लिए लड़ते हैं और सूचित पेशेंट सपोर्ट, प्रभावशाली नीति परिवर्तन और सफल अनुसंधान प्रयासों के द्वारा इस बीमारी से प्रभावित सभी लोगों के लिए आशा के अथक चैंपियन के रूप में कार्य करते हैं। समुदाय को उनके स्वास्थ्य के बारे में सोच-समझकर निर्णय लेने हेतु विश्वसनीय संसाधन ढूँढने में मदद करने के लिए समर्पित एक संगठन के रूप में, हमें इस व्यापक संसाधन को सपोर्ट करने पर गर्व है।

[Fightcolorectalcancer.org](https://fightcolorectalcancer.org)

इनके उदार सपोर्ट के साथ:

Kristina Gregory
Lois & Donald Howland
John Kisiel
Wui-Jin Koh
Elizabeth & Brian Rizor
Marianne & Gary Weyhmuller



विषय-सूची

- 6 कैंसर स्क्रीनिंग से जानें बच सकतीं हैं
- 14 कोलोरेक्टल कैंसर के औसत जोखिम स्तर
- 20 फैमिली हेल्थ हिस्टरी
- 26 कोलोरेक्टल पॉलीप्स और कैंसर
- 33 उत्तेजक आंत्र रोग
- 39 संसाधन
- 40 मुख्य शब्द
- 43 NCCN योगदानकर्ता
- 44 NCCN कैंसर केंद्र
- 46 सूची

1

कैंसर स्क्रीनिंग से जानें बच सकती हैं

- 7 कोलोरेक्टल कैंसर क्या है?
- 9 स्क्रीनिंग क्यों करवाएँ?
- 10 स्क्रीनिंग किसे करवानी चाहिए?
- 12 स्क्रीनिंग के अलावा जान कैसे बच सकती है?
- 13 ज़रूरी पॉइंट्स



कोलोरेक्टल कैंसर दुनिया में तीसरा सबसे आम कैंसर है। स्क्रीनिंग के द्वारा कोलोरेक्टल कैंसर को रोका जा सकता है और इलाज की ज़्यादा संभावना होने पर इसका जल्द पता लगाया जा सकता है।

कोलोरेक्टल कैंसर क्या है?

मानव शरीर 30 ट्रिलियन से ज़्यादा कोशिकाओं से बना है। कैंसर ऐसी असामान्य कोशिकाओं की एक बीमारी है जो कंट्रोल से बाहर हो जाती हैं। कोलन या मलाशय के कैंसर को कोलोरेक्टल कैंसर कहते हैं।

कोलन और मलाशय वे अंग हैं जो पाचन तंत्र में मौजूद होते हैं

पाचन तंत्र शरीर के उपयोग के लिए खाने को टुकड़ों में तोड़ देता है। पेट में, खाने को और छोटे-छोटे टुकड़ों

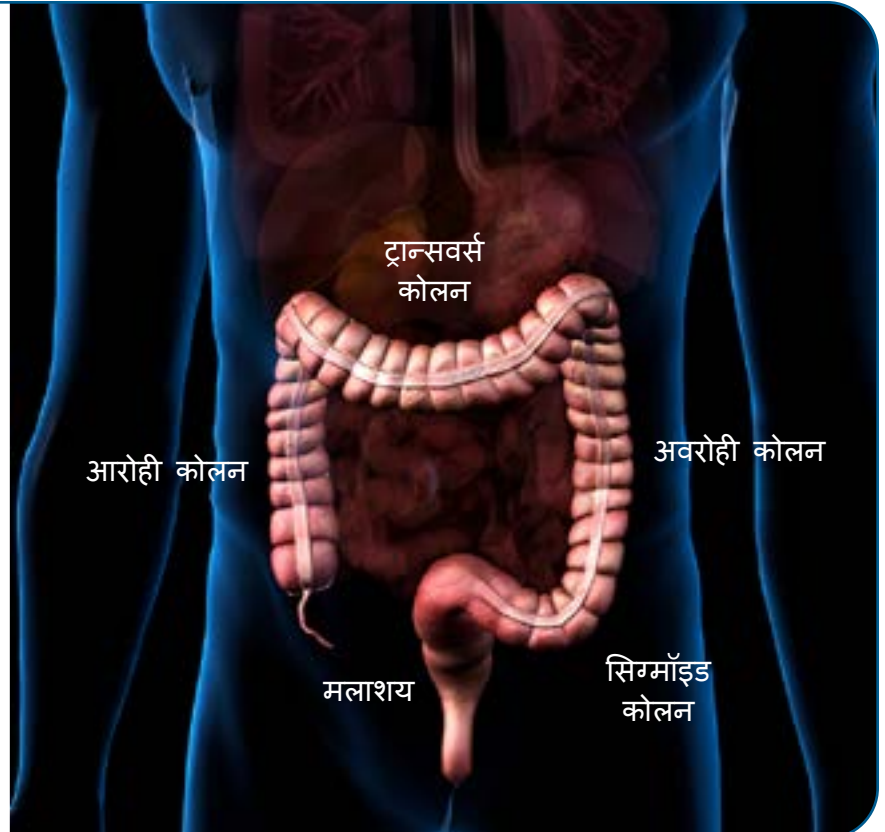
में तोड़ा जाता है। छोटी आंत में, खाने से लगभग सभी पोषक तत्व रक्तप्रवाह में अवशोषित हो जाते हैं।

पाचन तंत्र अनपचे खाने को भी शरीर से निकाल देता है। बड़ी आंत में, अनपचे खाने से पानी और सारे नमक निकल जाते हैं क्योंकि यह कोलन से होकर गुजरता है। ठोस खाद्य अपशिष्ट को मल या मल कहा जाता है। मलाशय तब तक मल को रखता है जब तक कि वह गुदा नाम के एक छिद्र से शरीर से बाहर नहीं निकल जाता।

कुछ पॉलीप्स कोलोरेक्टल कैंसर का रूप ले लेते हैं कोलोरेक्टल वॉल ऊतक की परतों से बनी होती है। मल के संपर्क में आने वाली सबसे भीतरी परत को म्यूकोसा कहते हैं। असामान्य कोशिका वृद्धि के क्षेत्र, जिन्हें पॉलीप्स कहा जाता है, आम तौर पर म्यूकोसा में होते हैं।

कोलन व मलाशय

कोलन व मलाशय बड़ी आंत का हिस्सा हैं। कोलन सबसे लंबा हिस्सा होता है - लगभग 5 फीट (1½ मीटर) लंबा। इसके चार सेक्शन हैं: आरोही, ट्रान्सवर्स, अवरोही, और सिग्माइड कोलन। मलाशय बड़ी आंत के आखिर में होता है। ये लगभग 5 इंच (12 सेंटीमीटर) लंबा होता है।



जबकि ज़्यादातर पॉलीप्स कैंसर नहीं बनते हैं, लगभग सभी कोलोरेक्टल कैंसर पॉलीप्स के रूप में शुरू होते हैं। पॉलीप्स विभिन्न प्रकार के होते हैं, और कुछ के कैंसर बनने की संभावना दूसरों की तुलना में ज़्यादा होती है। पॉलीप को कैंसर में बदलने में कई साल लग जाते हैं।

कैंसर कोशिकाएँ अनियंत्रित रूप से बढ़ती जाती हैं

जब कोशिकाएँ कैंसरग्रस्त हो जाती हैं, तो वे सामान्य कोशिकाओं की तरह बर्ताव नहीं करती हैं। वे सामान्य कोशिका वृद्धि के नियमों को तोड़ देती हैं।

- ▶ सामान्य कोशिकाओं के विपरीत, कैंसर कोशिकाएँ तब नहीं मरती जब उन्हें मरना चाहिए। वे कई नई कैंसर कोशिकाएँ भी बनाते हैं जो समय के साथ सामान्य कोशिकाओं की जगह ले लेती हैं।
- ▶ कैंसर कोशिकाएँ एक ही जगह पर नहीं रहती हैं। वे कोलोरेक्टल वॉल के द्वारा और आस-पास के अंगों और ऊतकों में विकसित हो सकती हैं।

- ▶ कैंसर कोशिकाएँ शरीर के अन्य भागों में फैल सकती हैं। रक्त और लसीका वाहिकाएँ कोलोरेक्टल वॉल के अंदर होती हैं। एक बार जब कैंसर कोशिकाएँ इन वाहिकाओं तक पहुँच जाती हैं, तो वे फैल सकती हैं।

एक स्टेजिंग सिस्टम कैंसर को उनके विकास और प्रसार के आधार पर समूहीकृत करने का एक आम तरीका है। कोलोरेक्टल कैंसर के चरण स्टेज 0 से स्टेज 4 तक होते हैं। कैंसर का विकास और फैलाव जितना गंभीर होगा, स्टेज उतना ही ऊँचा होगा।

जैसे-जैसे कैंसर बढ़ता है, इसके लक्षण शुरू होने लगते हैं। जब लक्षण शुरू होते हैं, तो कैंसर आम तौर पर उन्नत और इलाज के लिए मुश्किल हो जाता है। यदि उपचार काम नहीं करता, तो कैंसर कोशिकाएँ बढ़ती रहती हैं और सारे अंग काम करना बंद कर देते हैं।

कोलन और रेक्टल पॉलीप्स

पॉलीप्स वो घाव हैं जो कोलोरेक्टल वॉल में पैदा होते हैं। उनके कई आकार होते हैं। मशरूम की तरह दिखने वाले उभरे हुए पॉलीप्स को पेडंक्युलेटेड पॉलीप्स कहा जाता है (बाएँ)। सेस्साइल पॉलीप्स में एक गोल टॉप और चौड़ा बेस होता है (दाएँ)



स्क्रीनिंग क्यों करवाएँ?

कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग लक्षणों के शुरू होने से पहले पॉलीप्स और कैंसर की तलाश करती है। इससे दो तरह से जान बच सकती है:

- **स्क्रीनिंग कोलोरेक्टल कैंसर को रोकता है।** अगर पॉलीप्स को कैंसर बनने से पहले हटा दिया जाए तो कैंसर को रोका जा सकता है।
- **स्क्रीनिंग में लक्षण शुरू होने से पहले ही कैंसर का पता चल जाता है।** जब कैंसर का जल्दी पता चल जाता है, तो इसका उपचार या इलाज करना आसान हो जाता है।

स्क्रीनिंग तब शुरू की जाती है जब किसी व्यक्ति को कोलोरेक्टल कैंसर होने का खतरा होता है। स्क्रीनिंग के कई तरीके हैं:

- **एंडोस्कोपी** में एक हाथ से पकड़े जाने वाला उपकरण शामिल होता है जो गैस्ट्रोएंटरोलॉजिस्ट जैसे डॉक्टरों को असामान्य वृद्धि के लिए कोलन व मलाशय के अंदर देखने में मदद करता है।
- **इमेजिंग** कोलन व मलाशय के अंदर की तस्वीरें बनाता है। एक रेडियोलॉजिस्ट असामान्य वृद्धि के लिए इन तस्वीरों की समीक्षा करेगा।
- **लैब टेस्ट** में मल में कैंसर के निशान, जैसे रक्त, का पता चलता है।

एंडोस्कोपी ही एकमात्र स्क्रीनिंग का तरीका है जो पॉलीप्स को हटा सकती है। कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग के लिए जो एंडोस्कोपिक प्रक्रियाएँ हैं, वो हैं कोलोनोस्कोपी और सुविधाजनक सिग्माइडोस्कोपी।

हटाए गए पॉलीप्स को पैथोलॉजिस्ट नाम के एक्सपर्ट के पास भेजा जाता है। ये डॉक्टर माइक्रोस्कोप का इस्तेमाल करके पॉलीप में कैंसर कोशिकाओं की तलाश करता है। यदि कैंसर कोशिकाएँ पाई जाती हैं, तो फिर कैंसर का निदान किया जाता है।

स्क्रीनिंग बनाम निदान

यदि आप में कोलोरेक्टल कैंसर के कोई संकेत या लक्षण न हों तो कैंसर स्क्रीनिंग की जाती है। एक बार जब आप में संकेत या लक्षण शुरू होने लगते हैं, तो टेस्टिंग का उद्देश्य समस्या का पता लगाना और निदान करना होता है। अगर आप में निम्न संकेत या लक्षण शुरू होते हैं, तो अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से कोलोरेक्टल कैंसर की जाँच तुरंत करवाने के बारे में बात करें:

आयरन-कमी से एनीमिया



मल में खून



नियमित आंत्र आदतों में बदलाव



स्क्रीनिंग किसे करवानी चाहिए?

जोखिम एक इवेंट के होने की संभावना है। जोखिम जीवन का हिस्सा है। जब हम खाते हैं, सफ़र करते हैं और पैसा लगाते हैं तो इनमें भी जोखिम होता है। जीवन में कैंसर सहित स्वास्थ्य समस्याओं का जोखिम भी शामिल है।

कुछ लोगों को दूसरों की तुलना में कोलोरेक्टल कैंसर होने की ज़्यादा संभावना होती है

जोखिम बढ़ाने वाली चीज़ों को जोखिम के कारक कहते हैं। जैसे, सर्दी होने का एक जोखिम कारक संक्रमित व्यक्ति के साथ नज़दीकी संपर्क है।

कोलोरेक्टल कैंसर के कई जोखिम कारक हैं। कुछ को बदला जा सकता है, जैसे:

- हृद से ज़्यादा प्रोसेस किया हुआ खाना खाना
- धूम्रपान
- व्यायाम न करना

अन्य जोखिम के कारकों को बदला नहीं जा सकता, जैसे:

- आपकी उम्र
- आपकी हेल्थ हिस्टरी

यदि आप में कोई जोखिम के कारक मौजूद हैं, तो इसका मतलब ये नहीं है कि आपको कोलोरेक्टल कैंसर होना निश्चित है। इसी तरह, भले ही आपके अंदर कोई ज्ञात जोखिम कारक न हों, तो भी आपको कोलोरेक्टल कैंसर हो सकता है।

कुछ जोखिम के कारक कैंसर की जाँच के समय को प्रभावित करते हैं

सभी जोखिम के कारकों का प्रभाव समान नहीं होता है। प्रत्येक व्यक्ति के लिए कोलोरेक्टल कैंसर की जाँच के लिए उपयोग किए जाने वाले जोखिम के स्तरों के लिए **गाइड 1 देखें**।

जानें कि 40 साल की उम्र से पहले कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा कितना है, ताकि आप देर से स्क्रीनिंग शुरू न करें। यदि आपके परिवार को पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ है, तो अपने जोखिम के बारे में जल्दी पता करें।

गाइड 1. कोलोरेक्टल कैंसर के जोखिम स्तर

औसत जोखिम	आपकी उम्र कम से कम 45 वर्ष है और कोई अन्य प्रमुख जोखिम कारक नहीं हैं
ज़्यादा जोखिम	<p>जन्म से आपके परिवार में कोलोरेक्टल कैंसर या उन्नत प्री-कैंसर पॉलीप्स की हिस्टरी रही है</p> <p>आपको पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर या पॉलीप्स हुआ हो जो कैंसर के खतरे को बढ़ाता है</p> <p>आपको इनमें से कोई एक उत्तेजक आंत्र रोग है:</p> <ul style="list-style-type: none"> • अल्सरेटिव कोलाइटिस • क्रोहन्स कोलाइटिस
भारी जोखिम	<p>आपको इन वंशानुगत कैंसर सिंड्रोमों में से एक है:</p> <ul style="list-style-type: none"> • लिंच सिंड्रोम • पॉलीपोसिस सिंड्रोम, जैसे प्रसिद्ध और क्षीण पारिवारिक एडिनोमेटस पॉलीपोसिस

कोलोरेक्टल कैंसर की जाँच शुरू करने और दुबारा जाँच कराने के समय के बारे में अगले अध्यायों में चर्चा की गई है।

- अध्याय 2 में औसत जोखिम वाले लोगों के लिए स्क्रीनिंग को कवर किया गया है।
- अगर कोलोरेक्टल कैंसर या प्री-कैंसर पॉलीप्स की पारिवारिक हिस्ट्री मौजूद हो, तो अध्याय 3 ऐसी स्क्रीनिंग पर चर्चा करता है। यह वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम पर भी संक्षेप में चर्चा करता है।
- अगर आपको प्री-कैंसर पॉलीप्स या कोलोरेक्टल कैंसर है, तो अध्याय 4 दुबारा स्क्रीनिंग की व्याख्या करता है।
- अगर आपको उत्तेजक आंत्र रोग है, तो अध्याय 5 ऐसी स्क्रीनिंग प्रक्रिया की व्याख्या करता है।



कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग बहुत ज़रूरी है! कोलोरेक्टल कैंसर उन कुछ कैंसरों में से एक है जिसका न केवल जल्दी पता लगने पर बहुत ज़्यादा उपचार योग्य होता है, बल्कि वाकई में नियमित जाँच द्वारा इसे रोका जा सकता है! हालाँकि कोलोनोस्कोपी की तैयारी, या घर पर स्क्रीनिंग टेस्ट के लिए एक सैंपल जमा करने की प्रक्रिया अटपटी लग सकती है, मैं आपसे वादा कर सकता हूँ, एक स्टेज III कोलन कैंसर उत्तरजीवी के रूप में, वे विकिरण व कीमोथेरेपी जैसे कोलोरेक्टल कैंसर उपचार के मुकाबले कहीं ज़्यादा बेहतर हैं!

– बेन

स्क्रीनिंग के अलावा जान कैसे बच सकती है?

कोलोरेक्टल कैंसर को रोकने के लिए स्क्रीनिंग बहुत जरूरी है। कोलोरेक्टल कैंसर को रोकने के लिए आप 7 अन्य कदम उठा सकते हैं:

1. एस्पिरिन लें

कम से कम 5 से 10 सालों तक रोज़ एस्पिरिन लेने से कोलोरेक्टल कैंसर होने से बचाव होता है। अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से पूछें कि क्या एस्पिरिन आपके लिए सही है। आंतरिक रक्तस्राव से एस्पिरिन लेने का जोखिम होता है।

2. स्वस्थ खाना खाएँ

- ज़्यादा से ज़्यादा पौधे-आधारित खाद्य पदार्थ खाएँ।
- रेड मीट का सीमित मात्रा में सेवन करें और प्रोसेस किया हुआ मांस न खाएँ।
- प्रोसेस व अति-प्रोसेस किए हुए खाद्य पदार्थों का सेवन सीमित करें।
- पोषक तत्वों के लिए केवल पूरक आहारों पर निर्भर न रहें। प्राकृतिक भोजन से पोषक तत्व प्राप्त करें।

3. कम या बिल्कुल शराब न पीयें

उच्च व मध्यम शराब पीने से कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ सकता है। सुरक्षित शराब की मात्रा व्यक्ति की जैविकी पर निर्भर करती है। महिलाओं के लिए दिन में 1 ड्रिंक और पुरुषों के लिए दिन में 2 ड्रिंक से कोलन कैंसर का खतरा नहीं बढ़ता है।

4. ज़्यादा घूमें और आराम कम करें

नियमित रूप से शारीरिक गतिविधि को कोलोरेक्टल कैंसर के कम जोखिम के साथ जोड़ा गया है।

5. पर्याप्त विटामिन डी प्राप्त करें

विटामिन डी का कम स्तर कोलोरेक्टल कैंसर के खतरे को बढ़ा सकता है। विटामिन डी वाले खाद्य पदार्थ खाकर कम स्तरों को रोके। विटामिन डी सैल्मॉन, ट्यूना, मैकेरल और अंडे के पीले भाग में होता है। आप विटामिन डी-फोर्टिफाइड फुड्स भी खा सकते हैं और आहार पूरक भी ले सकते हैं।

सूरज के संपर्क में आने पर आपकी त्वचा विटामिन डी बना सकती है। लंबे समय तक बाहर रहने पर सनस्क्रीन लगाने की सलाह दी जाती है। सनस्क्रीन पहनने से त्वचा द्वारा बनाए गए विटामिन डी की मात्रा कम हो सकती है।

6. उचित स्वस्थ वज़न बनाए रखें

मोटापा कोलोरेक्टल कैंसर का एक और जोखिम कारक है। बॉडी मास इंडेक्स (BMI) शरीर में मौजूद वसा का एक माप है। 18.5 से 24.9 तक के BMI को सामान्य वज़न माना जाता है। अपने वज़न, आहार, कैलोरी और गतिविधि के स्तरों पर नज़र रखने से आपको अपने लक्ष्यों को पूरा करने में मदद मिलेगी।

7. धूम्रपान छोड़ दें

यदि आप धूम्रपान करते हैं, तो छोड़ दें! छोड़ने के लिए मदद हेतु अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से बात करें। धूम्रपान छोड़ने के लिए काउंसिलिंग उपलब्ध रहती है। दवा तलब व वापसी के लक्षणों को रोकने में मदद कर सकती है।

जरूरी पॉइंट्स

- कोलन या मलाशय के कैंसर को कोलोरेक्टल कैंसर कहते हैं। ये दोनों अंग पाचन तंत्र का हिस्सा हैं। ये शरीर से मल निकालने में मदद करते हैं।
- पॉलीप्स कोलन या मलाशय की आंतरिक लाइनिंग के हद से ज्यादा बढ़ जाने पर होता है। जबकि ज्यादातर पॉलीप्स कैंसर नहीं बनते हैं, लगभग सभी कोलोरेक्टल कैंसर पॉलीप्स के रूप में शुरू होते हैं।
- कैंसर स्क्रीनिंग से जानें बच सकती हैं ये पॉलीप्स को कैंसर बनने से पहले ढूँढकर और हटाकर कैंसर को रोकता है। जब इलाज की संभावना ज्यादा होती है तो ये कैंसर का जल्दी पता लगा लेता है।
- जोखिम एक इवेंट के होने की संभावना है। कैंसर का खतरा हर किसी के जीवन का हिस्सा है।
- जोखिम बढ़ाने वाली चीजों को जोखिम के कारक कहते हैं। कोलोरेक्टल कैंसर के कई जोखिम कारक हैं।
- कुछ जोखिम के कारक दूसरों की तुलना में कोलोरेक्टल कैंसर के जोखिम को ज्यादा बढ़ाते हैं। कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग के समय को प्रभावित करने वाले जोखिम कारकों में उम्र और स्वास्थ्य शामिल हैं। कोलोरेक्टल कैंसर के जोखिम को औसत, बढ़ा हुआ और उच्च जोखिम के आधार पर वर्गीकृत किया जाता है।
- एस्पिरिन लेने और स्वस्थ जीवन शैली जीने द्वारा कैंसर की जाँच के अलावा कोलोरेक्टल कैंसर को रोकने में भी मदद मिल सकती है।

कैंसर इंतज़ार नहीं करेगा और न ही आपको करना चाहिए

COVID-19 महामारी के दौरान, अनुशंसित कैंसर स्क्रीनिंगओं कराने वाले लोगों की संख्या में गिरावट आई है। स्क्रीनिंग्स को चूक जाने से देर से निदान हो सकता है और इलाज के मौके छूट सकते हैं।

देरी करके नियमित स्वास्थ्य देखभाल को नज़रअंदाज़ न करें। नियमित रूप से कैंसर स्क्रीनिंग करवाकर अपना ख्याल रखें। कब और कितनी बार स्क्रीनिंग करवानी है, इस बारे में अपने डॉक्टर से बात करें।

NCCN के संदेश कि "कैंसर इंतज़ार नहीं करेगा और न ही आपको करना चाहिए" के बारे में और अधिक यहाँ पाया जा सकता है [NCCN.org/resume-screening](https://www.nccn.org/resume-screening).

2

कोलोरेक्टल कैंसर के औसत जोखिम स्तर

- 15 स्क्रीनिंग 45 साल की उम्र में शुरू होती है
- 16 ये स्क्रीनिंग के विकल्प हैं
- 18 अगली स्क्रीन 10 साल में भी हो सकती है
- 19 ज़रूरी पॉइंट्स



कोलोरेक्टल कैंसर के जोखिम वाले ज़्यादातर लोगों में औसत जोखिम होता है। औसत जोखिम उम्र और अन्य प्रमुख जोखिम कारकों के अभाव पर आधारित होता है।

स्क्रीनिंग 45 साल की उम्र में शुरू होती है

सालों से, औसत जोखिम वाले लोगों ने 50 साल की उम्र में कोलोरेक्टल कैंसर की स्क्रीनिंग शुरू कर दी थी। लेकिन, 50 साल से कम उम्र के लोगों में कोलोरेक्टल कैंसर बढ़ रहा है। अब, औसत जोखिम वाले लोग 45 वर्ष की आयु में स्क्रीनिंग शुरू करने लगे हैं।

कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा जातीयता और नस्ल के अनुसार अलग-अलग होता है। संयुक्त राज्य अमेरिका में, काले लोगों में कोलोरेक्टल कैंसर की उच्चतम दर

होती है। अगर परिवार में अनुवांशिक कोलोरेक्टल कैंसर मौजूद है, तो काले लोगों को कोलोरेक्टल कैंसर की स्क्रीनिंग 45 वर्ष या उससे पहले शुरू कर देनी चाहिए।

45 साल से कम उम्र के कुछ लोगों को कोलोरेक्टल कैंसर हो जाता है। कुछ में कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ा हुआ या बहुत ज़्यादा होता है, लेकिन दूसरों में कोई बड़ा जोखिम कारक नहीं होता है। अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से इस बारे में बात करें कि क्या आपको 45 वर्ष की उम्र से पहले कैंसर स्क्रीनिंग शुरू कर देनी चाहिए।

अच्छे स्वास्थ्य वाले लोगों को 75 वर्ष की उम्र तक कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग करवानी चाहिए। अगर आपकी उम्र 76 से 85 वर्ष के बीच है, तो आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से बात करने के बाद कैंसर स्क्रीनिंग करवाना एक व्यक्तिगत निर्णय है। अपने स्वास्थ्य के मद्देनज़र स्क्रीनिंग के फायदे और नुकसानों के बारे में बात करें। अगर आपकी उम्र 85 वर्ष से ज़्यादा है तो कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग की ज़रूरत नहीं है।

आयु
45 से 75

स्क्रीनिंग करवाएँ (जब तक कि आपको कोई बड़ी जानलेवा बीमारी न हो)।

आयु
76 से 85

स्क्रीनिंग एक व्यक्तिगत निर्णय है। जानें कि आपके लिए क्या फायदे और नुकसान हैं।

आयु
86 और उससे
ज़्यादा

स्क्रीनिंग की ज़रूरत नहीं है।

ये स्क्रीनिंग के विकल्प हैं

कोलोरेक्टल कैंसर के औसत जोखिम वाले लोगों के पास कई स्क्रीनिंग विकल्प होते हैं। सबसे अच्छी स्क्रीन वो है जिसे आप करवाते हैं। कोई भी स्क्रीन करवाना बिना स्क्रीन के मुकाबले बेहतर है। हरेक स्क्रीनिंग विकल्प के फायदे और नुकसानों के बारे में अपने डॉक्टर से बात करें।

विजुअल स्क्रीनिंग

विजुअल स्क्रीनिंग उन मेडिकल डिवाइसेस का इस्तेमाल करती है जो डॉक्टरों को आपके शरीर के अंदर देखने में मदद करते हैं। इसमें कोलोноस्कोपी, सुविधाजनक सिग्माइडोस्कोपी और कंप्यूटेड टोमोग्राफी (CT) कॉलोноग्राफी शामिल हैं। अगर सुविधाजनक सिग्माइडोस्कोपी या CT कॉलोноग्राफी के असामान्य निष्कर्ष सामने आते हैं तो कोलोноस्कोपी की ज़रूरत होती है।

विजुअल स्क्रीनिंग के लिए ज़रूरी है कि आपका आंत्र मल मुक्त होना चाहिए। आंत्र की तैयारी में एक

तरल आहार और मज़बूत लैक्सेटिव शामिल हैं। स्क्रीनिंग से पहले अपने डॉक्टर की तैयारी के निर्देशों का पालन करें। अगर आपका आंत्र ठीक से साफ नहीं है, तो आपको दुबारा शेड्यूल, टेस्ट को दोहराना, या एक अलग टेस्ट करना पड़ सकता है।

बायोप्सी एक ऐसी प्रक्रिया है जो आगे की टेस्टिंग के लिए ऊतक के सैंपलों को निकालती है। पॉलीपेक्टोमी एक ऐसी प्रकार की बायोप्सी है जो पूरे पॉलीप्स (आंतरिक आंत्र की वॉल की अतिवृद्धि) को हटा देती है। बायोप्सी केवल कोलोноस्कोपी और सुविधाजनक सिग्माइडोस्कोपी के दौरान ही की जा सकती है। ऊतक को हटाने के लिए एंडोस्कोप के द्वारा एक काटने वाला टूल अंदर डाला जाता है। ज्यादातर पॉलीप्स को एंडोस्कोप से हटाया जा सकता है। शायद ही कभी, सर्जरी की ज़रूरत पड़ती है।

मल-आधारित स्क्रीनिंग

विजुअल टेस्ट की तुलना में मल-आधारित स्क्रीनिंग करना आसान है। घर पर, आप एक कंटेनर में अपने

कोलोноस्कोपी

कोलोноस्कोपी एक ऐसी प्रक्रिया है जो डॉक्टरों को आंत्र के अंदर देखने में मदद करती है। प्रक्रिया के दौरान आपको बेहोश कर दिया जाएगा। आपके डॉक्टर एंडोस्कोप नाम के एक हाथ से-पकड़े जाने वाले डिवाइस का इस्तेमाल करेंगे। कोलोноस्कोपी के लिए डिज़ाइन किए गए एंडोस्कोप को कोलोноस्कोप कहा जाता है। इस डिवाइस का केवल पतला, ट्यूब-आकार का हिस्सा गुदे के द्वारा, मलाशय के ऊपर और कोलन में डाला जाता है। डिवाइस में एक लाइट, एक कैमरा और एक काटने वाला टूल होते हैं।



औसत जोखिम के लिए स्क्रीनिंग विकल्प



फायदे



नुकसान

विज़ुअल स्क्रीनिंग

कोलोनोस्कोपी

कोलन व मलाशय का एक टेस्ट जिसमें एक पतला डिवाइस धीरे से गुदे के अंदर डाला जाता है

- वन-स्टेप स्क्रीनिंग—कोई अतिरिक्त टेस्ट की ज़रूरत नहीं
- अगर परिणाम सामान्य आते हैं तो स्क्रीन्स के बीच बहुत लंबा अंतराल

- आंत्र तैयारी ज़रूरी है
- घर पर न रहते हुए भी पूरी हो जाती है
- बेहोश करने की क्रिया का इस्तेमाल किया जाता है
- रक्तस्राव, संक्रमण और चोट का छोटा जोखिम

सुविधाजनक सिमाँडोस्कोपी

कोलन के आखरी भाग का एक टेस्ट जिसमें एक पतला डिवाइस धीरे से गुदे के अंदर डाला जाता है

- अगर परिणाम सामान्य आते हैं तो स्क्रीन्स के बीच बहुत लंबा अंतराल
- बेहोश करने की क्रिया की ज़रूरत नहीं होती

- आंत्र तैयारी ज़रूरी है
- घर पर न रहते हुए भी पूरी हो जाती है
- पूरे कोलन का आंकलन नहीं करता
- पॉलीप्स पाए जाने पर एक कोलोनोस्कोपी करवाने की ज़रूरत होती है

CT कॉलोनोग्राफी

कोलन के एक्स-रे

- अगर परिणाम सामान्य आते हैं तो स्क्रीन्स के बीच बहुत लंबा अंतराल
- बेहोश करने की क्रिया की ज़रूरत नहीं होती

- आंत्र तैयारी ज़रूरी है
- घर पर न रहते हुए भी पूरी हो जाती है
- फ्लैट पॉलीप्स छूट सकते हैं
- पॉलीप्स पाए जाने पर दुबारा स्क्रीनिंग या कॉलोनोस्कोपी की ज़रूरत होती है

मल-आधारित स्क्रीनिंग

बहु-लक्षित मल DNA-आधारित टेस्ट (mt-sDNA)

एक लैब टेस्ट जो मल में कैंसर के जेनेटिक निशानों को ढूँढता है

हाई-संसिटिविटी गुआएक-आधारित टेस्ट और फीकल इम्यूनोकेमिकल टेस्ट (FIT)

लैब टेस्ट जो मल में थोड़ी मात्रा में रक्त की तलाश करते हैं

- मल आपके द्वारा घर पर जमा किया जाता है
- कोई तैयारी की ज़रूरत नहीं होती
- कोई शारीरिक जोखिम नहीं

- परिणाम असामान्य होने पर एक कोलोनोस्कोपी की ज़रूरत होती है
- विज़ुअल टेस्ट जितना सटीक नहीं
- परिणाम सामान्य होने पर भी बार-बार स्क्रीनिंग

मल का एक सैंपल जमा करेंगे। इसके बाद आप सैंपल को टेस्टिंग के लिए लैब में भेजेंगे। मल के लिए किए जाने वाले टेस्ट में फीकल इम्यूनोकेमिकल टेस्ट (FIT), हाई-सेंसिटिविटी फीकल ऑक्कल्ट ब्लड टेस्ट, और बहु-लक्षित मल DNA (mt-sDNA) टेस्ट शामिल हैं।

हालाँकि आसान है, फिर भी मल टेस्ट कैंसर बनने वाले पॉलीप्स को ढूँढने के लिए विजुअल टेस्ट जितना अच्छा नहीं है। इसके अलावा, अगर मल टेस्ट के परिणाम असामान्य आते हैं, तो स्क्रीनिंग दो-चरणों वाली प्रक्रिया होती है। दूसरा चरण मल टेस्ट हो जाने के 6 से 10 महीनों के अंदर कोलोноस्कोपी करवाना है। अगर FIT या mt-sDNA के बाद कोलोноस्कोपी के निष्कर्ष सामान्य आते हैं तो कोई और टेस्टिंग की ज़रूरत नहीं होती।

अगली स्क्रीन 10 साल में भी हो सकती है

जब स्क्रीनिंग के परिणाम सामान्य आते हैं, तो अगली स्क्रीनिंग किसी भी स्क्रीनिंग तरीके से की जा सकती

है। स्क्रीनिंग्स के बीच का समय अंतराल पूर्व स्क्रीनिंग तरीके के आधार पर अलग-अलग होता है। औसत-जोखिम स्क्रीनिंग अंतराल के लिए **गाइड 2 देखें**।

कोलोноस्कोपी के साथ दुबारा स्क्रीनिंग में 10 सालों का सबसे लंबा अंतराल होता है। अगर आप हर साल FIT मल टेस्ट करते हैं तो 10 साल में सुविधाजनक सिमाँडोस्कोपी से दुबारा स्क्रीनिंग की जा सकती है।

विजुअल स्क्रीनिंग के बाद के अंतराल को पिछली स्क्रीन की क्वालिटी के आधार पर एडजस्ट किया जा सकता है। अगर आपके आंत्र को ठीक से साफ़ नहीं किया गया था या प्रक्रिया पूरी नहीं हो पाई थी, तो 1-साल के अंतराल की ज़रूरत पड़ सकती है।

अगर आपको प्री-कैंसर पॉलीप्स या कोलोरेक्टल कैंसर है, तो अगले चरणों के बारे में जानने के लिए अध्याय 4 पढ़ें।

गाइड 2. औसत जोखिम के आधार पर दुबारा स्क्रीनिंग



स्क्रीनिंग विकल्प



अगर पूर्व परिणाम सामान्य आते हैं तो दुबारा स्क्रीन करने तक का समय

कोलोноस्कोपी	10 साल में दुबारा स्क्रीन करें
सुविधाजनक सिमाँडोस्कोपी	5 से 10 सालों में दुबारा स्क्रीन करें
CT कॉलोनोंग्राफी	5 सालों में दुबारा स्क्रीन करें
बहु-लक्षित मल DNA-आधारित टेस्ट	3 सालों में दुबारा स्क्रीन करें
हाई-सेंसिटिविटी गुआएक-आधारित टेस्ट	1 साल में दुबारा स्क्रीन करें
फीकल इम्यूनोकेमिकल टेस्ट	1 साल में दुबारा स्क्रीन करें

ज़रूरी पॉइंट्स

- कोलोरेक्टल कैंसर के औसत जोखिम वाले लोग 45 साल की उम्र में स्क्रीनिंग शुरू कर देते हैं। आपको कोई अन्य प्रमुख जोखिम कारक नहीं होना चाहिए।
- आप चुन सकते हैं कि आपको किस तरह की स्क्रीनिंग चाहिए।
- सबसे अच्छी स्क्रीनिंग टेस्ट वो है जिसे आप करवाते हैं। अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ हरेक स्क्रीनिंग तरीके के फायदे और

नुकसानों पर चर्चा करें ताकि आप सोच-समझकर कोई विकल्प चुन सकें।

- अगली स्क्रीनिंग तक का समय पूर्व स्क्रीनिंग तरीके के आधार पर अलग-अलग होता है। अगर कोलोनोस्कोपी से आपके सामान्य परिणाम आते हैं, तो अगले 10 सालों तक स्क्रीनिंग की ज़रूरत नहीं होती। मल टेस्ट के बाद दुबारा स्क्रीनिंग 1 से 3 साल के बाद होती है।



हम आपका फीडबैक चाहते हैं!

हमारा लक्ष्य कैंसर पर उपयोगी और आसानी से समझ में आने वाली जानकारी प्रदान करना है।

हमें यह बताने के लिए हमारे सर्वेक्षण में भाग लें कि हमने क्या ठीक से किया है और हम क्या बेहतर कर सकते हैं:

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)



कोलोरेक्टल कैंसर को हमेशा "बूढ़ों की बीमारी" के रूप में माना जाता रहा है। अब, अध्ययनों से पता चला है कि 1990 में या उसके बाद पैदा हुए व्यक्ति में 1950 में पैदा हुए व्यक्ति की तुलना में कोलोरेक्टल कैंसर होने की संभावना 2 से 4 गुना ज़्यादा होती है। इस वजह से, 45 साल की उम्र में स्क्रीनिंग करवाना बेहद ज़रूरी है।

– लारा, रेक्टल कैंसर सर्वाइवर

3

फैमिली हेल्थ हिस्टरी

-
- 21 उच्च जोखिम वाली हिस्टरी

 - 23 बड़े हुए जोखिम के साथ वाली हिस्टरी

 - 24 ज़रूरी पॉइंट्स



ज़्यादातर परिवारों में कोलोरेक्टल कैंसर नहीं होता है। कोलोरेक्टल कैंसर वाले लगभग 3 में से 1 व्यक्ति के परिवार का कोई सदस्य होता है जिसे भी ये हो। फैमिली हिस्ट्री आपके जोखिम को बढ़ाती है, लेकिन इसका मतलब यह नहीं है कि आपको कोलोरेक्टल कैंसर होना निश्चित है।

उच्च जोखिम वाली हिस्ट्री

कुछ परिवारों में, कई रक्त से संबंधी रिश्तेदारों को कोलोरेक्टल कैंसर होता है। जब कैंसर छोटे या कई दूर के रिश्तेदारों में होता है, तो ये वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम के कारण हो सकता है।

वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम एक असामान्य जीन के कारण होता है जो एक जन्म देने वाले माता-पिता से एक बच्चे को पारित किया जाता है। वे दुर्लभ होते हैं।

आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को शंका हो सकती है कि आपको वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम है। यदि हाँ, तो वे आपको जेनेटिक्स के एक्सपर्ट के पास भेजे देंगे। ये एक्सपर्ट्स वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम का निदान और प्लान मैनेजमेंट करते हैं।

कई प्रकार के वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम हैं जो किसी व्यक्ति को कोलोरेक्टल कैंसर के उच्च जोखिम में डालते हैं:

- ▶ लिंच सिंड्रोम बेमेल मरम्मत (MMR) जीन में विरासत में मिली त्रुटि (म्यूटेशन) के कारण होता है। कभी-कभी, लिंच सिंड्रोम को वंशानुगत गैर-पॉलीपोसिस कोलोरेक्टल कैंसर (HNPCC) के रूप में जाना जाता है, लेकिन वे बिल्कुल समान नहीं होते।
- ▶ पॉलीपोसिस सिंड्रोम कैंसर सिंड्रोम का एक ऐसा समूह है जो कई कोलोरेक्टल पॉलीप्स का कारण बनता है। सबसे आम पारिवारिक एडिनोमेटस पॉलीपोसिस (FAP) है।

अपनी फैमिली हिस्ट्री के बारे में जानें

एक फैमिली हिस्ट्री कोलोरेक्टल कैंसर के लिए सबसे ज़रूरी जोखिम के कारकों में से एक है। अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को निम्न जानकारी बताने के लिए तैयार रहें:

- रक्त संबंधियों में कैंसर का प्रकार, यदि कोई हो,
- कैंसर निदान के दौरान उनकी उम्र
- वर्तमान आयु या मृत्यु के समय उनकी आयु
- आपके परिवार में विरासत में मिली स्वास्थ्य स्थितियाँ और जन्म दोष



मेरी जेनेटिक टेस्टिंग ने, जिसके द्वारा मुझमें MSH2 म्यूटेशन (लिंच सिंड्रोम) की पहचान हुई, मुझे भावी उपचार के बारे में निर्णय लेने और अन्य कैंसर के लिए मेरे भावी जोखिम को समझने में मदद की। इससे मुझे अपनी स्वयं की स्वास्थ्य सेवा में सक्रिय होने का अवसर मिला।

– वेनोरा, तीन-बार के कैंसर सर्वाइवर

रक्त से संबंधी रिश्तेदार

रक्त संबंधी रिश्तेदार परिवार के वे सदस्य होते हैं जो जन्म से आपसे जुड़े होते हैं। कोलोरेक्टल कैंसर के लिए आपके जोखिम को तय करने के लिए आपके रक्त संबंधी रिश्तेदारों की हेल्थ हिस्ट्री महत्वपूर्ण है। आप अपनी लगभग आधी (50%) जीन्स फर्स्ट-डिग्री रिश्तेदारों के साथ साझा करते हैं। आपके जीन्स का एक-चौथाई (25%) दूसरे-डिग्री के रिश्तेदारों के साथ साझा किया जाता है। आप और तीसरी-डिग्री के रिश्तेदार 12.5% जीन्स साझा करते हैं।



बढ़े हुए जोखिम के साथ वाली हिस्ट्री

कोलोरेक्टल कैंसर की हिस्ट्री वाले ज्यादातर परिवारों में वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम नहीं होता। इन परिवारों में कैंसर का कारण स्पष्ट नहीं होता। कैंसर साझा जीन, साझा अनुभव या दोनों के कारण हो सकता है।

कोलोरेक्टल कैंसर की पारिवारिक हिस्ट्री

अगर किसी रक्त से संबंधी रिश्तेदार को पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ है, तो आपको कोलोरेक्टल कैंसर होने का खतरा बढ़ जाता है। एक जेनेटिक कारण होने की संभावना है अगर कई रिश्तेदारों को कोलोरेक्टल कैंसर हुआ हो। अगर उनका कैंसर 45 वर्ष की उम्र से पहले हुआ हो तो इसकी संभावना भी ज्यादा होती है।

एडिनोमा की फैमिली हिस्ट्री

अगर किसी फर्स्ट-डिग्री रिश्तेदार को उन्नत एडिनोमा हुआ हो, तो आपका जोखिम भी बढ़ जाता है। एडिनोमा एक सामान्य प्रकार का पॉलीप है।

एक उन्नत एडिनोमा में इन तीन में से एक या ज्यादा फीचर्स होते हैं:

- हाई-ग्रेड डिसप्लेसिया - डिसप्लेसिया असामान्य कोशिका के बढ़ने का एक पैटर्न है। हाई-ग्रेड डिसप्लेसिया में ऐसी कोशिकाएँ होती हैं जिनके कैंसर बनने की संभावना होती है।
- बड़ा आकार - एक एडिनोमा बड़ा होता है अगर वो आकार में 1 सेंटीमीटर या उससे बड़ा हो।
- विल्लस या ट्यूबुलोविल्लस हिस्टोलॉजी - ट्यूब्युलर एडिनोमा सबसे आम हैं, लेकिन विल्लस और ट्यूबुलोविल्लस एडिनोमा के कैंसर बनने की संभावना ज्यादा होती है। ट्रेडिशनल सीरेटेड एडिनोमास (TSA) में एक विल्लस विकास पैटर्न होता है।

सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप की पारिवारिक हिस्ट्री

अगर किसी फर्स्ट-डिग्री रिश्तेदार को सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप (SSP) हुआ हो, तो आपका जोखिम भी बढ़ जाता है। एक SSP कई प्रकार के पॉलीप्स में से एक है जिसमें एक आरी-दाँत (सीरेटेड) सेल पैटर्न होता है।

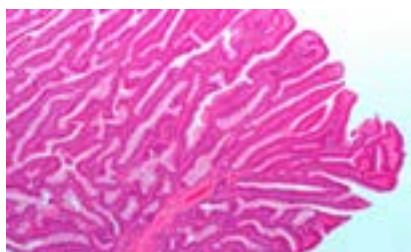
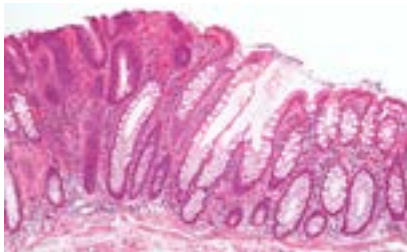
एडिनोमास के विकास पैटर्न

एडिनोमास में 3 विकास पैटर्न होते हैं। ट्यूब्युलर एडिनोमास में, ग्रंथियों का एक गोल आकार होता है (बाएँ)। विल्लस एडिनोमास में लंबी ग्रंथियाँ होती हैं (मध्य)। ट्यूबुलोविल्लस एडिनोमा दोनों ग्रंथियों का मिश्रण है (दाएँ)।

ट्यूब्युलर: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular_adenoma_2_intermed_mag.jpg

विल्लस एडिनोमा: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous_adenoma1.jpg

ट्यूबुलोविल्लस एडिनोमा: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubulovillous_adenoma.jpg



एडिनोमास की तरह, SSPs में कैंसर का खतरा बढ़ा हुआ होता है। एक उन्नत SSP में इन दोनों में से एक या दोनों फीचर्स होते हैं:

- डिसप्लेसिया - एक SSP में डिसप्लेसिया की पॉकेट (फोसाइ) हो सकती है। इन पॉलीप्स को डिसप्लेसिया के साथ सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप्स (SSP-d) कहा जाता है।
- बड़ा आकार - एक SSP बड़ा होता है अगर वो आकार में 1 सेंटीमीटर या उससे बड़ा हो।

बढ़ी हुई-जोखिम की स्क्रीनिंग

औसत-जोखिम स्क्रीनिंग की तुलना में, फैमिली हिस्ट्री के आधार पर स्क्रीनिंग अक्सर पहले शुरू होती है और ज्यादा बार होती है। फैमिली हिस्ट्री के आधार पर स्क्रीनिंग के लिए **गाइड 3** देखें।

आपका स्क्रीनिंग शेड्यूल आपके अनुरूप बनाया जा सकता है। अगर 2 या ज्यादा पूर्व स्क्रीनिंग पर कोई चिंता की बात सामने नहीं आई हो, तो स्क्रीनिंग्स के बीच का अंतराल बढ़ाया जा सकता है। अन्य कारक जो स्क्रीनिंग को बदल सकते हैं उनमें आपकी उम्र और प्रभावित परिवार के सदस्यों की संख्या और उम्र शामिल हैं।

अगर आपको प्री-कैंसर पॉलीप्स या कोलोरेक्टल कैंसर है, तो अगले चरणों के बारे में जानने के लिए अध्याय 4 पढ़ें।

आप अपने स्क्रीनिंग परिणाम बताकर अपने परिवार की मदद कर सकते हैं। आपके डॉक्टर टेस्ट के परिणाम या एक पत्र प्रदान कर सकते हैं जिसे आप साझा कर सकते हैं। जब आपकी फैमिली को आपकी हिस्ट्री के बारे में पता होगा, तो वे अपने लिए सोच-समझकर निर्णय ले सकेंगे।

जरूरी पॉइंट्स

- लिंग सिंड्रोम और पॉलीपोसिस सिंड्रोम बहुत दुर्लभ स्वास्थ्य स्थितियाँ हैं जो परिवारों में होती हैं। वे कोलोरेक्टल कैंसर के लिए उच्च जोखिम वाली स्थितियाँ हैं।
- अगर आपके परिवार में कोलोरेक्टल कैंसर या प्री-कैंसर पॉलीप्स है, लेकिन कोई वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम नहीं है, तो कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग अक्सर 40 साल की उम्र से पहले शुरू हो जाती है। पॉलीप्स न मिलने पर भी आपको 5 साल में दुबारा स्क्रीन किया जा सकता है।
- चूँकि फैमिली हिस्ट्री कैंसर स्क्रीनिंग के समय को प्रभावित करता है, इसलिए अपने परिवार को अपने स्क्रीनिंग परिणामों के बारे में बताएँ। तब वे अपने लिए सोच-समझकर निर्णय ले सकेंगे।

दिखाएँ कि आपको परवाह है और अपने स्क्रीनिंग परिणामों को अपने परिवार के साथ साझा करें।



गाइड 3. फैमिली हिस्टरी के आधार पर स्क्रीनिंग



आपकी फैमिली हिस्टरी



दो समय बिंदुओं के पहले एक कोलोनोस्कोपी के साथ स्क्रीनिंग शुरू करें



अगर पूर्व परिणाम सामान्य आते हैं तो दुबारा स्क्रीन करने तक का समय

आपके फर्स्ट-डिग्री रिश्तेदारों में से एक या ज़्यादा को पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ हो

40 की उम्र या

अपने रिश्तेदारों के पहले निदान से 10 साल पहले

हर 5 साल में दुबारा स्क्रीन करें

आपके दूसरी- और थर्ड-डिग्री रिश्तेदारों में से एक या ज़्यादा को पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ हो

45 की उम्र या

45 वर्ष की उम्र से पहले अगर किसी रिश्तेदार को कैंसर की शुरुआत जल्दी हो गई हो

हर 10 साल में दुबारा स्क्रीन करें

आप में से एक या ज़्यादा फर्स्ट-डिग्री के रिश्तेदारों को पहले कभी एक उन्नत एडिनोमा या उन्नत सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप हुआ हो

40 की उम्र या

निदान के समय आपके रिश्तेदार की उम्र के समान उम्र

हर 5 से 10 साल में दुबारा स्क्रीन करें

सीरेटेड पॉलीप्स

सीरेटेड पॉलीप्स में आरी-दाँत सेल पैटर्न होता है। सीरेटेड पॉलीप्स के 3 मुख्य प्रकार हैं। हाइपरप्लास्टिक पॉलीप्स सीरेटेड होते हैं, और ज़्यादातर कैंसर का खतरा पैदा नहीं करते हैं। सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप्स कैंसर बन सकता है (दिखाया गया है)। ट्रेडिशनल सीरेटेड एडिनोमा दुर्लभ होते हैं और कैंसर बन सकते हैं।

सीरेटेड: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile_serrated_adenoma_2_intermed_mag.jpg



4

कोलोरेक्टल पॉलीप्स और कैंसर

27 पॉलीप्स जो जोखिम बढ़ाते हैं

29 दुबारा स्क्रीनिंग होने तक का समय

31 कोलोरेक्टल कैंसर

32 ज़रूरी पॉइंट्स



एक कोलोरेक्टल पॉलीप बड़ी आंत की आंतरिक परत की अतिवृद्धि है। निकाले गए पॉलीप्स को अध्ययन के लिए एक पैथोलोजिस्ट के पास भेजा जाता है। देखभाल के अगले चरण इस बात पर आधारित हैं कि आपके डॉक्टर ने कोलोनुस्कोपी और रोग संबंधी निष्कर्षों के दौरान क्या देखा।

पॉलीप्स जो जोखिम बढ़ाते हैं

ज्यादातर पॉलीप्स कैंसर नहीं बनते हैं, लेकिन अगर आपके पास इन तीन पॉलीप्स में से एक या ज्यादा है तो आपके कैंसर का खतरा बढ़ जाता है:

एडिनोमा

एडिनोमा को एडिनोमेटस पॉलीप, ट्रेडिशनल पॉलीप, और पारंपरिक पॉलीप भी कहा जाता है। यह कोलोरेक्टल पॉलीप का सबसे आम प्रकार है। यह ग्रंथि-जैसी कोशिकाओं की अतिवृद्धि है जो बलगम बनाती है।

कुछ एडिनोमा का दूसरों की तुलना में कैंसर बनने की ज्यादा संभावना होती है इन्हें "उन्नत" एडिनोमा कहा जाता है। एक उन्नत एडिनोमा में इन तीन में से एक या ज्यादा फीचर्स होते हैं:

- हाई-ग्रेड डिसप्लेसिया - हाई-ग्रेड डिसप्लेसिया में ऐसी कोशिकाएँ होती हैं जिनके कैंसर बनने की संभावना होती है।
- बड़ा आकार - एक एडिनोमा बड़ा होता है अगर वो आकार में 1 सेंटीमीटर या उससे बड़ा हो।
- विल्लस या ट्यूब्युलोविल्लस हिस्टोलॉजी - एडिनोमास में 3 प्रकार के विकास पैटर्न होते हैं जिन्हें ट्यूब्युलर, विल्लस और ट्यूब्युलोविल्लस कहा जाता है। ट्यूब्युलर पैटर्न सबसे आम है, लेकिन विल्लस और ट्यूब्युलोविल्लस एडिनोमा के कैंसर होने की संभावना ज्यादा होती है।

सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप

एक सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप (SSP) कोलोरेक्टल वॉल के ऊपर उठाया जाता है और इसमें आरी-दाँत सेल पैटर्न होता है। उन्नत SSPs में कैंसर होने का खतरा बढ़ जाता है। एक उन्नत SSP में इन दोनों में से एक या दोनों फीचर्स होते हैं:

- डिसप्लेसिया - एक SSP में डिसप्लेसिया की पॉकेट (फोसाइ) हो सकती है। इन पॉलीप्स को डिसप्लेसिया के साथ सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप्स (SSP-d) कहा जाता है।
- बड़ा आकार - एक SSP बड़ा होता है अगर वो आकार में 1 सेंटीमीटर या उससे बड़ा हो।

ट्रेडिशनल सीरेटेड एडिनोमा

ट्रेडिशनल सीरेटेड एडिनोमा (TSAs) दुर्लभ होते हैं। उनका एक विल्लस विकास पैटर्न और एक आरी-दाँत सेल पैटर्न है। वे डिसप्लेसिया विकसित कर सकते हैं। अगर आपको पहले कभी TSA हुआ हो, तो आपको कैंसर होने के उच्च जोखिम वाले एक और पॉलीप होने की संभावना है।



हम सभी अपनी पर्सनल और प्रोफेशनल लाइफ में काफी व्यस्त रहते हैं। हालाँकि, कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग त्वरित और आसान है और अगर इसे समय पर पूरा किया जाए, तो इसका मतलब जीवन और मृत्यु के बीच का अंतर हो सकता है।

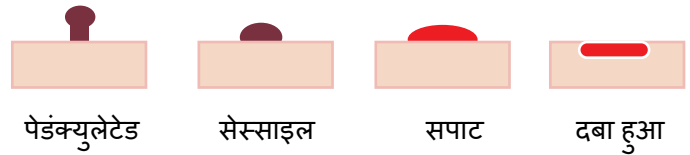
– ईवान, रेक्टल कैंसर सर्वाइवर

कोलोноस्कोपी द्वारा पाए गए पॉलीप्स

प्री-कैंसर पॉलीप्स के कुछ फीचर्स कोलोरेक्टल कैंसर के बढ़ते जोखिम का सुझाव देते हैं। कुछ फीचर्स, जैसे पॉलीप के साइज़ व आकार, कोलोноस्कोपी के दौरान देखे जा सकते हैं। अन्य फीचर्स को माइक्रोस्कोप से देखा जाता है।

आकार

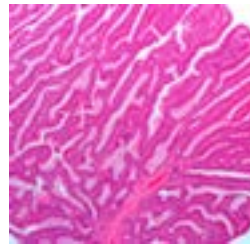
जिन पॉलीप्स में डांठ नहीं होता है उन्हें निकालना मुश्किल होता है और कैंसर होने की संभावना ज़्यादा होती है।



प्रकार

सभी पॉलीप्स में कैंसर का खतरा नहीं होता है। पॉलीप्स जो कैंसर बन सकते हैं उनमें एडिनोमा (बाएँ) और सीरेटेड पॉलीप्स (दाएँ) शामिल हैं।

फोटो श्रेय: विल्लस एडिनोमा: commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous_adenoma1.jpg (बाएँ)। सीरेटेड पॉलीप: commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile_serrated_adenoma_2_intermed_mag.jpg (दाएँ)।



साइज़

पॉलीप्स 1 सेंटीमीटर या उससे बड़े आकार के होने पर कैंसर का खतरा ज़्यादा होता है।



नंबर

3 या ज़्यादा पॉलीप्स होने पर कैंसर का खतरा ज़्यादा होता है।



लोकेशन

आरोही कोलन में पॉलीप्स से कैंसर (बाएँ) का ज़्यादा खतरा होता है। नज़दीकी कोलन में छोटे हाइपरप्लास्टिक पॉलीप्स को ज़्यादा स्क्रीनिंग (दाएँ) की ज़रूरत हो सकती है।



आरोही

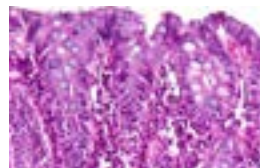


नज़दीकी

डिस्प्लेसिया

डिस्प्लेसिया असामान्य वृद्धि का एक पैटर्न है। हाई-ग्रेड डिस्प्लेसिया लो-ग्रेड डिस्प्लेसिया की तुलना में ज़्यादा असामान्य है।

फोटो श्रेय: सामान्य कोलन: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon_intermed_mag.jpg (बाएँ) लो-ग्रेड डिस्प्लेसिया: commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular_adenoma_-_colon_intermed_mag.jpg (मध्य)। हाई-ग्रेड डिस्प्लेसिया: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon_adenoma_with_high-grade_dysplasia_intermed_mag.jpg (दाएँ)।



सामान्य कोलन



लो-ग्रेड डिस्प्लेसिया



हाई-ग्रेड डिस्प्लेसिया

गाइड 4. छोटे प्री-कैंसर पॉलीप्स को हटाने के बाद दुबारा स्क्रीनिंग

हटाए गए पॉलीप की संख्या और प्रकार

कोलोноस्कोपी के साथ दुबारा स्क्रीनिंग करने तक का समय

अगर दुबारा स्क्रीनिंग के परिणाम सामान्य आते हैं, तो अगली स्क्रीन को बढ़ाए जाने तक का समय

1 या 2 एडिनोमास	7 से 10 साल	10 साल
1 या 2 सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप	5 साल	10 साल
ट्रेडिशनल सीरेटेड एडिनोमा	3 साल	5 साल
1 या 2 उन्नत एडिनोमा (उच्च ग्रेड डिसप्लेसिया, विल्लसु या ट्यूब्युलोविल्लस हिस्टोलॉजी)	3 साल	5 साल
1 से 2 सेस्साइल सीरेटेड डिसप्लेसिया के साथ पॉलीप्स	3 साल	5 साल
3 से 10 एडिनोमा या सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप्स	3 साल	5 साल
11 या ज़्यादा एडिनोमा या सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप्स	1 से 3 साल	पॉलीप्स की ज़्यादा संख्या बताती है कि आपको पॉलीपोसिस सिंड्रोम है। अगर जे नेटिक टेस्टिंग से पता चलता है कि आपको नहीं है या नहीं किया है, तो दुबारा स्क्रीन करवाएँ।

दुबारा स्क्रीनिंग होने तक का समय

जब एक या दो छोटे एडिनोमा पाए जाते हैं और हटा दिए जाते हैं, तो दुबारा स्क्रीनिंग तक का समय औसत जोखिम के समान होता है। अगर एक और पॉलीप विकसित होता, तो उसे कैंसर बनने में कई साल लग जाएँगे। सीरेटेड पॉलीप्स के लिए पॉलीप पुनरावृत्ति का जोखिम ज़्यादा होता है, इसलिए अंतराल कम होता है।

छोटे पॉलीप्स पाए जाने और हटाने के बाद स्क्रीनिंग अंतराल के लिए **गाइड 4 देखें**।

पॉलीप्स की ज़्यादा संख्या चिंता का विषय है। 3 से 10 पॉलीप्स होने से आपको कैंसर होने का खतरा बढ़ जाता है, भले ही पॉलीप्स उन्नत न हों। 11 से ज़्यादा पॉलीप्स होने का कारण वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम हो सकता है। आपके डॉक्टर को आपको जेनेटिक टेस्टिंग के लिए रेफर करना चाहिए।

गाइड 5. बड़े प्री-कैंसर पॉलीप्स को हटाने के बाद दुबारा स्क्रीनिंग

हटाए गए पॉलीप का प्रकार

— कोलोноस्कोपी के साथ दुबारा स्क्रीनिंग करने तक का समय

— अगर दुबारा स्क्रीनिंग के परिणाम सामान्य आते हैं, तो अगली स्क्रीन को बढ़ाए जाने तक का समय

पेडंक्युलेटेड पॉलीप	3 साल		
चिंता के लिए अतिरिक्त फीचर्स के बिना एक सेस्साइल, सपाट, या दबा हुआ पॉलीप	1 से 3 साल	3 साल	
एक सेस्साइल, सपाट, या दबे हुए पॉलीप: <ul style="list-style-type: none"> • में पुनरावृत्ति का खतरा बढ़ा हुआ होता है • को टुकड़ों में हटा दिया गया था 	6 महीने	1 साल	3 साल
एक सेस्साइल, सपाट, या दबे हुए पॉलीप: <ul style="list-style-type: none"> • इसमें पुनरावृत्ति का खतरा बहुत ज्यादा होता है • पूरी तरह से निकाला नहीं गया था 	आपको बड़े पॉलीप्स के एंडोस्कोपिक एक्सपर्ट के पास या सर्जन के पास भेजा जा सकता है		

बड़े पॉलीप्स को हटाना मुश्किल हो सकता है और इसमें अन्य फीचर्स भी हो सकते हैं जो कोलोरेक्टल कैंसर के खतरे को बढ़ाते हैं। ऐसे मामलों में, स्क्रीनिंग ज्यादा बार होगी या आपको उन डॉक्टरों के पास भेजा जाएगा जो बड़े पॉलीप्स को हटाने में एक्सपर्ट्स हैं। बड़े पॉलीप्स पाए जाने और हटाने के बाद स्क्रीनिंग अंतराल के लिए **गाइड 5 देखें**।

आम तौर पर, हाइपरप्लास्टिक पॉलीप्स कैंसर के रूप में नहीं बढ़ते हैं। डॉक्टर अध्ययन कर रहे हैं कि क्या बड़े हाइपरप्लास्टिक पॉलीप्स कैंसर के रूप में बढ़ते हैं। हाइपरप्लास्टिक पॉलीप्स सीरेटेड होते हैं और अगर वे बहुत बड़े हों तो उन्हें सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप्स की तरह माना जा सकता है।

अगर पुनरावृत्ति होती है, तो आपका गैस्ट्रोएंटरोलॉजिस्ट पॉलीप को हटा सकता है या आपको किसी अन्य डॉक्टर के पास भेज सकता है जो कोलोरेक्टल पॉलीप्स में माहिर हों।

कोलोरेक्टल कैंसर

संयुक्त राज्य में 24 में से लगभग 1 व्यक्ति को कोलोरेक्टल कैंसर होने की संभावना है। अगर आपको पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ है, तो आपको नए (दूसरे) कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ जाता है। यह जोखिम पहले कैंसर की वापसी को संदर्भित नहीं कर रहा है, जिसे पुनरावृत्ति कहा जाता है। यह जोखिम एक नए पॉलीप के लिए है जो समय के साथ कैंसर बन जाएगा।

कैंसर निगरानी के बारे में और अधिक जानकारी के लिए, *NCCN Guidelines for Patients* देखें: [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) पर कोलन कैंसर या रेक्टल कैंसर। ये दिशानिर्देश उन सभी लोगों के लिए माइक्रोसेटेलाइट अस्थिरता (MSI) के बायोमार्कर टेस्टिंग पर भी चर्चा करते हैं जिन्हें पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ हो। अगर कैंसर सेल्स में MSI मौजूद है, तो आपको लिंच सिंड्रोम के लिए भी टेस्ट किया जाना चाहिए। लिंच सिंड्रोम होने से कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ जाता है।



वैज्ञानिकों ने कैंसर के बारे में बहुत कुछ जान लिया है। नतीजतन, आज के उपचार अतीत के उपचारों की तुलना में बेहतर कारगर हैं। साथ ही, कैंसर से पीड़ित कई लोगों के पास एक से ज़्यादा उपचार विकल्प होते हैं।

सबसे ज्यादा प्रभावित कौन होता है?



संयुक्त राज्य अमेरिका में, काले लोगों को कोलोरेक्टल कैंसर होने, कम उम्र में निदान होने और किसी अन्य नस्लीय या जातीय समूह की तुलना में कैंसर से मरने की संभावना ज़्यादा होती है।

इसके अलावा, काले लोगों को कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग में कई मुश्किलों का सामना करना पड़ता है।

आप स्क्रीन करवाने और कोलोरेक्टल कैंसर के जोखिम को कम करने के लिए कुछ कदम उठा सकते हैं:

- ✓ बातचीत जल्दी शुरू करें। 45 वर्ष की उम्र से पहले, अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ कोलोरेक्टल कैंसर के अपने जोखिम के बारे में चर्चा करें।
- ✓ कोलोरेक्टल कैंसर की अपनी फैमिली हिस्ट्री को जानें, जिसके लिए पहले स्क्रीनिंग की ज़रूरत हो सकती है।
- ✓ कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग के कई स्वीकार्य विकल्पों के बारे में जानें।
- ✓ समय पर स्क्रीनिंग शुरू करें और फॉलो-अप स्क्रीनिंग के लिए शेड्यूल पर बने रहें।
- ✓ ऐसे खाद्य पदार्थ खाएँ जो कोलोरेक्टल कैंसर से बचाव करते हैं और अस्वास्थ्यकर खाद्य पदार्थों से बचें।

ज़रूरी पॉइंट्स

- ▶ अगर आपको पहले कभी कुछ पॉलीप्स हुए हों तो आपको कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ जाता है। इनमें एडिनोमा और सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप्स शामिल हैं।
- ▶ इन पॉलीप्स को हटा दिए जाने के बाद, अगली स्क्रीनिंग का समय कई कारकों पर आधारित होगा, जैसे पॉलीप्स की संख्या। वो समय इस बात पर भी आधारित होगा कि क्या पॉलीप्स में असामान्य दिखने वाली कोशिकाएँ हैं, पूरी तरह से हटाई नहीं गई हैं, या उच्च जोखिम वाले फीचर्स हैं।
- ▶ अगर आपको पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ हो, तो आपको नए (दूसरे) कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ जाता है। उपचार दिशानिर्देशों में निगरानी के सुझावों का पालन करें।



एक कोलोनोस्कोपी ने मेरे डॉक्टरों को मेरी रहस्यमय बीमारी को ठीक करने में मदद की। "आपको कैंसर है" शब्द सुनना जीवन बदल देता है। लेकिन मेरे स्टेज II कोलोरेक्टल कैंसर के जल्द निदान से मेरी जान बच गई।

– हीथर

5

उत्तेजक आंत्र रोग

34 क्रोनिक सूजन और कैंसर

35 कैंसर स्क्रीनिंग की शुरुआत

35 दुबारा स्क्रीनिंग होने तक का समय

37 ज़रूरी पॉइंट्स



उत्तेजक आंत्र रोग के कारण पाचन तंत्र के अंदर लंबे समय तक सूजन और क्षति होती है। इस बीमारी के दो प्रकार हैं जो अक्सर कोलोरेक्टल कैंसर का कारण बनते हैं क्रोहन्स कोलाइटिस और अल्सरेटिव कोलाइटिस।

क्रोनिक सूजन और कैंसर

सूजन शरीर की रक्षात्मक प्रतिक्रिया होती है। ये तब होता है जब कोई भौतिक कारक शरीर की प्रतिरक्षा प्रणाली को ट्रिगर करता है। ये प्रणाली प्रतिरक्षा कोशिकाओं को शारीरिक ट्रिगर पर हमला करने के लिए भेजती है। हमले के कारण सूजन और दर्द जैसे लक्षण हो सकते हैं।

सामान्य सूजन शरीर को ठीक करने में मदद करती है। क्रोनिक सूजन नुकसान पहुँचा सकती है। क्रोनिक सूजन से असामान्य कोशिका वृद्धि हो सकती है जिसे डिसप्लेसिया कहा जाता है। डिसप्लेसिया समय के साथ कैंसर बन सकता है।

इन्फ्लेमेटरी बॉवेल डिजीज़ (IBD) आंतों की वॉल में कुछ कोशिकाओं के लिए प्रतिरक्षा प्रणाली की असामान्य प्रतिक्रिया है। क्रोहन्स कोलाइटिस एक प्रकार का क्रोहन रोग है जो कोलन को प्रभावित करता है। अल्सरेटिव कोलाइटिस केवल कोलन और रेक्टम में होता है।

क्रोहन्स कोलाइटिस या अल्सरेटिव कोलाइटिस होने से कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ जाता है। अगर आपके पास निम्न उच्च-जोखिम वाले कारक हैं तो आपका जोखिम और बढ़ जाता है:

- कोलन की सक्रिय या गंभीर, लंबे समय तक चलने वाली सूजन।

- कोलन की बड़ी मात्रा से सूजन।
- कोलन वॉल में डिसप्लेसिया। हाई-ग्रेड डिसप्लेसिया में ऐसी कोशिकाएँ होती हैं जिनके कैंसर बनने की संभावना होती है।
- प्राइमरी स्कलेरोज़िंग कोलंगाइटिस नाम की एक स्वास्थ्य स्थिति, जो पित्त नलिकाओं में सूजन और संकुचन का कारण बनती है।
- रक्त से संबंधी रिश्तेदार जिन्हें पहले कभी कोलोरेक्टल कैंसर हुआ हो, खासकर अगर कैंसर 50 वर्ष की उम्र से पहले हुआ हो।

अगर आपको ऐसी सूजन है जो केवल मलाशय में है, तो आप औसत जोखिम के लिए स्क्रीनिंग को फॉलो कर सकते हैं। स्क्रीनिंग जानकारी के लिए अध्याय 2 पढ़ें।



कोलोरेक्टल कैंसर के लक्षणों को जानना और अपने शरीर को जानना ज़रूरी है। इंतजार न करें या ये न सोचें कि आपको कैंसर नहीं हो सकता।

– लारा, रेक्टल कैंसर सर्वाइवर

कैंसर स्क्रीनिंग की शुरुआत

क्रोहन्स डिजीज़ और अल्सरेटिव कोलाइटिस अक्सर 30 साल की उम्र से पहले शुरू होते हैं। जीवन में बाद में दोनों रोगों का एक दूसरा शिखर होता है।

आप पर लागू होने वाले जल्द से जल्द शुरुआती समय बिंदु पर कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग शुरू करें:

- IBD के लक्षण शुरू होने के 8 साल बाद
- 8 साल से पहले अगर आपकी फैमिली हिस्ट्री में कोलोरेक्टल कैंसर शामिल हो
- इस साल अगर आपको प्राइमरी स्कलेरोज़िंग कोलंगाइटिस है

डिसप्लेसिया को देखना मुश्किल है क्योंकि ये अक्सर कोलन वॉल के एक सपाट और सामान्य दिखने वाले भाग में होता है। कोलोरेक्टल वॉल को देखने के सर्वोत्तम तरीकों का इस्तेमाल करके IBD निष्क्रिय होने पर स्क्रीनिंग करना ध्येय होता है।

स्क्रीनिंग प्रक्रिया हमेशा एक कोलोноस्कोपी होनी चाहिए। आपके डॉक्टर धीरे से आपके गुदे के द्वारा और आपके कोलन में एक पतली डिवाइस डालेंगे जिस दौरान आप बेहोशी में होंगे। IBD के लिए तीन विकल्प हैं:

- हाई-डेफिनिशन व्हाइट लाइट एंडोस्कोपी (HD-WLE) आपके कोलन की इमेजों पर एक मिलियन से ज़्यादा रंगीन डॉट्स (पिक्सेल) फैलाता है। पिक्सेल की संख्या बढ़ने पर इमेज और साफ़ होते जाते हैं।
- एक हाई-डेफिनिशन एंडोस्कोपी का इस्तेमाल करके डाई-स्प्रेडिंग क्रोमोएन्डोस्कोपी आंतरिक कोलन वॉल पर एक स्टेन लगाता है।
- वर्चुअल क्रोमोएन्डोस्कोपी (VCE) संकीर्ण बैंड इमेजिंग का इस्तेमाल करके डाई का उपयोग नहीं करता है और इसके बजाय सफेद रोशनी को फिल्टर करता है। इस तरीके को ऑप्टिकल VCE भी कहा जाता है।

स्क्रीनिंग के दौरान, आपके कोलन के चार भागों से कम से कम 32 ऊतक के सैंपल (बायोप्सी किए हुए) निकाले जाते हैं। आपके डॉक्टर तय करेंगे कि किस ऊतक को निकालना है और बायोप्सी को 10 सेंटीमीटर की दूरी पर करेंगे। किसी भी संकुचित क्षेत्रों (असामान्य संकुचन), कोलन वॉल, या अन्य असामान्य क्षेत्रों पर मौजूद द्रव्यमानों से और सैंपल निकाले जाते हैं।

इसके अतिरिक्त, क्रोमोएन्डोस्कोपी के दौरान, आपके डॉक्टर असामान्य दिखने वाले ऊतक की लक्षित बायोप्सी करेंगे जिसे डाई या स्पेशल लाइटिंग व्यवस्था के द्वारा देखा जा सकता है।

दुबारा स्क्रीनिंग होने तक का समय

अगर आपकी पिछली स्क्रीनिंग में किसी असामान्य संकुचन का पता चला हो, तो आपको IBD के एक एक्सपर्ट द्वारा जाँच करवानी चाहिए। कोलन के असामान्य संकुचन के कारण अंतर्निहित कैंसर हो सकता है। देखभाल का अगला चरण कोलेक्टॉमी हो सकता है। कोलेक्टॉमी एक ऐसी सर्जरी है जो आपके कोलन के सभी या कुछ हिस्से को हटा देती है। अगर सर्जरी नहीं की जाती है, तो आपको 1 साल में दुबारा स्क्रीनिंग कराना होगा।

अगर कोई पॉलीप्स या डिसप्लेसिया नहीं पाया जाता है, तो कैंसर का उच्च जोखिम होने पर 1 साल में दुबारा स्क्रीनिंग करवाएँ। उच्च-जोखिम वाले फीचर्स में सक्रिय सूजन, फैमिली हिस्ट्री और प्राथमिक स्कलेरोज़िंग कोलंगाइटिस शामिल हैं। कैंसर का खतरा कम होने पर 2 से 3 साल में दुबारा स्क्रीनिंग करें।

पॉलीप्स को अक्सर कैंसर की स्क्रीनिंग के दौरान हटा दिया जाता है। कुछ पॉलीप्स को एंडोस्कोपिक म्यूकोसल रिसेक्शन (EMR) या एंडोस्कोपिक सबम्यूकोसल डिस्सेक्शन (ESD) द्वारा हटाने की ज़रूरत पड़ सकती है। EMR के दौरान, पॉलीप को कोलन वॉल से ऊपर उठा लिया जाता है और एक तार के लूप द्वारा हटा दिया जाता है जिसे स्नेयर कहते हैं। ESD में पॉलीप्स को हटाने के लिए चाकू-जैसे टूल का इस्तेमाल किया जाता है।

अगर एक पॉलीप पूरी तरह से नहीं हटाया गया था, तो आपको एक ऐसे केंद्र में भेजा जा सकता है जो IBD में माहिर हो। उस केंद्र में, पॉलीप को एंडोस्कोपिक रूप से हटाया जा सकता है। या फिर, आप एक कोलेक्टॉमी करवाने पर चर्चा करने हेतु एक सर्जन से मिल सकते हैं।

अगर सभी पॉलीप्स को पूरी तरह से हटा दिया गया था, तो कोलोरेक्टल कैंसर के लिए आपकी दुबारा स्क्रीनिंग की जाएगी। पॉलीप्स जिन्हें टुकड़ों में हटा दिया गया था या जिनमें हाई-ग्रेड डिसप्लेसिया था, उनमें कैंसर का बहुत ज़्यादा खतरा होता है। ऐसे मामलों में, 3 से 6 महीने में दुबारा स्क्रीन करवाएँ। अगर आपको कोलोरेक्टल कैंसर के लिए उच्च-जोखिम वाले कारक हैं, तो 1 साल में दुबारा स्क्रीन करवाएँ। अगर आपको कोई

उच्च-जोखिम वाले कारक नहीं हैं तो आप 2 से 3 साल तक रुक सकते हैं।

अदृश्य डिसप्लेसिया को एंडोस्कोप से नहीं देखा जा सकता है। यह व्हाइट लाइट एंडोस्कोपी के दौरान निकाले गए रैंडम सैंपलों में पाया जा सकता है। एक पैथोलोजिस्ट जो पाचन तंत्र का एक्सपर्ट हो, इसके निदान में मदद कर सकता है। अगर डिसप्लेसिया की पुष्टि हो जाती है, तो आपको IBD के एक एक्सपर्ट द्वारा जाँच करवानी चाहिए। देखभाल के अगले चरण एक क्रोमोएंडोस्कोपी यदि पहले न की गई हो, सर्जरी, या ज़्यादा बार स्क्रीनिंग हो सकते हैं।

IBD के आधार पर अंतरालों की दुबारा स्क्रीनिंग करने के लिए **गाइड 6** देखें।

गाइड 6. इंप्लेमेंटरी बॉवेल डिजीज़ (IBD) के आधार पर दुबारा स्क्रीनिंग



पूर्व कोलोनोंस्कोपी के स्क्रीनिंग परिणाम



दुबारा स्क्रीनिंग होने तक का समय

कोई पॉलीप्स या डिसप्लेसिया नहीं पाया गया

- 1 साल में दुबारा स्क्रीन करें अगर आपको एक छोटी सी असामान्य संकुचन है जिसका सर्जरी के द्वारा इलाज नहीं किया गया था
- अगर आपको उच्च-जोखिम वाले कारक हैं तो 1 साल में दुबारा स्क्रीन करें
- अगर आपको उच्च-जोखिम वाले कारक नहीं हैं तो 2 से 3 सालों में दुबारा स्क्रीन करें

"अदृश्य" डिसप्लेसिया—
एंडोस्कोप से नहीं देखा जा सकता—पाया गया।

- आपको IBD के किसी एक्सपर्ट द्वारा जाँच करवानी चाहिए
- अगर पहले नहीं किया गया हो तो आपको अभी क्रोमोएंडोस्कोपी के साथ दुबारा स्क्रीन किया जा सकता है
- आपको एक सर्जन के पास भेजा जा सकता है

एक या ज़्यादा पॉलीप्स पाए गए

- अगर पॉलीप को टुकड़ों में हटाया गया था तो 3 से 6 महीने में दुबारा स्क्रीन करें
- अगर पॉलीप में उच्च-ग्रेड डिसप्लेसिया हुआ हो तो 3 से 6 महीनों में दुबारा स्क्रीन करें
- अगर आपको उच्च-जोखिम वाले कारक हैं तो 1 साल में दुबारा स्क्रीन करें
- अगर आपको उच्च-जोखिम वाले कारक नहीं हैं तो 2 से 3 सालों में दुबारा स्क्रीन करें

ज़रूरी पाँइंट्स

- क्रोहन्स कोलाइटिस या अल्सरेटिव कोलाइटिस से ग्रस्त लोगों में कोलोरेक्टल कैंसर का खतरा बढ़ जाता है।
- IBD के लक्षण शुरू होने पर कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग शुरू करने का मानक समय 8 साल बाद है। अगर आपकी कोई फैमिली हिस्टरी या प्राइमरी स्कलेरोज़िंग कोलंगाइटिस हो तो स्क्रीनिंग इससे पहले ही शुरू हो जाती है।
- डिसप्लेसिया को एक विशिष्ट कोलोноस्कोपी के साथ देखना मुश्किल हो सकता है, इसलिए बेहतर देखने के लिए नए तरीकों का उपयोग किया जाता है।
- अगर आपको एक असामान्य संकुचन या अदृश्य डिसप्लेसिया है, या अगर एक पूरे पॉलीप को हटाया नहीं गया है, तो एक IBD एक्सपर्ट से मिलें। अगली स्क्रीनिंग तक का समय कैंसर के खतरे के आधार पर 3 महीने से 3 साल तक की रेंज में होता है।



संसाधन

कोलोरेक्टल कैंसर

कोलोरेक्टल कैंसर से लड़ें

FightColorectalCancer.org

National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/types/colorectal

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) National Comprehensive Cancer Network

कोलन कैंसर

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/colon-patient.pdf

रेक्टल कैंसर

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/rectal-patient.pdf

कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग

कोलोरेक्टल कैंसर से लड़ें

fightcolorectalcaner.org/resources/colorectal-cancer-screening

MyPathologyReport

mypathologyreport.ca

National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq

वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम

MedlinePlus

पारिवारिक एडिनोमेटस पॉलीपोसिस

medlineplus.gov/genetics/condition/familial-adenomatous-polyposis

लिंच सिंड्रोम

medlineplus.gov/genetics/condition/lynch-syndrome

उत्तेजक आंत्र रोग

Cleveland Clinic

my.clevelandclinic.org/health/diseases/15587-inflammatory-bowel-disease-overview

उत्तरजीविता

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) National Comprehensive Cancer Network

स्वस्थ जीवन के लिए उत्तरजीविता देखभाल

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-hl-patient.pdf

कैंसर से संबंधित देर से और दीर्घकालिक प्रभावों के लिए उत्तरजीविता देखभाल

nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-crl-patient.pdf

मुख्य शब्द

एडिनोमा

एक ग्रंथि-जैसी कोशिकाओं की अतिवृद्धि जो बलगम बनाती है। एडिनोमा को एडिनोमेटस पॉलीप, ट्रेडिशनल पॉलीप, और कन्वेंशनल पॉलीप भी कहते हैं।

गुदा

एक खुला भाग जिसके द्वारा शरीर से मल बाहर निकलता है।

बायोप्सी

रोग की जाँच करने हेतु ऊतक या द्रव के सैंपलों को निकालने की एक प्रक्रिया।

रक्त से संबंधी रिश्तेदार

जो लोग आपसे जन्म से जुड़े हुए हैं।

बॉडी मास इंडेक्स (BMI)

ऊँचाई और वज़न के आधार पर बॉडी फैट का एक माप।

कोलेक्टॉमी

कोलन के एक भाग को हटाने के लिए सर्जरी।

कोलन

वो खोखला अंग जिसमें खाया हुआ खाना द्रव से ठोस रूप में बदल जाता है।

कोलोनोस्कोप

एक ऐसा डिवाइस जो कोलन के अंदर काम करने के लिए गुदा के द्वारा डाला जाता है।

कोलोनोस्कोपी

एक डिवाइस के साथ कोलन के अंदर देखने की एक प्रक्रिया जो गुदा के द्वारा डाला जाता है।

कंप्यूटेड टोमोग्राफी (CT) कॉलोनोग्राफी

कोलन के एक्स-रे।

क्रोहन्स कोलाइटिस

एक स्वास्थ्य स्थिति जो कोलन में लंबे-समय तक सूजन का कारण बनती है।

क्रोहन्स डिसीज़

एक स्वास्थ्य स्थिति जो पाचन तंत्र में लंबे-समय तक सूजन का कारण बनती है।

दबा हुआ पॉलीप

एक असामान्य वृद्धि जो आसपास के ऊतक के नीचे होती है।

पाचन तंत्र

अंगों का एक समूह जो शरीर को ऊर्जा के रूप में उपयोग करने के लिए खाने को छोटे टुकड़ों में बदलता है।

डाई-स्प्रेडिंग क्रोमोएंडोस्कोपी

स्टेन और एक डिवाइस का इस्तेमाल करके कोलन के अंदर देखने की एक प्रक्रिया जो बहुत साफ़ इमेज बनाती है।

डिस्प्लेसिया

असामान्य कोशिका वृद्धि का एक पैटर्न।

एंडोस्कोप

एक डिवाइस जो शरीर के अंदर काम करने के लिए एक प्राकृतिक रूप से खुले भाग के द्वारा पारित किया जाता है।

एंडोस्कोपिक म्यूकोसल रिसेक्शन (EMR)

एक प्रक्रिया जो एक प्राकृतिक रूप से खुले भाग के द्वारा पारित होने वाले तार के लूप से उपज को उठाकर उन्हें काट कर हटा देती है।

एंडोस्कोपिक सबम्यूकोसल डिसेक्शन (ESD)

एक प्रक्रिया जो एक स्पेशल चाकू के साथ उपज को हटा देती है जिसे प्राकृतिक रूप से खुले भाग के द्वारा पारित किया जाता है।

ईसोफैगस

गले और पेट के बीच ट्यूब-आकार का अंग।

FAP

फैमिलियल एडिनोमेटस पॉलीपोसिस

फीकल इम्यूनोकेमिकल टेस्ट (FIT)

एक लैब टेस्ट जो मल में थोड़ी मात्रा में रक्त होने की जाँच करता है

सपाट पॉलीप

एक असामान्य वृद्धि जो आसपास के ऊतक के ऊपर बिल्कुल नहीं या थोड़ी सी फैलती है।

सुविधाजनक सिमाँडोस्कोपी

एक डिवाइस के साथ कोलन के आखरी भाग के अंदर देखने की एक प्रक्रिया जो गुदा के द्वारा डाला जाता है।

हाई-डेफिनिशन व्हाइट लाइट एंडोस्कोपी (HD-WLE)

गुदा के द्वारा डाले जाने वाले एक डिवाइस से कोलन के अंदर देखने की एक प्रक्रिया जो बहुत साफ़ इमेज बनाती है।

हाई-सेंसिटिविटी फीकल ओक्कल्ट ब्लड टेस्ट

एक लैब टेस्ट जो मल में थोड़ी मात्रा में रक्त होने की जाँच करता है

HNPCC

वंशानुगत गैर-पॉलीपोसिस कोलोरेक्टल कैंसर

हाइपरप्लास्टिक पॉलीप

कोशिकाओं की एक अतिवृद्धि जिसमें एक आरी-दाँत सेल पैटर्न होता है।

इमेजिंग

एक टेस्ट जो आंतरिक शरीर के पिक्चर (इमेज) बनाता है।

उत्तेजक आंत्र रोग

स्वास्थ्य स्थितियों का एक समूह जो पाचन तंत्र में लंबे समय तक सूजन का कारण बनता है।

आंत

पेट से निकलने के बाद खाना जिस अंग से होकर गुजरता है। जिसे बॉवेल भी कहते हैं। ये 2 भागों में विभाजित है जिन्हें छोटी और बड़ी आंत कहते हैं।

आयरन-कमी से एनीमिया

एक स्वास्थ्य स्थिति जिसमें आयरन की कमी के कारण स्वस्थ लाल रक्त कोशिकाओं की संख्या कम होती है।

लैक्सेटिव

आंतों को साफ करने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली दवाएँ।

लसिका

सफेद रक्त कोशिकाओं से युक्त एक साफ़ तरल पदार्थ।

लसिका नली

एक छोटी ट्यूब के आकार की संरचना जिसके द्वारा लसिका नाम के द्रव बहता है।

लिंच सिंड्रोम

परिवारों में एक स्वास्थ्य स्थिति जो कैंसर के विकास की संभावना को बढ़ाती है।

माइक्रोसैटलाइट इन्स्टैबिलिटी (MSI)

एक असामान्य रिपेयर सिस्टम के कारण कॉपी प्रोसेस के दौरान छोटे, दोहराए गए DNA भागों में की गई त्रुटियाँ।

मिसमैच रिपेयर (MMR) जीन

एक प्रोटीन के लिए कोशिकाओं के अंदर निर्देश जो DNA की प्रतियाँ बनाते समय होने वाली DNA त्रुटियों को ठीक करते हैं।

mt-sDNA

बहु-लक्षित मल DNA

म्यूकोसा

कोलन वॉल की सबसे भीतरी परत।

बहु-लक्षित मल DNA(mt-sDNA)-आधारित टेस्ट

एक लैब टेस्ट जो मल में कोलोरेक्टल कैंसर के जेनेटिक निशानों को ढूँढता है।

पैथोलोजिस्ट

एक डॉक्टर जो रोग का पता लगाने के लिए कोशिकाओं और ऊतकों का टेस्ट करने में एक्सपर्ट होता है।

पेडंक्युलेटेड पॉलीप

एक असामान्य वृद्धि जो मशरूम के आकार की होती है।

पॉलीप

पाचन तंत्र की भीतरी दीवार का अतिवृद्धि।

पॉलीपेक्टोमी

कोशिकाओं की अतिवृद्धि को दूर करने की एक प्रक्रिया।

पॉलीपोसिस सिंड्रोम

परिवारों के भीतर स्वास्थ्य स्थितियों का एक समूह जो कई कोलोरेक्टल पॉलीप्स का कारण बनता है।

प्राइमरी स्केलेरोसिंग कोलंगाइटिस

एक स्वास्थ्य स्थिति जिसके कारण पित्त नलिकाओं में सूजन और संकुचन होता है।

मलाशय

वो खोखला अंग जहाँ मल शरीर से निकलने तक रहता है।

पुनरावृत्ति

कैंसर-मुक्त अवधि के बाद कैंसर की वापसी।

खतरे का कारक

कुछ ऐसा जिससे किसी घटना के होने की संभावना बढ़ जाती है।

SD-WLE

स्टैंडर्ड-डेफिनिशन व्हाइट लाइट एंडोस्कोपी

सेस्साइल पॉलीप

कोशिकाओं का एक अतिवृद्धि जिसमें एक गोल टॉप और चौड़ा बेस होता है।

सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप (SSP)

उभरे हुए और गोल टॉप और आरी-दाँतेदार सेल पैटर्न वाली कोशिकाओं की अतिवृद्धि। इसे सेस्साइल सीरेटेड एडिनोमा भी कहते हैं।

डिसप्लेसिया के साथ सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप (SSP-d)

आरी-दाँतेदार विकास पैटर्न और उभरे हुए, गोल टॉप वाली कोशिकाओं की अतिवृद्धि।

मल

बेकार खाना जो शरीर से बाहर निकल जाता है। जिसे मल भी कहते हैं।

असामान्य संकुचन

एक खोखले अंग की एक असामान्य संकुचन।

ट्रेडिशनल सीरेटेड एडिनोमा (TSA)

कोशिकाओं की एक अतिवृद्धि जिसमें एक आरी-दाँत सेल पैटर्न होता है।

अल्सरेटिव कोलाइटिस

एक स्वास्थ्य स्थिति जो कोलन या मलाशय में लंबे-समय तक सूजन का कारण बनती है।

वर्चुअल क्रोमोएंडोस्कोपी (VCE)

एक लाइट-फिल्टरिंग डिवाइस के साथ कोलन के अंदर देखने की एक प्रक्रिया जो गुदा के द्वारा डाला जाता है। इसे ऑप्टिकल VCE भी कहते हैं।

हमारे साथ शेयर करें।

हमारे [सर्वेक्षण](#) में भाग लें

और [NCCN Guidelines for Patients](#) को सभी के लिए बेहतर बनाने में मदद करें!

[NCCN.org/patients/comments](https://www.nccn.org/patients/comments)

NCCN योगदानकर्ता

ये पेशेंट गाइड कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग, वर्शन 2.2021 के लिए ऑन्कोलॉजी में NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) पर आधारित है। इसे निम्न लोगों की मदद से अनुकूलित, समीक्षा और प्रकाशित किया गया था:

Dorothy A. Shead, MS
Senior Director,
Patient Information Operations

Laura J. Hanisch, PsyD
Patient Information Program Manager

Susan Kidney
Senior Graphic Design Specialist

कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग 2.2021 के लिए ऑन्कोलॉजी में NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) निम्न NCCN Panel Members द्वारा बनाए गए थे:

Dawn Provenzale, MD, MS/Chair
Duke Cancer Institute

*Reid M. Ness, MD, MPH/Vice Chair
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Benjamin Abbadessa, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Christopher T. Chen, MD
Stanford Cancer Institute

Gregory Cooper, MD
Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute

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

*Mark Friedman, MD
Moffitt Cancer Center

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

Kathryn Glaser, MA, PhD
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Suryakanth Gurudu, MD
Mayo Clinic Cancer Center

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

Rachel Issaka, MD, MAS
Fred Hutchinson Cancer Center/
Seattle Cancer Care Alliance

Rishi Jain, MD, MS
Fox Chase Cancer Center

Priyanka Kanth, MD, MS
Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah

Trilokesh Kidambi, MD
City of Hope National Medical Center

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

Xavier Llor, MD, PhD
Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital

Lillias Maguire, MD
University of Michigan Rogel Cancer Center

Arnold J. Markowitz, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

*Folasade P. May, MD, PhD, MPhil
UCLA Jonsson Comprehensive
Cancer Center

Robert J. Mayer, MD
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts General
Hospital Cancer Center

Shivan Mehta, MD, MBA, MS
Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania

Caitlin Murphy, PhD
UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center

Swati Patel, MD, MS
University of Colorado Cancer Center

*Shajan Peter, MD
O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB

*Laura Porter, MD
Patient advocate

Peter P. Stanich, MD
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Jonathan Terdiman, MD
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Jennifer M. Weiss, MD, MS
University of Wisconsin
Carbone Cancer Center

NCCN Staff

Mallory Campbell, PhD

* इन्होंने इस पेशेंट गाइड की समीक्षा की। डिसक्लोशर्स के लिए, [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures) पर विज़िट करें।

NCCN कैंसर केंद्र

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
(+1) 800.789.7366 •
penncancer.org/cancer

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
(+1) 402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
(+1) 800.641.2422 • UH Seidman Cancer
Center
uhhospitals.org/services/cancer-services
(+1) 866.223.8100 • CC Taussig Cancer
Institute
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
(+1) 216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Los Angeles, California
(+1) 800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center |
Massachusetts General Hospital
Cancer Center
Boston, Massachusetts
(+1) 617.732.5500
youhaveus.org
(+1) 617.726.5130
massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
(+1) 888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
(+1) 888.369.2427 • foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
(+1) 800.824.2073
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
(+1) 206.606.7222 • seattlecca.org
(+1) 206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
(+1) 410.955.8964
www.hopkinskimmelfund.org

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University
Chicago, Illinois
(+1) 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
(+1) 480.301.8000 • Arizona
(+1) 904.953.0853 • Florida
(+1) 507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
New York, New York
(+1) 800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
(+1) 888.663.3488 • moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
(+1) 800.293.5066 • cancer.osu.edu

O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
(+1) 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, New York
(+1) 877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
(+1) 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
(+1) 866.278.5833 • stjude.org
(+1) 901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
(+1) 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

UC Davis
Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
(+1) 916.734.5959 • (+1) 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
(+1) 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
(+1) 310.825.5268 • cancer.ucla.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
(+1) 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
(+1) 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
(+1) 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
(+1) 844.269.5922 • mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
(+1) 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
(+1) 214.648.3111 •
utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
(+1) 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
(+1) 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org

सूची

एडिनोमा 23, 25, 27–29	सेस्साइल सीरेटेड पॉलीप (SSP) 23, 25, 27–29
बायोप्सी 16	लक्षण 8–9, 12, 21, 34–35
क्रोमोएंडोस्कोपी 35–36	ट्रेडिशनल सीरेटेड एडिनोमा 23, 25, 27, 29
कोलेक्टॉमी 35–36	
पाचन तंत्र 7	
डिस्प्लेसिया 23–24, 27–29, 34–36	
एंडोस्कोपिक म्यूकोसल रिसेक्शन (EMR) 35	
एंडोस्कोपिक सबम्यूकोसल डिस्सेक्शन (ESD) 35	
एंडोस्कोपी 9, 35–36	
फैमिली हिस्ट्री 10–11, 21–25	
फीकल इम्यूनोकेमिकल टेस्ट (FIT) 17–18	
सुविधाजनक सिग्माइडोस्कोपी 9, 16–19	
हाई-सेंसिटिविटी फीकल ओक्कल्ट ब्लड टेस्ट 18	
वंशानुगत कैंसर सिंड्रोम 10, 21, 23, 29	
हाइपरप्लास्टिक पॉलीप 25, 28, 30	
इंफ्लेमेटरी बॉवेल डिजीज़ (IBD) 10, 34–37	
घाव पॉलीप देखे।	
microsatellite instability (MSI)	
31माइक्रोसैटलाइट इन्स्टैबिलिटी (MSI)	
मिसमैच रिपेयर (MMR) जीन 21	
बहु-लक्षित मल DNA(mt-sDNA)- आधारित टेस्ट 17–19	
पॉलीप 7–8, 10, 27–31, 35–36	
पॉलीपेक्टोमी 16	
प्राइमरी स्केलेरोसिंग कोलंगाइटिस 34–35	
जोखिम 10–11	





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

कोलोरेक्टल कैंसर स्क्रीनिंग

2021

NCCN Foundation NCCN Guidelines for Patients को उपलब्ध कराने में मदद करने के लिए हमारे वकालत समर्थक, फाइट कोलोरेक्टल कैंसर और निम्न कॉर्पोरेट समर्थकों का आभार व्यक्त करता है: Amgen Inc., Bristol Myers Squibb, Exact Sciences, and Olympus Corporation of the Americas. इसके अतिरिक्त, ये NCCN Guidelines for Patients Daiichi Sankyo द्वारा एक शैक्षिक अनुदान द्वारा समर्थित हैं। NCCN स्वतंत्र रूप से NCCN Guidelines for Patients को अनुकूलित, अद्यतन और होस्ट करता है। हमारे कॉर्पोरेट समर्थक NCCN Guidelines for Patients के विकास में भागीदार नहीं हैं और इसमें निहित कंटेंट व सुझावों के लिए ज़िम्मेदार नहीं हैं। इस NCCN Guidelines for Patients का भाषा अनुवाद एकसैक्ट साइसेस के सपोर्ट द्वारा मुमकिन हो पाया है।

NCCN Guidelines for Patients को सपोर्ट करने के लिए

अभी दान करें

[NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate) पर विज़िट करें



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
(+1) 215.690.0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) – मरीज़ों के लिए | [NCCN.org](https://www.nccn.org) – चिकित्सकों के लिए