

Fiche d'information Carcinome lobulaire infiltrant (CLI)



Cette fiche d'information est fournie à titre informatif et éducatif uniquement.

Le cancer lobulaire du sein n'est pas un cancer « rare ».

Le cancer lobulaire du sein, également appelé carcinome lobulaire infiltrant (CLI), est le deuxième type histologique de cancer du sein le plus couramment diagnostiqué, représentant environ 10 à 15 % de tous les cancers du sein. [1],[2] On estime que 43 000 nouveaux cas de carcinome lobulaire infiltrant sont diagnostiqués chaque année. Le CLI touche davantage de femmes que les cancers du rein, du cerveau, du pancréas, du foie ou des ovaires. [3]

Le cancer lobulaire du sein est un sous-type distinct de cancer du sein.

Le type de CLI le plus répandu se caractérise par l'absence de la protéine cadhérine E. [2] Le CLI a également des sous-types et des variants uniques. [1] Il est évident que le comportement clinique et les caractéristiques moléculaires du CLI sont distincts du type de cancer du sein le plus courant, le carcinome canalaire infiltrant, également appelé carcinome canalaire infiltrant sans autre indication (CCI/SAI). [1],[2],[4] Il est nécessaire de poursuivre la recherche pour mieux comprendre la biologie et les comportements du CLI et identifier des traitements spécifiques du CLI.

En général, les tumeurs du cancer lobulaire du sein ne se présentent pas sous forme de grosseur et sont difficiles à détecter par auto-palpation.

Dans la plupart des cas, les tumeurs du CLI se présentent sous forme de filaments plutôt que de grosseurs. Ainsi, même les tumeurs volumineuses du CLI peuvent être difficiles à détecter au toucher. Les symptômes des tumeurs du CLI varient, de l'absence de symptômes aux changements dans l'apparence du mamelon ou du sein : apparition de capitonnage, durcissement, gonflement ou douleurs. [4],[5] Lors de l'auto-palpation, la tumeur du CLI peut parfois apparaître comme une masse ou une fermeté.

Le cancer lobulaire du sein peut créer des métastases dans des endroits inhabituels.

À l'instar du canalaire infiltrant sans autre indication, le CLI peut former des métastases dans les os, le cerveau, le foie et les poumons. Toutefois, le CLI peut également se propager à des endroits uniques comme le tractus gastro-intestinal (estomac, intestin grêle et côlon), les organes gynécologiques (ovaires, utérus), le péritoine (paroi abdominale) et, plus rarement, les leptoméniges (paroi du cerveau et de la moelle épinière) [6] et les tissus orbitaires (tissus autour de l'œil). [7]

Les tumeurs lobulaires du sein récidivent fréquemment plusieurs années après le diagnostic initial.

Si le cancer lobulaire du sein, comme le CCI/SAI, peut récidiver à tout moment après le diagnostic initial, les études montrent que le CLI récidive souvent plus tard que le CCI, plus de 10 ans après le diagnostic initial du cancer. [8]

Le cancer lobulaire du sein est plus difficile à détecter en dépistage et par imagerie avancée.

Étant donné que le CLI se développe généralement selon un schéma linéaire dans le sein sans déformer les structures environnantes ni former de masse, il est plus difficile à détecter que le CCI à la mammographie et à l'échographie ou à visualiser dans sa forme métastatique. Le CLI passe souvent inaperçu lors des dépistages systématiques, ce qui se traduit par des tumeurs plus volumineuses, et à un stade plus avancé, lorsqu'elles sont finalement détectées et diagnostiquées. Les mammographies de dépistage restent importantes car elles permettent de repérer les cancers lobulaires du sein ainsi que d'autres types de carcinomes mammaires.

Le cancer lobulaire du sein est actuellement traité comme le CCI/SAI le plus courant, malgré ses différences.

Le plan de traitement d'une personne atteinte de CLI dépend de nombreux facteurs, notamment la taille et le grade du cancer, les facteurs génétiques, la présence de ganglions lymphatiques, l'état de santé général du patient et ses préférences personnelles. À l'heure actuelle, il n'existe pas de directives sur le traitement spécifique du CLI. La norme de soins pour le traitement précoce du CLI à récepteurs hormonaux positifs est la même que pour le traitement du CCI/SAI à récepteurs hormonaux positifs. Il est nécessaire de poursuivre la recherche pour identifier des protocoles de traitement spécifique du CLI. [9]

[1] McCart Reed AE, et al. Invasive lobular carcinoma of the breast: the increasing importance of this special subtype. *Breast Cancer Res.* 2021 Jan 7;23(1):6. PMID: 33413533, [2] Ciriello G, et al. Comprehensive Molecular Portraits of Invasive Lobular Breast Cancer. *Cell.* 2015 Oct 8;163(2):506-19. PMID: 26451490 [3] 2021 Projected Incidence from ACS Surveillance Research (Source: SEER data) [4] Wilson N, et al. Lobular Breast Cancer: A Review. *Front Oncol.* 2021 Jan 15;10 PMID: 33520704 [5] https://lobularbreastcancer.org/wp-content/uploads/2022/10/Symptoms_of_ILC_2022.pdf [6] Franzoi MA, et al. Leptomeningeal carcinomatosis in patients with breast cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2019 Mar; 135:85-94. PMID: 30819451 [7] Blohmer M, et al. Patient treatment and outcome after breast cancer orbital and periorbital metastases: a comprehensive case series including analysis of lobular versus ductal tumor histology. *Breast Cancer Res.* 2020 Jun 26;22(1):70. PMID: 32586354 [8] Pestalozzi BC, et al. International Breast Cancer Study Group. Distinct clinical and prognostic features of infiltrating lobular carcinoma of the breast: combined results of 15 International Breast Cancer Study Group clinical trials. *J Clin Oncol.* 2008 Jun 20;26(18):3006-14. PMID: 18458044 [9] Oesterreich S, et al. Clinicopathological Features and Outcomes Comparing Patients with Invasive Ductal and Lobular Breast Cancer, *J National Cancer Institute,* 2022 Nov 114:11: 1511-22, <https://doi.org/10.1093/jnci/djac157>