

Ficha informativa sobre carcinoma lobular invasivo (ILC)



Esta ficha informativa destina-se apenas a fins informativos e educativos.

O câncer de mama lobular não é um câncer "raro".

O câncer de mama lobular, também conhecido como carcinoma lobular invasivo (ILC), é o segundo tipo histológico mais comum de câncer de mama diagnosticado, sendo responsável aproximadamente por 10-15% de todos os cânceres de mama. [1],[2] Anualmente são diagnosticados cerca de 43.000 novos casos de ILC. ILC afeta mais as mulheres do que os cânceres de rim, cérebro, pâncreas, fígado ou ovários. [3]

O câncer de mama lobular é um subtipo distinto de câncer de mama.

Uma marca do tipo mais comum de ILC é a ausência da proteína E-cadherin. [2] ILC também tem subtipos e variantes únicas. [1] É evidente que o comportamento clínico e as características moleculares do ILC são distintos do tipo mais comum de câncer de mama, o câncer ductal invasivo (IDC), também conhecido como IDC/NST (Nenhum Tipo Especial). [1],[2],[4] É necessário mais investigações para compreender melhor a biologia e os comportamentos do ILC a fim de identificar as terapias específicas do ILC.

A maioria dos tumores lobulares do câncer de mama não se formam em nódulos e são difíceis de sentir em auto-exames.

A maioria dos tumores lobulares do câncer de mama não se formam em nódulos e são difíceis de sentir em auto-exames. Isto pode tornar até os tumores ILC de grande dimensão difíceis de sentir. Os sintomas de tumores ILC podem variar de não haver sintomas até alterações na aparência do mamilo ou da mama, tais como covinhas, endurecimento da mama, inchaço ou dor. [4],[5] No auto-exame, o ILC às vezes pode ser sentido como uma firmeza ou massa.

O câncer de mama lobular pode metástase em lugares pouco comuns.

Da mesma forma que o IDC/NST, o ILC pode metástase aos ossos, cérebro, fígado e pulmões. Não obstante, o ILC também pode se estender a determinados pontos como o trato gastrointestinal (estômago, intestino delgado e cólon), órgãos ginecológicos (ovários, útero), o peritônio (revestimento abdominal) e, em casos mais raros, a leptomeninge (revestimento do cérebro e da medula espinhal) [6] e os tecidos orbitais (tecidos ao redor do olho). [7]

Frequentemente, os tumores mamários lobulares voltam a aparecer muitos anos após o diagnóstico primário.

Assim como o IDC/NST, o câncer de mama lobular pode retornar novamente a qualquer momento após o diagnóstico inicial, os estudos mostram que o ILC muitas vezes ocorre após o IDC, mais de 10 anos após o diagnóstico inicial de câncer. [8]

O câncer de mama lobular é mais difícil de detectar no exame e nas imagens avançadas.

Como o ILC cresce normalmente de forma linear através do mama sem deformar as estruturas circundantes ou formar um nódulo, o ILC é mais difícil de detectar do que o IDC em mamografia e ultra-som ou de visualizar quando estiver metastático. O ILC muitas vezes não é detectado na análise de rotina, o que resulta em tumores grandes e de estágio posterior quando são detectados e diagnosticados. As mamografias de controle continuam sendo importantes, pois podem identificar os cânceres de mama lobulares, como também outros tipos de carcinomas mamários.

O câncer de mama lobular é atualmente tratado como o IDC/NST (mais comum), apesar de suas diferenças.

O plano de tratamento de um indivíduo para ILC depende de muitos fatores, incluindo o tamanho e grau do câncer, fatores genéticos, participação dos gânglios linfáticos e a saúde geral do paciente e preferências individuais. No momento, não existem diretrizes de tratamento específicas do ILC. O padrão de cuidados para o tratamento precoce do ILC positivo do receptor hormonal é o mesmo que o tratamento do IDC/NST positivo do receptor hormonal. São necessárias mais pesquisas para identificar protocolos de tratamento específicos do ILC. [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>