

Breast Cancer Awareness Month in October

The Breast Cancer Awareness Month, marked in countries across the world every October, helps to increase attention and support for the awareness, early detection and treatment as well as palliative care of this disease.

Worldwide, breast cancer is the second most frequent cancer and the fifth cause of cancer-related mortality. It is the most common cancer to affect women and it is second only to lung cancer as the principal cause of cancer-related deaths among women. In low- and middle-income countries (LMICs), it remains a significant public health challenge as incidence rates have been shown to increase yearly by as much as 5% with over 1 million projected new cases annually by 2020. The emergence of breast disease and subsequent development of cancer appears to be more aggressive in young women compared to its progression in older women. In 2008, the prevalence of breast cancer in women ≥ 15 years in sub-Saharan Africa was estimated at 23.5 per 100,000 women and approximately 35,427 women died from the disease (crude mortality rate of 12.8 per 100,000 women). In Cameroon, the incidence of breast cancer is higher than the world's average; estimated at 2625 per 100,000 women with a resultant high mortality.

The Center for the Development of Best Practices in Health is part of the movement of the month for awareness against breast cancer and comes to propose summaries of Cochrane systematic reviews on the prevention and management of breast cancer.

Octobre, un mois pour sensibiliser au cancer du sein

Chaque année, le mois d'octobre est, dans les pays du monde entier, un mois consacré à la sensibilisation au cancer du sein, afin d'attirer une plus grande attention sur la maladie, de favoriser la prise de conscience, et d'accroître le soutien apporté au dépistage précoce et au traitement ainsi qu'aux soins palliatifs de la maladie.

À l'échelle mondiale, le cancer du sein est le deuxième cancer en importance et la cinquième cause de mortalité liée au cancer. C'est le cancer le plus répandu chez les femmes et il est le deuxième plus important derrière le cancer du poumon, principale cause de décès par cancer chez les femmes. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les problèmes de santé publique restent importants, car il a été démontré que les taux d'incidence augmentaient chaque année de 5%, avec plus d'un million de nouveaux cas projetés chaque année d'ici à 2020. L'émergence d'une maladie du sein et le développement ultérieur du cancer semble être plus agressif chez les femmes jeunes par rapport à sa progression chez les femmes plus âgées. En 2008, la prévalence du cancer du sein chez les femmes de 15 ans et plus en Afrique subsaharienne était estimée à 23,5 pour 100 000 femmes et environ 35 427 femmes en sont décédées (taux de mortalité brut de 12,8 pour 100 000 femmes). Au Cameroun, l'incidence du cancer du sein est supérieure à la moyenne mondiale, estimée à 2625 pour 100 000 femmes, ce qui entraîne une mortalité élevée. Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en santé s'inscrit dans la mouvance du mois d'Octobre Rose, mois pour la sensibilisation contre le cancer du sein et vient proposer des résumés de revues systématiques Cochrane sur la prévention et la prise en charge du cancer du sein.

Table des matières / Table of contents

1. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer.....	4
<i>Mastectomie à risque réduit pour la prévention du cancer du sein primitif.....</i>	5
Breast surgery for metastatic breast cancer	7
<i>Chirurgie du sein dans le cancer du sein métastaté</i>	8
2. Interventions for raising breast cancer awareness in women.....	9
<i>Interventions de sensibilisation des femmes au cancer du sein.....</i>	10
3. Online support groups for women with breast cancer	12
<i>Les groupes de soutien en ligne pour les femmes ayant un cancer du sein</i>	13
4. Platinum-containing regimens for metastatic breast cancer	14
<i>Schémas thérapeutiques contenant du platine pour le cancer du sein métastatique.....</i>	16
5. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy.....	17
<i>Activité physique pour les femmes atteintes d'un cancer du sein après un traitement adjuvant</i>	19

1. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer

We reviewed the evidence on whether risk-reducing mastectomy (RRM) reduces death rates from any cause in women who have never had breast cancer and in women who have a history of breast cancer in one breast. Also, we reviewed the effect of RRM on other endpoints, including breast cancer incidence, breast cancer mortality, disease-free survival, physical morbidity, and psychosocial outcomes.

Background

Recent progress in understanding the genetic basis of breast cancer and widely publicized reports of celebrities undergoing RRM have increased interest in it as a method of preventing breast cancer.

Study characteristics

Sixty-one studies presented data on 15,077 women with a wide range of risk factors for developing breast cancer, who underwent RRM. Risk-reducing mastectomy could include either surgically removing both breasts to prevent breast cancer (bilateral risk-reducing mastectomy or BRRM), or removing the disease-free breast in women who have had breast cancer in one breast to reduce the incidence of breast cancer in the other breast (contralateral risk-reducing mastectomy or CRRM). The evidence is current to July 2016.

Key results

The BRRM studies reported that it reduced the incidence of breast cancer or the number of deaths or both, but many of the studies have methodological limitations. After BRRM, most women are satisfied with their decision, but reported less satisfaction with cosmetic results, body image, and sexual feelings. One of the complications of RRM was the need for additional unanticipated surgeries, particularly in women undergoing reconstruction after RRM. However, most women also experienced reduced worry of developing and dying from breast cancer along with diminished satisfaction with body image and sexual feelings.

In women who have had cancer in one breast, removing the other breast (CRRM) may reduce the incidence of cancer in that other breast, but there is insufficient evidence that this improves survival because of the continuing risk of recurrence or metastases from the original cancer. While published observational studies demonstrated that BRRM was effective in reducing both the incidence of, and death from, breast cancer, more rigorous prospective studies are suggested. BRRM should be considered only among those at high risk of disease, for example, carriers of mutations in the breast cancer genes, BRCA1 and BRCA2. CRRM was shown to reduce the incidence of contralateral breast cancer (CBC), but there is insufficient evidence that CRRM improves survival, and studies that control for multiple variables that can affect results are recommended. It is possible that selection bias in terms of healthier, younger women being recommended for or choosing CRRM produces better overall survival numbers for CRRM.

Quality of evidence

Just over half of the studies were found to have a low risk of selection bias, that is, studies adjusting for systematic differences in prognosis or treatment responsiveness between the groups, and similarly, 60% had a low risk of detection bias, that is, studies considered systematic differences in the ways the outcomes were measured and detected. The primary cause for both selection bias and detection bias was not controlling for all major confounding

factors, e.g., risk factors or having bilateral risk-reducing salpingo-oophorectomy (BRRSO - surgery to remove fallopian tubes and ovaries) in the subject and control groups. Performance bias (validation of the risk-reducing mastectomy) was not problematic, as most studies were based on surgical reports; three relied on self-reports and eight were unclear because of multiple sources of data and/or broad timeframe. Attrition bias was at high risk or unclear in approximately 13% of the studies. The mean or median follow-up period reported was from 1 - 22 years.

Conclusions

Given the number of women who may be over-treated with BRRM/CRRM, it is critical that women and clinicians understand the true risk for each individual woman before considering surgery. Additionally, thought should be given to other options to reduce breast cancer risk, such as BRRSO and chemoprevention, when considering RRM.

Mastectomie à risque réduit pour la prévention du cancer du sein primitif

Nous avons examiné les preuves permettant de savoir si la mastectomie réduisant les risques (MRR) réduisait les taux de mortalité, quelle que soit la cause, chez les femmes n'ayant jamais eu de cancer du sein et chez celles ayant des antécédents de cancer du sein dans un sein. Nous avons également examiné l'effet du MRR sur d'autres paramètres, notamment l'incidence du cancer du sein, la mortalité par cancer du sein, la survie sans maladie, la morbidité physique et les résultats psychosociaux.

Contexte

Les progrès récents dans la compréhension de la base génétique du cancer du sein et les rapports largement diffusés de célébrités subissant une MRR ont suscité un intérêt croissant pour cette méthode de prévention du cancer du sein.

Caractéristiques de l'étude

Soixante et une études ont présenté des données sur 15 077 femmes présentant un large éventail de facteurs de risque de cancer du sein, ayant subi une MRR. La mastectomie à risque réduit peut inclure soit le retrait chirurgical des deux seins pour prévenir le cancer du sein (mastectomie bilatérale réduisant le risque ou MBRR), soit le retrait du sein sans maladie chez les femmes qui ont eu un cancer du sein dans un sein afin de réduire l'incidence du cancer du sein chez les femmes. L'autre sein (mastectomie à risque controlatéral ou MRC). Les preuves sont à jour jusqu'en juillet 2016.

Résultats clés

Les études du BRRM ont indiqué qu'elles réduisaient l'incidence du cancer du sein et / ou le nombre de décès, mais bon nombre d'études présentent des limites méthodologiques. Après le MBRR, la plupart des femmes sont satisfaites de leur décision, mais moins satisfaites des résultats esthétiques, de l'image corporelle et des sentiments sexuels. L'une des complications de la MRR était le besoin de chirurgies imprévues supplémentaires, en particulier chez les femmes en reconstruction après la MRR. Cependant, la plupart des femmes ont également ressenti moins d'inquiétude face au cancer du sein et au développement de cette maladie, ainsi qu'une satisfaction moindre vis-à-vis de l'image de leur corps et de leurs sentiments sexuels.

Chez les femmes qui ont eu un cancer dans un sein, le retrait de l'autre sein peut réduire l'incidence du cancer dans l'autre sein, mais il n'y a pas de preuves suffisantes que cela améliore la survie en raison du risque de récurrence ou de métastases du cancer d'origine. . Bien que les études observationnelles publiées démontrent que la MBRR est efficace pour réduire à la fois l'incidence et le nombre de décès dus au cancer du sein, des études prospectives plus rigoureuses sont suggérées. Les MBRR ne doivent être pris en compte que chez les patients à haut risque de maladie, par exemple les porteurs de mutations des gènes du cancer du sein, BRCA1 et BRCA2. Il a été démontré que le MCRR réduisait l'incidence du cancer du sein controlatéral (CSC), mais il n'était pas prouvé que le CRRM améliorait la survie, et des études contrôlant de multiples variables pouvant affecter les résultats sont recommandées. Il est possible que le biais de sélection en termes de femmes en meilleure santé et plus jeunes recommandées pour le MCRR ou en choisissant celui-ci produise de meilleurs chiffres de survie globale pour le MCRR.

Qualité des preuves

Un peu plus de la moitié des études présentaient un faible risque de biais de sélection, c'est-à-dire des études ajustant les différences systématiques de pronostic ou de réactivité au traitement entre les groupes. De même, 60% présentaient un faible risque de biais de détection. Les études ont examiné les différences systématiques dans la manière dont les résultats ont été mesurés et détectés. La principale cause à la fois du biais de sélection et du biais de détection n'était pas prise en compte pour tous les principaux facteurs de confusion, par exemple les facteurs de risque ou la présence de salpingo-ovariectomie bilatérale réduisant les risques (chirurgie pour retirer les trompes de Fallope et les ovaires) chez les sujets et les groupes témoins. Le biais de performance (validation de la mastectomie réduisant les risques) n'était pas problématique, la plupart des études étant basées sur des rapports chirurgicaux; trois se sont fiés à leurs propres déclarations et huit n'étaient pas claires en raison de sources de données multiples et / ou d'un calendrier étendu. Le biais d'attrition était à risque élevé ou peu clair dans environ 13% des études. La période de suivi moyenne ou médiane rapportée allait de 1 à 22 ans.

Conclusions

Compte tenu du nombre de femmes qui pourraient être sur-traitées avec le MBRR / MCRR, il est essentiel que les femmes et les cliniciens comprennent le risque réel auquel chaque femme est exposée avant d'envisager une chirurgie. En outre, il faudrait envisager d'autres options pour réduire le risque de cancer du sein, telles que le BRRSO et la chimioprévention, lors de l'examen du MRR.

Citation: Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD002748. DOI: 10.1002/14651858.CD002748.pub4
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002748.pub4/epdf/full>

Breast surgery for metastatic breast cancer

Review question

In women with metastatic breast cancer (when the cancer has spread to other parts of the body), what is the effectiveness of breast surgery (mastectomy: removal of the whole breast including nipple and areola, or lumpectomy: removal of the tumour and breast tissue around it but preserving the nipple and areola) combined with medical treatment (such as chemotherapy and hormone therapy) compared to medical treatment alone?

Background

Metastatic breast cancer is considered an incurable disease with poor prognosis, although some women can live for many years. It is traditionally treated only with medical treatment. Breast surgery was believed to be palliative and performed only to relieve symptoms such as local bleeding, infection, or pain. With the development of new medications, women with metastatic breast cancer are living longer, and breast surgery could benefit this group of women. Retrospective data (i.e. data from types of studies other than randomised controlled trials that are more likely to suffer from bias) suggest that breast surgery could improve the survival of women with metastatic breast cancer.

Study characteristics

The evidence is current to February 2016. We included only randomised clinical trials, as they are considered to be the best type of scientific study to answer questions about treatment that compared the survival of women undergoing breast surgery combined with medical treatment versus medical treatment alone. We identified and included two randomised controlled trials involving a total of 624 women: 311 women underwent breast surgery plus medical treatment, and 313 women only received medical treatment.

Key results

The review authors are uncertain whether breast surgery improves overall survival as the quality of the evidence has been assessed as very low. The included studies did not report any information relating to quality of life. Breast surgery may improve the control of local disease but it probably worsened control at distant sites. The two included studies did not measure breast cancer-specific survival. Toxicity from local therapy appeared to be the same in the group undergoing breast surgery combined with medical treatment and in the group receiving only medical treatment.

What does this mean?

It is not possible to make definitive conclusions about the benefits of breast surgery associated with medical treatment for women with metastatic breast cancer. The decision to perform surgery in such cases should be individualised and shared between the physician and the patient, considering the potential risks and benefits involved in this choice. The inclusion of results of ongoing trials involving women with these characteristics in the next update of this review will help to decrease existing uncertainties.

Chirurgie du sein dans le cancer du sein métastaté

Question de la revue

Chez les femmes atteintes d'un cancer du sein métastaté (lorsque le cancer s'est propagé à d'autres parties du corps), quelle est l'efficacité de la chirurgie du sein (mastectomie : ablation totale du sein, y compris le mamelon et l'aréole ; ou tumorectomie : ablation de la tumeur et du tissu mammaire environnant, en épargnant mamelon et aréole) combinée à un traitement médical (tel que la chimiothérapie et un traitement hormonal) par rapport à un traitement médical seul ?

Contexte

Le cancer du sein métastaté est considéré comme une maladie incurable et de mauvais pronostic, bien que certaines femmes puissent vivre avec pendant de nombreuses années. Il est traditionnellement traité avec un traitement médical seul. La chirurgie du sein était considérée comme palliative et servant seulement à soulager les symptômes tels que saignements, infections locales ou douleur. Avec le développement de nouveaux médicaments, les femmes atteintes d'un cancer du sein métastaté vivent plus longtemps et la chirurgie du sein pourrait être bénéfique pour ce groupe de femmes. Les données rétrospectives (c'est-à-dire les données d'autres types d'études que les essais contrôlés randomisés, qui sont plus susceptibles d'être affectées par des biais) suggèrent que la chirurgie du sein pourrait améliorer la survie des femmes atteintes d'un cancer du sein métastaté.

Caractéristiques des études

Les preuves sont à jour en février 2016. Nous avons inclus uniquement les essais cliniques randomisés, considérés comme le type d'étude scientifique le mieux à même de répondre aux questions concernant le traitement, qui comparaient la survie des femmes subissant une chirurgie du sein combinée à un traitement médical vs. traitement médical seul. Nous avons identifié et inclus deux essais contrôlés randomisés portant sur un total de 624 femmes : 311 femmes ayant subi une chirurgie du sein associée à un traitement médical et 313 femmes ayant reçu un traitement médical seul.

Principaux résultats

Les auteurs de la revue ne peuvent pas conclure avec certitude que la chirurgie du sein améliore la survie globale car ils jugent les preuves de très faible qualité. Les études incluses n'ont rapporté aucune information concernant la qualité de vie. La chirurgie du sein pourrait améliorer le contrôle de la maladie locale, mais elle a probablement entraîné un moins bon contrôle sur les foyers distants. Les deux études incluses ne mesuraient pas la survie spécifique au cancer du sein. La toxicité du traitement local semblait être la même dans le groupe subissant une opération du sein combinée à un traitement médical et dans le groupe recevant un traitement médical seul.

Qu'est-ce que cela signifie ?

Il n'est pas possible de tirer de conclusions définitives concernant les bénéfices d'une opération du sein associée à un traitement médical pour les femmes atteintes d'un cancer du sein métastaté. La décision d'opérer dans un tel cas doit être individuelle et discutée entre le médecin et la patiente, compte tenu des risques et des bénéfices potentiels qu'implique ce choix. L'inclusion des résultats d'essais en cours portant sur des femmes présentant ces

caractéristiques dans la prochaine mise à jour de cette revue aideront à réduire les incertitudes actuelles.

Citation: Tosello G, Torloni MR, Mota BS, Neeman T, Riera R. Breast surgery for metastatic breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD011276. DOI: 10.1002/14651858.CD011276.pub2
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011276.pub2/epdf/full>

2. Interventions for raising breast cancer awareness in women

Review question

We reviewed the evidence about the effect of different interventions for raising breast cancer awareness in women. We found two randomised controlled trials, the highest quality of research evidence.

Background

Breast cancer is the most commonly diagnosed cancer in women. Early detection, diagnosis and treatment of breast cancer are key to better outcomes. Since many women will discover a breast symptom themselves, it is important that they are breast cancer aware i.e. that they have the knowledge, skills and confidence to notice any breast changes and visit their doctor promptly.

Study characteristics

A search for trials investigating interventions on breast cancer awareness in women was run in January 2016. We found two trials with a total of 997 women.

The Promoting Early Presentation (PEP) study, funded by Breast Cancer UK, involved randomising 867 women to receive one of three interventions: (1) a written booklet and usual care, (2) a written booklet and usual care plus one-to-one discussion with a healthcare professional or (3) usual care only. Women were aged between 67 to 70 years and recruited into the study at breast cancer screening units in the UK.

The Zahedan University of Medical Sciences (ZUMS) study involved randomising 130 women into two groups that received either: (1) an educational programme using written and oral materials that focused on "breast cancer preventive behaviours" (e.g. having a healthy diet and positive beliefs towards breast self-examining behaviour) or (2) no intervention. Women were employed at ZUMS and aged between 35 and 39 years.

Key outcomes

Study outcomes were measured differently in the two studies. The PEP study assessed outcomes at one month, one year and two years after the intervention. The ZUMS study measured outcomes at one month after the intervention. Since the studies were very different in terms of the participants' age, interventions, outcomes and time points measured, the results are reported separately.

Knowledge of breast cancer symptoms

In PEP: women's knowledge of breast cancer symptoms seemed to somewhat improve after receiving either the written booklet or written booklet plus verbal interaction. These results improved when compared to usual care at 2 years postintervention. In ZUMS: women's awareness of breast cancer symptoms increased one month after the educational programme.

Knowledge of age-related risk of breast cancer

In PEP: knowledge of age-related risk increased for women who had received a written booklet and interacted with a healthcare professional compared to usual care at 2 years postintervention. For women who only received the booklet, there was less of a comparable increase in knowledge. In ZUMS: this study only measured if women perceived themselves to be at risk of getting breast cancer. This self-perception of risk did increase at one month following the intervention.

Self-reported breast checking

In PEP: women's reported monthly breast checking increased, but not significantly, at 2 years postintervention compared to usual care. In ZUMS: women's reported "breast cancer preventive behaviours" increased one month after the intervention. Specifically, this refers to their positive beliefs towards breast self-examining behaviour.

Overall breast cancer awareness

In PEP: women's breast cancer awareness overall did not change after receiving a booklet alone compared to usual care at 2 years after the intervention. However, breast cancer awareness increased in women who had received a written booklet and interacted with a healthcare professional. This behaviour change was in comparison to usual care at 2 years postintervention. In ZUMS: women's "breast cancer preventive behaviours" were reported to increase at one month.

None of the studies reported on other parts of breast awareness, the intention to seek help, quality of life, adverse effects of the interventions, or breast cancer-related outcomes.

Quality of the evidence

The evidence was considered to be moderate quality in the PEP study and low quality in the ZUMS study. Neither study clearly defined 'breast cancer awareness'. The lack of high quality studies limited our ability to draw conclusions. However, the PEP study results suggest that combining written information and a one-to-one discussion had a long-term effect on increasing women's breast cancer awareness. In the future, studies should use larger samples and follow the women for a longer time.

Interventions de sensibilisation des femmes au cancer du sein

Question de la revue

Nous avons examiné les données concernant l'effet de différentes interventions de sensibilisation au cancer du sein chez les femmes. Nous avons trouvé deux essais contrôlés randomisés, c'est à dire des données de recherche de la plus haute qualité.

Contexte

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes. Les dépistage, diagnostic et traitement précoces du cancer du sein sont essentiels pour de meilleurs résultats. Puisque de nombreuses femmes découvriront un symptôme mammaire elles-mêmes, il est important qu'elles soient conscientes du cancer du sein, c'est-à-dire qu'elles aient les connaissances, les compétences et la confiance de remarquer tous les changements mammaires et de consulter leur médecin immédiatement.

Caractéristiques de l'étude

Une recherche d'essais examinant les interventions sur la sensibilisation au cancer du sein chez les femmes a été effectuée en janvier 2016. Nous avons trouvé deux essais réalisés auprès de 997 femmes au total.

L'étude PEP (Promoting Early Presentation, promouvoir la présentation précoce) financée par l'association caritative britannique Breast Cancer UK spécialisée dans la sensibilisation et la prévention du cancer du sein, portait sur un total de 867 femmes randomisées pour recevoir une des trois interventions : (1) une brochure et les soins habituels, (2) une brochure et les soins habituels ainsi qu'un entretien individuel avec un professionnel de santé ou (3) les soins habituels seuls. Les femmes étaient âgées de 67 à 70 ans et elles ont été recrutées pour l'étude dans des services de dépistage du cancer du sein au Royaume-Uni.

L'étude de l'université des sciences médicales de Zahedan (USMZ) portait sur un total de 130 femmes randomisées en deux groupes recevant : (1) un programme de formation utilisant des exposés oraux et des documents écrits axés sur les « comportements préventifs du cancer du sein » (par ex. une alimentation saine et des croyances positives à l'égard de l'auto-examen des seins) ou (2) aucune intervention. Les femmes travaillaient à l'USMZ et étaient âgées de 35 à 39 ans.

Résultats principaux

Les résultats de l'étude étaient mesurés différemment dans les deux études. L'étude PEP évaluait les critères de jugement un mois, un an et deux ans après l'intervention. L'étude de l'USMZ mesurait les critères de jugement un mois après l'intervention. Étant donné que les études étaient très différentes en ce qui concerne l'âge des participantes, les interventions, les critères de jugement et les temps de mesure, les résultats sont présentés séparément.

Connaissance des symptômes du cancer du sein

Dans l'étude PEP : les connaissances des femmes concernant les symptômes du cancer du sein semblaient s'être améliorées quelque peu après qu'elles aient reçu la brochure ou la brochure et l'entretien individuel. Ces résultats s'étaient améliorés par rapport aux soins habituels au bout de 2 ans après l'intervention. Dans l'étude de l'USMZ : les connaissances des symptômes du cancer du sein avaient augmenté un mois après le programme éducatif.

Connaissance du risque de cancer du sein lié à l'âge

Dans l'étude PEP : les connaissances du risque de cancer du sein lié à l'âge avait augmenté 2 ans après l'intervention pour les femmes qui avaient reçu une brochure et s'étaient entretenues avec un professionnel de santé par rapport à celles qui n'avaient reçu que les soins habituels. Pour les femmes qui n'avaient reçu que la brochure, l'augmentation des connaissances était moindre. Dans l'étude de l'USMZ : cette étude ne mesurait que si les femmes se considéraient elles-mêmes comme étant à risque de développer un cancer du sein. Cette perception du risque avait augmenté un mois après l'intervention.

Déclaration de l'auto-examen de la poitrine

Dans l'étude PEP : le nombre d'auto-examens des seins rapporté par les femmes a augmenté, mais pas significativement, deux ans après l'intervention par rapport aux soins habituels. Dans l'étude de l'USMZ : les « comportements préventifs du cancer du sein » rapportés par les

femmes avaient augmenté un mois après l'intervention. Plus spécifiquement, cela fait référence à leurs croyances positives à l'égard de l'auto-examen des seins.

Sensibilisation globale au cancer du sein

Dans l'étude PEP : la sensibilisation des femmes au cancer du sein n'a pas changé après qu'elles aient reçu une brochure seule par rapport aux soins habituels deux ans après l'intervention. Cependant, la sensibilisation au cancer du sein avait augmenté chez les femmes qui avaient reçu une brochure et s'étaient entretenues avec un professionnel de santé. Ce changement de comportement était en comparaison aux soins habituels deux ans après l'intervention. Dans l'étude de l'USMZ : il a été rapporté que les « comportements préventifs du cancer du sein » des femmes augmentaient à un mois.

Aucune des études n'a rendu compte d'autres aspects de l'autosurveillance, l'intention de demander de l'aide, la qualité de vie, les effets indésirables des interventions, ou les résultats associés au cancer du sein.

Qualité des données probantes

Les données probantes ont été considérées comme étant de qualité moyenne dans l'étude PEP et de faible qualité dans l'étude de l'USMZ. Aucune des deux études n'a clairement défini la « sensibilisation au cancer du sein ». Le manque d'études de haute qualité a limité notre capacité à tirer des conclusions. Cependant, les résultats de l'étude PEP suggèrent que la combinaison d'informations écrites et d'un entretien individuel a eu un effet à long terme sur l'augmentation de la sensibilisation des femmes au cancer du sein. À l'avenir, les études devraient utiliser des échantillons plus grands et suivre les femmes plus longtemps.

Citation: O'Mahony M, Comber H, Fitzgerald T, Corrigan MA, Fitzgerald E, Grunfeld EA, Flynn MG, Hegarty J. Interventions for raising breast cancer awareness in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD011396.

DOI:10.1002/14651858.CD011396.pub2.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011396.pub2/epdf/full>

3. Online support groups for women with breast cancer

Review question

We reviewed the evidence for effects of online support groups for women with breast cancer on emotional distress, uncertainty, anxiety, depression and quality of life.

Background

Women with a diagnosis of breast cancer can be affected physically, psychologically and emotionally. They are uncertain about the future and may need information and support to help them cope with their condition. Increasingly, people with cancer are accessing the Internet to seek the information and support that they need; many join online support groups. At this time, we know little about how participation in online support groups psychologically and emotionally affects women with breast cancer.

Study characteristics

We conducted a systematic search of the literature with no restrictions on language or country. We included in this review six studies, with a total population of 492 women with breast cancer. Five of the six studies had small samples. Study participants were predominantly 'white', well-

educated women with moderate to high income at any stage of breast cancer who were undergoing a range of treatments.

Online support groups in these six trials lasted six to 30 weeks and included eight to 15 members. Women participated in these groups between 1.5 and 2.5 hours per week. Investigators reported all trials in English and conducted their research in the USA.

Key results

None of the included trials measured emotional distress or uncertainty. Women who participated in online support groups showed no improvement in anxiety or quality of life when compared with those in control groups (which included women with similar characteristics who did not participate in online support groups). However, women who took part in online support groups showed a small to moderate reduction in depression when compared with those in control groups.

Results revealed no difference in depression between groups led by peers and those led by health professionals. However, women taking part in standard online groups (run by participants without prompting from health professionals) reported a greater reduction in depression and anxiety than those in other types of online groups (in which women were asked specifically by the health professional to respond to one another's need for support).

Quality of the evidence

Small studies of low or very low quality attributed mainly to poor study design and other shortcomings have provided evidence on the effectiveness of online support groups for women with breast cancer. Large, rigorous trials including ethnically and economically diverse participants are needed to provide robust evidence on the effectiveness of online support groups for women with breast cancer.

Les groupes de soutien en ligne pour les femmes ayant un cancer du sein

Question de la revue

Nous avons examiné les preuves concernant les effets des groupes de soutien en ligne pour les femmes ayant un cancer du sein sur la détresse émotionnelle, l'incertitude, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie.

Contexte

Les femmes ayant un diagnostic de cancer du sein peuvent être affectées, physiquement, psychologiquement ou émotionnellement. Leur futur leur semble incertain et celles-ci peuvent avoir besoin d'informations et d'un soutien pour les aider à s'adapter à leur maladie. De plus en plus fréquemment, les personnes ayant un cancer vont sur internet pour obtenir des informations et trouver le soutien dont elles ont besoin ; nombreuses sont celles qui rejoignent des groupes de soutien en ligne. À l'heure actuelle, nous savons peu de choses sur la manière dont la participation aux groupes de soutien en ligne affecte psychologiquement et émotionnellement les femmes ayant un cancer du sein.

Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une recherche systématique de la littérature sans restriction quant à la langue ou le pays d'origine. Nous avons inclus dans cette revue six études, comprenant un total de 492 femmes ayant un cancer du sein. Cinq des six études avaient des échantillons de petite taille. Les participants à l'étude étaient principalement des femmes « blanches », bien

éduquées, au revenu modéré à élevé ayant un cancer du sein de n'importe quel stade et recevant un éventail de traitements.

Les groupes de soutien en ligne considérés dans ces six études ont duré de six à 30 semaines et inclus de huit à 15 membres. Les femmes ont participé à ces groupes entre 1,5 et 2,5 heures par semaine. Les investigateurs ont présenté toutes leurs études en anglais et effectué leurs recherches aux États-Unis.

Principaux résultats

Aucune des études incluses n'a mesuré la détresse émotionnelle ou l'incertitude. Les femmes ayant participé aux groupes de soutien en ligne ne montraient aucune amélioration quant à l'anxiété ou la qualité de vie par rapport à celles dans les groupes de contrôle (incluant des femmes présentant des caractéristiques similaires mais n'ayant pas participé à des groupes de soutien en ligne). Cependant, il a été observé chez les femmes ayant pris part à des groupes de soutien en ligne une réduction légère à modérée de la dépression par rapport à celles dans les groupes témoins.

Les résultats n'ont révélé aucune différence entre les groupes quant à la dépression dans les groupes conduits par des pairs et dans ceux dirigés par des professionnels de la santé.

Cependant, les femmes prenant part à des groupes en ligne standard (dirigés par les participants sans incitation par des professionnels de la santé) ont rapporté une plus grande réduction de la dépression et de l'anxiété que celles dans d'autres types de groupes en ligne (dans lesquels les femmes avaient été spécifiquement incitées par des professionnels de la santé à répondre au besoin de soutien des autres).

Qualité des preuves

Des études de petite taille et de qualité faible ou très faible, principalement en raison d'un plan d'étude insuffisant et d'autres lacunes, ont fourni des preuves sur l'efficacité des groupes de soutien en ligne pour les femmes ayant un cancer du sein. Des études à grande échelle et rigoureuses comprenant des participants provenant de groupes ethniques et économiques variés sont nécessaires afin de fournir des preuves solides sur l'efficacité des groupes de soutien en ligne pour les femmes ayant un cancer du sein.

Citation: McCaughan E, Parahoo K, Hueter I, Northouse L, Bradbury I. On line support groups for women with breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011652. DOI: 10.1002/14651858.CD011652.pub2.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011652.pub2/epdf/full>

4. Platinum-containing regimens for metastatic breast cancer

What is the issue? Metastatic breast cancer occurs when the cancer has spread to areas of the body beyond the breast and nearby lymph nodes. Although metastatic breast cancer is generally not curable, it is widely accepted that women with metastatic disease should receive some form of chemotherapy to help ease the severity of disease symptoms, while hopefully extending survival time. Chemotherapy containing platinum is known to be effective for treating a number of cancer types including lung, testicular, head and neck, bladder and ovarian cancers, but it also known to cause more adverse effects (such as nausea and vomiting, hair loss, anaemia, kidney damage and leukopenia (low white blood cells)) than other chemotherapy

options. The two platinum agents most commonly used for treating metastatic breast cancer are carboplatin and cisplatin.

The original version of this review (2004) concluded that chemotherapy containing platinum did not increase survival time for women treated for metastatic breast cancer. Since then, however, researchers have discovered that there are a variety of subtypes of breast cancer which may respond differently to different types of chemotherapy. One of these subtypes — triple-negative breast cancer (TNBC) — makes up approximately 12 to 17% of breast cancers and is associated with shorter survival and higher likelihood that the cancer returns. Some researchers have speculated that chemotherapy containing platinum might be more effective in treating metastatic TNBC (mTNBC) than other chemotherapy options.

Why does it matter? There are at least two reasons why it is important to update the evidence on this topic. First, it is important to assess whether our 2004 conclusions — based on 12 early studies — are representative of the 24 studies who have now published or provided results through to 2015. Second, it is important to assess whether chemotherapy containing platinum increases survival for women with mTNBC more than other chemotherapy options.

We asked whether chemotherapy treatments containing a platinum agent are more or less effective for treating women with metastatic breast cancer than chemotherapy treatments not containing a platinum agent. We also asked the same question, but with a focus on women with mTNBC.

We found 24 studies involving 4418 women. The evidence is current to May 2015. Five of the 24 studies specifically assessed women with mTNBC while the other 19 studies assessed women with metastatic breast cancer in general (mainly women without mTNBC). This review found that, compared to chemotherapy without platinum, chemotherapy with platinum did not increase survival time by any important degree for women with metastatic breast cancer in general (mainly women without mTNBC). The quality of the evidence for this was considered to be high, meaning that we are confident about the results. For women with mTNBC, however, this review found that chemotherapy containing platinum may increase survival time over chemotherapy without platinum, but the quality of the evidence for this is low at this point in time (largely due to the small number of studies that have assessed mTNBC). This review also found that chemotherapy including platinum reduced the number of breast cancer recurrences compared to chemotherapy that did not contain platinum in women with mTNBC, however these findings also currently come from low-quality evidence. There was no difference in the number of breast cancer recurrences for women receiving platinum or non-platinum chemotherapy for metastatic breast cancer in general. Chemotherapy with platinum was more likely to shrink tumours compared to chemotherapy without platinum, but this result needs to be considered cautiously.

Compared with women receiving chemotherapy without platinum, women receiving chemotherapy with platinum experienced higher rates of nausea/vomiting, anaemia, leukopenia and hair loss.

This means it is difficult to justify using chemotherapy containing platinum for the treatment of metastatic breast cancer that is not mTNBC, given that similarly effective but less toxic chemotherapy is commonly available. Chemotherapy containing platinum may provide a survival benefit to mTNBC participants of sufficient magnitude to justify its use, but the quality of

the evidence for this is low at this point in time. Further studies are required before a more definitive conclusion can be made.

Schémas thérapeutiques contenant du platine pour le cancer du sein métastatique

Quelle est la solution? Le cancer du sein métastatique survient lorsque le cancer s'est propagé à des zones du corps situées au-delà du sein et aux ganglions lymphatiques voisins. Bien que le cancer du sein métastatique ne soit généralement pas curable, il est généralement admis que les femmes atteintes d'une maladie métastatique doivent recevoir une forme de chimiothérapie pour atténuer la gravité des symptômes de la maladie, tout en prolongeant, espérons-le, la durée de survie. La chimiothérapie contenant du platine est connue pour être efficace dans le traitement de nombreux types de cancers, notamment les cancers du poumon, des testicules, de la tête et du cou, de la vessie et de l'ovaire, mais elle est également réputée pour causer davantage d'effets indésirables (nausées et vomissements, lésions rénales et leucopénie (faible nombre de globules blancs)) que d'autres options de chimiothérapie. Les deux agents du platine les plus couramment utilisés pour traiter le cancer du sein métastatique sont le carboplatine et le cisplatine.

La version originale de cette revue (2004) concluait que la chimiothérapie contenant du platine n'augmentait pas la durée de survie des femmes traitées pour un cancer du sein métastatique. Depuis lors, toutefois, les chercheurs ont découvert qu'il existe une variété de sous-types de cancer du sein qui peuvent répondre différemment à différents types de chimiothérapie. L'un de ces sous-types - le cancer du sein triple négatif (CSTN) - représente environ 12 à 17% des cancers du sein et est associé à une survie plus courte et à une probabilité plus élevée de récurrence du cancer. Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que la chimiothérapie contenant du platine pourrait être plus efficace dans le traitement du CSTN métastatique (CSTNm) que d'autres options de chimiothérapie.

Pourquoi est-ce important? Il est au moins deux raisons pour lesquelles il est important de mettre à jour les preuves sur ce sujet. Premièrement, il est important de déterminer si nos conclusions de 2004 - basées sur 12 premières études - sont représentatives des 24 études qui ont publié ou fourni des résultats jusqu'en 2015. Deuxièmement, il est important de déterminer si une chimiothérapie contenant du platine augmente la survie des femmes avec CSTNm plus que d'autres options de chimiothérapie.

Nous avons demandé si les traitements de chimiothérapie contenant un agent du platine étaient plus ou moins efficaces pour traiter les femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique que les traitements de chimiothérapie ne contenant pas d'agent du platine. Nous avons également posé la même question, mais en mettant l'accent sur les femmes atteintes de CSTNm.

Nous avons trouvé 24 études impliquant 4418 femmes. Les preuves sont à jour jusqu'en mai 2015. Cinq des 24 études ont spécifiquement évalué les femmes atteintes de CSTNm, tandis que les 19 autres ont évalué les femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique en général (principalement les femmes sans CSTNm). Cette revue a montré que, comparée à la chimiothérapie sans platine, la chimiothérapie avec platine n'augmentait pas considérablement la durée de survie des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique en général.

(principalement les femmes sans CSTNm. La qualité des preuves à cet égard a été jugée élevée, ce qui signifie que nous sommes confiants quant aux résultats. Pour les femmes atteintes de CSTNm, toutefois, cette revue a montré que la chimiothérapie contenant du platine pouvait augmenter le temps de survie après chimiothérapie sans platine, mais la qualité des preuves à ce sujet est faible pour le moment (en grande partie à cause du petit nombre d'études évaluant CSTNm). Cette revue a également révélé que la chimiothérapie comprenant du platine réduisait le nombre de récurrences du cancer du sein par rapport à la chimiothérapie ne contenant pas de platine chez les femmes atteintes de CSTNm. Cependant, ces résultats proviennent également de preuves de faible qualité. Il n'y avait pas de différence dans le nombre de récurrences du cancer du sein chez les femmes recevant une chimiothérapie au platine ou autre pour le cancer du sein métastatique en général. La chimiothérapie avec le platine était plus susceptible de réduire les tumeurs que la chimiothérapie sans platine, mais ce résultat doit être considéré avec prudence.

Comparativement aux femmes recevant une chimiothérapie sans platine, les taux de nausées / vomissements, d'anémie, de leucopénie et de perte de cheveux ont été plus élevés.

Cela signifie qu'il est difficile de justifier l'utilisation d'une chimiothérapie contenant du platine pour le traitement du cancer du sein métastatique qui n'est pas CSTNm, étant donné qu'une chimiothérapie d'une efficacité similaire mais moins toxique est couramment disponible. Une chimiothérapie contenant du platine peut offrir aux participants CSTNm un bénéfice en termes de survie d'ampleur suffisante pour justifier son utilisation, mais la qualité des preuves à ce sujet est faible pour le moment. Des études complémentaires sont nécessaires avant de pouvoir tirer une conclusion plus définitive.

Citation: Egger SJ, Willson ML, Morgan J, Walker HS, Carrick S, Ghera D, Wilcken N. Platinum-containing regimens for metastatic breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD003374. DOI: 10.1002/14651858.CD003374.pub4. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003374.pub4/epdf/full>

5. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy

Review question

What effects do physical activity (PA) interventions have on women with breast cancer who have completed cancer treatment?

Background

After receiving breast cancer treatment, women may experience adverse mental and physical events caused by the cancer and by its treatment. These adverse events can result in a shorter life after treatment and can have a negative impact on quality of life (QoL) and on physical and mental health. Some studies suggest that being regularly physically active after treatment might lower the chance that breast cancer may come back, or that women may die of breast cancer. Regular PA may lead to a wide range of other beneficial effects, including improved QoL, mental health, and physical function. We wanted to determine whether PA has an effect on risk of recurrence and dying from breast cancer, QoL, and other aspects of well-being in women who had breast cancer after treatment.

Study characteristics

We included only studies consisting of women with breast cancer who had completed active cancer treatment. These studies compared outcomes of women involved in PA interventions versus outcomes of those who were offered usual care or no PA. Participants must have been assigned to a group in random or somewhat random fashion. The evidence is current to September 2015.

Key results

This review includes 63 trials involving 5761 participants. Most trials (28) consisted of aerobic exercise (e.g. walking, cycling, dance), whereas seven trials included a resistance training-only group, and 21 trials included a combined aerobic exercise and resistance training group. One in five participants placed in a PA intervention group dropped out before the end of the study, and on average one-quarter of target PA sessions were missed by participants. We found no studies that looked at effects of PA after cancer treatment on risk of recurrence or dying from breast cancer or any other cause. We found that participants performing PA had more favourable values by the end of the intervention and experienced greater positive changes over the intervention period in terms of QoL, views on their emotional health and physical ability, social function, feelings of worry, stamina, PA levels, body fat, and strength of muscles, compared with usual care participants. Researchers found no effects on perceived health, ability to sleep, feelings of pain, sexual function, body mass index, waist-to-hip girth ratio, and bone health of the upper and lower spine or hip. At least three months after completion of the intervention, actual values and changes from the start of the intervention in feelings of tiredness, stamina, and self-reported PA levels remained more favourable in participants given PA intervention than in those given usual care. Both aerobic exercise only and combined aerobic and resistance training interventions improved QoL and stamina. Aerobic exercise improved views on perceived emotional health and physical ability, as well as social function and self-reported PA levels, whereas resistance training resulted in greater improvement in muscle strength. Combined aerobic and resistance training interventions led to reduced feelings of tiredness. Trialists reported few minor adverse events among those given PA interventions.

Quality of the evidence

We rated the quality of evidence related to various aspects of health as very low, low, or moderate. We noted wide variation among the interventions that we looked at in terms of types of PA, frequency of sessions per week, levels of effort among participants, and session and intervention duration. Also, researchers measured aspects of health in many different ways. Other problems with eligible studies included lack of information on how study authors placed participants in groups at random, whether researchers who were carrying out the tests knew which group the person being tested belonged to, and how researchers dealt with data missing from their studies. In many aspects, we could not rule out the chance that positive effects observed were small enough that they were not important. It is also possible that smaller studies that have not found favourable effects of PA in women with breast cancer after treatment have not been published, because study authors often find it difficult to publish studies that have not found beneficial effects.

Activité physique pour les femmes atteintes d'un cancer du sein après un traitement adjuvant

Question de la revue

Quels sont les effets des interventions liées à l'activité physique (AP) sur les femmes atteintes d'un cancer du sein et ayant terminé leur traitement contre le cancer?

Contexte

Après avoir reçu un traitement contre le cancer du sein, les femmes peuvent être exposées à des effets mentaux et physiques indésirables causés par le cancer et par son traitement. Ces effets indésirables peuvent réduire la durée de vie après le traitement et avoir un impact négatif sur la qualité de vie et la santé physique et mentale. Certaines études suggèrent qu'une activité physique régulière après le traitement pourrait réduire les risques de récurrence du cancer du sein ou de décès du cancer du sein chez les femmes. Une AP régulière peut entraîner de nombreux autres effets bénéfiques, notamment une amélioration de la qualité de vie, de la santé mentale et de la fonction physique. Nous voulions déterminer si l'AP avait un effet sur le risque de récurrence et de décès par cancer du sein, de qualité de vie et sur d'autres aspects du bien-être des femmes atteintes d'un cancer du sein après le traitement.

Caractéristiques de l'étude

Nous avons inclus uniquement les études portant sur des femmes atteintes d'un cancer du sein et ayant terminé un traitement actif contre le cancer. Ces études ont comparé les résultats des femmes impliquées dans des interventions d'AP par rapport aux résultats de celles à qui des soins habituels ont été proposés ou ne pratiquaient pas d'AP. Les participants doivent avoir été affectés à un groupe de manière aléatoire ou quelque peu aléatoire. Les preuves sont à jour jusqu'en septembre 2015.

Résultats clés

Cette revue inclut 63 essais impliquant 5761 participants. La plupart des essais (28) consistaient en des exercices d'aérobic (par exemple, la marche, le vélo, la danse), alors que sept essais comprenaient un groupe d'entraînement en résistance uniquement, et 21 essais comprenaient un groupe combiné d'exercices d'aérobic et de résistance. Un participant sur cinq placé dans un groupe d'intervention d'AP a abandonné avant la fin de l'étude et en moyenne un quart des séances d'AP ciblées ont été omises par les participants. Nous n'avons trouvé aucune étude portant sur les effets de l'AP après un traitement contre le cancer sur le risque de récurrence ou de décès par cancer du sein ou pour toute autre cause. Nous avons constaté que les participants effectuant l'AP avaient des valeurs plus favorables à la fin de l'intervention et avaient connu de plus grands changements positifs au cours de la période d'intervention en termes de qualité de vie, de points de vue sur leur santé émotionnelle et leurs capacités physiques, leur fonction sociale, leurs sentiments d'inquiétude, leur endurance et leur niveau, la graisse corporelle et la force des muscles, par rapport aux participants aux soins habituels. Les chercheurs n'ont constaté aucun effet sur la santé, la capacité de dormir, la sensation de douleur, la fonction sexuelle, l'indice de masse corporelle, le rapport tour de taille, et la santé des os de la colonne vertébrale ou de la hanche. Au moins trois mois après la fin de l'intervention, les valeurs réelles et les changements intervenus depuis le début de l'intervention en termes de sensation de fatigue, d'endurance et d'auto-déclaration des niveaux d'AP

demeuraient plus favorables chez les participants bénéficiant d'une intervention à l'AP que chez ceux ayant reçu des soins habituels. Tant les exercices aérobiques que les interventions combinées d'aérobic et de musculation ont amélioré la qualité de vie et l'endurance. L'exercice aérobique a amélioré les points de vue sur la santé émotionnelle et la capacité physique, ainsi que sur la fonction sociale et les niveaux d'AP autodéclarés, alors que l'entraînement en résistance a entraîné une plus grande amélioration de la force musculaire. Les interventions combinées d'aérobic et de musculation ont permis de réduire les sensations de fatigue. Les essais cliniques ont rapporté peu d'événements indésirables mineurs parmi ceux ayant bénéficié d'une intervention de l'AP.

Qualité de la preuve

Nous avons évalué la qualité des preuves relatives aux divers aspects de la santé comme très faible, faible ou modérée. Nous avons constaté une grande variation parmi les interventions que nous avons examinées en termes de types d'AP, de fréquence des séances par semaine, d'efforts déployés par les participants et de durée et durée des séances. Les chercheurs ont également mesuré différents aspects de la santé. Parmi les autres problèmes liés aux études éligibles, citons le manque d'informations sur la manière dont les auteurs de l'étude ont placé les participants dans des groupes de manière aléatoire, si les chercheurs effectuant les tests savaient à quel groupe appartenait la personne testée et comment les chercheurs avaient traité les données manquantes dans leurs études. À de nombreux égards, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que les effets positifs observés soient suffisamment faibles pour être négligeables. Il est également possible que des études de moindre envergure n'ayant pas révélé d'effets favorables de l'AP chez les femmes atteintes d'un cancer du sein après le traitement n'aient pas été publiées, car les auteurs de l'étude ont souvent du mal à publier des études n'ayant pas révélé d'effets bénéfiques.

Citation: Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD011292. DOI: 10.1002/14651858.CD011292.pub2.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011292.pub2/epdf/full>

Annex

Few definitions

A **systematic review** answers a defined research question by collecting and summarising all empirical evidence that fits pre-specified eligibility criteria.

***Une revue systématique** consiste à identifier, évaluer et synthétiser toutes les études, publiées ou non, traitant d'un sujet donné. Son objectif est de répondre à une question précise dans le domaine de la santé.*

Evidence based medicine (EBM) is the conscientious, explicit, judicious and reasonable use of modern, best evidence in making decisions about the care of individual patients. EBM integrates clinical experience and patient values with the best available research information. It is a movement which aims to increase the use of high quality clinical research in clinical decision making.

***Médecine fondée sur les données probantes:** se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques ». On utilise plus couramment les termes médecine fondée sur les preuves ou médecine factuelle.*

Center for the Development of Best Practices in Health/

Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé

Phone: +237 242 081 919

Email: camer.cdbpsh@gmail.com

Web site: www.cdbph.org

Henry Dunant Avenue – Messa, Yaoundé Cameroon