

이 팩트시트는 정보 제공 및 교육 목적으로만 사용됩니다.

소엽 유방암은 '희귀한' 암이 아닙니다.

침윤성 소엽암(ILC)으로도 알려진 소엽 유방암은 진단된 두 번째로 흔한 조직학적 유형의 유방암으로 모든 유방암의 약 10~15%를 차지합니다. [1],[2] 매년 약 43,000 건의 새로운 ILC 사례가 진단됩니다. ILC 는 신장암, 뇌암, 췌장암, 간암 또는 난소암보다 더 많은 여성에게 영향을 미칩니다. [3]

소엽 유방암은 유방암의 뚜렷한 하위 유형입니다.

가장 일반적인 유형의 ILC의 특징은 단백질 E-카데린이 없다는 점입니다. [2] ILC에는 고유한 하위 유형과 변형도 있습니다. [1] ILC의 임상 행동과 분자적 특징은 IDC/NST(No Special Type)라고도 하는 가장 흔한 유형의 유방암인 침윤성 유관암(IDC)과 구별된다는 점이 분명합니다. [1],[2],[4] ILC 특이적 치료법을 식별하기 위해 ILC의 생물학과 행동을 더 잘 이해하려면 더 많은 연구가 필요합니다.

소엽 유방암 종양은 일반적으로 덩어리로 형성되지 않으며 자가 검사에서 느끼기가 어렵습니다.

대부분의 경우 ILC 종양은 덩어리가 아닌 실 모양의 패턴으로 형성됩니다. 이로 인해 큰 ILC 종양조차 느끼기 어려울 수 있습니다. ILC 종양의 증상은 무증상에서 오목형성, 유방 경화, 부기 또는 통증과 같은 유두 또는 유방 모양의 변화에 이르기까지 다양합니다. [4],[5] 자가 검사에서 ILC 는 때때로 단단하거나 덩어리처럼 느껴질 수 있습니다.

소엽 유방암은 이례적인 위치로 전이될 수 있습니다.

IDC/NST 와 유사하게 ILC 는 뼈, 뇌, 간 및 폐로 전이될 수 있습니다. 그러나 ILC 는 위장관(위, 소장 및 결장), 부인과 장기(난소, 자궁), 복막(복부 내막), 드물게는 연수막(뇌 및 척수 내막)[6] 및 안와 조직(눈 주위 조직)과 같은 특수한 부위로도 퍼질 수 있습니다. [7]

소엽 유방 종양은 1 차 진단 후 수년 후에 자주 재발합니다.

IDC/NST 와 같은 소엽 유방암은 초기 진단 후 언제든지 재발할 수 있지만 연구에 따르면 ILC 는 초기 암 진단 후 10 년 이상이 지난 뒤 IDC 보다 늦게 재발하는 경우가 많습니다. [8]

소엽 유방암은 선별 검사 및 고급 영상에서 발견하기가 더 어렵습니다.

ILC 는 전형적으로 주변 구조를 왜곡하거나 덩어리를 형성하지 않고 유방을 통해 선형 패턴으로 성장하기 때문에 유방 조영술 및 초음파에서 IDC 보다 검출하기 더 어려우며 전이성인 경우 시각화 또한 더 어렵습니다. ILC 는 종종 보통의 검사에서 누락되어 더 크고 후기 단계의 종양이 발견 및 진단될 수 있습니다. 유방 조영술 검사는 소엽 유방암과 다른 유형의 유방암을 식별할 수 있기 때문에 여전히 중요합니다.

소엽 유방암은 그 차이점에도 불구하고 현재 더 일반적인 IDC/NST 처럼 치료됩니다.

ILC 에 대한 개인의 치료 계획은 암의 크기와 등급, 유전적 요인, 림프절 침범, 환자의 전반적인 건강 및 개인 선호도를 포함한 많은 요인에 따라 달라집니다. 현재 ILC 관련 치료 지침은 없습니다. 호르몬 수용체 양성 ILC 의 초기 단계 치료를 위한 치료 표준은 호르몬 수용체 양성 IDC/NST 의 치료와 동일합니다. ILC 관련 치료법을 식별하려면 더 많은 연구가 필요합니다. [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>