

Настоящий информационный бюллетень составлен исключительно в справочных и образовательных целях.

Дольковый рак молочной железы не относится к редким типам рака

Дольковый рак молочной железы, также называемый инвазивной дольковой карциномой (invasive lobular carcinoma, ILC), является вторым наиболее распространенным гистологическим типом диагностируемого рака молочной железы, на который приходится порядка 10-15 % всех случаев рака молочной железы. [1],[2] По оценкам, ежегодно диагностируется 43 000 новых случаев ILC. С ILC сталкивается больше женщин, чем с раком почек, мозга, поджелудочной железы, печени или яичников. [3]

Дольковый рак молочной железы – отдельный подтип рака молочной железы.

Отличительной чертой наиболее распространенного типа ILC является отсутствие белка E-кадгерина. [2] ILC также имеет уникальные подтипы и варианты. [1] Очевидно, что клиническое поведение и молекулярные особенности ILC отличаются от наиболее распространенного типа рака молочной железы, инвазивного протокового рака (Invasive Ductal Cancer, IDC), также известного как IDC/NST (без особого типа). [1],[2],[4] Чтобы лучше понять биологию и поведение ILC в целях выявления методов лечения, специфичных для ILC, требуются дополнительные исследования.

Опухоли долькового рака молочной железы, как правило, не формируются в виде объемных образований, и их трудно почувствовать при самообследовании

В большинстве случаев опухоли ILC имеют нитевидную форму и не образуют выраженных уплотнений. По этой причине даже большие опухоли ILC может быть трудно почувствовать. Симптомы опухолей ILC разнообразны: они могут отсутствовать вовсе или выглядеть как изменения во внешнем виде соска или груди, например, ямочки, затвердевание груди, отек или боль. [4],[5] При самообследовании ILC иногда может ощущаться как неопределенное уплотнение или набухание.

Дольковый рак молочной железы способен метастазировать в необычные места

Подобно IDC/NST, ILC может метастазировать в кости, мозг, печень и легкие. Вместе с тем, ILC также способен распространяться на уникальные участки, например, на желудочно-кишечный тракт (желудок, тонкая кишка и толстая кишка), гинекологические органы (яичники, матка), брюшину (оболочка брюшной полости), а в более редких случаях – на лептоменинкс (слизистая оболочка головного и спинного мозга) [6] и орбитальные ткани (ткани вокруг глаза). [7]

Опухоли долькового рака молочной железы часто образуются вновь через много лет после первичного диагностирования

В то время как рак молочной железы типа IDC/NST, способен рецидивировать в любое время после первичного диагностирования, исследования показывают, что ILC часто возвращается позже, чем IDC, – более чем через 10 лет после первичной постановки диагноза. [8]

Дольковый рак молочной железы труднее обнаружить с помощью скрининга и современных методов визуализации

Поскольку ILC обычно растет линейным образом через грудь, не искажая окружающих структур и не формируя объемного образования, по сравнению с IDC, ILC труднее обнаружить посредством маммографического и ультразвукового исследования или визуализировать при метастазировании. ILC часто пропускают при обычном скрининге, в результате чего обнаружение опухолей происходит на более поздних стадиях, когда они достигают больших размеров. Вместе с тем, скрининговые маммограммы важны, поскольку позволяют идентифицировать дольковый рак и прочие типы карцином молочной железы.

Дольковый рак молочной железы в настоящее время лечат так же, как и более распространенный IDC/NST, несмотря на его особенности

Индивидуальный план лечения ILC зависит от многих факторов, в том числе от размера опухоли и степени рака, генетических факторов, вовлечения лимфатических узлов, а также общего состояния здоровья пациента и его индивидуальных предпочтений. В настоящее время не существует протокола лечения, специфичного для ILC. Стандарт лечения гормон-рецептор-положительного ILC на ранней стадии аналогичен таковому для гормон-рецептор-положительного IDC/NST. Чтобы разработать специфичные для ILC протоколы лечения, требуются дополнительные исследования. [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>