Discussions pratiques pour les médecins de famille

LE 27 OCTOBRE 2020

Divulgation du Présentateur

Dr Jean-Pierre Arseneau, MD, LMCC, CMFC

Liens avec des commanditaires

- Programme de formation médicale francophone du Nouveau Brunswick (coordinateur régional de l'enseignement)
- J'appartiens Maritime Research Clinic qui a des ententes de recherches permettant à ma collègue dermatologue d'effectuer de la recherche phase 3-4 sur le psoriasis. Notre activité cessera en mars 2021 à la fin du protocole.

Ce programme n'a pas reçu de soutien financier ou en nature.

Le cancer du sein en première ligne

Dre Geneviève Chaput

BA Communications Relations Humaines, MA Professions de la santé Éducation, CMFC (SP), Expertise soins survivance au cancer, Certification Casley-Smith gestion lymphedème associée au cancer

Centre universitaire de santé McGill

Divulgation du Présentateur

Dre Geneviève Chaput

Liens avec des commanditaires

- Vice-présidente comité soins cancer, Section des groups d'intérêts des members (SGIM) du CMFC
- Membre comité exécutif et présidente élue, Association Canadienne des Médecins Omnipraticiens en Oncologie (ACMOO)
- Membre comité soins cancer en première ligne, Programme Québécois de cancérologie du MSSS

Aucun conflit d'intérêt

Remerciements: Dre Anna Wilkinson, présidente comité soins cancer SGIM

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette présentation, les participants:

- Seront familiarisés avec les recommandations de dépistage ainsi que du bilan d'investigations indiqué concernant le cancer du sein;
- Auront une meilleure compréhension des modalités de traitements du cancer du sein, dont les chirurgies, chimiothérapies, thérapies ciblées, radiothérapie, ainsi que les traitements endocriniens;
- Connaîtront davantage les soins de survie à prodiguer en première ligne pour les patientes ayant eu un cancer du sein.

Cancer du Sein: Sommaire de la présentation Dépistage

Diagnostic

Traitements

Soins de survie

Dépistage

Recommandations concernant le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans qui ne sont pas à risque accru de cancer du sein

Scott Klarenbach M.D., M.Sc., Nicki Sims-Jones inf., M.Sc.inf, Gabriela Lewin M.D., Harminder Singh M.D., MPH, Guylène Thériault M.D., Marcello Tonelli M.D, S.M., Marion Doull Ph. D., Susan Courage inf., B.Sc.inf., Alejandra Jaramillo Garcia M.Sc., Brett D. Thombs Ph.D.; pour le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

■ Citation: CMAJ 2018 December 10;190: E1441-51. doi: 10.1503/cmaj.180463

Voir article connexe ici: www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.181538

Balados du *CMAJ*: Entrevue en anglais à l'adresse https://soundcloud.com/cmajpodcasts/180463-guide-eng; Entrevue en français à l'adresse https://soundcloud.com/cmajpodcasts/180463-guide-fre

e taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes canadiennes est passé de 41,7 par 100 000 en 1988 à environ 23,2 par 100 000 en 2017, tandis que l'incidence standardisée selon l'âge est demeurée relativement stable, autour de 130 par 100 000 depuis 2004¹. Alliée à une incidence stable, la baisse de la mortalité pourrait être due à l'amélioration des traitements pour le cancer du sein, à la détection rapide du cancer

POINTS CLÉS

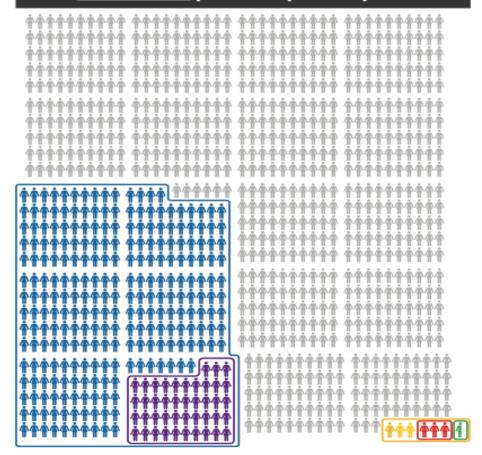
 Des données probantes de faible certitude indiquent que le dépistage du cancer du sein par mammographie donne lieu à une réduction modeste de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans; le bénéfice absolu est plus faible chez les femmes de moins de 50 ans. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Dépistage cancer du sein par mammographie

Recommandations femmes de 40 à 49 ans:

- Aucun dépistage recommandé
- Recommandation conditionnelle;
 faible certitude
- "Décision d'avoir ou non un dépistage dépend de valeur relative qu'une femme accorde aux bénéfices et préjudices possibles du dépistage"

Dépistage auprès de 1000 femmes âgées de 40 à 49 ans durant 7 ans qui ne sont pas à risque accru



Avec le dépistage:

294 femmes auront des résultats faussement positifs

43 d'entre elles devront avoir une biopsie inutile

7 femmes recevront un diagnostic de cancer du sein. Parmi ces 7 femmes:

3 femmes seront traitées pour un cancer qui n'aurait jamais causé de problème

Moins d'un décès par cancer du sein sera évité

Dépistage cancer du sein par mammographie

Recommandations femmes de 50 à 74 ans:

- Dépistage par mammographie tous les 2 à 3 ans
- "Décision d'avoir ou non un dépistage dépend de la valeur relative qu'une femme accorde aux bénéfices et préjudices possibles du dépistage" (recommandation conditionnelle; données probantes de très faible certitude)

Dépistage cancer du sein par mammographie

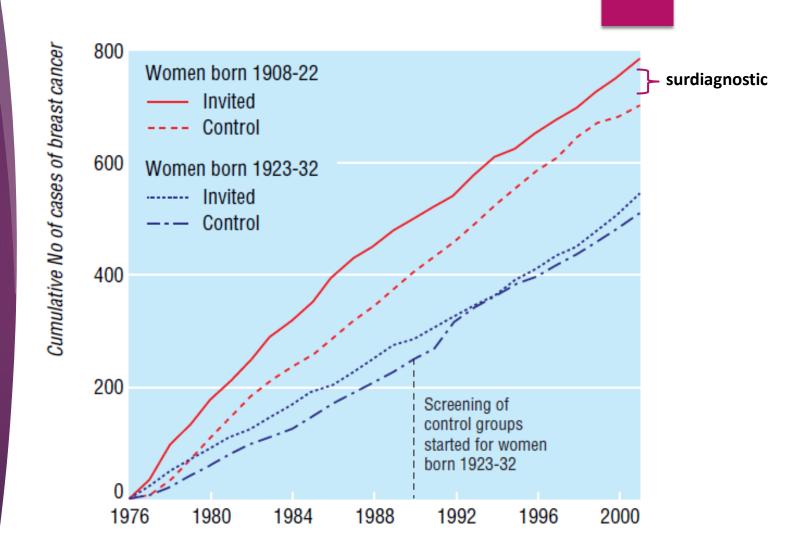
Tableau 3 : Faux-positifs et biopsies superflues chez une cohorte de femmes inscrites à un programme de dépistage du cancer du sein d'une durée de 7 ans*47

	Groupe d'âge, ans			
Paramètre	40-49	50-59	60-69	70-74
Par 1000 femmes soumises au dépistage†				
Mammographie – FP	294	294	256	219
Biopsies suite au FP	43	37	35	30
Pour chaque décès par cancer du sein évité				
Mammographie – FP (pour 3 cycles de dépistage)†	508	392 (M)	278	141
Biopsies suite aux FP (pour 3 cycles de dépistage)†	74	50 (M)	38	19

Surdiagnostic

Dépistage entraine surdiagnostic, qui mène à des traitements pour un cancer qui n'aurait pas modifié la qualité et la quantité de vie d'une personne

Estimations surdiagnostic varient considérablement de 0 à 57%



Dépistage cancer du sein: autres modalités

Non recommandé:

Imagerie par résonnance magnétique, tomosynthèse ou l'échographie pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes qui ne sont pas à risque accru (recommandation forte; absence de données probantes)

Dépistage cancer du sein: autres modalités

Non recommandé:

L'examen clinique des seins pour le dépistage du cancer du sein (recommandation conditionnelle; absence de données probantes)

Dépistage cancer du sein: autres modalités

Non recommandé:

L'auto-examen des seins pour le dépistage du cancer du sein (recommandation conditionnelle; données probantes de faible certitude)



Provincial and Territorial Breast Cancer Screening Clinical Practice Guidelines

For asymptomatic women at average risk:

	Start age	Interval	Stop age	Exclusion criteria
Nunavut*				
Northwest Territories	Begin at age 50 (age 40-49 accepted by physician referral for initial screen but not actively recruited)	For women aged 40-49 - annual recall For women aged 50-74 - biennial recall	75	Personal history of breast cancer; no NWT healthcare coverage; no primary healthcare provider; acute symptoms; breast implants; breastfeeding in last 3 months
Yukon	Begin at age 50 (age 40-49 accepted by self-referral but not actively recruited)	For women aged 50-74 - biennial recall	74 (age 75+ accepted by self referral, but not recalled)	Previous breast cancer; breast implants; signs or symptoms of breast cancer
British Columbia	Begin at age 50 (age 40-49 accepted by self-referral but not actively recruited)	For women aged 40-49 - biennial recall For women aged 50-74 - biennial recall	74 (age 75+ accepted by self referral but not actively recruited or recalled)	Previous breast cancer; breast implants

^{*}No organized screening program available in Nunavut

Provincial and Territorial Breast Cancer Screening Clinical Practice Guidelines



For asymptomatic women at average risk:

	Start age	Interval	Stop age	Exclusion criteria
Alberta	Begin at age 50 (age 40-49 accepted with physician referral for the first screen)	For women aged 40-49 - annual recall For women aged 50-74 - biennial recall	74	Women less than age 40; signs or symptoms of breast cancer; requiring follow-up with diagnostic imaging; requiring work-up for an unknown primary malignancy or possible metastatic disease to the breast or axilla; known diagnosis/history of breast cancer; men
Saskatchewan	Begin at age 50 (age 49 accepted to mobile unit if turning 50 in same calendar year)	For women aged 50-74 - biennial recall	75+	Breast cancer in last 5 years; breast implants
Manitoba	Begin at 50 (ages 40- 49 accepted to mobile unit with physician referral)	For women aged 40-49 - biennial recall For women aged 50-74 - biennial recall	74 (age 75+ accepted by self referral but not actively recruited or recalled)	Previous breast cancer; breast implants; had a mammogram in the last 12 months
Ontario	Begin at age 50	For women aged 50-74 - biennial recall	74 (women 75+ can be screened but require a physician referral; not actively recruited or recalled by the OBSP)	Acute breast symptoms; previous breast cancer; breast implants; mastectomy; had a mammogram in the last 11 months



Provincial and Territorial Breast Cancer Screening Clinical Practice Guidelines

For asymptomatic women at average risk:

	Start age	Interval	Stop age	Exclusion criteria (e.g. no previous breast cancer)
Québec	Begin at age 50 (accept ages 35-49 only with physician referral, at a program designated screening or referral centre)	For women aged 50-69 - biennial recall	69 (age 70+ only with a physician referral, at a program designated screening or referral centre)	Previous breast cancer
New Brunswick	Begin at age 50 (age 40-49 accepted only with physician or nurse practitioner referral)	For women aged 50-74 - biennial recall	74 (age 74+ only with a physician or nurse practitioner referral)	Previous breast cancer
Nova Scotia	Begin at age 50 (age 40-49 accepted by self- referral but not actively recruited)	For women aged 40-49 - annual recall For women aged 50-69 [†] - biennial recall	70+	Breast implants; previous breast cancer; signs or symptoms of breast cancer
Prince Edward Island	Begin at age 40 (accepted by self - referral)	For women aged 40-49 - annual recall For women aged 50-74 - biennial recall	74	Previous breast cancer; had a mammogram in the last 12 months; breast implants
Newfoundland and Labrador	Begin at age 50	For women aged 50-74 - biennial recall	74 (age 74+ only if previously enrolled in the program)	Previous breast cancer; breast implants

[†] This age group may change to 50-74; currently pending institutional approval

Diagnostic

Diagnostic Cancer du Sein: Symptômes potentiels

Cancer du sein: ne se présente pas exclusivement avec masse au niveau du sein. Autres présentations potentielles:

- Apparition de masse mammaire;
- Repli de peau vers l'intérieur d'un sein présente (rétraction);
- Peau d'un sein d'apparence d'une peau d'orange;
- Apparition de rougeur de peau d'un sein
 devient rouge;

- Écoulement soudain d'un mamelon;
- Apparition de rétraction d'un mamelon apparaît;
- Changement d'aspect ou de texture d'un mamelon;
- Douleurs mammaires

Diagnostic: Investigations

Mammographie

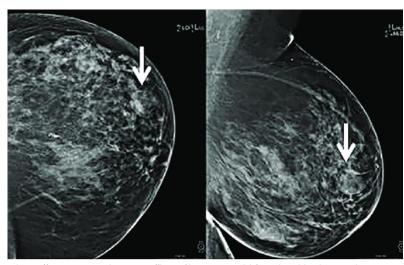
- Dépistage
 - 2 vues chaque sein
- Diagnostic
 - Vues supplémentaires, grossissement

Échographie

- Souvent test initial chez la jeune femme
- Ne détecte pas les microcalcifications
- Utile pour détection de kystes mammaires

Imagerie par Résonnance Magnétique

- Préconisée lors de suspicion de cancer du sein inflammatoire
 - Présence de changements peau mammaire avec biopsie négative
- Écoulement mamelon lorsque mammographie et échographie non-concluantes



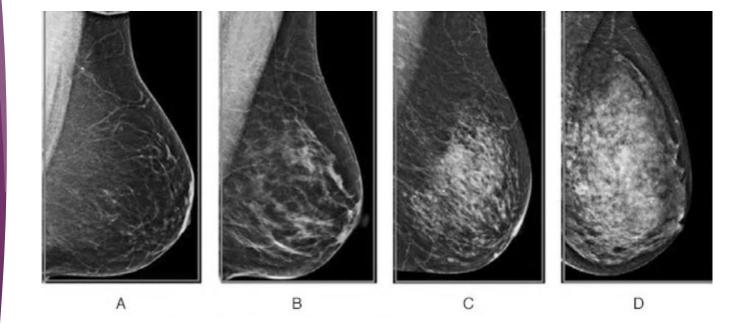
https://www.researchgate.net/figure/A-66-year-old-female-with-abnormal-screening-mammogram-showing-a-mixed-density_fig2_332838144

Classification BI-RADS

Catégorie	Imagerie	Risque de cancer	Conduite
0	Investigation incomplète		Investigation à compléter ou comparer avec films antérieurs
1	Normal	0 %	Retour au dépistage
2	Anomalie bénigne	0 %	Retour au dépistage
3	Anomalie probablement bénigne	> 0 % mais ≤ 2%	Suivi 6 mois
4 4A 4B 4C	Anomalie demandant une biopsie faiblement suspecte modérément suspecte très suspecte	> 2 % mais < 95 % > 2 % à ≤ 10 % > 10 % à ≤ 50 % > 50 % à < 95 %	Biopsie
5	Anomalie fortement suspecte d'un cancer	≥ 95 %	Biopsie
6	Cancer prouvé à la biopsie	100 %	Chirurgie

Densité mammaire

- Tissu mammaire dense (C) ou extrêmement dense (D) augmente le risque de développer un cancer du sein (OR ~4.0)
- Tissus mammaires denses = limitent la détection du cancer par mammographie
- Femmes avec seins denses sont à un risque accru de développer des cancers à comparé à celles avec seins moins denses
- Classification BI-RADS pour densité mammaire



Biopsie

Aspiration fine aiguille (FNA)

- Moins invasif
- Moins de tissus

Core

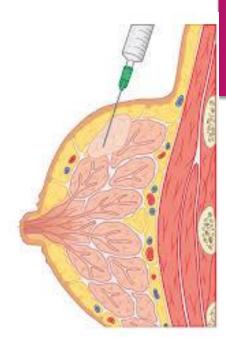
- Plusieurs ganglions/tissus
- Plus précis que la FNA

Excisionnel

Excision de masse entière

Biopsie de la peau

Si changements au niveau peau mammaire ou mamelon





Présentations peu courantes mais importantes à reconnaitre...

Cancer inflammatoire du sein

- Forme agressive rare de cancer de sein
- Oedème dermique (peau d'orange) et érythème mammaire

Paget's

- Cellules néoplasiques au niveau de l'aréole ou du mamelon
- Présentation: eczéma du mamelon,
 saignements, ulcères ou démangeaisons
- Occulte sur la mammographie, nécessite biopsie de la peau





http://www.aboutcancer.com/paget.htm

Traitements

Traitements cancer du sein

Traitements déterminés selon:

Stade du cancer

Statut pré ou post ménopause

Récepteurs hormonaux (ER/PR)

Récepteur HER2 (récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain)

Risque de récidive

Santé globale/co-morbidités

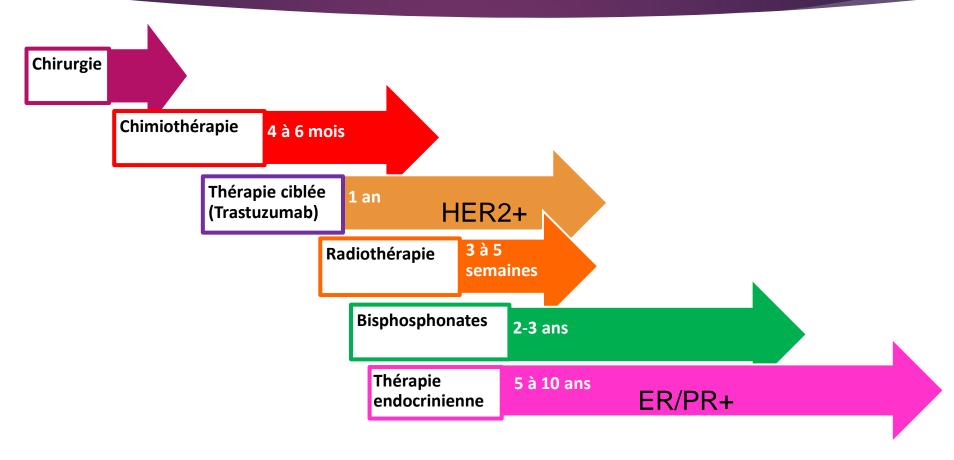
Stades du Cancer du Sein

Classification TNM-Stades 0 à IV

Classification fréquente:

Cancer sein in situ	Cellules cancéreuses seulement dans le canal ou lobule mammaire (non-infiltrant, Stade 0)
Cancer sein précoce	Tumeur <5cm et pas de propagation à plus de 3 ganglions (Stade IA, IB, IIA)
Cancer sein localement avancé	Tumeur >5cm avec propagation à plus de 3 ganglions ou localement- peau, muscles, paroi thoracique (Stade IIB, IIIA, IIIB ou IIIC)
Cancer sein métastatique	Cancer propagé à distance (poumons, os, foie, cerveau) (Stade IV)

Vue d'ensemble des traitements



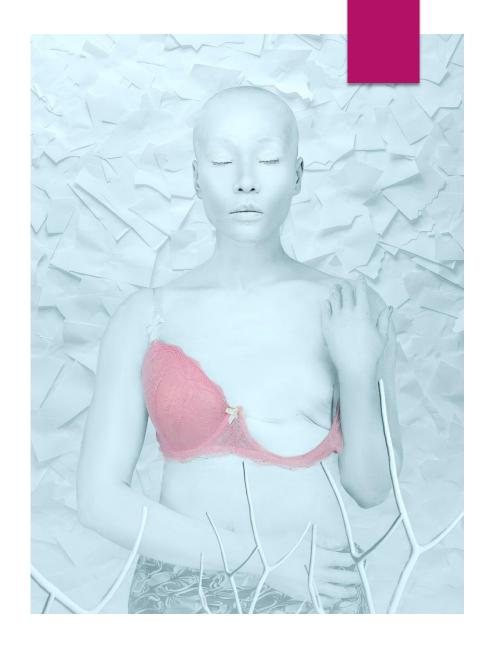
Chirurgie mammaire

Lumpectomie (chirurgie conservatrice, mastectomie partielle)

- Tumeur < 5cm
- Tumeur doit avoir marges négatives
- Radiothérapie requis

Mastectomie totale

- Sein complet enlevé
- Si atteinte ganglions lymphatiques a/n axillaire
 - = mastectomie radicale modifiée
- Préconisée cas mutations génétiques



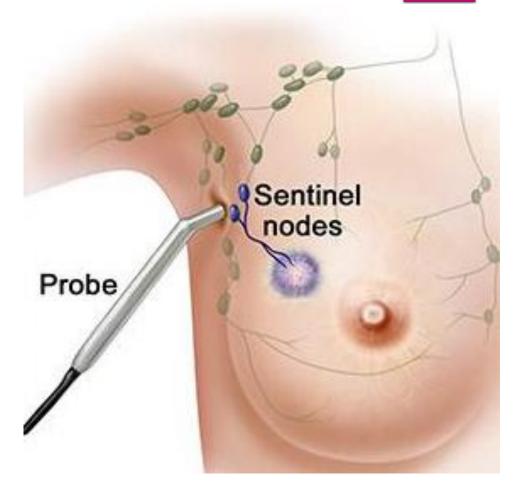
Intervention axillaire

Exérèse ganglion sentinelle

 Si positif, alors résection de ganglions additionnels

Dissection axillaire

- Lors de pathologie positive (aspiration fine aiguille, biopsie)
- Règle générale: au moins 10 ganglions examinés



https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2017/breast-cancer-lymph-node-removal

Indications chimiothérapie

Pas de chimiothérapie

- Tumeur < 0.5cm et aucun ganglion affecté
- Tumeur > 0.5cm, aucun ganglion affecté et facteurs pronostiques favorables
 - Her2-
 - ER/PR+
 - Grade faible
- Profil génomique: risque faibleintermédiaire

Chimiothérapie

- Ganglions positifs
- Tumeur > 0.5cm, aucun ganglion affecté mais facteurs pronostiques défavorables
 - HER2 +
 - ER/PR-
 - Grade élevé
- Profil génomique : risque élevé

Profil génomique : thérapie personnalisée

- Test génétique (OncotypeDx): «Score de récidive»
- Aucun avantage associé à la chimiothérapie pour cancer du sein à risque faible-intermédiaire
- 70% des femmes avec un stade précoce et facteurs favorables (ER/PR+, HER2-, aucun ganglion atteint) = chimiothérapie non requise
- Démontre bénefices principalement avec thérapie endocrinienne
 - Adhérence requise!

Chimiothérapie néoadjuvante

Indications:

 Tumeurs de grande taille (>5 cm) ou à haut risque (N2 ou N3) préopératoirement, en particulier cancer «triple négatif»

Bénéfices anticipés

- Tumeur inopérable au diagnostic peuvent devenir opérable
- Permet procéder aux tests génétiques avant la chirurgie
- Facilite la conservation des seins
- Réponse pathologique informe le pronostic

Régimes de chimiothérapie

Choix du régime = comorbidités sont considérées

AC+T

- Adriamycine/Cyclophosphamide q 2-3 semaines x 4
 - + Taxane q2-3 semaines x 4 ou hebdomadaire x 12

FEC/Docetaxol

5-FU/Epirubicin/Cyclophosphamide q3 semaines x 3+Taxotere q3 semaines x3

TC

Taxotere/Cyclophosphamide q3 semaines x 4

Adriamycin + Epirubicin= Anthracyclines = associées à toxicités cardiaques



Cardiotoxicité de l'anthracycline (AC)

Peut se produire semaines, mois ou années suivant les traitements

Absence de consensus concernant la définition de "cardiotoxicité", donc l'incidence exacte:

Inconnue, et probablement significativement sous-estimée

Cardiotoxicité induite par AC: différentes présentations cliniques:

Dysfonction ventriculaire G asymptomatique



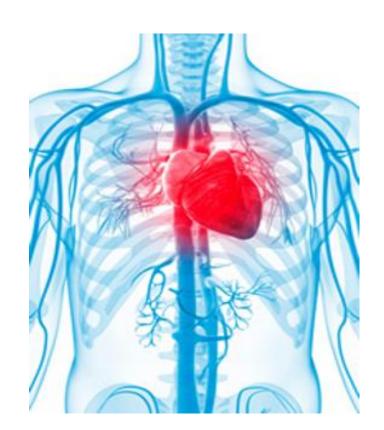
Cardiomyopathie sévère



Insuffisance cardiaque

Donc: Seuil tolérance bas pour l'investigation de dyspnée

Si IC, gestion selon les recommandations usuelles IC



Facteurs de risque de toxicité cardiaque suite aux Anthracyclines

Risk Factor	Comment
Cumulative anthracycline dose	Cumulative doses >500 mg/m² are associated with significantly elevated long-term risk [9, 13–15]
Time after therapy	Incidence of clinically important cardiotoxicity increases progressively after therapy [9, 13, 14]
Rate of anthracycline administration	Prolonging administration to minimize the circulating dose decreases toxicity in adults; the same was not found in children [16., 17]
Individual anthracycline dose	Higher individual doses are associated with increased late cardiotoxicity, even when cumulative doses are limited; no dose is risk-free [13, 14]
Type of anthracycline	Liposomal encapsulated preparations may reduce cardiotoxicity. Data on anthracycline analogues and differences in cardiotoxicity are conflicting. [18–20]
Radiation therapy	Cumulative radiation dose >30 Gy; as little as 5 Gy increases the risk; before or concomitant with anthracycline treatment [21, 22]
Concomitant therapy	Trastuzumab, cyclophosphamide, bleomycin, vincristine, amsacrine, and mitoxantrone, among others, may increase susceptibility or toxicity [18, 21]
Pre-existing cardiac risk factors	Hypertension; ischemic, myocardial, and valvular heart disease; prior cardiotoxic treatment [18]
Personal health habits	Smoking, alcohol consumption, energy drinks, stimulants, prescription and illicit drugs [23]
Comorbidities	Diabetes, obesity, renal dysfunction, pulmonary disease, endocrinopathies, electrolyte and metabolic abnormalities, sepsis, infection, pregnancy, viruses, elite athletic participation, low vitamin D concentrations [18, 23–25]
Age	Both young and advanced age at treatment are associated with elevated risk [9, 14]
Sex Additional factors	Females are at greater risk than males [14] Trisomy 21; African American ancestry; HFE gene mutation [15, 26••]
Audicional factors	msomy 21, Amendan ancestry, nre gene mutation [15, 2000]

Thérapie ciblée: Trastuzumab

Indications:

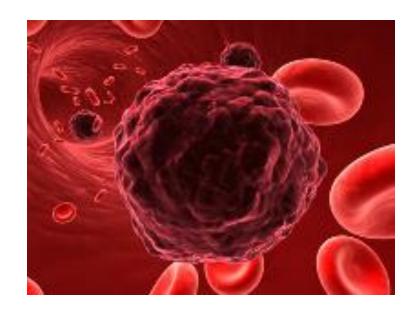
Pour les patientes qui sont HER2+

Régime d'administration typique:

Q3 semaines x 1 an, en concomittance avec chimiothérapie

Réduction de 48 % du risque de récidive Réduction 39% du risque de décès

Effets secondaires potentiels: Diminution FEVG



Exposition Trastuzumab et Anthracyclines (AC)

Risque accru d'insuffisance cardiaque avec Trastuzumab et AC à comparé à AC seulement

	Anthracycline alone	Trastuzumab + Anthracycline
Higher Rate of HF or CM events over 3 years	2.1%	23.8%

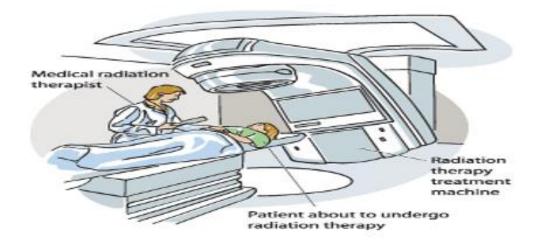
Lumpectomie

- Sein entier: 50 Gy en 25Fx (5 semaines) ou 40 Gy en 15Fx (2-3 semaines)
- Si risque élevé (âge <50 ans, grade élevé, marges positives) potentiel ajout:
 - Boost au lit tumoral: 10-16 Gy en 4-8 Fx
 Ganglions régionaux (infra/supraclaviculaire, axillaire, mammaire interne): 50 Gy en 25Fx

Mastectomie totale

- Si risque élevé (Grosse tumeur (>5cm),
 Ganglions positifs, marges positives)
 - Paroi thoracique: 50 Gy en 25 Fx
 - Ganglions: 50 Gy en 25 Fx
- Si l'âge >70 et Stade I, peut potentiellement renoncer à radiothérapie

Radiothérapie



Bisphosphonates

Indications:

- Cancers risques intermédiaire/haut risque, statut post-ménopause
- Régime d'administration typique:
 - Acide zolédronique q 6mois x 2-3 ans

Bénéfices anticipés:

Diminution significative récidive osseuse (RR 0,86) et de la mortalité associée au cancer du sein (RR 0,85)

*À éviter: interventions dentaires invasives

Thérapie endocrinienne

Indications:

Récepteurs ER/PR +

Traitements disponibles:

- Tamoxifène
- Inhibiteurs de l'aromatase
 - Létrozole
 - Anastrozole
 - Exémestane
- Agoniste GnRH
- Fulvestrant

Thérapie endocrinienne



SPECIAL ARTICLE

Endocrine therapy for breast cancer in the primary care setting

A. Awan MD* and K. Esfahani MD*

ABSTRACT

The treatment of hormone-positive breast cancer (BCa) is a rapidly evolving field. Improvement in the understanding of the mechanisms of action and resistance to anti-hormonal therapy has translated, in the past decade, into multiple practice-changing clinical trials, with the end result of increased survivorship for patients with all stages of hormone-positive cancer. The primary care physician will thus play an increasing role in the routine care, surveil-lance, and treatment of issues associated with anti-hormonal therapy. The aim of the present review was to provide a focused description of the issues relevant to primary care, while briefly highlighting recent advances in the field of anti-hormonal therapy.

TABLE I Endocr	ne therapy in the a	djuvant setting:	benefits and	adverse effects and	their management
----------------	---------------------	------------------	--------------	---------------------	------------------

Therapeutic agent	Benefit	Adverse effects			
		Туре	Prevalence	Management	
Tamoxifen	When use		djuvant setting, is associated w	vith a 9.2%±1% absolute reduction in breast cancer mortality	
		Hot flashes	40%-80%	 Lifestyle changes in dressing, bedding For severe symptoms try SSRI, SNRI (venlafaxine, citalopram, escitalopram, sertraline) Avoid paroxetine, fluoxetine 	
		Venous thromboembolism (VTE)	Relative increase in VTE by a factor of 2–3 Pulmonary embolism: 0.2% over 5 years	 Use caution in patients with factor V Leiden hetero- or homozygosity, recent fracture, recent surgery, immobilization, prior history of VTE Treat VTE per guidelines 	
		Endometrial cancer	Relative increase by a factor of 2.7 (1.2/1000 patient-years)	 No routine surveillance for standard-risk patients Premenopausal patients: any irregular vaginal bleeding to be investigated with endometrial biopsy Postmenopausal patients: all vaginal bleeding to be investigated with endometrial biopsy; otherwise, only normal routine gynecologic exam per standard guidelines. 	
		Ocular pathologies	Cataract: 3.7% of patients	■ Consider yearly eye examination	
		Fatty liver disease	Up to 33% of patients	 No routine screening recommended If fatty liver documented, obtain liver enzymes every 3–6 months Stop tamoxifen if liver enzymes exceed twice the upper limit of normal 	

Tamoxifène

Peut être utilisé chez les femmes pré et postménopause

Aromatase inhibitors

When used for 5-10 years in the adjuvant setting, are associated, compared with tamoxifen, with a reduction in the relative risk for breast cancer recurrence of 36%±13% in year 1 and 20%±12% in years 2-4

Osteoporosis and fractures	Relative increase in fractures of 47%±13%; absolute increase of 2%	* * *	Bone mineral density baseline and every 2 years Vitamin D: 800 IU daily Total calcium (diet + supplement): 1200 mg daily Postmenopausal patients (includes premenopausal patients on ovarian suppression): consider intravenous zoledronic acid 4 mg every 6 months or oral clodronate 1600 mg daily
Arthralgias, musculoskeletal symptoms	45%-50%		Switch the aromatase inhibitor Consider exercise, massage, acupuncture, NSAIDs
Sexual dysfunction	Varies with symptoms but loss of libido, vaginal dryness, and dyspareunia each reported in the range of 10%–20%	* * *	Biopsychosocial approach Education, counselling Sexual aids (lubricants, lidocaine preparations)
Cardiovascular disease (CVD)	Similar rate of serious CVD; increased risk of hypertension and hypercholesterolemia		Routine screening for hypertension, hypercholesterolemia, and metabolic syndrome

SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; SNRI = serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor; NSAIDs = nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Inhibiteurs aromatases

Seulement pour les femmes post-ménopause

Options de thérapie endocrinienne

Pré ménopause

- Tamoxifène
- Suppression ovarienne (agoniste GnRH/ablation/ovariectomie) + tamoxifène
- Suppression ovarienne (agoniste GnRH/Ablation/ovariectomie) +

Post ménopause

- Tamoxifène
- Tamoxifène suivi de l'IA
- IA

Durée

- Au moins 5 ans
- Si atteinte ganglionnaire/risque élevé = poursuivre ad 7 ans
- Aucun avantage de survie au-delà de 7 ans, mais prévient les nouveaux cancers du sein jusqu'à 10 ans

Autres traitements Nouvelles options, études en cours

Immunothérapie

- Rôle potentiel cancer du sein triple négatif?
 - Études en cours

Inhibiteurs CDK4/6

- En concomittance avec la thérapie endocrinienne
- « Freins moléculaires » = cesse ou ralenti division cellulaire
 - Palbociclib
 - Ribociclib
 - Abemaciclib
- Amélioration de 3,5 % du taux de survie sans maladie
- **\$**\$\$

Soins de survie

Suivi après un cancer du sein: Modèle de 4 composantes

4 composantes:

- 1. Surveillance et dépistage
- 2. Évaluation et prise en charge des effets à long terme
- 3. Promotion de la santé
- 4. Coordination des soins
- Ce modèle offre aux médecins de famille une approche de soins et des recommendations cliniques

Révision clinique

Exclusivement sur le web

Suivi après le traitement du cancer du sein

Guide pratique des soins aux survivantes à l'intention des médecins de famille

Jeffrey Sisler MD MCISc CCFP FCFP Geneviève Chaput MD MA CCFP Jonathan Sussman MD CCFP FRCPC MSc Emmanuel Ozokwelu BDS MPH

Résumé

Objectif Offrir aux médecins de famille un résumé des recommandations fondées sur les données probantes pour guider les soins aux survivantes traitées pour le cancer du sein.

Qualité des données Une recherche documentaire a été effectuée dans MEDLINE entre 2000 et 2016 à l'aide des mots-clés anglais suivants: breast cancer, survivorship, follow-up care, aftercare, guidelines et survivorship care plans, en se concentrant sur la revue des lignes directrices publiées récemment par les organismes nationaux de cancérologie. Les données étaient de niveaux I à III.

Message principal Les soins aux survivantes comportent 4 facettes: surveillance et dépistage, prise en charge

des effets à long terme, promotion de la santé et coordination des soins. La surveillance des récidives ne se traduit que par une mammographie annuelle, et le dépistage d'autres cancers doit suivre les lignes directrices basées sur la population. La prise en charge des effets à long terme du cancer et de son traitement aborde des problèmes courants tels la douleur, la fatigue, le lymphœdème, la détresse et les effets indésirables des médicaments, de même que les préoccupations à long terme comme la santé du cœur et des os. La promotion de la santé met en relief les bienfaits de l'activité chez les survivantes du

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

 De plus en plus de femmes survivent au cancer du sein, ce qui a entraîné le transfert massif du suivi aux soins de première ligne. Le présent article offre aux médecins de famille un résumé pertinent des recommandations fondées sur les données probantes en matière de soins aux survivantes pour les femmes ayant reçu des traitements curatifs du cancer du sein.

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline

Carolyn D. Runowicz, Corinne R. Leach, N. Lynn Henry, Karen S. Henry, Heather T. Mackey, Rebecca L. Cowens-Alvarado, Rachel S. Cannady, Mandi L. Pratt-Chapman, Stephen B. Edge, Linda A. Jacobs, Arti Hurria, Lawrence B. Marks, Samuel J. LaMonte, Ellen Warner, Gary H. Lyman, and Patricia A. Ganz Composante 1: Surveillance et Dépistage

Sommaire Surveillance et Dépistage

Tableau 1. Surveillance et dépistage chez les survivantes du cancer du sein asymptomatiques

INTERVENTION	RECOMMANDATION	NIVEAU DES DONNÉES*
À faire		
Consultation en soins de première ligne avec anamnèse et examen physique	 Tous les 3-6 mois aux années 1-3 après le traitement; tous les 6-12 mois aux années 4 et 5; puis annuellement L'anamnèse se concentre sur les symptômes de récidives à distance (os, poumons, foie, cerveau) et locales L'examen se concentre sur les cicatrices de l'intervention chirurgicale, les seins, la paroi thoracique, les ganglions régionaux, les bras pour le lymphædème et les endroits courants de propagation à distance Examen gynécologique annuel pour les patientes sous tamoxifène 	III ¹⁴
Autoexamen des seins	 L'autoexamen des seins est recommandé mensuellement dans ce groupe à risque plus élevé. 	III ¹⁴
Mammographie	 Tous les ans, à compter de 1 an après la mammographie initiale, mais au moins 6 mois après la fin de la radiothérapie; peut avoir lieu tous les 6 mois dans certains cas; aucun examen d'imagerie routinier n'est nécessaire sur un sein reconstruit 	II ¹⁴
Dépistage d'autres cancers	 Comme pour les personnes à risque moyen, à moins que les antécédents familiaux n'évoquent le contraire 	II ¹⁵

Surveillance

Une des principales préoccupations: la récidive du cancer

Recommandation:

 Réagir en documentant et examinant soignement signes et symptômes d'une récidive locale ou à distance

Toutefois:

- Aucune étude bien conçue n'a comparé les bienfaits des visites plus fréquentes aux visites moins fréquentes à la clinique
- Environ 60% des récidives locorégionales sont symptomatiques et se présentent entre les visites de suivi prévues

Surveillance

Test du suivi du cancer du sein est simple

Recommandation:

- Mammographie bilatérale annuelle (après lumpectomie) ou du sein contralatéral (après mastectomie)
- Au moins 6 mois après la radiothérapie; peut être effectuée tous les 6 mois dans certains cas

Toutefois:

 Cette recommandation n'est pas appuyée par des données de niveau I étayant son bienfait

Surveillance

Non recommandé:

- Imagerie par résonnance magnétique de routine
- Autres tests:
 - Fonction sanguine complète
 - Fonction hépatique
 - Imageries régulières thorax et abdoment (CT-Scans)
 - Marqueurs tumoraux

^{*}Évidence essais cliniques

Composante 2: Évaluation et prise en charge des effets à long terme

Problématiques les plus fréquentes

Santé cardiovasculaire Douleur

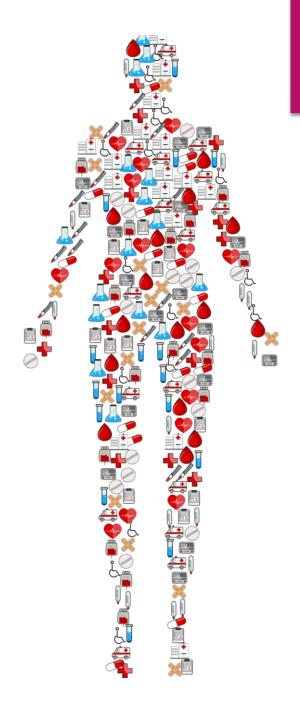
Atteinte cognitive	Santé sexuelle et intimité
Détresse, dépression, anxiété	Ménopause prématurée, symptômes ménopause
Fatigue	Lymphoedème
Inquiétudes génétique	Infertilité
Ostéoporose	Image corporelle, estime de soi

Effets à long terme du cancer du sein et de ses traitements Composante 3: Promotion de la santé

Promotion de la santé

4 catégories principales:

- 1. Gestion du poids
- 2. Activité physique
- 3. Nutrition
- 4. Abandon du tabac



Promotion de la santé: gestion du poids

Recommandation:

Conseiller aux patientes avec embonpoint ou obésité de changer leurs habitudes alimentaires et d'accroître leur activité physique pour favoriser la perte pondérale



Runowicz, 2015 *Évidence essai cliniques

Promotion de la santé: Activité physique

Recommandations:

- Éviter l'inactivité et de reprendre activités quotidiennes dès que possible
- Viser au moins 150 min d'activité physique d'intensité modérée ou 75 min d'activité vigoureuse/semaine
- Inclure exercises de musculation au moins 2 jours/semaine

(Évidence niveau I)



Promotion de la santé: Nutrition

Recommandations:

Conseiller alimentation riche en fruits, légumes, grains entiers et légumineuses, pauvre en gras saturés, et limiter viandes rouges ou transformées



Promotion de la santé: Abandon du tabac

Recommandations:

- Conseiller aux patientes d'éviter de fumer
- Offrir ou recommander counseling et/ou resources antitabagiques



Promotion de la santé: Abandon du tabac

Conseils pratiques:

En règle générale, tout agent pharmacologique peut être utilisé mais prudence dans certains cas:

- Champix peut aggraver les nausées associées à la chimiothérapie
- Bupropion peut avoir effet de potentialisation du tamoxifène

Composante 4: Coordination des soins

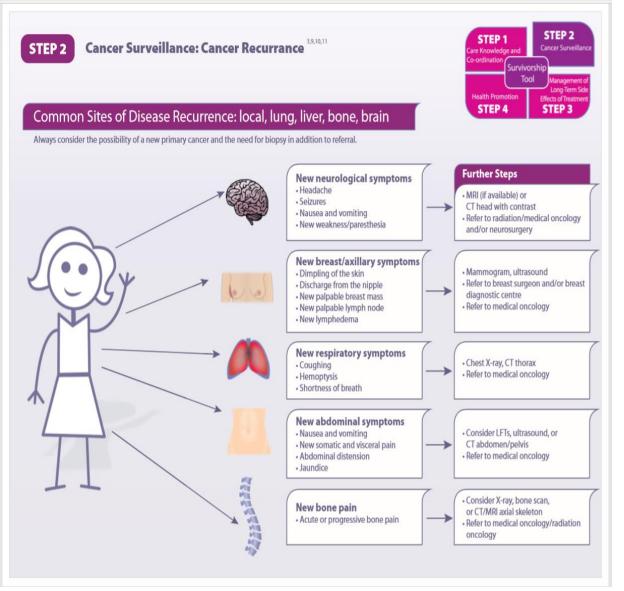
Coordination des soins

Recommandations:

- Pas de lignes directrices claires sur les soins "partagés" pour la survivance ou sur délai précis de transition aux MDs de famille
- Obtenir un résumé du traitement et un plan de soins pour la survie (survivorship care plan)
- Engager patientes dans la gestion de leurs soins
- Encourager l'inclusion des aidants naturels dans les soins







https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/BCS_Tool_Eng Sep30_2019.pdf

Questions?

Merci de votre attention! Des questions?

genevieve.chaput@mcgill.ca

