

CANCER DU SEIN

PARCOURS DE SOINS

📄 Ce document présente les différentes phases pouvant faire partie d'un parcours de soins pour le cancer du sein. Toutes ces phases ne s'appliquent pas nécessairement à chaque situation. L'équipe médicale établit un plan de traitement personnalisé selon le profil de chaque personne.

💖 *Ce guide est destiné à toute personne souhaitant mieux comprendre le parcours de soins — que ce soit pour soi-même, un proche, ou par souci d'information générale.*

🗨️ CANCER DU SEIN ET COMMUNAUTÉS NOIRES — CE QUE LES DONNÉES DISENT

Le cancer du sein affecte toutes les femmes, mais des recherches canadiennes récentes montrent que les femmes noires font face à des réalités particulières qui méritent une attention spécifique. Mieux les connaître, c'est mieux se protéger.

UN DIAGNOSTIC PLUS JEUNE

Au Canada, plus de la moitié des cas chez les femmes noires d'origine africaine surviennent avant l'âge de 50 ans, contre 1 femme sur 7 chez les femmes blanches. Les femmes noires d'origine caribéenne présentent un taux de mortalité jusqu'à 70 % plus élevé entre 40 et 59 ans.

→ **Recommandation** : commencer le dépistage dès 40 ans — ou plus tôt en cas d'antécédents familiaux. Les lignes directrices nationales basées sur 50 ans désavantagent systématiquement les femmes noires.

UN TYPE DE CANCER PLUS AGRESSIF

Les femmes noires sont diagnostiquées deux fois plus souvent avec un cancer « triple négatif » (environ 20 % contre 9,5 % chez les femmes blanches au Canada). Ce type est plus agressif et est plus souvent détecté à un stade avancé (stade III ou IV) chez les femmes noires (26 % contre 17 %).

DES MUTATIONS GÉNÉTIQUES SPÉCIFIQUES

Certaines mutations retrouvées chez les femmes noires diffèrent de celles documentées dans d'autres groupes. Elles peuvent expliquer la plus grande proportion de cancers triple négatif et de diagnostics avant 50 ans. Ces mutations incluent notamment BRCA1, BRCA2, TP53, DARC, RASSF1A et ANKLE1, plus fréquentes dans les populations d'ascendance ouest-africaine.

DES OBSTACLES AU DÉPISTAGE

OBSTACLES DOCUMENTÉS AU CANADA

- Manque de ressources adaptées aux communautés noires
- Expériences de discrimination dans le système de santé
- Faible représentation dans les études sur le cancer
- Barrières linguistiques limitant l'accès à l'information
- Préoccupations liées au statut d'immigration
- Difficultés d'accès géographique ou financier

CE QUI PEUT AIDER

- Demander un dépistage dès 40 ans
- Signaler tout antécédent familial de cancer du sein
- S'appuyer sur des organismes communautaires
- Parler ouvertement des symptômes sans minimiser
- Encourager les proches à se faire dépister

 *La Maison de Patricia existe pour offrir un espace de soutien culturellement adapté aux femmes des communautés noires touchées par le cancer du sein.*



MUTATIONS GÉNÉTIQUES ET CANCER DU SEIN

Environ 5 à 10 % des cancers du sein sont liés à une mutation génétique héréditaire — une modification dans un gène transmise dans la famille qui augmente le risque. Connaître son statut génétique permet une surveillance plus précoce et des décisions médicales éclairées.

LES GÈNES BRCA1 ET BRCA2

MUTATION DU GÈNE BRCA1

- Risque de cancer du sein jusqu'à 67–80 % au cours de la vie
- Souvent associé au cancer triple négatif
- Risque élevé de cancer des ovaires (jusqu'à 44 %)
- Diagnostic fréquent avant la ménopause

MUTATION DU GÈNE BRCA2

- Risque de cancer du sein jusqu'à 45–70 % au cours de la vie
- Risque de cancer des ovaires (jusqu'à 17 %)
- Risque accru chez les hommes également
- Associé aussi aux cancers du pancréas et de la prostate

AUTRES MUTATIONS POSSIBLES

- TP53 — cancers à un très jeune âge (syndrome de Li-Fraumeni)
- PALB2 — partenaire de BRCA2; risque modéré à élevé
- CHEK2, ATM — risque modéré; surveillance renforcée recommandée
- DARC, RASSF1A, ANKLE1 — mutations documentées plus fréquemment dans les populations d'ascendance africaine

QUAND ENVISAGER UN TEST GÉNÉTIQUE ?

- Plusieurs membres de la famille ont eu un cancer du sein ou des ovaires
- Un cancer du sein diagnostiqué avant 40 ou 50 ans dans la famille
- Un cancer du sein chez un homme dans la famille
- Un diagnostic de cancer triple négatif, quel que soit l'âge
- Antécédents de cancer des ovaires, du pancréas ou de la prostate

i Le test génétique se fait par simple prise de sang, en toute confidentialité, encadré par un spécialiste en

oncogénétique. Une mutation ne signifie pas qu'un cancer va se développer, mais permet d'agir de façon préventive.

LES ÉTAPES DU PARCOURS DE SOINS

1

LA DÉCOUVERTE

Le parcours commence par la détection d'un changement au niveau du sein, lors d'un examen de routine ou à la suite de symptômes remarquables.

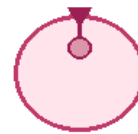
SIGNES QUI PEUVENT MENER À UNE CONSULTATION



Bosse ou grosseur
au sein



Rougeur, chaleur
ou peau qui pèle



Mamelon rétracté
ou croûte



Masse ou enflure
dans l'aisselle



Écoulement
inhabituel



Résultat anormal
à la mammographie

La présence de l'un de ces signes ne signifie pas automatiquement qu'il s'agit d'un cancer. Une consultation médicale permet d'obtenir un avis professionnel.

EXAMENS POSSIBLES

- Mammographie (radiographie du sein)
- Échographie mammaire
- Biopsie (prélèvement d'un échantillon de tissu)

ASPECT ÉMOTIONNEL

- L'anxiété et la peur sont des réactions normales
- Il est utile d'en parler à l'équipe soignante
- Un accompagnement psychologique peut être proposé

2

L'INVESTIGATION ET LE DIAGNOSTIC

Des examens approfondis sont réalisés pour comprendre la nature du cancer : sa taille, sa localisation, son type et son degré de propagation. Une combinaison de plusieurs examens est souvent nécessaire.

EXAMENS POSSIBLES

- Mammographie diagnostique, Échographie, IRM, CT-Scan, TEP Scan, Scintigraphie osseuse

- Biopsie — l'examen qui confirme définitivement le diagnostic
- Oncotype DX — test génétique de la tumeur évaluant le risque de récurrence
- Bilan cardiaque avant certains traitements, Tests sanguins
- Consultation en oncogénétique si une mutation héréditaire est suspectée

i Un comité multidisciplinaire (chirurgien, oncologue, radio-oncologue, pathologiste, infirmière spécialisée) analyse tous les résultats pour établir le plan de traitement le mieux adapté. Chaque plan est unique.

3

LA CHIRURGIE

⚠ Ne s'applique pas à toutes les situations

La chirurgie est indiquée dans de nombreux cas, mais pas tous. En cas de cancer métastatique ou selon d'autres critères médicaux, elle peut ne pas être recommandée.

ABLATION TOTALE (MASTECTOMIE)

- Retrait complet du sein
- Sans reconstruction : selon le choix ou la recommandation
- Avec reconstruction immédiate : prothèse, lambeau abdominal ou dorsal
- Préservation du mamelon parfois possible

ABLATION PARTIELLE (TUMORECTOMIE)

- Retrait de la tumeur seulement, en conservant le sein
- Correction esthétique possible si nécessaire (oncoplastie)
- Souvent suivie d'une radiothérapie

- **Ganglions** : Ganglion sentinelle ou évidemment axillaire — vérifie si le cancer s'est propagé aux ganglions

♥ La reconstruction mammaire peut être immédiate ou différée. Il s'agit d'un choix personnel qui mérite réflexion et discussion avec l'équipe médicale.

4

L'ANALYSE PATHOLOGIQUE

⚠ S'applique lorsqu'une chirurgie a été réalisée

Les tissus retirés sont envoyés en laboratoire (délai environ 1 mois). Cette étape confirme les caractéristiques précises du cancer et oriente les traitements complémentaires.

- Le stade final du cancer (0 à 4), le grade de la tumeur (1 à 3)
- Les marges chirurgicales — présence ou absence de cellules cancéreuses aux bords
- Le type de récepteurs hormonaux (RH+ ou RH-) et le statut HER2
- L'indice Ki-67 — mesure de la vitesse de multiplication des cellules

⚠ Si les marges sont atteintes (« positives »), une reprise chirurgicale peut être nécessaire. Certaines personnes n'auront besoin d'aucun traitement complémentaire après cette analyse.

5

LA CHIMIOTHÉRAPIE

⚠ N'est pas recommandée dans tous les cas

La chimiothérapie utilise des médicaments pour détruire les cellules cancéreuses. Elle dépend du type de cancer, de son stade et de ses caractéristiques biologiques.

AVANT LA CHIRURGIE (NÉOADJUVANTE)

- Objectif : réduire la taille de la tumeur
- Peut permettre d'éviter une mastectomie totale
- Durée habituelle : 5 à 6 mois

APRÈS LA CHIRURGIE (ADJUVANTE)

- Objectif : éliminer les cellules résiduelles
- Durée : 3 à 6 mois selon le protocole
- Certains traitements ciblés : jusqu'à 1 an

Les traitements se font en cycles en clinique externe. Des médicaments atténuent les effets secondaires (fatigue, nausées, perte de cheveux). Chaque personne réagit différemment.

6

LA RADIOTHÉRAPIE

⚠ N'est pas recommandée dans tous les cas

Des rayons ciblés détruisent les cellules cancéreuses pouvant rester après la chirurgie. Fréquente après une ablation partielle, mais pas systématique après une mastectomie totale.

- Séances de 15 à 30 minutes, indolores, en clinique externe
- Généralement 5 jours par semaine, de 5 à 20 séances selon le protocole
- Effets secondaires : fatigue et rougeur locale de la peau
- Délai après chimio : 4 à 8 semaines | Sans chimio : 10 à 12 semaines après la chirurgie

7

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX À LONG TERME

⚠ Selon le profil du cancer

Certains cancers nécessitent des traitements sur plusieurs années pour prévenir la récurrence.

HORMONOTHÉRAPIE — SI CANCER SENSIBLE AUX HORMONES (RH+)

AVANT LA MÉNOPAUSE

- Tamoxifène (5 à 10 ans)
- OU suppression ovarienne + tamoxifène ou inhibiteur de l'aromatase
- Ajout possible d'un inhibiteur CDK 4/6 si risque élevé

APRÈS LA MÉNOPAUSE

- Inhibiteur de l'aromatase : anastrozole, letrozole ou exémestane
- Durée : 5 à 10 ans
- Ajout possible d'un inhibiteur CDK 4/6 si risque élevé

THÉRAPIE CIBLÉE — SI CANCER HER2+

Des médicaments comme le trastuzumab bloquent la protéine HER2. Durée habituelle : 1 an. Pour les cancers triple négatif, l'immunothérapie peut être envisagée.

8

LE SUIVI À LONG TERME

Un suivi médical régulier est maintenu après les traitements actifs pour surveiller l'état de santé et détecter rapidement toute récurrence.

LES 2 PREMIÈRES ANNÉES

APRÈS 2 ANS — ANNUEL

- Consultations tous les 3 à 6 mois
- Alternance entre chirurgien oncologue et hématologue oncologue
- Examen clinique à chaque visite

- Suivi annuel selon la condition médicale
- Mammographie annuelle
- Échographie ou IRM si nécessaire
- Gestion des effets à long terme des traitements

LEXIQUE — POUR MIEUX COMPRENDRE LES TERMES MÉDICAUX

Stades du cancer (0 à 4)

Stade 0 : cellules anormales non invasives. Stades 1-3 : cancer localisé ou propagé aux ganglions. Stade 4 (métastatique) : cancer dans d'autres organes. Classification TNM : T = Taille de la tumeur, N = Ganglions (Nodes), M = Métastases.

Grade de la tumeur (1, 2 ou 3)

Grade 1 : croissance lente, cellules proches des cellules normales. Grade 2 : intermédiaire. Grade 3 : croissance rapide, cellules très transformées.

Récepteurs hormonaux — RH+ ou RH-

RH+ : la tumeur est stimulée par les hormones féminines; l'hormonothérapie est efficace. RH- : aucun récepteur présent; l'hormonothérapie ne s'applique pas.

HER2+ ou HER2-

HER2+ : excès d'une protéine de croissance; des médicaments ciblés comme le trastuzumab peuvent la bloquer. HER2- : ces médicaments ne sont pas utilisés.

Triple négatif

Cancer sans récepteurs hormonaux ni excès de HER2. Plus fréquent chez les femmes noires (20 % vs 9,5 %). La chimiothérapie est le traitement principal.

Ganglion sentinelle

Premier ganglion lymphatique recevant le drainage de la zone tumorale. Son analyse évite de retirer tous les ganglions de l'aisselle.

Marges chirurgicales

Marges négatives (saines) : pas de cellules cancéreuses aux bords du tissu retiré. Marges positives : une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

Oncotype DX

Test génétique de la tumeur estimant le risque de récurrence. Aide à décider si la chimiothérapie est utile pour certains cancers de stade précoce RH+ et HER2-.

BRCA1 et BRCA2

Gènes protecteurs contre le cancer. Si mutés, le risque de cancer du sein monte jusqu'à 80 %. Un test génétique permet d'évaluer son statut.

Inhibiteur de l'aromatase (IA)

Hormonothérapie post-ménopause qui bloque la fabrication d'œstrogènes dans les tissus. Exemples : anastrozole, letrozole, exémestane.

Ki-67

Pourcentage de cellules cancéreuses en train de se diviser. Plus il est élevé, plus les cellules se reproduisent rapidement.

Chimiothérapie néoadjuvante vs adjuvante

Néoadjuvante : AVANT la chirurgie, pour réduire la tumeur. Adjuvante : APRÈS la chirurgie, pour éliminer les cellules résiduelles.

La Maison de Patricia accompagne chaque personne touchée par le cancer du sein.

Soutien physique, émotionnel et social — à chaque étape du parcours.

www.lamaisondepatria.org | info@lamaisondepatria.org | 450-944-6699



Facebook : La Maison de Patricia



Instagram : La Maison de Patricia

RÉFÉRENCES ET SOURCES

Les informations contenues dans ce document sont issues de sources médicales et scientifiques reconnues. Elles ont pour but d'informer et ne remplacent pas un avis médical professionnel. Pour toute question concernant une situation personnelle, il est recommandé de consulter un professionnel de la santé.

1. PARCOURS DE SOINS — CANCER DU SEIN

- [1] CHUM — Centre intégré de cancérologie (2024). *Trajectoire de soins — Cancer du sein*. **Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)**.
chum.qc.ca
- [2] Société canadienne du cancer (2024). *Cancer du sein — Traitements, stades et types*. **Société canadienne du cancer**.
cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast
- [3] Institut national du cancer du Canada (2023). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2023*. **Société canadienne du cancer / Institut national du cancer du Canada**.
cancer.ca/fr/research/cancer-statistics
- [4] Wilkinson, A.N., Ellison, L.F., McGee, S.F., Billette, J.M. et Seely, J.M. (2024). *The Landscape of Breast Cancer Molecular and Histologic Subtypes in Canada*. **Current Oncology**, vol. 31, no 9, p. 5544–5556.
doi.org/10.3390/curroncol31090409
- [5] Statistique Canada (2025). *Incidence du cancer du sein au Canada*. **Statistique Canada — Publication 11-627-M**.
www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2025054-fra.htm
- [6] Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2024). *Cancer du sein — Recommandations provisoires 2024*. **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**.
canadiantaskforce.ca/fr/lignesdirectrices/cancer-du-sein-mise-a-jour-2024

2. CANCER DU SEIN ET COMMUNAUTÉS NOIRES AU CANADA

- [7] Gazette des femmes (2024). *Cancer du sein : un risque différencié chez les femmes noires*. **Gazette des femmes — Article de fond, octobre 2024**.
gazettedesfemmes.ca/24718/cancer-du-sein-un-risque-differencie-chez-les-femmes-noires
- [8] Radio-Canada (2025). *Dépistage du cancer du sein : une urgence pour les femmes noires*. **ICI Radio-Canada, mars 2025**.
ici.radio-canada.ca/nouvelle/2144864/recherche-etude-sante-femme-noire
- [9] *Des disparités raciales pour le diagnostic et l'issue du cancer du sein au Canada*. **EurekaAlert! — communiqué scientifique basé sur une étude de la Société canadienne du cancer**.
eurekaalert.org/news-releases/1063733?language=french
- [10] Réseau canadien du cancer du sein (RCCS) (2023). *Cancer du sein triple négatif : qui est à risque ?*. **Blogue du Réseau canadien du cancer du sein**.
cbcn.ca/fr/blog/our-stories/tnbc-who-at-risk
- [11] Ruban Rose Canada (2025). *Cancer du sein dans les communautés noires*. **Ruban Rose — Ressource d'information communautaire**.
rubanrose.org/en/inform-me/prevention-and-awareness/breast-cancer-in-black-communities
- [12] Centre interdisciplinaire pour la santé des Noir(e)s (CISN), Université d'Ottawa (2023). *Méta-analyse sur les données de santé des communautés noires au Canada*. **Université d'Ottawa — Centre interdisciplinaire pour la santé des Noir(e)s**.
uottawa.ca
- [13] Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) (2022). *Passion et ténacité : comment la recherche fondamentale s'attaque au cancer du sein triple négatif*. **IRSC — Programme de recherche sur le cancer, Dr. Juliet Daniel**,

3. MUTATIONS GÉNÉTIQUES — BRCA1, BRCA2 ET AUTRES GÈNES

- [14] Société canadienne du cancer (2024). *Facteurs de risque du cancer du sein — Gènes BRCA1 et BRCA2*. **Société canadienne du cancer**.
cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/breast/risks
- [15] National Institutes of Health (NIH) (2024). *Gene Variants and Breast Cancer Risk in Black Women*. **NIH News in Health, juin 2024**.
newsinhealth.nih.gov
- [16] InfoCancer / ARCAGY (2024). *Cancers du sein — Prédispositions génétiques : BRCA1, BRCA2 et autres gènes*. **ARCAGY-GINECO — Réseau de cancérologie**.
arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-sein
- [17] Nnorom, S.O. et Wilson, L.L. (2022). *Breast Cancer in Black Women: Racial/Ethnic Disparities Affecting Survival*. **Journal of Women's Health, vol. 31(9), p. 1255-1261. doi: 10.1089/jwh.2021.0113**.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35230169
- [18] IR-CUSM / Centre universitaire de santé McGill (2024). *Cancer du sein triple négatif : nouvel espoir pour un médicament existant*. **Institut de recherche du CUSM — Molecular Cancer Journal, juillet 2024**.
csm.ca/nouvelles-et-histoires/nouvelles/cancer-du-sein-triple-negatif-nouvel-espoir

4. RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES RECOMMANDÉES

- ▶ **Société canadienne du cancer** — cancer.ca/fr
Information complète sur tous les types de cancer, traitements et ressources de soutien au Canada
- ▶ **Statistique Canada — Santé** — www150.statcan.gc.ca
Données épidémiologiques officielles sur le cancer au Canada
- ▶ **Institut national du cancer du Canada** — cancer.ca/fr/research/cancer-statistics
Statistiques annuelles sur le cancer au Canada
- ▶ **Réseau canadien du cancer du sein** — cbcn.ca/fr
Ressources spécifiques au cancer du sein, blogue et soutien communautaire
- ▶ **Ruban Rose Canada** — rubanrose.org
Sensibilisation au cancer du sein, incluant les communautés noires
- ▶ **Centre interdisciplinaire pour la santé des Noir(e)s — Université d'Ottawa** — uottawa.ca/cisn
Recherche sur les disparités de santé dans les communautés noires au Canada
- ▶ **CHUM — Centre intégré de cancérologie** — chum.qc.ca
Parcours de soins et ressources cliniques en oncologie au Québec

⚠ **AVIS IMPORTANT** : Ce document a été préparé à des fins d'information générale uniquement. Il ne remplace pas un avis médical, un diagnostic ou un traitement professionnel. Les informations présentées sont basées sur des sources reconnues disponibles au moment de la rédaction (2025). Pour toute question médicale personnelle, consultez un professionnel de la santé qualifié.

SOURCES ET RÉFÉRENCES

Les informations contenues dans ce document sont issues de sources médicales et scientifiques reconnues. Cette page liste les références principales utilisées pour la rédaction du pamphlet, regroupées par thème.

1. PARCOURS DE SOINS — CANCER DU SEIN

1. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). « Trajectoire de soins — Cancer du sein ». **Centre intégré de cancérologie du CHUM, 2024**. Disponible à : chum.qc.ca
2. Société canadienne du cancer. « Cancer du sein — Traitement ». **cancer.ca, 2024**. Disponible à : cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/treatment
3. Institut national du cancer du Canada. « Statistiques canadiennes sur le cancer ». **Canadian Cancer Statistics, 2023**. Disponible à : cancer.ca/fr/research/cancer-statistics
4. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). « Guide de pratique clinique — Cancer du sein ». **INESSS, 2022**. Disponible à : inesss.qc.ca
5. Réseau québécois de cancérologie. « Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ». **Gouvernement du Québec, 2023**. Disponible à : msss.gouv.qc.ca

2. CANCER DU SEIN ET COMMUNAUTÉS NOIRES

6. Brenner DR, Poirier AE, Woods RR, et al.. « Estimating the current and future cancer burden in Canada: methodological framework of the Canadian population attributable risk of cancer (ComPARE) study ». **BMJ Open, 2020**. Disponible à : bmjopen.bmj.com
7. Maskarinec G, Meng L, Wilkens LR, et al.. « Breast cancer risk in Black and white women — the multiethnic cohort study ». **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 2023**.
8. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, et al.. « The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health ». **The Lancet, 2017**.
9. Rebbeck TR. « Precision prevention and early detection of cancer — fundamental principles ». **Cancer Prevention Research, 2022**. Disponible à : ncbi.nlm.nih.gov/pmc
10. Banque de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). « Disparités en matière de santé selon la race et l'ethnicité au Canada ». **ICIS / CIHI, 2023**. Disponible à : cihi.ca/fr
11. Maki G, Bhatt M, Arseneau J, et al.. « Race, ethnicity, and breast cancer outcomes in Canada — a systematic review ». **Current Oncology, 2022**. Disponible à : mdpi.com/journal/curroncol

3. MUTATIONS GÉNÉTIQUES ET PRÉDISPOSITIONS HÉRÉDITAIRES

12. Antoniou A, Pharoah PD, Narod S, et al.. « Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case series unselected for family history ». **American Journal of Human Genetics, 2003**.

13. National Cancer Institute (NIH). « *BRCA gene mutations — cancer risk and genetic testing* ». **National Institutes of Health, 2023**. Disponible à : cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet
14. Société canadienne du cancer. « *Gènes et hérédité — cancer du sein* ». **cancer.ca, 2024**. Disponible à : cancer.ca/fr/cancer-information/reduce-your-risk/know-your-family-history
15. Ademuyiwa FO, Tao Y, Luo J, Weilbaeher K, Ma CX. « *Differences in the mutational landscape of triple-negative breast cancer in African Americans and Caucasians* ». **Breast Cancer Research and Treatment, 2017**.
16. Huo D, Hu H, Rhie SK, et al.. « *Comparison of breast cancer molecular features and survival by African and European ancestry in the Cancer Genome Atlas* ». **JAMA Oncology, 2017**.
17. Ricks-Santi L, McDonald JT, Gold B, et al.. « *Next generation sequencing reveals high prevalence of BRCA1 and BRCA2 variants of unknown significance in early-onset breast cancer in African American women* ». **Ethnicity & Disease, 2017**.

⚠ *Avis important : Ce document a été rédigé à des fins d'information et de sensibilisation. Il ne remplace pas un avis médical professionnel. Toute personne présentant des symptômes ou ayant des préoccupations concernant sa santé est encouragée à consulter un professionnel de la santé qualifié. Les informations médicales évoluent — certaines données peuvent avoir été mises à jour depuis la publication de ce document.*

La Maison de Patricia

www.lamaisondepatria.org | info@lamaisondepatria.org | 450-944-6699