

Dieses Merkblatt dient nur zu Informations- und Bildungszwecken.

Das lobuläre Mammakarzinom ist keine „seltene“ Krebserkrankung.

Das lobuläre Mammakarzinom, auch bekannt als invasives lobuläres Karzinom (ILC), ist die zweithäufigste histologische Form von Brustkrebs, die diagnostiziert wird und macht etwa 10 bis 15 % aller Brustkrebsfälle aus. [1],[2] Jedes Jahr werden schätzungsweise 43.000 neue Fälle von ILC diagnostiziert. Von ILC sind mehr Frauen betroffen als von Krebserkrankungen der Niere, des Gehirns, der Bauchspeicheldrüse, der Leber oder der Eierstöcke. [3]

Das lobuläre Mammakarzinom ist eine eigenständige Unterart der Brustkrebserkrankung.

Ein Kennzeichen der häufigsten Form von ILC ist das Fehlen des Proteins E-Cadherin. [2] ILC hat auch einzigartige Unterarten und Varianten. [1] Das klinische Verhalten und die molekularen Merkmale von ILC unterscheiden sich offensichtlich vom häufigsten Brustkrebstyp, dem invasiven duktalem Karzinom (IDC), auch bekannt als IDC/NST (keine spezielle Art). [1],[2],[4] Zur Entwicklung spezifischer ILC-Therapien sind weitere Forschungen zur Biologie und zum Verhalten von ILC erforderlich.

Lobuläre Brustkrebstumoren bilden in der Regel keine Klumpen und sind deshalb bei Selbstuntersuchungen schwer zu erkennen.

In den meisten Fällen bilden ILC-Tumorzellen fadenförmige Muster anstatt Klumpen. Das kann dazu führen, dass selbst große ILC-Tumore schwer zu ertasten sind. Die Symptome von ILC-Tumoren reichen von keinerlei Beschwerden bis hin zu Veränderungen des Aussehens der Brustwarze oder der Brust, wie z. B. Grübchen, Verhärtung der Brust, Schwellungen oder Schmerzen. [4],[5] Bei der Selbstuntersuchung kann der ILC manchmal als feste Stelle oder Masse empfunden werden.

Das lobuläre Mammakarzinom kann an ungewöhnlichen Stellen Metastasen bilden.

Ähnlich wie bei IDC/NST, ILC können sich in Knochen, Gehirn, Leber und Lunge Metastasen bilden. ILC kann sich jedoch auch vermehrt an spezifischen Stellen ausbreiten, wie z. B. im Magen-Darm-Trakt (Magen, Dünndarm und Dickdarm), in Geschlechtsorganen (Eierstöcke, Gebärmutter), im Peritoneum (Bauchfell) und in selteneren Fällen in Leptomeningen (Hirn- und Rückenmarkshaut) [6] und im orbitalen Gewebe (Gewebe um das Auge). [7]

Lobuläre Brustkrebstumore treten häufig viele Jahre nach der ersten Diagnose wieder auf.

Brustkrebserkrankungen wie IDC/NST können nach der ersten Diagnose jederzeit wieder auftreten. Studien zeigen, dass ILC hingegen später wieder auftritt, mehr als zehn Jahre nach der ersten Diagnose. [8]

Das lobuläre Mammakarzinom ist bei Voruntersuchungen und mit der fortschrittlichen Bildgebungstechnik schwerer zu erkennen.

ILC wächst gewöhnlich in einem linearen Muster durch die Brust. Die Zellen verformen die umliegenden Strukturen nicht und bilden keine Klumpen. Deshalb ist ILC bei der Mammographie und mit Ultraschall schwieriger zu erkennen als IDC und die Metastasen sind kaum sichtbar. ILC wird bei Routineuntersuchungen oft übersehen, deshalb werden die Tumore in einer späteren Phase erkannt und diagnostiziert. Untersuchungen und Mammographie sind aber wichtig, weil sie sowohl lobulären Brustkrebs als auch andere Formen des Brustkarzinoms erkennen.

Das lobuläre Mammakarzinom wird derzeit trotz der Unterschiede wie das häufigere IDC/NST behandelt.

Der individuelle ILC-Behandlungsplan ist abhängig von vielen Faktoren, darunter die Größe und das Stadium der Krebserkrankung, genetische Faktoren, Beteiligung der Lymphknoten, der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten und individuelle Präferenzen. Es gibt derzeit keine ILC-spezifischen Behandlungsrichtlinien. Die Standardtherapie der Behandlung von Hormonrezeptor-positiven ILC im Frühstadium ist die gleiche wie die Behandlung von Hormonrezeptor-positiven IDC/NST. Die Entwicklung ILC-spezifischer Behandlungsmethoden muss weiter erforscht werden. [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 11;114:11: 1511-22, <https://doi.org/10.1093/jnci/djac157>