

Skvamocelulárny karcinóm rekta u mladej ženy

Squamous cell rectal cancer in a young woman

Novisedláková M.¹, Danihel ml. Ľ.², Oravský M.², Kukučka M.², Schnorrer M.²

¹Oddelenie klinickej onkológie, UNsP Milosrdný Bratislavská republika

²III. chirurgická klinika LF UK a UNsP Milosrdný Bratislavská republika

Súhrn

Východiská: Skvamocelulárny karcinóm rekta (rectal squamous cell carcinoma – RSCC) patrí medzi zriedkavé malignity gastrointestinálneho traktu. Neexistujú žiadne konsenzuálne odporúčania pre liečbu nemetastatického RSCC, čo môže spôsobovať problémy pri zvažovaní optimálnej terapie. **Ciel:** Cieľom tejto práce je poukázať na to, že RSCC je raritné ochorenie, ktoré je potrebné odlišiť od skvamocelulárneho karcinómu anu (ASCC), a liečba ktorého sa líši od liečby adenokarcinómu rekta. **Kazuistika:** V tomto článku diskutujeme diagnózu a liečbu pacientky s nemetastatickým RSCC. Štyridsaťdvoarčnej pacientke s anamnézou hnačiek a proktorágie bol diagnostikovaný RSCC s lokoregionálnou lymfadenopatiou, štadium T3N1MO. Vzhľadom na stenotizujúci tumor bola realizovaná protektívna sigmostómia, pacientka absolvovala chemorádioterapiu, s kompletnej odpovedou po liečbe verifikovanou MR vyšetrením. Následne pacientka absolvovala resekciju rekta podľa Dixona s histologickým potvrdením kompletnej regresie tumoru bez detektie zvyškov tumoróznej masy v oblasti rekta. **Záver:** Primárny RSCC môže byť niekedy ľahké odlišiť od ASCC. V súčasnosti nie je štandardizovaný stagingový systém pre RSCC, čo spôsobuje ľahkosti v komparatívnych štúdiach a pri stanovení systematizovaných liečebných protokolov. Základom liečby RSCC je chemorádioterapia.

Kľúčové slová

skvamocelulárny – karcinóm rekta – rádioterapia – chemoterapia – štadium nádoru

Summary

Background: Rectal squamous cell carcinoma (RSCC) belongs to rare gastrointestinal malignancies. There are no consensus recommendations for the treatment of non-metastatic RSCC, which can cause problems when considering optimal therapy. **Purpose:** The objective of this report is to point out that RSCC is a rare disease which needs to be distinguished from anal squamous cell cancer (ASCC) and the treatment of which differs from that of rectal adenocarcinoma. **Case report:** We discuss the diagnosis and therapy of a patient with non-metastatic RSCC. A forty-two-year-old woman with a history of diarrhea and rectal bleeding was diagnosed for RSCC with locoregional lymphadenopathy, stage T3N1MO. Protective sigmoplasty was performed for stenotizing tumor; then the patient underwent chemoradiotherapy with the effect of complete response in MR scans. Subsequently, the patient underwent rectal resection according to Dixon with histological confirmation of complete tumor regression and without detection of residual tumor in the rectum. **Conclusion:** It can be sometimes difficult to distinguish primary RSCC from ASCC. Nowadays, there is no standardized staging system for RSCC, and it causes problems in comparative studies as well as in the determination of treatment protocols. The backbone of RSCC treatment is chemoradiotherapy.

Key words

squamous cell – rectal cancer – radiotherapy – chemotherapy – tumor staging

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE recommendation for biomedical papers.



MUDr. Mária Novisedláková
Oddelenie klinickej onkológie
UNsP Milosrdný Bratislavská republika
Námestie SNP 1
814 65 Bratislava
Slovenská Republika
e-mail:
maria.novisedlakova@gmail.com

Obdřžané/Submitted: 6. 4. 2020
Přijaté/Accepted: 16. 6. 2020

doi: 10.48095/ccko202162

Úvod

Skvamocelulárny karcinóm rekta (rectal squamous cell carcinoma – RSCC) patrí medzi zriedkavé malignity gastrointestinálneho traktu (GIT) [1]. Skvamocelulárny karcinóm GIT-u sa najčastejšie vyskytuje v pažeráku alebo análnom kanále, štúdie ukazujú < 1% incidenciu v rekte [2,3].

Adenokarcinómy tvoria 95–97 % všetkých malígnych tumorov kolorekta, zostávajúcich 3–5 % patrí medzi raritné tumory. Raritné tumory hrubého čreva môžeme rozdeliť do dvoch skupín: 1. tumory s incidenciou 0,1–2 %: karcinoidy (neuroendokrinné tumory) 1,8 %, primárne lymfómy 0,1–1%, GIST-y 0,9 %, melanómy 0,5–1 % a SCC > 0,1 % (okrem anu); 2. tumory s incidenciou < 0,1%: teratómy, plazmocytóm, schwannómy a metastatické tumory. Ročné percentuálne zmeny v incidencii každého raritného tumoru stúpajú počas 10 rokov s výnimkou SCC [3–5]. Prvýkrát skvamocelulárny karcinóm hrubého čreva popísali Schmidtmann et al v r. 1919 a to v céku [6]; to isté ochorenie v rekte popísal v r. 1933 Reiford [18]. RSCC sa najčastejšie vyskytuje v 6. dekáde života, a častejšie u žien [4].

V r. 1979 Williams et al navrhli kritéria, ktoré sú bežne akceptované pre diagnózu primárneho RSCC:

1. musia byť vylúčené metastázy z iných miest;
2. fistula so skvamocelulárnou výstrelkou nesmie zahŕňať afektované črevo;
3. musí byť vylúčený skvamocelulárny karcinóm anu (anal squamous cell carcinoma – ASCC) anu [7,8].

Etiológia kolorektálneho SCC je stále nejasná: avšak kľúčovú úlohu môže zohrávať chronický zápal (infekčný alebo autoimunitný). Niektorí popisujú spojenie medzi SCC a zápalovým ochorením hrubého čreva, HPV infekciou, parazitárou infekciou, predchádzajúcou radiácii a imunosupresiou (AIDS) [7,9,10].

Analýza Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) ukázala, že SCC majú priaznivú prognózu porovnatelnú s adenokarcinómami rekta [2,11]. Kým malé neinvazívne tumory rekta môžu byť riešené iba chirurgicky, pokročilejšie rektálne tumory majú benefit z ďalšej intervencie, zahrňujúcej chemoterapiu a/alebo rádioterapiu [2,12].

V súčasnosti neexistujú žiadne konzenzuálne odporúčania pre liečbu nemetastatického RSCC, čo môže spôsobiť problémy pri rozhodovaní sa o optimálnej terapii, ktorá sa môže lísiť od liečby adenokarcinómu rekta [2,13].

Takisto nie je úplne jednoznačné, či stagingový systém pre RSCC by mal byť založený na veľkosti, ako pre ASCC, alebo na hĺbke invázie, ak pre rektálny adenokarcinóm.

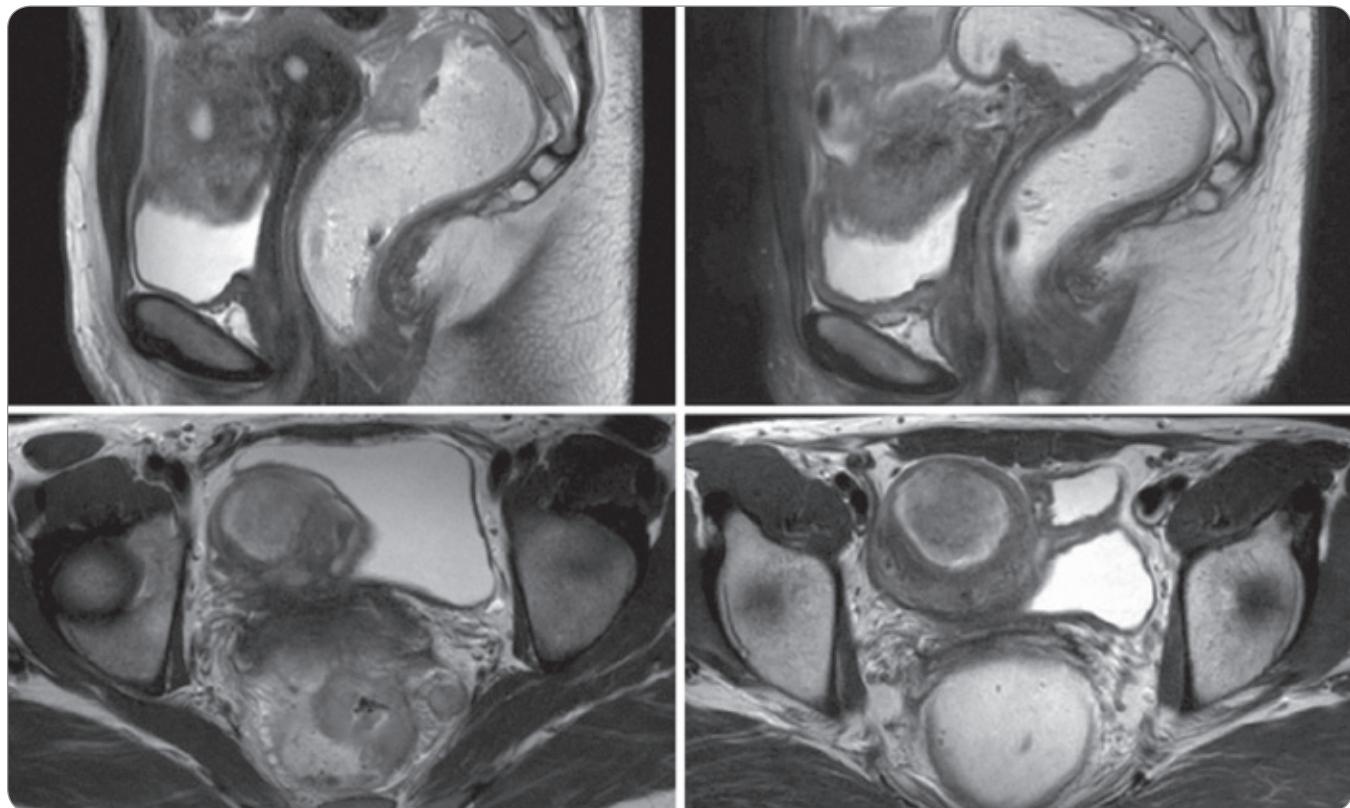
Primárny RSCC môže byť niekedy ľahšie odlišiť od ASCC.

Štandardom starostlivosti u lokoregionálnych ASCC je kombinovaná chemorádioterapia bez plánovanej chirurgie [2,14].

Otázne je, či by pacienti s lokálne po-kročilým RSCC mali po chemorádioterapii podstúpiť aj definitívny operačný zákrok.

Kazuistika

Štyridsaťdvočná pacientka bez komorbidít so 6-mesačnou anamnézou hnačiek a krvácania z konečníka absolvovala kolonoskopické vyšetrenie s nálezom cirkulárneho tumoru rektosigmy stenotizujúceho lumen, histologicky bol potvrdený



Obr. 1. Magnetická rezonancia malej panvy pred a po chemorádioterapii.

Tab. 1. Konvenčná liečba primárneho skvamocelulárneho rektálneho karcinómu. Upravené podľa [1].

Autor	Počet pacientov	Iniciálna liečba	Chirurgia	Adjunktívna liečba	Rekurencia	Prežívanie (ANED)	Sledovanie (mesiace)
Raiford et al [18]	1		PP		LR – 1	0 %	21
Catell et al [19]	1		APR			100 % (1)	42
LeBlanc et al [20]	5		APR – 1, PR – 4		LR – 1	40 % (2)	3–60
O'Brien et al [21]	2		APR – 2			100 % (2)	12
Kron et al [22]	1		APR		M – 1, LR – 1	0 %	5
² Dixon et al [23]	1		PR		NR	NR	
Burns et al [24]	1		APR			100 % (1)	42
Wiener et al [25]	1		APR		M – 1, LR – 1	0 %	12
Zirkin et al [9]	1		TPC/APR			100 % (1)	16
Hohm et al [26]	2		APR – 2			100 % (1)	156–252
Angelchik [27]	1		AR			100 % (1)	18
Cabrera et al [28]	1		APR			100 % (1)	10
Minkowitz et al [29]	1		TPC		M – 1	0 %	5
² Higton et al [30]	1		AR		NR	NR	
Comer et al [31]	1		APR			100 % (1)	156
Williams et al [8]	1		APR		M – 1	0 %	9

¹ nezahrnuté do analýzy ako odmiestnutá liečba, ² nezahrnuté do analýzy, pretože neboli zaznamenané žiadny relevantný údaj
 ANED – nažive, žiadny dôkaz ochorenia (alive, no evidence of disease), APR – abdominoperineálna resekcia, AR – predná resekcia (anterior resection), CTx – chemoterapia, CRTx – chemorádioterapia, H – podľa Hartmannova, LR – lokálna rekurencia, M – metastazy, NR – nezaznamenané (not recorded), PP – perineálna proktektómia, PR – zadná resekcia (posterior resection), RTx – rádioterapia, S – odvádzajúca stómia, TAE – transanálna excízia, TPC – totálna proktokolektómia (total proctocolectomy)

skvamocelulárny karcinóm (SCC) rektosigmy, G2, Ki67 40 %. Doplňené bolo stagingové CT vyšetrenie so záverom: tumor rektosigmy s lokoregionálnou lymfadenopatiou, bez nálezu vzdialených metastáz; a magnetická rezonancia malej panvy (MR MP) k presnému lokálnemu stagingu s objektivizáciou cirkulárneho stenotizujúceho tumoru rekta postihujúceho strednú a čiastočne hornú tretinu, s nálezzom metastaticky zmenenej mezorektálnej lymfatickej uzliny, s tesným kontaktom línie mezorektálnej fascie, bez evidentných známok infiltrácie tumoru do okolitých orgánov, s tesným vzťahom tumoru medzi zadnou kontúrou zadnej vaginálnej klenby až cervix maternice. Doplňené onkogynekologické vyšetrenie prerastanie tumoru do krčka maternice vylúčilo. Laboratórne OM Ca 72-4, SCCA, CEA a CA 19-9 boli v norme.

Definitívny diagnostický záver u pacientky bol: SCC strednej a hornej tretiny

rekta, stenotizujúci, s lokoregionálnou lymfadenopatiou, štadium T3N1MO, štadium IIIA (TNM – ASCC), štadium IIIB (AJCC – rectum). Vzhľadom na stenotizujúci tumor bola u pacientky pred zahájením liečby realizovaná protektívna sigmostómia. Následne pacientka absolvovala externú rádioterapiu na oblasť malej panvy $25 \times 1,8$ Gy, v TD $45,0$ Gy + boost s konkomitantnou chemoterapiou Mitomycin C 10 mg/m^2 D1, D29 + kapecitabín 825 mg/m^2 $2\times$ denne v dni rádioterapie. Šesť týždňov po ukončení chemorádioterapie absolvovala kontrolnú MR MP, ktorá bola bez znakov viability nádorového postihnutia a ktorá potvrdila kompletnejší regressus tumoru rekta po chemorádioterapii. CT vyšetrenie bolo bez vzdialených metastáz. Nasledoval pohovor s pacientkou o ďalšom terapeutickom postupe, bola poučená o možnostiach, to znamená, že na základe histologického typu nádoru nie je nevyhnutný definitívny chir-

rurgický výkon, môže byť observovaná a sigmostómia môže byť zanorená, eveniuálne môže absolvovať definitívny operačný zákrok s resekciou tumoru, vzhľadom na výšku procesu by sa u pacientky zachovala kontinencia. Pacientka sa rozhodla pre definitívny operačný zákrok. Realizovaná bola operácia podľa Dixona, výsledok pooperačného histologického vyšetrenia potvrdil kompletnejší regressus tumoru bez detekcie zvyškov tumora v oblasti rekta, v kompletne spracovanom perikolickom tuku bolo záhytených 49 lymfatických uzlín bez nálezu metastáz: tumor regression grading systems (TRG): TRG 0 (žiadne viabilné nádorové bunky). Staging: ypT0NXMX L0V0R0Pn0.

V súčasnosti je pacientka observovaná 40 mesiacov bez známok recidívy malígného ochorenia pri kolonoskopii, ako aj v zobrazovacích vyšetreniach. MR MP pred a po chemorádioterapii je na obr. 1.

Tab. 1 – pokračovanie. Konvenčná liečba primárneho skvamocelulárneho rektálneho karcinómu. Upravené podľa [1].

Autor	Počet pacientov	Iniciálna liečba	Chirurgia	Adjuvantná liečba	Rekurencia	Prežívanie (ANED)	Sledovanie (mesiace)
Vezeridis et al [32]	4	CTx – 1	APR – 3	CTx – 1	M – 2, LR – 1	0 %	0–15
Lafreniere et al [33]	1		TAE	CRTx		100 % (1)	24
Pigott et al [34]	1		APR	RTx		100 % (1)	13
Woods et al [35]	1		APR			0 %	3
Prener et al [36]	5		APR – 4, TAE – 1	RTx – 1	LR – 3, M – 1	20 % (1)	3–36
Schneider et al [37]	1		TAE	CRTx		100 % (1)	6
Fazzi et al [38]	1		Y	RTx		100 % (1)	72
Copur et al [39]	1		APR	CRTx	M – 1	NR	
² Frizelle et al [40]	9		NR	NR	NR	NR	
Sotlar et al [41]	1		AR		LR – 1	0 %	21
Gelas et al [42]	4	RTx – 2	APR – 3	CRTx – 1, RTx – 1	LR – 1, M – 2	25 % (1)	4–192
Anagnostopoulos et al [43]	1		APR	CTx		100 % (1)	14
Fahim et al [44]	1		APR	CTx	LR – 1, M – 1	0 %	11
² Lam et al [45]	1	RTx	AR			NR	
² Cheng et al [46]	1		TPC	CRTx		NR	
Kong et al [47]	2	CTx – 1	TAE – 1	CRTx – 1		50 % (1)	36
Nahas et al [10]	3	CTx – 1	APR, TAE	CRTx – 2		100 % (3)	6–192
¹ Leung et al [48]	1		S		M – 1	0 %	
² Dzeletovic et al [49]	1	NR	NR	NR	NR	NR	
Sameer et al [50]	1		AR	CTx		100 % (1)	24
Wang et al [51]	2		H, TAE	CRTx – 2	M – 1	50 % (1)	21–120
Sanal et al [52]	1	CTx	AR			100 % (1)	12
Yeh et al [53]	1		APR		M – 1	0 %	7
Faidzal et al [54]	1		AR	CRTx		100 % (1)	15
Wang et al [55]	1		APR	RTx		100 % (1)	43
Scaringi et al [56]	1		AR		LR – 1, M – 1	0 %	4
Ozuner et al [57]	7		APR – 3, AR – 1 TPC – 1, TAE – 1, H – 1	CTx – 4	M – 4, LR – 3	43 % (3)	12–96
Péron et al [58]	1	RTx			LR – 1	0 %	40
Celkovo	63 (78 ²)	CTx – 4 RTx – 4	resekcia – 53 (PP/PR) 6	CRTx – 11 CTx – 8	LR – 16 (25 %) M – 19 (30 %)	48 % (30)	0–252
			APR – 34, TPC/AR – 13	RTx – 5			
			TAE – 7, H – 2, S – 1				

¹ nezahrnuté do analýzy ako odmietnutá liečba, ² nezahrnuté do analýzy, pretože neboli zaznamenané žiadny relevantný údaj ANED – nažive, žiadny dôkaz ochorenia (alive, no evidence of disease), APR – abdominoperineálna resekcia, AR – predná resekcia (anterior resection), CTx – chemoterapia, CRTx – chemorádioterapia, H – podľa Hartmanna, LR – lokálna rekurencia, M – metastazy, NR – nezaznamenané (not recorded), PP – perineálna proktektómia, PR – zadná resekcia (posterior resection), RTx – rádioterapia, S – odvádzajúca stómia, TAE – transanálna excízia, TPC – totálna proktokolektómia (total proctocolectomy)

Tab. 2. Chemorádioterapia ako primárna liečba skvamocelulárneho rektálneho karcinómu. Upravené podľa [1].

Autor	Počet pacientov	CTx 5-FU/ MMC	Iná CTx	RTx (Gy)	CR	Chirurgia	Path CR	Rekurencia	Prežívanie (ANED)	Sledovanie (mesiace)
Vezeridis et al [32]	1		1	40				LR – 1	0 %	15
¹ Schneider et al [59]	1	1		30					NR	
Kulayat et al [60]	1	1		40		TPC	100 %		100 % (1)	48
Martinez-Gonzalez et al [61]	1		1	46		AR	0 %		100 % (1)	18
Gelas et al [42]	2		2	Y		AR – 2	0 %		100 % (2)	6–24
Theodosopoulos et al [62]	1	1		20		APR	0 %	M – 1	100 % (1)	18
Pikarsky et al [63]	1	1		60	1				100 % (1)	84
Nahas et al [10]	9	6	3	50,4	2	APR – 2	86 %		100 % (9)	6–192
						AR – 3				
Clark et al [64]	7	3	4	50,4	7	AR – 1	100 %		100 % (7)	5–31
Matsuda et al [65]	1		1	59,4		APR	0 %	LR – 1, M – 1	0 %	24
Brammer et al [66]	1	1		Y	1			M – 1	100 % (1)	24
Rasheed et al [67]	6	2	4	45–50,4	4	APR – 2	50 %	LR – 1	100 % (6)	2–132
Al Hallak et al [68]	1	1		Y	1				100 % (1)	30
Tronconi et al [69]	6	1	5	50,4–59,4	4	AR – 1	50 %	M – 1	83 % (5)	24–41
Iannacone et al [70]	1	1		59,4	1	H – 1			100 % (1)	12
Wang et al [55]	5	5		45–54	4	AR – 1 APR – 1	100 %	M – 2	60 % (3)	15–51
Yeh et al [53]	5	4	1	30–60	4	AR – 1	100 %	LR + M – 1	80 % (4)	24–84
Jeong et al [71]	4		4	50,4–63	4				75 % (3)	2–99
Kassir et al [72]	1		1	Y		AR	0 %		100 % (1)	
Ferreira et al [73]	1	1		52	1				100 % (1)	40
Choi et al [74]	1	1		Y	1	APR	0 %	LR – 1	100 % (1)	17
Musio et al [75]	8	6	2	45–70,6	4	APR – 4	50 %	LR – 1	88 % (7)	1–164
Péron et al [58]	10	4	6	45–62	6	APR – 2 AR – 2	50 %	LR – 1	100 % (10)	6–133
Funahashi et al [76]	3		3	45–59,4	2	Pli	100 %	M – 1	67 % (2)	14–44
Seshadri et al [77]	1	1		50,4	1	AR	0 %	LR + M – 1	0 %	36
Ozuner et al [57]	1	1		Y			0 %	M – 1	0 %	12–96
Celkovo	79 (80 ¹)	42	38	všetci	60 % (48)	44 % (35)	57 % (20)	LR 10 % (8) M13 % (10)	86 % (68)	1–192

¹ nezahrnuté do analýzy, pretože neboli zaznamenané žiadny relevantný údaj

ANED – nažive, žiadny dôkaz ochorenia (alive, no evidence of disease), APR – abdominoperineálna resekcia, AR – predná resekcia (anterior resection), CR – kompletnej odpoved' (complete response), CTx – chemoterapia, CTx iná – 5FU (n = 3), 5FU/cisplatina (n = 26), kapecitabin/cisplatina (n = 3), kapecitabin (n = 1), raltitrexed/oxaliplatin (n = 2), S1 (n = 3), CRTx – chemorádioterapia, Gy – Gray, H – podľa Hartmann, LR – lokálna rekurencia, M – metastazy, NR – nezaznamenané (not recorded), Path CR – patologická kompletná odpoved' (pathological complete response), PE – pelvická exenterácia (pelvic exenteration), PP – perineálna proktektómia, PR – zadná resekcia (posterior resection), RTx – rádioterapia, S – odvádzajúca stómia, TAE – transanalna excízia, TPC – totálna proktokolektómia (total proctocolectomy)

Diskusia

Skvamocelulárne karcinómy rekta (RSCC) sú raritné, je nejasné ako stupeň odpovede na chemorádioterapiu zlepšuje výsledky ich liečby. Kulaylat et al v retrospektívnej štúdii porovnávali štádiové špecifické prežívanie pre skvamocelulárny karcinóm anu (ASCC) a RSCC na základe terapeutického prístupu. Zistili, že RSCC sú spojené so signifikantne horším prežívaním ako ASCC v klinických štádiach I a II ochorenia. RSCC môžu byť menej radiosenzitívne ako ASCC, čo predpokladajú na základe vyšej incidence záchrannej (salvage) chirurgie, ktorá ale, zdá sa, signifikantne nezlepšuje celkové prežívanie [15].

Leeds et al v komentári k tejto štúdii vyzdvihli, že použili jeden z najrozšiahlejších zdrojov dostupných dát, aby popísali patologické odlišnosti týchto dvoch entít. Autori tiež citovali, že nedostatočnosť Williamsových kritérií zhŕsuje schopnosť rozlísiť proximálny invázny ASCC od primárneho RSCC [16]. Táto strata rozlíšenia môže limitovať konzervatívne tvrdenia týkajúce sa radiosenzitivity a potencionálne rozdielnych úloh chirurgie [16].

Goffredo et al sa v populačnej štúdii, v ktorej analyzovali údaje zo SEER databázy u pacientov diagnostikovaných v rokoch 1988–2013, snažil určiť optimálny manažment, prognostické faktory a stagingový systém pre RSCC. Vychádzal z toho, že nie je známe, či stagingový systém pre RSCC by mal byť založený na veľkosti, ako pre ASCC, alebo na hĺbke invázie, ako pre adenokarcinóm rekta. Limitom štúdie bol nedostatok údajov o chemoterapii a lokalizácii pozitívnych lymfatických užlín. Záverom tejto štúdie bolo, že pridanie lokálnej excízie alebo radikálneho chirurgického výkonu k liečbe založenej na rádioterapii, nie je spojené so zlepšením celkového prežívania [17]. Preto v optimálnom manažmente RSCC by mala byť primárne zvažovaná rádioterapia. Ukázala tiež, že stagingový systém American Joint Committee on Cancer (AJCC) – anus, 7th edition, založený na veľkosti (ako pre ASCC), sa zdá byť presnejší v predikovaní prognózy ako stagingový systém AJCC – rectum založený na hĺbke invázie ako pre rektálny adenokarcinóm [17].

Guerra et al v systematickom prehľade spracoval dátu týkajúce sa pacientov s primárnym RSCC z dostupných relevantných článkov, prehľadov a prípadových štúdií v rokoch 1946–2015, v ktorom okrem iného analyzoval aj spôsob akým boli pacienti liečení (tab. 1, 2) [1].

Dutta et al hodnotili dátu z National Cancer Database u pacientov s RSCC diagnostikovaných v rokoch 2004–2014, zahrnujúc cT1-4, cN0-2, cM0 tumory (kohorta A, n = 2 296). Subskupinová analýza bola uskutočnená u lokálne pokročilých tumorov (cT1-T2,N+ alebo cT3, akékoľvek N; subkohorta B, n = 883), liečených chemorádioterapiou (n = 706), alebo tromi modalitami (n = 177) zahŕňujúcimi chemoterapiu, rádioterapiu a chirurgiu. Hodnotili stupeň kompletnej patologickej odpovede po neoadjuvantnej liečbe, a celkové prežívanie po 5 a 10 rokoch. Desaturočné prežívanie pre štadium I ochorenia bolo 71,3 a 57,8 %, pre štadium II 57,0 a 38,9 % a pre štadium III 57,8 a 41,5 %. Vyššia cT kategória bola spojená s horším prežívaním. U lokálne pokročilých tumorov (subkohorta B), neboli signifikantný rozdiel v prežívani medzi chemorádioterapiou alebo liečbou všetkými tromi modalitami [2].

Záver

Skvamocelulárny karcinóm rekta patrí medzi zriedkavé malignity gastrointestinálneho traktu.

Neexistujú žiadne konsenzuálne odporúčania pre liečbu nemetastatického RSCC, čo môže spôsobiť problémy pri zvažovaní optimálnej terapie, ktorá sa môže lísiť od liečby adenokarcinómu rekta [2,13]. V súčasnosti nie je štandardizovaný stagingový systém pre RSCC, čo spôsobuje ľažkosti v komparatívnych štúdiach a pri stanovení systematizovaných liečebných protokolov [17]. Základom liečby RSCC je chemorádioterapia. Pridanie lokálnej excízie alebo radikálneho chirurgického výkonu, k liečbe založenej na rádioterapii, nie je spojené so zlepšením celkového prežívania [17].

Sú potrebné ďalšie štúdie k stanoveniu optimálneho terapeutického postupu.

Literatúra

- Guerra GR, Kong CH, Warrier SK et al. Primary squamous cell carcinoma of the rectum: An update and implications for treatment. *World J Gastrointest Surg* 2016; 8(3): 252–265. doi: 10.4240/wjgs.v8.i3.252.
- Dutta SW, Alonso CE, Waddle MR et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: Practice trends and patient survival. *Cancer Med* 2018; 7(12): 6093–6103. doi: 10.1002/cam4.1893.
- Kang H, O'Connell JB, Leonardi MJ et al. Rare tumors of the colon and rectum: a national review. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22(2): 183–189. doi: 10.1007/s00384-006-0145-2.
- Stanojević G, Kripakovič Z. Rare tumors of the colon and rectum. *Colorectal cancer – surgery, diagnostics and treatment* 2014: 254–267. doi: 10.5772/56937.
- Gordon Ph. Malignant neoplasms of the colon. In: Gordon Ph, Nivatvongs S (eds). *Principles and practice of the surgery for the colon rectum and anus*. New York: CRC Press 2007: 489–645.
- Schmidtmann M. Zur Kenntnis seltner Krebsformen. *Virchow Arch (A)* 1919; 226: 100–118.
- Kiyani A, Coyle WJ, Bao F. A rare case of primary rectal squamous cell carcinoma diagnosed by endoscopic ultrasound. *J Gastrointest Oncol* 2017; 8(4): 56–59. doi: 10.21037/jgo.2017.0604.
- Williams GT, Blackshaw AJ, Morson BC. Squamous carcinoma of the colorectum and its genesis. *J Pathol* 1979; 129(3): 139–147. doi: 10.1002/path.1711290306.
- Zirkin RM, McCord DL. Squamous cell carcinoma of the rectum: report of a case complicating chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 370–373. doi: 10.1007/BF02618400.
- Nahas CS, Shia J, Joseph R et al. Squamous-cell carcinoma of the rectum: a rare but curable tumor. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1393–1400. doi: 10.1007/s10350-007-0256-z.
- Chiu MS, Verma V, Bennion NR et al. Comparison of outcomes between rectal squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. *Cancer Med* 2016; 5(12): 3394–3402. doi: 10.1002/cam4.927.
- Glimerius B, Tiret E, Cervantes A et al. Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and followup. *Ann Oncol* 2013; 24 (suppl 6): vi81–vi88. doi: 10.1093/annonc/mdt240.
- National Comprehensive Cancer Network. Rectal cancer (version 1.2018). [online]. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf.
- Nigro ND, Seydel HG, Considine B et al. Combined preoperative radiation and chemotherapy for squamous cell carcinoma of the anal canal. *Cancer* 1983; 51(10): 1826–1829. doi: 10.1002/1097-0142(19830515)51:10<1826::aid-cncr2820511012>3.0.co;2-l.
- Kulaylat AS, Hollenbeck CS, Stewart DB Sr. Squamous cancers of the rectum demonstrate poorer survival and increased need for salvage surgery compared with squamous cancers of the anus. *Dis Colon Rectum* 2017; 60(9): 922–927. doi: 10.1097/DCR.0000000000000881.
- Leeds IL, Griffin JF, Fang SH. Distinguishing anal squamous cell carcinoma and rectal squamous cell carcinoma in secondary data sets. *Dis Colon Rectum* 2018; 61(3): e19. doi: 10.1097/DCR.0000000000001015.
- Goffredo P, Robinson TJ, Frakes JM. Comparison of anal versus rectal staging in the prognostication of rectal squamous cell carcinoma: a population-based analysis. *Dis Colon Rectum* 2019; 62(3): 302–308. doi: 10.1097/DCR.0000000000001205.
- Raiford T. Epithelioma of the lower rectum and anus. *Surg Gynaecol Obstet* 1933; 57: 21–35. doi: 10.1080/00325481.1950.11693937.
- Catell RB, Williams AG. Epidermoid carcinoma of the anus and rectum. *Arch Surg* 1943; 46(3): 336–349. doi: 10.1001/archsurg.1943.01220090031003.
- LeBlanc LJ, Buie LA, Dockerty MB. Squamous-cell epithelioma of the rectum. *Ann Surg* 1950; 131(3): 392–399. doi: 10.1097/00000658-195003000-00010.

21. O'Brien JP, Meehan DJ. Squamous cell carcinoma of the rectum. Ann Surg 1951; 133(2): 283–285.
22. Kron SD, Wurzel HA, Chodoff RJ. Squamous cell carcinoma of the rectum. Gastroenterology 1951; 17: 194–197.
23. Dixon CF, Dockerty MB, Powelson MH. Squamous cell carcinoma of the midrectum: report of case. Proc Staff Meet Mayo Clin 1954; 29(15): 420–423.
24. Burns FJ. Squamous cell carcinoma of the rectum. Mo Med 1955; 52(1): 31.
25. Wiener MF, Polayes SH, Yidi R. Squamous carcinoma with schistosomiasis of the colon. Am J Gastroenterol 1962; 37: 48–54.
26. Hohn WH, Jackman RJ. Squamous cell carcinoma of the rectum complicating ulcerative colitis: report of two cases. Mayo Clin Proc 1964; 39: 249–251.
27. Angelchik JP, Epstein J. Squamous cell carcinoma of the upper rectum. Ariz Med 1967; 24(1): 19–21.
28. Cabrera A, Pickren JW. Squamous metaplasia and squamous-cell carcinoma of the rectosigmoid. Dis Colon Rectum 1967; 10(4): 288–297. doi: 10.1007/BF02617142.
29. Minkowitz S. Primary squamous cell carcinoma of the rectosigmoid portion of the colon. Arch Pathol 1967; 84(1): 77–80.
30. Higton DL. Squamous cell carcinoma of rectum. Proc R Soc Med 1970; 63(8): 754.
31. Comer TP, Beahrs OH, Dockerty MB. Primary squamous cell carcinoma and adenocanthoma of the colon. Cancer 1971; 28: 1111–1117.
32. Vezeridis MP, Herrera LO, Lopez GE et al. Squamous-cell carcinoma of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1983; 26(3): 188–191. doi: 10.1007/BF02560169.
33. Lafreniere R, Ketcham AS. Primary squamous carcinoma of the rectum. Report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 1985; 28(12): 967–972. doi: 10.1007/BF02554319.
34. Pigott JP, Williams GB. Primary squamous cell carcinoma of the colorectum: case report and literature review of a rare entity. J Surg Oncol 1987; 35(2): 117–119. doi: 10.1002/jso.2930350211.
35. Woods WG. Squamous cell carcinoma of the rectum arising in an area of squamous metaplasia. Eur J Surg Oncol 1987; 13(5): 455–458.
36. Prener A, Nielsen K. Primary squamous cell carcinoma of the rectum in Denmark. APMIS 1988; 96(9): 839–844. doi: 10.1111/j.1699-0463.1988.tb00951.x.
37. Schneider TA, Birkett DH, Vernava AM. Primary adenosquamous and squamous cell carcinoma of the colon and rectum. Int J Colorectal Dis 1992; 7(3): 144–147. doi: 10.1007/BF00360355.
38. Fazzi U, Anderson JR. Squamous carcinoma of the rectum. Br J Clin Pract 1994; 48(2): 106–107. doi: 10.4240/wjgs.v8.i3.252.
39. Copur S, Ledakis P, Novinski D et al. Squamous cell carcinoma of the colon with an elevated serum squamous cell carcinoma antigen responding to combination chemotherapy. Clin Colorectal Cancer 2001; 1(1): 55–58. doi: 10.3816/CCC.2001.n.006.
40. Frizelle FA, Hobday KS, Batts KP et al. Adenosquamous and squamous carcinoma of the colon and upper rectum: a clinical and histopathologic study. Dis Colon Rectum 2001; 44(3): 341–346. doi: 10.1007/BF02234730.
41. Sotlar K, Köveker G, Aepinus C et al. Human papillomavirus type 16-associated primary squamous cell carcinoma of the rectum. Gastroenterology 2001; 120(4): 988–994. doi: 10.1053/gast.2001.22523.
42. Gelas T, Peyrat P, Francois Y et al. Primary squamous-cell carcinoma of the rectum: report of six cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 2002; 45(11): 1535–1540. doi: 10.1007/s10350-004-6462-z.
43. Anagnostopoulos G, Sakorafas GH, Kostopoulos P et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: a case report and review of the literature. Eur J Cancer Care (Engl) 2005; 14(1): 70–74. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00523.x.
44. Fahim F, Al-Salamah SM, Alam MK et al. Squamous cell carcinoma of colon and rectum. Saudi Med J 2006; 27(6): 874–877.
45. Lam AK, Ho YH. Primary squamous cell carcinoma of the rectum in a patient on immunosuppressive therapy. Pathology 2006; 38(1): 74–76. doi: 10.1080/00313020500467113.
46. Cheng H, Sitrin MD, Satchidanand SK et al. Colonic squamous cell carcinoma in ulcerative colitis: report of a case and review of the literature. Can J Gastroenterol 2007; 21(1): 47–50. doi: 10.1155/2007/904081.
47. Kong CS, Welton ML, Longacre TA. Role of human papillomavirus in squamous cell metaplasia-dysplasia-carcinoma of the rectum. Am J Surg Pathol 2007; 31(6): 919–925. doi: 10.1097/01.pas.0000213441.86030.fc.
48. Leung KK, Heitzman J, Madan A. Squamous cell carcinoma of the rectum 21 years after radiotherapy for cervical carcinoma. Saudi J Gastroenterol 2009; 15(3): 196–198. doi: 10.4101/1319-3767.54745.
49. Dzeletovic I, Pasha S, Leighton JA. Human papillomavirus-related rectal squamous cell carcinoma in a patient with ulcerative colitis diagnosed on narrow-band imaging. Clin Gastroenterol Hepatol 2010; 8(5): e47–e48. doi: 10.1016/j.cgh.2009.10.019.
50. Sameer AS, Syeed N, Chowdhri NA et al. Squamous cell carcinoma of rectum presenting in a man: a case report. J Med Case Rep 2010; 4: 392. doi: 10.1186/1752-1947-4-392.
51. Wang ML, Heriot A, Leong T et al. Chemoradiotherapy in the management of primary squamous-cell carcinoma of the rectum. Colorectal Dis 2011; 13(3): 296–301. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.02154.x.
52. Sanal SM, Sivrikoz ON, Karapolat I et al. Complete clinical response in squamous cell carcinoma of the rectum with liver metastases. J Clin Oncol 2011; 29(33): e806–e808. doi: 10.1200/JCO.2011.36.7292.
53. Yeh J, Hastings J, Rao A et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: a single institution experience. Tech Coloproctol 2012; 16(5): 349–354. doi: 10.1007/s10151-012-0848-z.
54. Faidzal O, Azmi MN, Kalavathi R. Primary squamous cell carcinoma of the rectum: a case report. IMJM 2013; 12: 87. doi: 10.3402/jchimp.v6.31708.
55. Wang JF, Wang ZX, Xu XX et al. Primary rectal squamous cell carcinoma treated with surgery and radiotherapy. World J Gastroenterol 2014; 20(14): 4106–4109. doi: 10.3748/wjg.v20.i14.4106.
56. Scaringi S, Bisogni D, Messerini L et al. Squamous cell carcinoma of the middle rectum: report of a case and literature overview. Int J Surg Case Rep 2015; 7C: 127–129. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.10.097.
57. Ozuner G, Aytac E, Gorgun E et al. Colorectal squamous cell carcinoma: a rare tumor with poor prognosis. Int J Colorectal Dis 2015; 30(1): 127–130. doi: 10.1007/s00384-014-2058-9.
58. Péron J, Bylicki O, Laude C et al. Nonoperative management of squamous-cell carcinoma of the rectum. Dis Colon Rectum 2015; 58(1): 60–64. doi: 10.1097/DCR.0000000000000218.
59. Schneider TA, Birkett DH, Vernava AM. Primary adenosquamous and squamous cell carcinoma of the colon and rectum. Int J Colorectal Dis 1992; 7(3): 144–147. doi: 10.1007/BF00360355.
60. Kulaylat MN, Doerr R, Butler B et al. Squamous cell carcinoma complicating idiopathic inflammatory bowel disease. JSurg Oncol 1995; 59(1): 48–55. doi: 10.1002/jso.2930590113.
61. Martinez-Gonzalez MD, Takahashi T, Leon-Rodriguez E et al. Case report of primary squamous carcinoma of the rectum. Rev Invest Clin 1996; 48(6): 453–456.
62. Theodosopoulos TK, Marinis AD, Dafnios NA et al. Aggressive treatment of metastatic squamous cell carcinoma of the rectum to the liver: a case report and a brief review of the literature. World J Surg Oncol 2006; 4: 49. doi: 10.1186/1477-7819-4-49.
63. Pikarsky AJ, Belin B, Efron J et al. Squamous cell carcinoma of the rectum in ulcerative colitis: case report and review of the literature. Int J Colorectal Dis 2007; 22(4): 445–447. doi: 10.1007/s00384-006-0110-0.
64. Clark J, Cleator S, Goldin R et al. Treatment of primary rectal squamous cell carcinoma by primary chemoradiotherapy: should surgery still be considered a standard of care. Eur J Cancer 2008; 44(16): 2340–2343. doi: 10.1016/j.ejca.2008.07.004.
65. Matsuda A, Takahashi K, Yamaguchi T et al. HPV infection in an HIV-positive patient with primary squamous cell carcinoma of rectum. Int J Clin Oncol 2009; 14(6): 551–554. doi: 10.1007/s10147-009-0890-7.
66. Brammer RD, Taniere P, Radley S. Metachronous squamous-cell carcinoma of the colon and treatment of rectal squamous carcinoma with chemoradiotherapy. Colorectal Dis 2009; 11(2): 219–220. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01577.x.
67. Rasheed S, Yap T, Zia A et al. Chemo-radiotherapy: an alternative to surgery for squamous cell carcinoma of the rectum-report of six patients and literature review. Colorectal Dis 2009; 11(2): 191–197. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01560.x.
68. Al Hallak MN, Hage-Nassar G, Mouchli A. Primary submucosal squamous cell carcinoma of the rectum diagnosed by endoscopic ultrasound: case report and literature review. Case Rep Gastroenterol 2010; 4(2): 243–249. doi: 10.1159/000319013.
69. Tronconi MC, Carnaghi C, Bignardi M et al. Rectal squamous cell carcinoma treated with chemoradiotherapy: report of six cases. Int J Colorectal Dis 2010; 25(12): 1435–1439. doi: 10.1007/s00384-010-0988-4.
70. Iannacone E, Dionisi F, Musio D et al. Chemoradiation as definitive treatment for primary squamous cell cancer of the rectum. World J Radiol 2010; 2(8): 329–333. doi: 10.4329/wjr.v2.18.329.
71. Jeong BG, Kim DY, Kim SY. Concurrent chemoradiotherapy for squamous cell carcinoma of the rectum. Hepatogastroenterology 2013; 60(123): 512–516. doi: 10.5754/hge11293.
72. Kassir R, Baccot S, Bouarioua N et al. Squamous cell carcinoma of middle rectum: literature review. Int J Surg Case Rep 2014; 5(2): 86–90. doi: 10.1016/j.ijscr.2013.12.011.
73. Ferreira AO, Loureiro AL, Marques V et al. Primary squamous cell carcinoma of the most distal rectum: a dilemma in origin and management. BMJ Case Rep 2014; 2014: bcr2013201156. doi: 10.1136/bcr-2013-201156.
74. Choi H, Lee HW, Ann HW et al. A case of rectal squamous cell carcinoma with metachronous diffuse large B cell lymphoma in an HIV-infected patient. Infect Chemother 2014; 46(4): 257–260. doi: 10.3947/ic.2014.46.4.257.
75. Musio D, De Felice F, Manfrida S et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: the treatment paradigm. Eur J Surg Oncol 2015; 41(8): 1054–1058. doi: 10.1016/j.ejso.2015.03.239.
76. Funahashi K, Nemoto T, Koike J et al. Chemoradiation therapy with S-1 for primary squamous cell carcinoma of the rectum: report of three cases. Surgical Case Reports 2015; 1(1): 1–7. doi: 10.1186/s40792-015-0025-5.
77. Seshadri RA, Pancholi M, Jayanand SB et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: is chemoradiation sufficient. J Cancer Res Ther 2015; 11(3): 664. doi: 10.4103/0973-1482.143350.