

Invasive Lobular Carcinoma (ILC) Factsheet



Ang Fact Sheet na ito ay para lamang sa mga layuning pang-impormasyon at pang-edukasyon.

Ang lobular na kanser sa suso ay hindi isang "bihira" na kanser.

Ang lobular na kanser sa suso, na kilala rin bilang invasive lobular carcinoma (ILC), ay ang pangalawang pinakakaraniwang histolohikal na uri ng kanser sa suso na nasuri, na humigit-kumulang 10-15% ng lahat ng mga kanser sa suso. [1],[2] Tinatayang 43,000 bagong kaso ng ILC ang nasusuri bawat taon. Mas maraming kababaihan ang naaapektuhan ng ILC kaysa sa mga kanser sa bato, utak, lapay, atay, o mga obaryo. [3]

Ang lobular na kanser sa suso ay isang natatanging uri ng kanser sa suso.

Ang isang tanda ng pinakakaraniwang uri ng ILC ay ang kawalan ng protina na E-cadherin. [2] Mayroon ding mga natatanging uri at variant ang ILC. [1] Maliwanag na ang klinikal na katangian at mga molecular feature ng ILC ay naiiba sa pinakakaraniwang uri ng kanser sa suso, ang invasive ductal cancer (IDC), na kilala rin bilang IDC/NST (No Special Type o Walang Espesyal na Uri). [1],[2],[4] Higit pang pananaliksik ang kailangan para mas maunawaan ang biolohiya at katangian ng ILC para matukoy ang mga paggamot na partikular sa ILC.

Ang mga tumor ng lobular na kanser sa suso ay karaniwang hindi bumubukol at mahirap makapa sa mga pagsusuri sa sarili.

Kadalasan, ang mga tumor ng ILC ay nabubuo sa pattern na parang sinulid sa halip na mga bukol. Kahit na malalaki ang tumor ng ILC maaari na maging mahirap na kapain ito. Ang mga sintomas ng ILC tumor ay maaaring mula sa wala hanggang sa mga pagbabago sa hitsura ng utong o suso, tulad ng pagkakaroon ng biloy, paninigas ng suso, pamamaga, o pananakit. [4],[5] Sa pagsusuri sa sarili, kung minsan ang ILC ay maaaring madama bilang isang paninigas o bukol.

Maaaring kumalat sa mga hindi pangkaraniwang lugar ang lobular na kanser sa suso.

Katulad ng IDC/NST, ang ILC ay maaaring kumalat sa mga buto, utak, atay, at baga. Gayunpaman, ang ILC ay maaari ring kumalat sa mga natatanging lugar gaya ng gastrointestinal tract (tiyan, maliit na bituka, at kolon), mga gynecological organ (mga obaryo, bahay-bata), ang peritoneum (abdominal lining), at sa mas bihirang mga kaso na leptomeninges (lining ng utak at spinal cord) [6] at mga orbital tissue (mga tissue sa paligid ng mata). [7]

Ang lobular na tumor sa suso ay madalas na umuulit maraming taon pagkatapos na unang matukoy.

Bagama't ang lobular na kanser sa suso ay maaaring umulit, tulad ng IDC/NST, anumang oras pagkatapos na unang matukoy, ipinapakita ng mga pag-aaral na ang ILC ay madalas na umuulit nang higit sa 10 taon pagkatapos na unang matukoy ang kanser. [8]

Mas mahirap matukoy sa screening at makabagong imaging ang lobular na kanser sa suso.

Mas mahirap matukoy ang ILC kaysa sa IDC sa mammography at ultrasound o makita kung kumakalat na, dahil ang ILC ay karaniwang lumalaki sa isang linear na pattern sa suso nang hindi nababago ang mga nakapaligid na istruktura o bumubuo ng isang bukol. Madalas na hindi nakikita sa regular na screening ang ILC, na humahantong sa mas malaki at kalaunan ay malalang mga tumor kapag natukoy at nasuri. Mahalaga pa rin ang mga screening mammogram dahil matutukoy ng mga ito ang mga lobular na kanser sa suso gayundin ang iba pang uri ng mga kanser sa suso.

Kasalukuyang ginagamot ang lobular na kanser sa suso gaya ng mas karaniwang IDC/NST sa kabila ng mga pagkakaiba nito.

Ang plano ng paggamot ng isang indibiduwal para sa ILC ay nakasalalay sa maraming mga salik, kabilang ang laki at kalubhaan ng kanser, mga henetikong salik, pagkakasangkot ng kulaning limpatiko, at ang pangkalahatang kalusugan ng pasyente at mga indibiduwal na kagustuhan. Sa kasalukuyan, walang mga alituntunin sa paggamot na partikular sa ILC. Ang pamantayan ng pangangalaga para sa maagang yugto ng paggamot ng hormone receptor positive na ILC ay kapareho ng paggamot ng hormone receptor positive na IDC/NST. Higit pang pananaliksik ang kailangan para matukoy ang mga protocol ng paggamot na partikular sa 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>