

Outil de soutien aux survivantes du cancer du sein

Identification de la patiente

Étape 1 Connaître sa patiente

Étape 1
Connaissance et
coordination
des soins

Étape 2
Surveillance du cancer

Outil de soutien
aux survivantes

Gestion des effets
secondaires du
traitement à long terme

Promotion
de la santé

Étape 4

Étape 3

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

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 : _____

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.

Équipe de soins

Médecin de famille : _____

Oncologue médical : _____

Radio-oncologue : _____

Chirurgien général : _____

Chirurgien plastique : _____

© 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.

Antécédents de traitement

Chirurgie

- Tumorectomie 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 : _____

♥ Cardiotoxicité potentielle

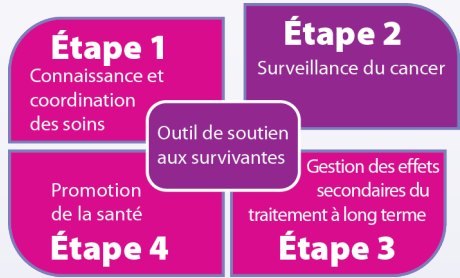
Étape 2

Surveillance du cancer

1,2,3,4,5,6,7,8

À toutes les visites :

- Informer les patientes des symptômes de récurrence
- Envisager d'ajuster les recommandations de suivi en fonction des comorbidités et de l'espérance de vie
- Envisager une consultation en génétique pour les syndromes du cancer du sein familial si :
 - Cancer du sein diagnostiqué à < 50 ans (surtout si < 35 ans)
 - Cancer du sein triple négatif diagnostiqué à < 60 ans
 - Cancer des ovaires à tout âge
 - Cancer du sein bilatéral
 - Cancer du sein et de l'ovaire présent chez la même femme ou dans la même famille
 - Plusieurs femmes de la famille (paternel ou maternel) atteintes du cancer du sein
 - Cancer du sein chez l'homme
 - Éthnie juive ashkénaze



Les tests suivants ne sont pas systématiquement recommandés :

- IRM du sein (I)
- Tests sanguins : FSC*, bilan hépatique, marqueurs tumoraux
- Imagerie : radiographie thoracique, TDM†, scintigraphie osseuse (I)
- Marqueurs cardiaques, échocardiogramme (III)



1 an

Anamnèse et examen physique tous les six mois (III)

Mammographie diagnostique un an après la mammographie pré-traitement et au moins six mois après la radiothérapie (II)

Auto-examen des seins mensuel (III)

Dépistage de détresse, d'anxiété et de dépression (I)

DMO‡ de base si :

- Patiente ménopausée
- Patiente sous IA** ou agoniste de la GnRH
- Ménopause précoce induite par chimiothérapie

2 ans

Anamnèse et examen physique tous les six mois (III)

Mammographie diagnostique (II)

Auto-examen des seins mensuel (III)

Dépistage de détresse, d'anxiété et de dépression (I)

Si patiente sous IA ou agoniste de GnRH :

- Taux de lipides annuel (III)

3 ans

Anamnèse et examen physique tous les six mois (III)

Mammographie diagnostique (II)

Auto-examen des seins mensuel (III)

Dépistage de détresse, d'anxiété et de dépression (I)

Si patiente sous IA ou agoniste de GnRH :

- DMO (III)
- Taux de lipides annuel (III)

4 ans

Anamnèse et examen physique tous les six mois (III)

Mammographie diagnostique (II)

Auto-examen des seins mensuel (III)

Dépistage de détresse, d'anxiété et de dépression (I)

Si patiente sous IA ou agoniste de GnRH :

- Taux de lipides annuel (III)

5 ans

Anamnèse et examen physique tous les six mois (III)

Mammographie diagnostique (II)

Auto-examen des seins mensuel (III)

Dépistage de détresse, d'anxiété et de dépression (I)

Si patiente sous IA ou agoniste de GnRH :

- DMO (III)
- Taux de lipides annuel (III)

Par la suite

Auto-examen des seins mensuel (III)

Mammographie diagnostique annuelle (II)

Dépistage de détresse, d'anxiété et de dépression (I)

Si patiente sous IA ou agoniste de GnRH :

- DMO tous les deux ans (III)
- Taux de lipides annuel (III)

* FSC = formule sanguine complète

† TDM = tomodensitométrie

‡ DMO = densité minérale osseuse

** IA = Inhibiteur de l'aromatase

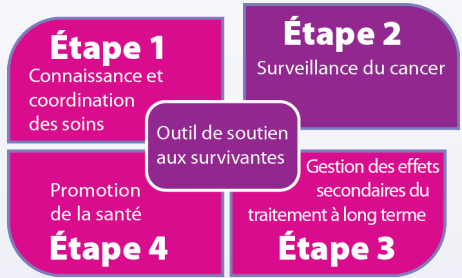
Le niveau des données probantes est indiqué entre parenthèses s'il y a lieu.

Pour une explication des différents niveaux, consultez le <https://tinyurl.com/y3bns5nc>.

Étape 2

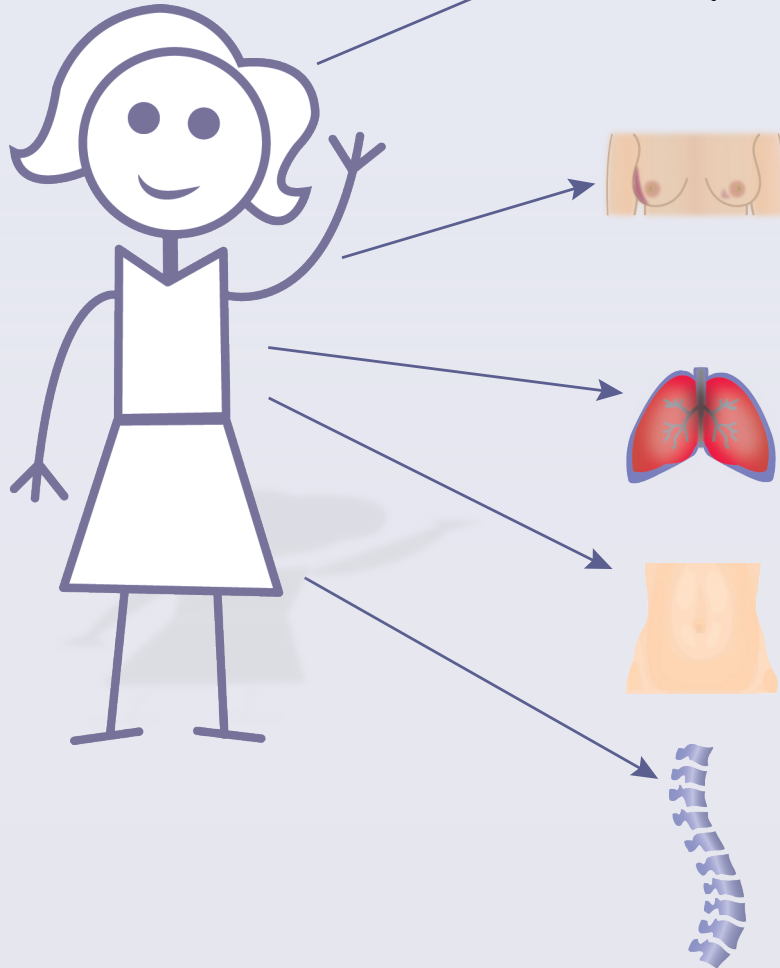
Surveillance du cancer : récurrence du cancer

3,9,10,11



Sièges courants de la récurrence : local, poumon, foie, os, cerveau

Toujours envisager la possibilité d'un nouveau cancer primitif et la nécessité d'une biopsie en plus d'une orientation vers le spécialiste approprié.



Nouveaux symptômes neurologiques

- Céphalée
- Convulsions
- Nausée et vomissements
- Nouvelle faiblesse et paresthésie

Étapes suivantes

- IRM (si disponible) ou TDM cérébrale avec produit de contraste
- Orientation en radio-oncologie, oncologie médicale et/ou neurochirurgie

Nouveaux symptômes mammaires et axillaires

- Capitonage de la peau
- Écoulement du mamelon
- Nouvelle masse palpable
- Nouveau ganglion lymphatique palpable
- Nouveau lymphœdème

- Mammographie, échographie
- Orientation vers un chirurgien du sein et/ou un centre de diagnostic du sein
- Orientation en oncologie médicale

Nouveaux symptômes respiratoires

- Toux
- Hémoptysie
- Dyspnée

- Radiographie pulmonaire, TDM du thorax
- Orientation en oncologie médicale

Nouveaux symptômes abdominaux

- Nausée et vomissements
- Nouvelle douleur somatique et vicérale
- Distension de l'abdomen
- Ictère

- Bilan hépatique, échographie ou TDM de l'abdomen à considérer
- Orientation en oncologie médicale

Nouvelle douleur osseuse

- Nouvelle douleur osseuse aiguë ou progressive

- Radiographie, scintigraphie osseuse ou IRM axiale à considérer
- Orientation en oncologie médicale ou radio-oncologie

Étape 3

Effets secondaires du traitement à long terme

Les effets secondaires à long terme dépendront des traitements que votre patiente a reçus. La chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie ont toutes différents effets secondaires possibles à long terme.



Dysfonctionnement cognitif^{5,12,13,14}

Chimiothérapie

- Déficit cognitif léger ou « chimio-cerveau »

Détresse psychologique^{3,5,15}

Tous les traitements

Fibrose pulmonaire^{16,17,18}

Radiothérapie

- Augmentation de la dyspnée

Stéatose hépatique^{8,19}

Hormonothérapie (tamoxifène)

- Peut se développer chez 33 % des patientes

Thromboembolie veineuse^{8,20}

Hormonothérapie (tamoxifène)

- Risque relatif de TEV deux à trois fois plus élevé
- Risque d'embolie pulmonaire de 0,2 % sur cinq ans

Athralgie, symptômes musculo-squelettiques^{8,21,22,23,24}

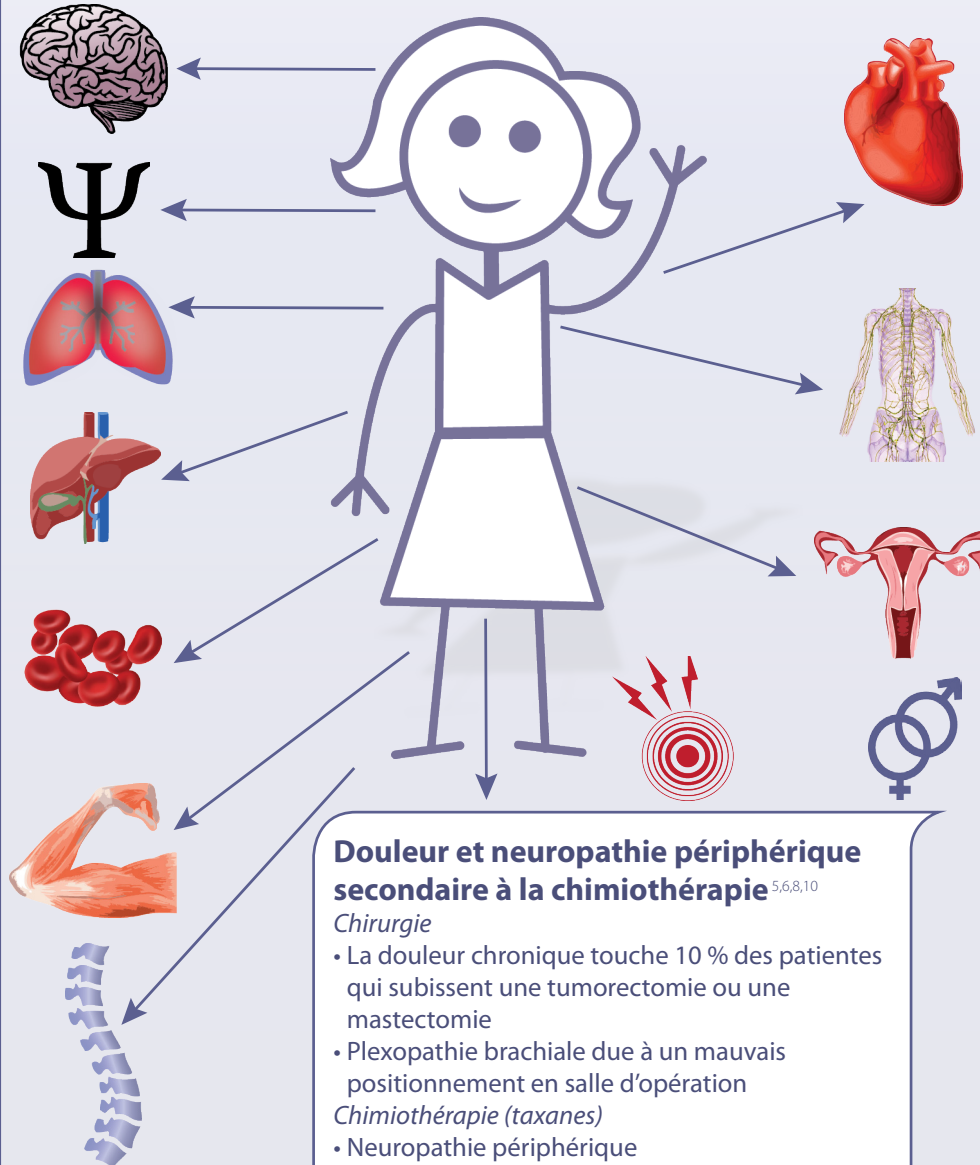
Hormonothérapie (IA)

- Touche 45 à 50 % des patientes sous IA

Ostéoporose^{3,5,8,25}

Chimiothérapie, hormonothérapie (IA, agoniste de GnRH)

- Augmentation du risque relatif de fractures de 47 % +/- 13 % ; augmentation absolue de 2 %



Douleur et neuropathie périphérique secondaire à la chimiothérapie^{5,6,8,10}

Chirurgie

- La douleur chronique touche 10 % des patientes qui subissent une tumorectomie ou une mastectomie
 - Plexopathie brachiale due à un mauvais positionnement en salle d'opération
- Chimiothérapie (taxanes)*
- Neuropathie périphérique

Santé cardiovasculaire^{3,5,8,26}

Chimiothérapie (anthracyclines; trastuzumab)

- Insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, arythmies
- Hormonothérapie (IA)*
- Hypertension, hyperlipidémie
- Radiothérapie*
- Fibrose

Lymphœdème

Chirurgie^{3,5,27}

- Le lymphœdème se développe suite à un évidement du ganglion sentinelle (9 %) ou axillaire (40 %)

Santé sexuelle, gynécologique^{3,8,25,28}

Chimiothérapie, hormonothérapie

- Anxiété liée à l'intimité en raison des changements psychologiques et physiques
- Chimiothérapie*
- Insuffisance ovarienne prématurée : 30 % des femmes < 25 ans; 90 % des femmes > 35 ans
- Hormonothérapie (IA)*
- Sécheresse vaginale, dyspareunie
- Hormonothérapie (tamoxifène)*
- Bouffées de chaleur chez 40 à 80 % des femmes
 - Cancer de l'endomètre ff(RR 2,7)
- Risque accru de malignité secondaire^{5,8,29}**
- Chimiothérapie, radiothérapie*

Étape 3

Gestion des effets secondaires du traitement à long terme

Dysfonctionnement cognitif ^{3, 5, 13, 14, 15}

- Demander à la patiente si elle éprouve des difficultés cognitives (III)
- Évaluer les facteurs contributifs réversibles et traiter de façon optimale lorsque possible (I)
- Demander un examen neurocognitif et la réhabilitation en cas de signes de déficit cognitif (I)
- Proposer des stratégies d'adaptation (relaxation, gestion du stress, exercices) (III)

Détresse psychologique ^{3, 5, 9, 15}

- Évaluer fréquemment pour l'anxiété, la dépression, la détresse psychologique (I)
- Orienter vers des services de counseling ou instaurer une pharmacothérapie (II)
- Éviter la paroxétine et la fluoxétine en raison d'interaction potentielle avec le tamoxifène

Fibrose pulmonaire ^{16, 17, 18}

- Évaluer la dyspnée
- Demander une radiographie pulmonaire, des tests de la fonction respiratoire et, au besoin, une TDM du thorax
- Orienter en pneumologie

Stéatose hépatique ^{8, 19}

- Si les résultats du bilan hépatique s'élèvent à plus de deux fois la limite de la normale, arrêter le tamoxifène et revérifier les valeurs hépatiques. Si le médicament est recommencé, refaire le bilan hépatique tous les trois à six mois. Si les valeurs continuent à augmenter, orienter la patiente en hépatologie.

Thromboembolie veineuse ^{8, 20}

- Traiter la TEV selon les lignes directrices

Ostéoporose ^{3, 5, 8, 25}

- Demander une DMO tous les deux ans si la patiente prend un IA ou un agoniste GnRH (III)
- Prendre en charge conformément aux lignes directrices sur l'ostéoporose



Santé cardiovasculaire ^{3, 5, 8, 26}

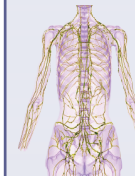
- Encourager la modification du mode de vie (alimentation saine, exercice, abandon du tabac)
- Surveiller les taux de lipides (III)
- Prendre en charge les facteurs de risque cardiaque de manière appropriée
- En présence de symptômes effectuer un bilan cardiaque : test d'effort, échocardiographie, etc.
- En cas de signes de cardiotoxicité, orienter en cardiologie

Lymphoedème ^{3, 5, 27}

- Tenir compte de la perte de poids (III)
- Informer la patiente des signes et symptômes du lymphoedème (III)
- En l'absence de lymphoedème, donner au besoin une injection et mesurer la tension artérielle; en cas de lymphoedème, éviter les injections et la prise de tension artérielle dans le bras affecté
- Garder la peau propre et éviter les blessures
- Essayer une manche de compression
- Prescrire la massothérapie
- Orienter vers un spécialiste de lymphoedème si disponible (III)

Douleur et neuropathie périphérique secondaire à la chimiothérapie ^{5, 6, 8, 10, 27}

- Évaluer la douleur et les facteurs contributifs avec l'échelle de douleur et l'anamnèse (III)
- Prescrire un traitement non pharmacologique : activité physique, acupuncture, TENS (III)
- Prescrire un traitement pharmacologique : acétaminophène, AINS, duloxétine, prégabaline (I)
- Renseigner la patiente au sujet de la douleur du sein fantôme
- Envisager une orientation vers un spécialiste de la douleur et du lymphoedème (III)



Étape 1
Connaissance et coordination des soins

Étape 2
Surveillance du cancer

Outil de soutien aux survivantes

Promotion de la santé
Étape 4

Gestion des effets secondaires du traitement à long terme
Étape 3

Ménopause précoce ^{3, 8, 25}

- Recommander la thérapie cognitivo-comportementale (II)
- Prescrire des exercices (II)
- Offrir de l'information et du counseling (II)
- Prescrire des IRSNA, des ISRS, de la gabapentine ou des modifications du mode de vie pour atténuer les symptômes vasomoteurs
- Éviter la paroxétine et la fluoxétine en raison d'interaction potentielle avec le tamoxifène

Infertilité ^{3, 8, 25}

- Orienter vers un spécialiste d'infertilité, considérez la préservation de la fertilité lors du diagnostic (III)

Santé sexuelle ^{3, 8, 25}

- Évaluer les signes et symptômes de problèmes sexuels ou d'intimité (III)
- Songer aux facteurs contributifs réversibles (III)
- Demander à la patiente si elle souffre de sécheresse vaginale; offrir des lubrifiants non-hormonaux, des hydratants et des préparations de lidocaïne (I)

Cancer de l'endomètre ^{3, 8, 29}

- Envisager de demander une échographie pelvienne et/ou une biopsie de l'endomètre chez les patientes ménopausées sous tamoxifène qui ont des saignements irréguliers

Athralgie, symptômes musculo-squelettiques ^{8, 21, 22, 23, 24}

- Envisager de passer à un autre IA
- Envisager l'exercice, la massothérapie, l'acupuncture et les AINS



Étape 4

Promotion de la santé

Gestion du poids^{3,25,30,31}

Les survivantes du cancer du sein dont l'IMC est au-dessus de 30 présentent un risque accru de récurrence et de nouveaux cancers primitifs. Les médecins qui leur dispensent des soins primaires doivent leur conseiller :

- Une alimentation saine (III)
- L'activité physique (III)
- La perte de poids (III)

Activité physique^{5,10,31}

L'activité physique est recommandée chez toutes les survivantes du cancer du sein. Selon les données probantes, les survivantes qui font de l'activité physique tous les jours ont un moins grand risque de décès, un taux réduit de dépression et une meilleure qualité de vie, en plus d'éprouver moins de fatigue et de douleur. Les fournisseurs de soins primaires doivent leur faire les recommandations suivantes :

- Reprendre leurs activités quotidiennes le plus tôt possible après le diagnostic initial (II)
- Faire 150 minutes d'exercice modéré par semaine, ou 75 minutes d'exercice à haute intensité (I)
- Faire de l'entraînement musculaire deux fois par semaine (I)

Abandon du tabac^{3,8}

Les survivantes du cancer du sein qui cessent de fumer réduisent grandement leur risque de décès toutes causes confondues. (III) Ainsi, les fournisseurs de soins doivent :

- Encourager l'abandon du tabac (I)
- Offrir des ressources et du soutien pour cesser de fumer (I)

En ce qui concerne la marijuana, il n'existe aucune donnée probante sur les risques de son usage pour la santé des survivantes du cancer du sein.

Alcool^{3,8,25,30,32}

Les survivants du cancer qui consomment davantage d'alcool ont un taux de récurrence plus élevé. Les patientes qui ont survécu à un cancer du sein ne devraient pas boire plus de trois ou quatre verres (14 g d'alcool/verre) par semaine.



Étape 1

Connaissance et coordination des soins

Étape 2

Surveillance du cancer

Outil de soutien aux survivantes

Gestion des effets secondaires du traitement à long terme

Promotion de la santé

Étape 4

Étape 3

Nutrition⁵

Bien qu'aucunes données scientifiques ne prouvent qu'une alimentation saine suffit à elle seule à prévenir la récurrence du cancer, les fournisseurs de soins primaires doivent expliquer à leurs patientes l'importance d'un régime alimentaire qui est bon pour la santé cardiovasculaire, c'est-à-dire :

- Une alimentation faible en gras saturés et riche en fruits, légumes et grains entiers (I)
- Des quantités limitées de viande transformée et de viande rouge (I)
- Des suppléments de vitamines et de fer, uniquement en cas de carence (III)
- Un apport quotidien en calcium (1200 mg/jour) et en vitamine D (800 IU/jour)

Soins préventifs^{3,33}

Une étude canadienne a démontré que, après quatre années de suivi, 65 % des survivantes du cancer du sein n'avaient jamais été soumises au dépistage du cancer colorectal et 40 % n'avaient jamais subi le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les fournisseurs de soins primaires doivent poursuivre le dépistage systématique pendant et après le traitement du cancer.

1. Grunfeld E, Dhesy-Thind S, Levine M; au nom du Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein. (2005). Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein : Soins de suivi après le traitement d'un cancer du sein (sommaire de la version révisée de 2005). *JAMC*. 2005;172(10):1319-1320.
2. 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 Nat Compr Canc Netw*. 2018;16(3):310-320.
3. Sisler J, Chaput G, Sussman J, Ozokwelu E. Suivi après le traitement du cancer du sein : Guide pratique des soins aux survivantes à l'intention des médecins de famille. *Médecin de famille canadien*. 2016;62(10):e578-e585.
4. 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):271-281.
5. 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):611-635.
6. Action Cancer Ontario. Ontario Breast Cancer Follow-up Care Clinical Guidance Summary. 2019. Sous presse.
7. Boekhout AH, Maunsell E, Pond GR, Julian JA, Coyle D, Levine MN et coll. A survivorship care plan for breast cancer survivors: Extended results of a randomized clinical trial. *J Cancer Surviv*. 2015;9(4):683-691.
8. Awan A, Esfahani K. Endocrine therapy for breast cancer in the primary care setting. *Curr Oncol*. 2018;25(4):285-291.
9. Weiss M, Wojciechowski BS, Gupta S. Recurrent breast cancer. Breastcancer.org (site Web). Dans : www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/recurrent. Dernière mise à jour : 22 oct. 2018. Date de consultation : 25 nov. 2018.
10. Bevers TB, Helvie M, Bonaccio E, Calhoun KE, Daly MB, Farrar WB et coll. Breast cancer screening and diagnosis, version 3.2018, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Nat Compr Canc Netw*. 2018;16(11):1362-1389.
11. Simon S. When breast cancer comes back. American Cancer Society (site Web). Dans : www.cancer.org/latest-news/when-breast-cancer-comes-back.html. Date de publication : 2015. Date de consultation : 25 nov. 2018.
12. Dumas JA, Makarewicz J, Schaubhut GJ, Devins R, Albert K, Dittus K et coll. Chemotherapy altered brain functional connectivity in women with breast cancer: a pilot study. *Brain Imaging Behav*. 2013;7(4):524-532.
13. Ganz PA, Petersen L, Castellon SA, Bower JE, Silverman DH, Cole SW et coll. Cognitive function after the initiation of adjuvant endocrine therapy in early-stage breast cancer: an observational cohort study. *J Clin Oncol*. 2014;32(31):3559-3567.
14. Ahles TA, Saykin AJ. Breast cancer chemotherapy-related cognitive dysfunction. *Clin Breast Cancer*. 2002;3(suppl 3):S84-S90.
15. Giese-Davis J, Sisler J, Zhong L, Brandelli Y, McCormick JL, Railton C et coll. Alberta CancerBridges development of a care plan evaluation measure. *Curr Oncol*. 2018;25(1):e59-e72.
16. Agishev TT, Topuzov EE, Krasnozhan DA, Petrachkov AO, Pavlov RV, Doniyarov SH. Determination of oxygen perfusion in the area of radiation-induced fibrosis of the skin in patients with breast cancer and its role in pathogenesis of late radiation injury. *Exp Oncol*. 2018;40(3):235-238.
17. Citrin DE, Prasanna PGS, Walker AJ, Freeman ML, Eke I, Barcellos-Hoff MH et coll. Radiation-induced fibrosis: mechanisms and opportunities to mitigate. Report of an NCI workshop, September 19, 2016. *Radiat Res*. 2017;188(1):1-20.
18. 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):1985-1994.
19. Hong N, Yoon HG, Seo DH, Park S, Kim SI, Sohn JH et coll. Different patterns in the risk of newly developed fatty liver and lipid changes with tamoxifen versus aromatase inhibitors in postmenopausal women with early breast cancer: a propensity score-matched cohort study. *Eur J Cancer*. 2017;82:103-114.
20. Cuzick J, Forbes J, Edwards R, Baum M, Cawthorn S, Coates A et coll. First results from the International Breast Cancer Intervention Study (IBIS-I): a randomised prevention trial. *Lancet*. 2002;360(9336):817-824.
21. Nishihori T, Choi J, DiGiovanna MP, Thomson JG, Kohler PC, McGurn J et coll. Carpal tunnel syndrome associated with the use of aromatase inhibitors in breast cancer. *Clin Breast Cancer*. 2008;8(4):362-365.
22. Dizdar O, Ozcakar L, Malas FU, Harputluoglu H, Bulut N, Aksoy S et coll. Sonographic and electrodiagnostic evaluations in patients with aromatase inhibitor-related arthralgia. *J Clin Oncol*. 2009;27(30):4955-4960.
23. 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):3877-3883.
24. Hershman DL, Loprinzi C, Schneider BP. Symptoms: aromatase inhibitor induced arthralgias. *Adv Exp Med Biol*. 2015;862:89-100.
25. Luctkar-Flude M, Aiken A, McColl MA, Tranmer J. A comprehensive framework and key guideline recommendations for the provision of evidence-based breast cancer survivorship care within the primary care setting. *Fam Pract*. 2015;32(2):129-140.
26. 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):11-17.
27. Ligibel JA, Denlinger CS. New NCCN guidelines for survivorship care. *J Nat Compr Canc Netw*. 2013;11(5 suppl):640-644.
28. Khatcheressian JL, Hurlay 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):961-965.
29. Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, McNeely ML. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer*. 2012;118(8 suppl):2312-2324.
30. 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):243-274.
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. 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):4410-4416.
33. 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(9):980-986.