



Prise en charge en chirurgie ambulatoire du cancer du sein

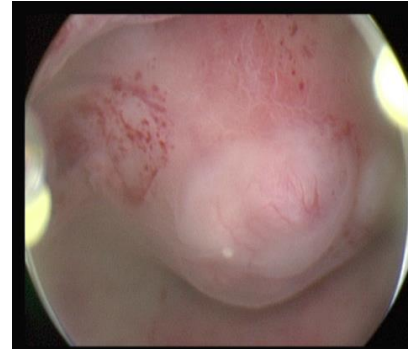
Mardi 24 novembre 2015

Julie Pariente

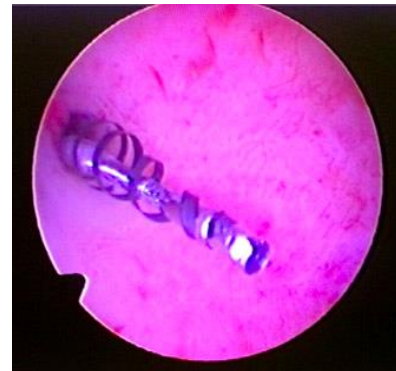
Clinique de la Victoire, Tourcoing

Chirurgie ambulatoire en gynécologie

- Hystéroscopie
 - Curetage
 - Polype/myome
 - Essure



- Conisation
- Tumorectomie simple



⇒ **Place de la prise en charge ambulatoire
du cancer du sein ?**

Chirurgie ambulatoire du cancer du sein

Bonne indication?

- **Population**
 - **90% des 50 000 nouveaux cas/an** sont des cancers T1-T2 M0 en raison du dépistage organisé
 - **Age médian 61 ans**
 - Comorbidités?
- **Acte chirurgical**
 - **Premier acte thérapeutique dans 80-85%**
 - 60-70% cas: geste conservateur
 - **Durée < 2 heures**
 - **Faible risque de complications** « suraiguës » (<1%)
 - **Peu douloureuse**
 - Peu invalidante
 - Faible taux de conversion (<10%) en hospitalisation traditionnelle

Intérêts de développer la chirurgie ambulatoire du cancer du sein?

- **Bénéfices pour la patiente**
 - Diminution des infections nosocomiales
 - Taux élevé de satisfaction (>80%)
 - Patiente plus éduquée/impliquée

Gynecol Obstet Fertil 2015

- **Intérêt économique**
 - **Coût directes diminués** (suppression des bornes basses 1^{er} mars 2014)
 - Aucune étude sur coûts indirects

HAS 2012

Prise en charge

Hospitalisation classique vs Chirurgie ambulatoire

- **Hospitalisation classique**
 - **Hospitalisation la veille** pour lymphoscintigraphie +/- repérage
 - J0 bloc: mastectomie partielle + ganglion sentinelle +/- curage axillaire
 - **Sortie à J1 si GS négatif ou J4-5 si curage**
- **Chirurgie ambulatoire**
 - **Lymphoscintigraphie en externe la veille ou matin même de l'intervention**
 - J0 bloc: repérage 1 heure avant le bloc
 - **Sortie en fin de journée si GS négatif**

Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire du cancer du sein

- Compréhension suffisante
- Aptitude à observer les prescriptions médicales
- Conditions d'hygiène et logement au moins équivalente à l'hôpital
- Personne accompagnante
- Faible éloignement géographique (<1 heure)
- Accès rapide à un téléphone

Quels sont les freins?

- **Complexité autour de l'acte ambulatoire**
 - Lymphoscintigraphie?
 - Lésion infraclinique nécessitant un repérage?
 - ⇒ Possible la veille ou le matin de l'intervention
- **Ganglion sentinelle positif**
 - Remis en question (ACOSOG Z0011)
 - Pas d'extemporané ?
 - Information préalable +++
- **Heure de la chirurgie**
- **Psychologique**: symbolique forte de la pathologie prise en charge

Comment évoluer?

- **Organisation du parcours de la patiente**
 - Consultation médicale (information orale et écrite)
 - Consultation infirmière pré-hospitalisation
 - « l'après » doit être anticipé
 - Ordonnance d'antalgiques
 - Ordonnance de soins IDE
 - Consultation post opératoire
- **Geste chirurgicale**
 - Pas de drainage systématique
 - Injection *insitu* d'antalgiques
- **Après la sortie**
 - Lien patient-hôpital

Elargissement des indications?

- **Mastectomie?**
 - Techniquement possible
 - Limites psychologiques
- **Curage axillaire**
 - Drain?

*Breast 2013
Int J Surg 2009
Ann Surg Oncol 2000*

*Cochrane database Syst
Rev 2013*

Conclusion

- **Chirurgie mammaire carcinologique est une bonne indication pour une prise en charge en ambulatoire si cancers T1-T2 N0**
- **Adaptation des pratiques (pré, per et post opératoire)**
- **Dédramatisation du parcours chirurgical au moment de l'annonce du cancer**
- **Impact important sur la satisfaction des patientes**