



Points de repère du rédacteur

► Les progrès réalisés dans les thérapies adjuvantes du cancer du sein ont permis d'augmenter à 87 % le taux de survie à 5 ans. En conséquence, les ressources des centres de cancérologie ont été submergées par la prise en charge des survivantes en plus des soins aux patientes recevant un traitement actif. Il s'est produit progressivement un transfert vers les soins primaires des soins aux survivantes d'un cancer du sein qui sont dans un état stable.

► Cet article a pour objet de mettre en évidence un plan thérapeutique fondé sur des données probantes pour faciliter les soins aux survivantes d'un cancer du sein en soins primaires.

► L'Outil de soutien aux survivantes d'un cancer du sein permet aux patientes de préconiser leurs propres soins au moyen de lignes directrices révisées par des pairs, facilement accessibles et conviviales. Le recours à cet outil permettra aux professionnels des soins primaires d'être assurés de fournir des soins normalisés de grande qualité et fondés sur des données probantes à leurs patientes qui ont eu un cancer du sein.

Outil de soutien aux survivantes du cancer du sein

Faciliter les soins de survie au cancer du sein à l'intention des médecins de famille et des patientes

Anna N. Wilkinson MSc MD CCFP FCFP Catherine E. Boutet RN MD

Résumé

Objectif Produire un Outil national de soutien aux survivantes d'un cancer du sein (SSCS) qui facilite des soins appropriés, par les professionnels des soins primaires, aux patientes qui ont eu un cancer du sein après avoir terminé leur thérapie adjuvante.

Sources des données Une recension a été effectuée dans MEDLINE et PubMed pour trouver des ouvrages publiés de 2002 à 2018 au moyen des mots clés en anglais *breast cancer, survivorship, survivorship care plan, guideline, review, meta-analysis, chemotherapy, radiotherapy, treatment complications, adverse effects, late effects, screening, health promotion* et *follow up care*. Les lignes directrices nationales et provinciales des organisations de cancérologie ont aussi fait l'objet d'une revue. Les données probantes sont classées comme étant de niveau I, II ou III.

Message principal L'Outil SSCS présente un modèle fondé sur des données probantes pour assurer un transfert ininterrompu des soins des centres de cancérologie vers les soins primaires. Cet article explique les 4 étapes de la survie: la connaissance et la coordination des soins, la surveillance du cancer, la prise en charge des effets à long terme du traitement et la promotion de la santé.

Conclusion L'Outil SSCS aidera les professionnels des soins primaires à assurer que les survivantes d'un cancer du sein reçoivent des soins de grande qualité et fondés sur des données probantes.

Environ 1 femme sur 8 développera un cancer du sein au cours de sa vie, comme le démontrent les 26 300 nouveaux cas au Canada en 2017¹. Heureusement, d'importants progrès récents ont été réalisés dans les thérapies contre le cancer du sein, notamment en chirurgie, en chimiothérapie, de même que dans les traitements biologiques, endocriniens et en radiothérapie, ce qui a entraîné une augmentation du taux de survie à 5 ans, pour atteindre 87%¹. En conséquence, les ressources limitées des centres de cancérologie ont été submergées par la prise en charge des survivantes en plus de s'occuper des patientes en traitement actif. Il s'est donc produit un transfert progressif des soins aux survivantes d'un cancer du sein dans un état stable vers les soins primaires; toutefois, les médecins de soins primaires ont reçu peu de formation pour leur permettre de fournir ces soins en s'appuyant sur des données probantes². De fait, les plans de soins de survie varient actuellement d'un centre à l'autre et d'une province à l'autre.³⁻⁶

Le Groupe d'intérêt des membres sur les soins aux patients atteints du cancer du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est un comité de médecins de famille qui s'intéressent particulièrement à l'oncologie et au sein duquel sont représentées toutes les régions du Canada. Dans le cadre de son mandat d'appuyer les médecins de famille dans le domaine de l'oncologie, ce comité a élaboré un Outil de soutien aux survivantes du

cancer du sein (SSCS) fondé sur des données probantes, à l'intention des patientes et des professionnels, dans le but d'assurer des soins uniformes et appropriés à ces patientes. L'outil et son élaboration sont expliqués dans le présent article. Une version facile à imprimer de l'Outil SSCS peut être téléchargée à partir de **CFPlus***, et elle est accessible sur le site web du CMFC en faisant une recherche dans Google⁷.

Présentation du cas

M^{me} X. est une femme de 59 ans qui a récemment terminé un traitement contre un cancer du sein gauche (T2N1M0 – 2 tumeurs primaires, 1 ganglion lymphatique régional impliqué et aucune métastase distante; récepteur de l'œstrogène et récepteur de la progestérone positifs; récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain positif). Son traitement a comporté une lumpectomie avec biopsie d'un ganglion sentinelle; une chimiothérapie adjuvante avec de la doxorubicine, du cyclophosphamide et du paclitaxel; du trastuzumab; des bisphosphonates; et de la radiothérapie. Elle prend un inhibiteur de l'aromatase qu'elle devrait continuer pendant au moins 5 ans. Elle reçoit son congé du centre de cancérologie et est transférée à vos soins pour un suivi continu. Que devez-vous faire pour faire en sorte que ses soins soient adéquats?

Sources des données

L'Outil SSCS a été élaboré en se fondant sur les résultats d'une recherche documentaire systématique. Une recension a été effectuée dans MEDLINE et PubMed pour trouver des ouvrages publiés de 2002 à 2018 à l'aide des expressions MeSH suivantes, en anglais: *breast cancer, survivorship, survivorship care plan, guideline, review, meta-analysis, chemotherapy, radiotherapy, treatment complications, adverse effects, late effects, screening, health promotion* et *follow up care*. Les lignes directrices d'organisations de cancérologie nationales (américaines et canadiennes) et provinciales ayant une approche fondée sur des données probantes à l'égard du dépistage et de la surveillance du cancer du sein, des effets secondaires à la suite du traitement, de la surveillance après le traitement et de la promotion de la santé dans le cadre des soins de survie dans le milieu des soins primaires ont aussi été passées en revue, lorsqu'elles étaient accessibles.

Les données probantes étaient classées comme étant de niveau I, II ou III selon qu'elles reposaient sur des études randomisées contrôlées, des revues systématiques ou des méta-analyses (niveau I); des études non randomisées, de cohortes, cas-témoins ou épidémiologiques (niveau II); les opinions d'experts ou les déclarations consensuelles (niveau III).

*Une version facile à imprimer de l'Outil de soutien aux survivantes du cancer du sein est accessible dans **CFPlus**. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

Les recommandations et les thèmes principaux ont été amalgamés en un outil, et les niveaux des preuves ont été signalés dans la mesure du possible. Des oncologues médicaux et les membres du Comité du programme des soins aux patients atteints d'un cancer du CMFC ont passé l'Outil SSCS en revue afin d'assurer la pertinence du contenu et son applicabilité à l'échelle nationale.

Message principal

L'Outil SSCS (**Figure 1**) présente des recommandations de normes de soins fondées sur des données probantes pour les patientes atteintes d'un cancer du sein après une thérapie adjuvante. L'outil est conçu pour être utilisé à la fois par les patientes et par les professionnels des soins primaires. L'outil est divisé en 4 étapes:

- connaître sa patiente;
- surveillance du cancer;
- gestion des effets secondaires à long terme du traitement;
- promotion de la santé.

Étape 1: connaître sa patiente. L'Outil SSCS fait valoir que les thérapies pour le cancer du sein peuvent varier considérablement d'une patiente à l'autre, en fonction de la pathologie de leurs tumeurs (**Tableau 1**)^{8,9}. La première étape pour prodiguer des soins de survie appropriés est de comprendre avec exactitude les thérapies qu'a reçues la patiente. Les effets secondaires du traitement et les exigences en matière de surveillance varieront considérablement selon les thérapies en cause.

La thérapie adjuvante que reçoit une patiente atteinte d'un cancer du sein dépend de son risque de récurrence. Le traitement peut inclure une chimiothérapie, de la radiothérapie et, si la tumeur de la patiente exprime le récepteur du HER2 (récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain), il est possible qu'on lui ait aussi offert la thérapie ciblée au trastuzumab.

Une thérapie endocrinienne est offerte aux patientes dont les tumeurs sont positives au récepteur d'œstrogènes et au récepteur de progestérone. Il a été démontré que le blocage des œstrogènes réduisait la mortalité due au cancer du sein d'environ le tiers durant les 15 premières années suivant la thérapie définitive¹⁰. On offre aux femmes postménopausées une thérapie endocrinienne aux inhibiteurs de l'aromatase qui bloquent la conversion périphérique des androgènes en œstrogènes. Quoiqu'ils soient plus efficaces que le tamoxifène, les inhibiteurs de l'aromatase sont contre-indiqués chez les femmes avant la ménopause, parce que des niveaux périphériques plus bas d'œstrogènes pourraient inciter l'hypothalamus et la glande pituitaire à augmenter la production d'œstrogènes ovariens¹¹. Les femmes préménopausées ou périménopausées peuvent donc prendre du tamoxifène ou, si elles désirent obtenir les bienfaits additionnels conférés par la thérapie aux inhibiteurs d'aromatase, elles doivent d'abord procéder à une suppression ovarienne, soit par intervention

Figure 1

Outil de soutien aux survivantes du cancer du sein

Étape 1
 Connaissance et coordination des soins


Étape 2
 Surveillance du cancer

Étape 3
 Gestion des effets secondaires du traitement à long terme

Étape 4
 Promotion de la santé

Outil de soutien aux survivantes

Identification de la patiente



Étape 1 Connaître sa patiente

Profil de la patiente

Âge au diagnostic : _____

Date du diagnostic : _____

Siège du cancer du sein : G D BL

Type : _____

Grade : _____ Marges : _____

Ganglions lymphatiques impliqués : _____

ER+/ER- PR+/PR- HER2+/HER2-

TNM : _____ Stade : _____

Test génétique : _____

Statut de ménopause : _____

Date de la dernière mammographie : _____

Équipe de soins

Médecin de famille : _____

Oncologue médical : _____

Radio-oncologue : _____

Chirurgien général : _____

Chirurgien plastique : _____

Antécédents de traitement

Chirurgie

Tumorctomie Mastectomie

Biopsie du ganglion sentinelle

Dissection ganglionnaire axillaire

Reconstruction

Implant Lambeau tissulaire Autre _____

Chimiothérapie

Régime posologique : _____

_____ Anthracycline (doxorubicine, épirubicine) donnée : Oui Non

Radiothérapie

Dose totale : _____ Zone traitée : _____

Herceptin Oui Non

Bisphosphonate Oui Non

Suppression des ovaires Médicale Chirurgicale

Hormonothérapie

Médicament : _____

Date d'initiation du traitement : _____

Durée prévue du traitement : _____

Médicament : _____

Date d'initiation du traitement : _____

Durée prévue du traitement : _____

Date de fin du traitement : _____

La première étape des soins de survie consiste à comprendre le traitement oncologique qu'a reçu la patiente.

Ce formulaire peut être imprimé et rempli à la main, ou bien rempli en ligne.

© 2019 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour citer ce document :
 Collège des médecins de famille du Canada. *Outil de soutien aux survivantes du cancer du sein*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2019.

♥ Cardiotoxicité potentielle

*Il s'agit de la page 1 de l'Outil de soutien aux survivantes du cancer du sein. L'outil complet est accessible dans CPPlus. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet CPPlus.

Tableau 1. Thérapies adjuvantes possibles pour le cancer du sein

TYPE DE TRAITEMENT	INDICATION	DURÉE DE LA THÉRAPIE
Chimiothérapie	• Décision prise individuellement selon la stratification du risque, y compris la situation des ER-PR et HER2, la taille de la tumeur, le grade, l'invasion lymphovasculaire, l'état des ganglions lymphatiques et le score de récurrence	4 à 6 cycles de chimiothérapie
Trastuzumab	• HER2 positif	Aux 3 semaines pendant 1 an
Bisphosphonates	• Cancers à risque allant d'intermédiaire à élevé dans un état postménopausique	Aux 6 mois pendant 3 ans
Radiothérapie	• Après une lumpectomie -XRT du sein complet ou d'une partie • Après une mastectomie -XRT envisagée si la tumeur > 5 cm ou en présence d'autres facteurs pathologiques défavorables Atteinte positive des ganglions -XRT des ganglions à discuter	40,05 Gy en 15 fractions ou 50 Gy en 25 fractions
Thérapie endocrinienne	• ER ou PR positif • Préménopause -Tamoxifène -Inhibiteur de l'aromatase si suppression ovarienne chirurgicale (ovariectomie) ou médicale (agoniste du GnRH) • Postménopause -Inhibiteurs de l'aromatase (létrozole, anastrozole, exémestane)	5 à 10 ans

ER—récepteur d'œstrogènes, GnRH—hormone libérant de la gonadotrophine, HER2—récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain, PR—récepteur de la progestérone, XRT—radiothérapie externe.

Données tirées de Khatcheressian et coll.⁸ et Crew et coll.⁹.

chirurgicale ou par traitement avec un agoniste de l'hormone libérant de la gonadotrophine (GnRH). Le tamoxifène, les inhibiteurs de l'aromatase et les agonistes de la GnRH ont tous des profils uniques d'effets secondaires qui exigent des soins de suivi bien précis.

Il a été démontré que les bisphosphonates sont associés à une réduction de la récurrence du cancer du sein dans les os (ratio des taux de 0,76) et de la mortalité (ratio des taux de 0,82) chez les femmes postménopausées¹². Les lignes directrices actuelles préconisent que les femmes postménopausées atteintes de cancers à risque modéré ou élevé reçoivent de l'acide zolédronique aux 6 mois pendant 3 ans¹³. Les médecins de famille devraient interpréter les mesures de la densité minérale osseuse (DMO) en sachant que leurs patientes pourraient avoir pris ou prennent encore des bisphosphonates.

Étape 2: surveillance du cancer. Toutes les survivantes d'un cancer du sein devraient avoir un rendez-vous de suivi avec leurs professionnels des soins primaires aux 6 mois pendant les 5 premières années après la fin de leur traitement. Ces visites devraient comporter une anamnèse rigoureuse, le dépistage de signes et de symptômes d'une récurrence locale ou distante, et le traitement des effets secondaires^{8,14}. L'Outil SSCS met en évidence les sites communs d'une récurrence de la maladie et les symptômes correspondants, de même que les complications courantes du traitement, ce qui aidera les médecins de famille dans leur examen ciblé des systèmes.

Il faudrait dépister la fatigue, la dépression et l'anxiété chez toutes les survivantes d'un cancer du sein, car le tiers des patients ambulatoires atteints de cancer signalent des symptômes dépressifs de modérés à graves, et les craintes entourant la récurrence sont à l'origine d'une détresse et d'une anxiété considérables¹⁵. Il faut procéder à l'examen clinique des seins aux 6 mois, en portant spécifiquement attention aux ganglions lymphatiques régionaux, aux poumons et à l'abdomen. Il faudrait conseiller aux patientes de faire chaque mois un autoexamen des seins¹⁴. Une mammographie diagnostique devrait être faite chaque année⁸. Les effets cumulatifs d'une thérapie anticancéreuse, notamment la chimiothérapie, les glucocorticoïdes (comme anti-émétiques) et la thérapie endocrinienne, causent un degré de perte osseuse qui est considérablement plus important que celui normalement lié à l'âge¹⁶. Il faut donc mesurer la DMO au point de départ chez toutes les femmes postménopausées qui ont terminé une thérapie contre le cancer du sein, de même que chez les patientes en ménopause prématurée due à la chimiothérapie ou qui suivent un traitement endocrinien par inhibiteurs de l'aromatase ou des agonistes de la GnRH⁶. Les patientes qui continuent de prendre des inhibiteurs de l'aromatase courent un risque accru d'ostéoporose. Elles devraient faire l'objet d'un dépistage sur une base continue par une mesure de leur DMO aux 2 ans¹⁷, quoiqu'il faille ajuster l'intervalle entre les mesures de la DMO en fonction du risque de fracture estimé selon le

jugement clinique. Les taux de lipides doivent aussi être surveillés chez les patientes qui prennent des inhibiteurs de l'aromatase, parce que ces agents peuvent causer une hyperlipidémie^{14,18}.

Les médecins de famille sont dans une situation unique de pouvoir soigner les patientes de même que leur famille élargie, ce qui pourrait leur permettre de détecter des syndromes de cancer familial. Il y a lieu d'envisager un dépistage génétique lorsque les critères expliqués à l'Encadré 1 sont présents¹⁹⁻²².

Étape 3: effets secondaires à long terme du traitement. L'Outil SSCS met en évidence les effets secondaires à long terme courants de tous les traitements et leur prise en charge appropriée. Les effets secondaires peuvent se manifester immédiatement après la thérapie ou apparaître de nombreuses années plus tard. Quelle que soit la thérapie suivie, les survivantes d'un cancer du sein sont à risque plus élevé de dysfonction cognitive, de fatigue et de détresse psychologique²¹⁻²⁴. Le traitement du cancer du sein peut affecter toutes les facettes de la vie et pourrait contribuer à des problèmes dans les relations, à des difficultés financières et à une anxiété constante entourant la récurrence de la maladie. Les professionnels doivent donc être à l'affût d'une détresse psychologique et devraient procéder à un dépistage régulier pour proposer aux patientes, au besoin, de recevoir du counseling¹⁵. S'il est nécessaire de recourir à une pharmacothérapie, il faut être prudent si on prescrit la paroxétine ou la fluoxétine, car ces agents pourraient interagir avec le tamoxifène et diminuer son efficacité¹⁷.

Le lymphœdème est la complication chirurgicale la plus fréquente; par ailleurs, son incidence a diminué, pour atteindre 9% avec la dissection du ganglion sentinelle plutôt que d'être à 40% avec la dissection ganglionnaire axillaire. La prise en charge optimale du lymphœdème comprend la perte pondérale, le brassard de compression

et la massothérapie et, là où c'est accessible, une demande de consultation avec un spécialiste des lymphœdèmes²⁵.

Les patientes qui prennent du tamoxifène ont un risque relatif de thromboembolie veineuse, de l'ordre de 2 à 3 fois plus grand, et un risque relatif de 2,7 fois plus élevé de cancer de l'endomètre¹⁷. Tout saignement vaginal chez les femmes postménopausées qui prennent du tamoxifène doit faire l'objet d'une investigation pour exclure la possibilité d'un cancer de l'endomètre. Les inhibiteurs de l'aromatase peuvent causer de l'arthralgie ou de la myalgie considérables limitant souvent la dose, et ils augmentent le risque relatif de fractures ostéoporotiques de 47%^{9,26}.

La santé cardiovasculaire peut être affectée par toutes les thérapies contre le cancer du sein. Les agents chimiothérapeutiques épiburicine et doxorubicine de la famille des anthracyclines pourraient causer une baisse de la fraction d'éjection, qui peut se manifester sous forme d'insuffisance cardiaque de nombreuses années après la fin du traitement²⁷. Le trastuzumab peut aussi entraîner une diminution de la fonction cardiaque durant la thérapie, mais le problème peut être réversible si le trastuzumab est discontinué²⁸. Un rayonnement du côté gauche peut aggraver la cardiotoxicité en causant une fibrose d'une composante du cœur, qu'il s'agisse des valves, des vaisseaux sanguins, du myocarde ou du système de conduction^{29,30}. Enfin, les inhibiteurs de l'aromatase peuvent contribuer au développement de l'hypertension et de l'hyperlipidémie¹⁸. Une surveillance continue de la fonction cardiaque chez les survivantes d'un cancer du sein asymptomatiques n'est actuellement pas recommandée¹⁶; toutefois, les professionnels des soins primaires devraient considérer tout symptôme d'insuffisance cardiaque, qu'importe le moment après un traitement contre le cancer du sein, dans le contexte même de cette thérapie.

Encadré 1. Critères pour demander un dépistage du syndrome de cancer du sein familial

Envisager de demander un test génétique pour les patientes qui répondent à l'un ou l'autre des critères suivants:

- Diagnostic de cancer du sein à l'âge < 50 ans (surtout si < 35 ans)
- Cancer du sein triple négatif à l'âge < 60 ans
- Cancer des ovaires qu'importe l'âge
- Cancer des 2 seins
- Cancer du sein et de l'ovaire chez la même femme ou famille
- Multiples cancers du sein du même côté de la famille (maternelle ou paternelle)
- Cancer du sein chez l'homme
- Ethnicité juive ashkénaze

Données tirées de Falletti et coll.²¹ et de Reuter-Lorenz de Cimprich²².

Étape 4: promotion de la santé. Les survivantes d'un cancer du sein qui sont physiquement actives, maintiennent un poids santé, et évitent de fumer et d'abuser de l'alcool ont un risque moins élevé de récurrence du cancer du sein³¹⁻³³. Les médecins de famille devraient inciter activement leurs patientes survivantes d'un cancer du sein à adopter un mode de vie sain.

Compte tenu de la myriade de recommandations concernant les soins de survie après un cancer du sein, les interventions systématiques en santé préventive peuvent passer sous le radar. Une étude canadienne a révélé que durant une période de 4 ans, 65% des survivantes à un cancer du sein n'avaient pas subi de dépistage du cancer colorectal, et 40% n'avaient pas eu de dépistage du cancer du col³⁴. Les professionnels des soins primaires doivent veiller à ce que les soins de survie incluent aussi des soins préventifs appropriés.

Résolution du cas

M^{me} X. devrait prendre rendez-vous avec son médecin de famille aux 6 mois et, durant la visite, il faudrait passer en revue les systèmes pour détecter des signes de récurrence, les effets secondaires de la thérapie, de même que des symptômes de fatigue, d'anxiété ou de dépression. Ces visites devraient comporter un examen clinique, notamment des seins, des ganglions lymphatiques régionaux, du thorax et de l'abdomen. Il faudrait encourager M^{me} X. à faire un autoexamen des seins chaque mois. On devrait lui prescrire une mammographie 1 an après son imagerie diagnostique initiale, et la répéter tous les ans. Puisque M^{me} X. prend un inhibiteur de l'aromatase, il faudrait mesurer sa DMO aux 2 ans et surveiller sa lipidémie annuellement. Elle doit continuer à recevoir ses soins de santé préventifs. Compte tenu de la combinaison des anthracyclines, de la radiothérapie du côté gauche et du trastuzumab, tout signe laissant présager une dysfonction cardiaque (p. ex. dyspnée, œdème des membres inférieurs) devrait faire l'objet d'une investigation immédiate, sans avoir à répondre à des critères élevés pour demander une consultation en cardiologie. L'Outil SSCS peut être remis à M^{me} X. pour encourager sa participation à ses soins de survie.

Conclusion

Les médecins de famille s'acquittent de plus en plus de responsabilités dans la prestation des soins de survie, car les centres de cancérologie continuent d'être surchargés. Les soins de survie relèvent clairement du domaine des soins primaires. Les médecins de famille sont mieux placés que les centres de cancérologie pour offrir des soins de survie optimaux à la suite d'un cancer du sein, parce qu'ils ont l'avantage d'entretenir des relations à long terme avec leurs patientes, qu'ils connaissent bien leurs soutiens sociaux et leur famille, qu'ils ont un intérêt marqué pour les soins préventifs, et qu'ils ont une bonne connaissance et une meilleure compréhension des problèmes médicaux de leurs patientes au-delà du cancer.

L'Outil SSCS est présenté dans cet article comme moyen de jeter des ponts entre l'oncologie, les soins primaires et les patientes. L'outil SSCS permet aux patientes de préconiser leurs propres soins grâce à des lignes directrices facilement accessibles, révisées par des pairs et conviviales. Le recours à cet outil permettra aux professionnels des soins primaires d'être assurés de fournir des soins normalisés, de grande qualité et fondés sur des données probantes à leurs patientes qui ont eu un cancer du sein.

La D^{re} Wilkinson est professeure adjointe au Département de médecine familiale, directrice du programme de troisième année de pratique familiale en oncologie à l'Université d'Ottawa (Ontario) et présidente du Groupe d'intérêt des membres sur les soins aux patients atteints de cancer du Collège des médecins de famille du Canada. La D^{re} Boutet est résidente en médecine interne à l'Université McGill à Montréal (Québec).

Remerciements

La D^{re} Boutet a reçu une subvention en éducation des patients versée aux résidents en médecine familiale et une subvention pour programme de soutien du Collège des médecins de famille du Canada.

Collaboratrices

Les 2 auteures ont contribué à la revue des ouvrages, à leur interprétation et à la préparation du manuscrit aux fins de publication.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Anna N. Wilkinson; courriel anwilkinson@toh.ca

Références

- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. *Canadian cancer statistics. A 2018 special report on cancer incidence by stage*. Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2018. Accessible à : cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-EN. Réf. du 30 janv. 2019.
- Luctkar-Flude M, Aiken A, McColl MA, Tranmer J, Langley H. Are primary care providers implementing evidence-based care for breast cancer survivors? *Can Fam Physician* 2015;61:978-84.
- Olson R, rédacteur. *Your cancer survivorship care plan*. Vancouver, CB: BC Cancer Agency, Northern Health; 2012. Accessible à : www.bccancer.bc.ca/survivorship-site/Documents/Generic%20CP%20Electronic%20-%20revised%20June%202013.pdf. Réf. du 31 mars 2020.
- Hamilton Health Sciences, Juravinski Cancer Center. *Breast cancer survivorship care plan*. Hamilton, ON: Hamilton Health Sciences.
- L'Hôpital d'Ottawa. *Wellness Beyond Cancer Program. Survivorship*. Ottawa, ON: L'Hôpital d'Ottawa. Accessible à : <https://www.ottawahospital.on.ca/en/clinical-services/deptpgrmcs/programs/cancer-program/what-we-offer-our-programs-and-services/wellness-beyond-cancer-program/>. Réf. du 1^{er} déc. 2017.
- Action Cancer Ontario. *Ontario breast cancer follow-up care clinical guidance summary*. Toronto, ON: Action Cancer Ontario; 2019. Accessible à : <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/summary/SurvivorshipClinicalGuidanceBreast.pdf>. Réf. du 31 mars 2020.
- Collège des médecins de famille du Canada. *Breast Cancer Survivorship Tool*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2019. Accessible à : https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Directories/Committees_List/BCS_Tool_Eng_Sep30_2019.pdf. Réf. du 9 avr. 2020.
- Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F et coll. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2013;31(7):961-65. Publ. en ligne du 5 nov. 2012.
- Crew KD, Greenlee H, Capodice J, Raptis G, Brafman L, Fuentes D et coll. Prevalence of joint symptoms in postmenopausal women taking aromatase inhibitors for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2007;25(25):3877-83.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;365(9472):1687-717.
- Pistelli M, Della Mora A, Ballatore Z, Berardi R. Aromatase inhibitors in premenopausal women with breast cancer: the state of the art and future prospects. *Curr Oncol* 2018;25(2):e168-75. Publ. en ligne du 20 avr. 2018.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Adjuvant bisphosphonate treatment in early breast cancer: meta-analyses of individual patient data from randomized trials. *Lancet* 2015;386(10001):1353-61. Publ. en ligne du 23 juill. 2015. Errata dans : *Lancet* 2016;387(10013):30, *Lancet* 2017;389(10088):2472.
- Dhesy-Third S, Fletcher GG, Blanchette PS, Clemons MJ, Gandhi S, Gupta R et coll. *Use of adjuvant bisphosphonates and other bone-modifying agents in breast cancer*. Guideline 1-22-A. Toronto, ON: Action Cancer Ontario; 2016.
- Sister J, Chaput G, Sussman J, Ozokwelu E. Follow-up after treatment for breast cancer. Practical guide to survivorship care for family physicians. *Can Fam Physician* 2016;62:805-11 (ang), e578-85 (fr).
- Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, Hack T, Hamel M, Howes J et coll. *Pan-Canadian practice guideline: screening, assessment and management of psychosocial distress, depression and anxiety in adults with cancer*. Version 2. Canadian Partnership Against Cancer, Canadian Association of Psychosocial Oncology; 2015.
- Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL et coll. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. *J Clin Oncol* 2016;34(6):611-35. Publ. en ligne du 7 déc. 2015.
- Awan A, Esfahani K. Endocrine therapy for breast cancer in the primary care setting. *Curr Oncol* 2018;25(4):285-91. Publ. en ligne du 14 août 2018.
- Foglietta J, Inno A, de Iulius F, Sini V, Duranti S, Turazza M et coll. Cardiotoxicity of aromatase inhibitors in breast cancer patients. *Clin Breast Cancer* 2017;17(1):11-7. Publ. en ligne du 25 juill. 2016.
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;160(4):271-81.
- Heisey R, Carroll JC. Identification and management of women with a family history of breast cancer. Practical guide for clinicians. *Can Fam Physician* 2016;62:799-803.
- Falletti MG, Sanfilippo A, Maruff P, Weih L, Phillips KA. The nature and severity of cognitive impairment associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: a meta-analysis of the current literature. *Brain Cogn* 2005;59(1):60-70. Publ. en ligne du 21 juin 2005.

22. Reuter-Lorenz PA, Cimprich B. Cognitive function and breast cancer: promise and potential insights from functional brain imaging. *Breast Cancer Res Treat* 2013;137(1):33-43. Publ. en ligne du 9 oct. 2012.
23. Ahles TA, Saykin AJ. Breast cancer chemotherapy-related cognitive dysfunction. *Clin Breast Cancer* 2002;3(Suppl 3):S84-90.
24. Correa DD, Ahles TA. Cognitive adverse effects of chemotherapy in breast cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007;1(1):57-62.
25. Gradishar WJ, Anderson BO, Balassanian R, Blair SL, Burstein HJ, Cyr A et coll. Breast cancer, version 4.2017, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2018;16(3):310-20.
26. Amir E, Seruga B, Niraula S, Carlsson L, Ocaña A. Toxicity of adjuvant endocrine therapy in postmenopausal breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Canc Inst* 2011;103(17):1299-309. Publ. en ligne du 9 juill. 2011.
27. Raj S, Franco VI, Lipshultz SE. Anthracycline-induced cardiotoxicity: a review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2014;16(6):315.
28. Lenihan DJ, Oliva S, Chow EJ, Cardinale D. Cardiac toxicity in cancer survivors. *Cancer* 2013;119(Suppl 11):2131-42.
29. Straub JM, New J, Hamilton CD, Lominska C, Shnyder Y, Thomas SM. Radiation-induced fibrosis: mechanisms and implications for therapy. *J Cancer Res Clin Oncol* 2015;141(11):1985-94. Publ. en ligne du 25 avr. 2015.
30. Roychoudhuri R, Robinson D, Putcha V, Cuzick J, Darby S, Møller H. Increased cardiovascular mortality more than fifteen years after radiotherapy for breast cancer: a population based study. *BMC Cancer* 2007;7(9).
31. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV et coll. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2012;62(1):30-67.
32. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL et coll. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2012;62(4):243-74. Publ. en ligne du 2012 Apr 26. Erratum dans : *CA Cancer J Clin* 2013;63(3):215.
33. Kwan ML, Kushi LH, Weltzien E, Tam EK, Castillo A, Sweeney C et coll. Alcohol consumption and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer: the Life After Cancer Epidemiology study. *J Clin Oncol* 2010;28(29):4410-6. Publ. en ligne du 30 août 2010.
34. Grunfeld E, Moineddin R, Gunraj N, Del Giudice ME, Hodgson DC, Kwon JS et coll. Cancer screening practices of cancer survivors. Population-based, longitudinal study. *Can Fam Physician* 2012;58:980-6.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2020;66:e142-8.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **May 2020** issue on **page 321**.