

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°147

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Enseignement Supérieur de Gynécologie-Obstétrique

par

Anne-Charlotte TOSTIVINT-CLEMENT
née le 11 Avril 1983 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 2013

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DES MASTECTOMIES:
ENQUETE DE FAISABILITE A L'INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE
L'OUEST RENE GAUDUCHEAU ET REVUE DE LA LITTERATURE

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marc CLASSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François DRAVET

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	3
2. LEGISLATION ET ETAT DES LIEUX	4
2.1. Définition de la chirurgie ambulatoire	4
2.1.1. Cadre réglementaire	4
2.1.2. Quels actes	5
2.1.3. Organisation des structures	5
2.1.4. Quels patients	5
2.1.5. Importance de l'information du patient	7
2.1.6. Prise en charge des suites opératoires	7
2.1.7. Procédure de sortie	8
2.1.8. Gestion de l'aval: permanence et continuité des soins	9
2.1.9. Satisfaction des patientes	11
2.1.10. Coût par rapport à la chirurgie classique	11
2.2. Etat des lieux	12
2.2.1. Ensemble des actes chirurgicaux	12
2.2.2. Chirurgie mammaire en cancérologie	14
3. MATERIEL ET METHODE	17
3.1. Critères d'inclusion	17
3.2. Critères d'exclusion	17
3.3. Objectifs de l'étude	17
3.3.1. Objectif principal	17
3.3.2. Objectifs secondaires	17
3.4. Déroulement de l'étude	18
3.4.1. « Questionnaire Service »	18
3.4.2. « Questionnaire Patient »	20
3.5. Stratégie de prise en charge	22
3.6. Analyse statistique	23
4. RESULTATS	23
4.1. Caractéristiques générales de la population	23
4.1.1. Données épidémiologiques	24
4.1.2. Caractéristiques histologiques de la tumeur	24
4.1.3. Données concernant la prise en charge actuelle des patientes	26
4.2. Evaluation des suites opératoires	28
4.2.1. Evaluation de la douleur post opératoire	28
4.2.2. Evaluation des nausées et vomissements post-opératoires	29
4.2.3. Evaluation du drainage post-opératoire	30
4.3. Evaluation de l'aptitude à la sortie et du souhait des patientes vis-à-vis d'une prise en charge ambulatoire	31
4.3.1. Avis des patientes a priori	31
4.3.2. Evaluation de l'aptitude à la sortie par le score de Chung	31
4.3.3. Avis des patientes concernant l'aptitude à la sortie le soir de l'intervention et le lendemain matin	33
4.3.4. Avis des patientes et de l'entourage à la sortie :	35
4.4. Facteurs limitant le retour à domicile	36
4.4.1. Point de vue des patientes	36

4.4.2. Point de vue de l'entourage :	37
4.5. Axes d'amélioration possibles en vue d'une prise en charge ambulatoire	38
4.6. Caractéristiques liées aux patientes et la pathologie, influençant l'aptitude à la sortie	39
4.6.1. Caractéristiques liées à la pathologie et sa prise en charge, influençant l'aptitude à la sortie	40
4.6.2. Caractéristiques liées à la patiente influençant l'aptitude à la sortie 44	
5. DISCUSSION	48
5.1. Vers une diminution de la durée d'hospitalisation	48
5.2. Etudes témoignant de la faisabilité des mastectomies en ambulatoire 50	
5.3. Etude des complications post opératoires après chirurgie ambulatoire 55	
5.4. Etude des facteurs limitant le développement de l'ambulatoire.....	57
5.4.1. Organisation des soins à domicile et information du patient	58
5.4.2. Douleurs, nausées et vomissements post opératoires	59
5.4.3. Gestion du drainage post-opératoire	61
5.4.4. Facteurs non médicaux.....	65
5.5. Evaluation de la satisfaction des patientes.....	66
5.6. Sélection des patients.....	68
5.7. Aspects économiques	70
5.8. Proposition de prise en charge ambulatoire des mastectomies à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest	72
6. CONCLUSION.....	74
7. BIBLIOGRAPHIE	75
8. ANNEXES	82
<i>Annexe 1 : Score de Chung.....</i>	<i>82</i>
<i>Annexe 2 : Questionnaire service.....</i>	<i>83</i>
<i>Annexe 3 : Questionnaire Patiente</i>	<i>88</i>
<i>Annexe 4 : Etudes évaluant la faisabilité des mastectomies en ambulatoire.</i>	<i>94</i>

1. INTRODUCTION

Avec une incidence de 53 000 nouveaux cas en France en 2011, le cancer du sein se place au premier rang des cancers chez la femme (1). La prise en charge du cancer du sein est pluridisciplinaire mais le traitement chirurgical reste le plus souvent le traitement initial. Actuellement, le traitement chirurgical radical concerne entre 20 et 25% des patientes (2). Les indications reconnues de la mastectomie sont les tumeurs dont le rapport volume tumoral sur volume mammaire est incompatible avec un traitement conservateur, les tumeurs multicentriques situées dans des quadrants distincts, les lésions de carcinome canalaire in situ étendu et les cancers inflammatoires préalablement traités par chimiothérapie néoadjuvante.

Parallèlement à l'augmentation de l'incidence du cancer du sein depuis les années 1980 avec une stabilisation ces cinq dernières années (1), nous assistons à une diminution des durées d'hospitalisation après traitement chirurgical pour ces patientes, jusqu'à aboutir à une prise en charge ambulatoire croissante pour les patientes bénéficiant d'un traitement chirurgical conservateur au niveau national (3).

Ainsi, à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau, 36% des patientes hospitalisées pour le traitement chirurgical conservateur d'un cancer du sein en 2011 l'étaient en ambulatoire. A l'inverse, les patientes prises en charge pour une mastectomie relèvent actuellement d'une hospitalisation traditionnelle contrairement à d'autres pays (4,5). L'objectif de notre étude est d'évaluer la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire de ces patientes par l'analyse des suites opératoires, et de l'aptitude à la sortie le soir et le lendemain de l'intervention. Il s'agit également d'identifier les freins potentiels à une telle prise en charge afin de proposer si possible une évolution des pratiques vers une hospitalisation ambulatoire pour une partie des patientes relevant d'un traitement chirurgical radical.

2. LEGISLATION ET ETAT DES LIEUX

2.1. Définition de la chirurgie ambulatoire

2.1.1. Cadre réglementaire

Plusieurs lois encadrent la pratique de la chirurgie ambulatoire. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 a introduit la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Le décret du 2 octobre 1992 précise : « les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur ambulatoire ». Il a été abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire. Les articles D 6124-301 à 305 du code de Santé Publique du 26 juillet 2005 précisent que: «les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comportant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge ».

Les arrêtés tarifaires fixant depuis 2004 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique différencient la rémunération des séjours de moins de 48 heures avec ceux de plus de 48 heures.

Au niveau international, les terminologies synonymes *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été retenues par l'International Association Ambulatory Surgery (IAAS).

En 2009, le Ministère de la Santé associé à l'Assurance Maladie (6), et la Société Française d'Anesthésie Réanimation (7) ont établi des recommandations encadrant la prise en charge ambulatoire. En 2012, la Haute Autorité de Santé publie un socle de connaissances afin de

promouvoir la chirurgie ambulatoire (8). Ces différents textes guident la pratique de la chirurgie ambulatoire.

2.1.2. Quels actes

Il n'existe pas de spécificité de l'acte chirurgical par rapport à l'hospitalisation classique. Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. Il convient de prendre en charge des pathologies pour lesquelles l'acte chirurgical est standardisé, et les suites opératoires et risques maîtrisés, notamment en terme d'analgésie post opératoire. L'acte chirurgical est identique en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique avec une hospitalisation complète. La décision de prendre en charge pour une intervention un patient en ambulatoire est basée sur l'analyse du rapport bénéfice risque pour le patient, et sur la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

Concernant la prise en charge anesthésique ambulatoire, il n'existe pas non plus de spécificité. Pour la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), l'ensemble des agents d'anesthésie peut être utilisé. Il semble toutefois intéressant de privilégier des agents à délai d'action rapide, à durée de vie courte et à effets secondaires réduits, afin de faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire.

2.1.3. Organisation des structures

Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 régit l'organisation de la structure d'accueil. La prise en charge en ambulatoire est centrée sur le patient afin d'optimiser son séjour dans la structure de soin. Cela implique une organisation des équipes en conséquence, et une meilleure gestion des flux hospitaliers.

2.1.4. Quels patients

La sélection des patients relevant de la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins pour le

patient. Elle est donc basée sur l'appréciation de la balance bénéfice risque pour chaque patient, en anticipant la prise en charge et son organisation, ainsi qu'en respectant la nécessité de permanence et de continuité des soins.

Ainsi, il est recommandé que les patients ASA I, II et III puissent bénéficier d'une telle prise en charge, dans la limite de la balance bénéfice risque.

Il convient de s'assurer que l'hébergement post opératoire est compatible avec ce choix, la distance et la durée de transport ne sont plus des facteurs limitants. De même, le patient doit être accompagné lors de son retour à domicile et ne pas conduire. Il est recommandé que la présence d'un accompagnant le soir de l'intervention soit évaluée pour chaque couple acte-patient, et déterminée avec la prise en charge dans la structure.

La prise en charge des patients âgés n'est pas un obstacle à l'ambulatoire. Elle semble même indiquée dans cette population où l'éloignement du cadre de vie habituel perturbe, d'autant plus en situation de fragilité physique et psychique. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Cependant, il convient, pour ces patients, d'analyser soigneusement le rapport bénéfice risque précédemment cité, en tenant compte de la vulnérabilité du patient, et de la possible fragilité de son environnement.

L'étude populationnelle de l'Assurance maladie (PNIR1999/200316) (9) a mis en évidence que plus de 85 % des patients satisfaisaient aux conditions médicales, sociales et environnementales permettant un retour et un séjour à domicile en post opératoire immédiat.

Au niveau international, le Policy Brief², rédigé par l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), validé par l'Organisation Mondiale de la Santé confirme que la chirurgie ambulatoire a le potentiel d'améliorer la qualité des soins sans ajouter de risque supplémentaire pour le patient.

2.1.5. Importance de l'information du patient

L'information du patient hospitalisé en ambulatoire est primordiale car celui-ci est acteur de sa préparation préopératoire et de sa réhabilitation postopératoire à son retour à domicile. Une information détaillée sur toutes les phases améliore la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Il convient donc, au cours des consultations pré opératoires, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en ambulatoire concernant :

- le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient ;
- les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence ;
- les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique ;
- les méthodes d'analgésie post opératoire ;
- les modes de recours en cas d'évènements non prévus ;
- les effets de l'anesthésie ou de la sédation sur les fonctions cognitives et sur la vigilance pendant les 12 premières heures, l'incitant à la prudence une fois de retour à son lieu de résidence postopératoire, et l'interdiction de conduite dans les 12 premières heures.

2.1.6. Prise en charge des suites opératoires

2.1.6.1. Douleur post opératoire

La maîtrise de la douleur post opératoire est indispensable à la réussite de la chirurgie ambulatoire. Elle nécessite une anticipation, une éducation du patient au respect de l'observance des traitements prescrits, et à l'évaluation de leur efficacité. De même, il est nécessaire que le patient ait été éduqué à la gestion des morphiniques. La prescription antalgique pourra être remise au patient lors de la consultation pré

opératoire facilitant ainsi ce travail en amont. Il est recommandé que soient rappelés sur la prescription les horaires de prise, ainsi que les modalités de recours à un antalgique de palier plus élevé si nécessaire.

Afin d'optimiser la gestion de la douleur post opératoire, l'HAS (8) recommande la mise en place d'une stratégie multimodale de prise en charge de la douleur postopératoire, y compris au lieu de résidence. L'utilisation de techniques d'infiltrations et de blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie est recommandée.

2.1.6.2. Nausées et vomissements postopératoires

Tout comme la gestion de la douleur post opératoire, la maîtrise des nausées et vomissements post opératoires est primordiale en chirurgie ambulatoire. Il n'existe pas de protocole spécifique à la chirurgie ambulatoire, ce sont les principes de chirurgie classique qui s'appliquent dans ce domaine. Des principes de prévention permettent de diminuer le risque de base pour chaque patient : prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; emploi de techniques d'anesthésie les moins émétisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale; prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.

2.1.7. Procédure de sortie

La sortie du patient après son admission et la réalisation de l'acte chirurgical dans la même journée marque la réussite de la prise en charge ambulatoire. L'autorisation de sortie ne doit se faire sans aucune concession à la sécurité du patient. La réglementation prévoit qu'« un médecin anesthésiste réanimateur (...) autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement » (article D 6124-101 du code de santé publique) et que « chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure

(...) ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure (...) » (article D 6124-304 du code de santé publique) définissant ainsi les responsabilités des acteurs dans la sortie du patient.

Les critères de sortie doivent permettre « d'évaluer l'aptitude au retour au lieu de résidence ». Il est préférable d'utiliser un score pour autoriser cette sortie. Le score de Chung (10) (annexe 1) que nous utilisons dans notre étude permet d'évaluer l'aptitude à la sortie (score $\geq$ 9).en se basant sur cinq variables : signes vitaux, niveau d'activité, nausées, vomissements, douleurs, et le saignement chirurgical. Il n'est pas recommandé d'imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie, ni d'exiger une miction pour autoriser la sortie, après anesthésie générale ou bloc périphérique, en l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie. Il est recommandé qu'un anesthésiste réanimateur puisse être joint en cas de survenue d'un évènement imprévu en rapport avec l'anesthésie dans les suites immédiates et après la sortie du patient.

Remettre au patient un document écrit concernant les consignes de l'ambulatoire et archiver ce document dans le dossier du patient, permet d'attester de la réalité de l'information délivrée à la sortie.

2.1.8. Gestion de l'aval: permanence et continuité des soins

Selon l'article D 6124-304, concernant la chirurgie ambulatoire, « Les structures de soins sont tenues d'organiser la permanence des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés ». La prise en charge en ambulatoire nécessite donc une organisation spécifique et renforcée de la permanence et de la continuité des soins. Elle impose une coordination entre les différents acteurs prenant en charge le patient, au sein de l'établissement et en ville. Le partage de l'information concernant le patient et sa prise en charge doit être assuré. Chaque patient reçoit avant son départ un compte rendu opératoire et un bulletin de sortie, défini réglementairement par l'article D.

6124-304 du Code de la santé publique. Celui-ci doit être signé par l'un des médecins, doit mentionner les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins et indiqué un numéro d'urgence à joindre en cas de besoin.

Le retour au lieu de résidence et le suivi du patient après sa sortie, doivent être organisés et anticipés par les acteurs de la structure, en collaboration avec la médecine de ville, en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient. Cependant, la chirurgie ambulatoire ne suscite pas de demande de soins particuliers en post-opératoire à domicile, dans la mesure où la sortie du patient est optimisée par rapport à une prise en charge traditionnelle.

En effet, la prise en charge en ambulatoire doit être détachée de l'hospitalisation à domicile (HAD). Celle-ci permet « d'assurer au domicile du malade (...) des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » (Décret no 92-1100 à 1102 du 2 octobre 1992). L'HAD garantit au patient un suivi médicalisé à domicile dans les jours qui suivent son départ de l'établissement de soins, à la différence de la chirurgie ambulatoire. Si de tels soins sont envisagés, la prise en charge en ambulatoire doit alors être exclue, le patient relevant d'une hospitalisation traditionnelle.

L'Hôtel médical ou médicalisé, permet une consultation médicale les jours suivants l'intervention. Ce dispositif s'est développé aux Etats-Unis, contrairement à la France, afin d'étendre les indications de prise en charge en ambulatoire au-delà de la chirurgie classique vers une chirurgie « lourde ».

2.1.9. Satisfaction des patientes

Dans son rapport, l'HAS (8) rappelle que la satisfaction des patients est un des indicateurs de l'efficacité globale de la chirurgie ambulatoire définis par l'IAAS. Pour disposer de résultats plus complets et pertinents, l'IAAS recommande d'évaluer tous les aspects des soins qui pourraient influencer la satisfaction, soit :

- la structure de l'institution où se déroule la chirurgie
- le processus qui permet au soin d'être délivré
- les critères d'efficacité et de sécurité.

Elle recommande également :

- de collecter les données à au moins deux moments: en postopératoire immédiat et plus tard, à un mois, pour évaluer la satisfaction globale
- de mettre en place des procédures de suivi des patients afin de diminuer le biais lié aux non réponders et aux perdus de vue.

2.1.10. Coût par rapport à la chirurgie classique

Au niveau international, l'IAAS (8) rapporte un moindre coût de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique pour l'hôpital dans des proportions allant de moins 25 à moins 68 %.

Au niveau national, l'HAS rappelle que l'étude de Assurance maladie menée en 2001 (11) avait montré, pour cinq interventions sélectionnées, que le coût pour l'Assurance maladie de la chirurgie ambulatoire était inférieur à celui de la chirurgie classique, y compris lorsque l'on intégrait les phases amont et aval de l'hospitalisation. Du point de vue de l'Assurance maladie, les résultats obtenus vont dans le sens d'un coût moindre de la chirurgie ambulatoire, mais n'ont pas été validés sur un nombre important d'interventions.

Néanmoins, que ce soit au niveau français ou au niveau international, les coûts indirects (arrêt de travail, aidants, transports, etc.) n'ont été que très rarement évalués.

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Ensemble des actes chirurgicaux

La Haute Autorité de Santé (8) s'est intéressée en 2012 à l'état des lieux du développement de la chirurgie ambulatoire en France par rapport à l'étranger. Le rapport précise qu'il est difficile d'établir des statistiques internationales, car il existe des différences dans la terminologie employée et l'organisation des systèmes de santé. L'exemple américain est souvent utilisé comme point de référence pour comparer les différents pays entre eux. Mais dans ce pays, la chirurgie effectuée est dite de « 23 heures » et est souvent incluse dans les statistiques, de même que les consultations externes ou les actes de radiologie interventionnelle, alors que cette pratique ne correspond pas à la définition internationale de la chirurgie ambulatoire retenue par l'IAAS.

Cependant des enquêtes réalisées par l'IAAS (8) montrent que le taux de chirurgie ambulatoire est globalement inférieur en France à celui de nombreux autres pays européens. Ainsi, pour l'année 2009 :

- Pour une liste sélectionnée de 37 procédures : le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 45 % en France alors qu'il était de plus de 65 % en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède. Ce taux était déjà de 83,5 % en 2004 aux États-Unis.
- Pour l'ensemble de la chirurgie : le taux de chirurgie ambulatoire était de seulement 36 % en France alors qu'il dépassait les 50 % au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède.

En France, l'interrogation directe de la Statistique annuelle des établissements (SAE) (8) montre que les venues en anesthésie ou chirurgie ambulatoires sont passées de 37 % à 46 % du total des entrées entre 2004 et 2010.

Le rapport de l'HAS (8) s'est par ailleurs intéressé au potentiel de développement de l'ambulatoire en France. Au début des années 2000, deux études françaises portant sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire ont été publiées. La première a été réalisée par le CREDES en 1999. Celle-ci avait établi des taux potentiels très élevés, compris entre 90 % et 100 % pour la pose de drains transtympaniques, les cures de phimosis, la décompression du nerf médian au canal carpien, l'amygdalectomie ou adénoïdectomie, la chirurgie du strabisme et la cataracte. Par ailleurs, un écart très important entre le potentiel de développement et la pratique était observé pour de nombreux actes : chirurgie du strabisme 14 % avec un potentiel à 92 à 96 %, cataracte 27 % avec un potentiel de 77 à 91 %, chirurgie du testicule 32 % avec un potentiel de 81 à 84 %, arthroscopie du genou 24 % avec un potentiel à 72 à 75 %, chirurgie des varices 15 % avec un potentiel à 65 à 68 %, chirurgie nasale 9 % avec un potentiel à 52 à 55 %, et enfin chirurgie du sein 9 % avec un potentiel de 41 à 43 %. La seconde étude réalisée en 2001 par les trois principaux régimes d'assurance maladie retrouvait des taux plafond fortement variables de 64,8 % pour la chirurgie du strabisme à 95,7 % pour l'adénoïdectomie et/ou amygdalectomie. Pour certains gestes, le taux de chirurgie ambulatoire apparaissait très inférieur (de 30 points de pourcentage et plus) au taux plafond : chirurgie ORL nasale, chirurgie du sein, chirurgie anale hors destruction de tumeur, coelioscopie gynécologique, cure de hernie unilatérale ouverte de l'adulte et de hernie sous coelioscopie.

En Grande-Bretagne, La British Association of Day Surgery (BADs), dans un rapport paru en 2011 (12), estime que plus de 80% des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire. Elle souhaiterait ainsi

que l'ambulatoire devienne un standard et l'hospitalisation traditionnelle un choix par nécessité.

2.2.2. Chirurgie mammaire en cancérologie

2.2.2.1. A l'étranger

La chirurgie sénologique sur le mode ambulatoire est une pratique apparue dès les années 90 aux Etats-Unis, y compris pour le traitement radical du cancer du sein (13,14). Cependant, ceci restait alors un sujet à controverses (15), la chirurgie ambulatoire étant accusée de réaliser des économies de santé publique au détriment de la qualité des soins. Toutefois, l'étude de Warren (14), ne montre pas de différence statistiquement significative en termes de complications post-opératoires et réadmissions, entre chirurgie ambulatoire et traditionnelle après mastectomie. Case (16) rappelle de même la faisabilité des tumorectomies et mastectomies en ambulatoire. Il retrouve une forte disparité du taux d'ambulatoire entre chaque état (atteignant 30% pour les mastectomies simples dans l'état de New York en 1996) et en fonction du type de couverture sociale. Bian (4) dans une étude basée sur fichier national SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) Medicare, s'intéresse aux femmes âgées de plus de 65 ans prises en charge chirurgicalement pour un cancer du sein. L'auteur retrouve une augmentation du taux de prise en charge sur le mode «outpatient» de 3.2 à 19.4 % entre 1993 et 2002, (48.9 à 77.8 % entre 1993 et 2002 pour les traitements conservateurs), avec là encore de fortes disparités entre les états.

En Europe, les Pays-Bas introduisent progressivement une pratique de la chirurgie sénologique en ambulatoire (5). Dans une étude parue en 2005, Frotscher (17) évalue les pratiques chirurgicales sénologiques de 105 chirurgiens aux Pays-Bas. Parmi ceux-ci, 23 (21%) déclarent réaliser les tumorectomies avec recherche de ganglion axillaire sentinelle sur le mode ambulatoire, versus 2 (1,8%) pour les mastectomies simples. Aucun chirurgien ne déclare pratiquer les mastectomies avec curage axillaire en

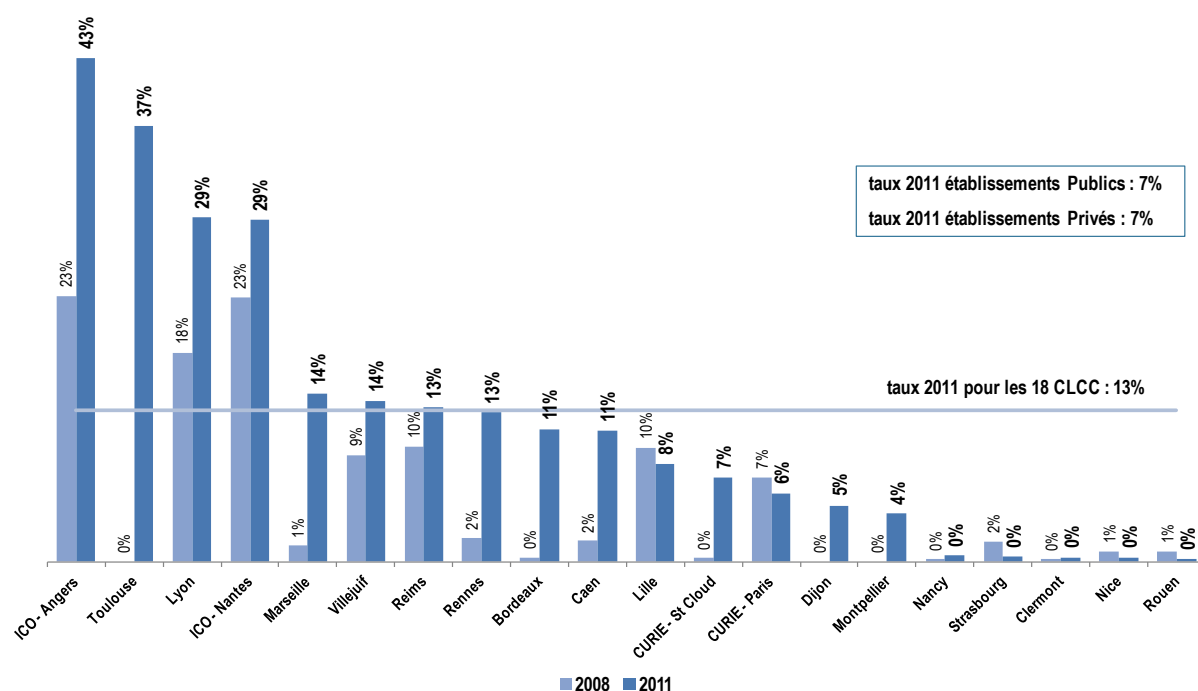
ambulatoire. Il est intéressant de noter que 16% des centres interrogés ont pour projet d'introduire la chirurgie ambulatoire pour l'ensemble de la chirurgie sénologique.

2.2.2.2. Au niveau national

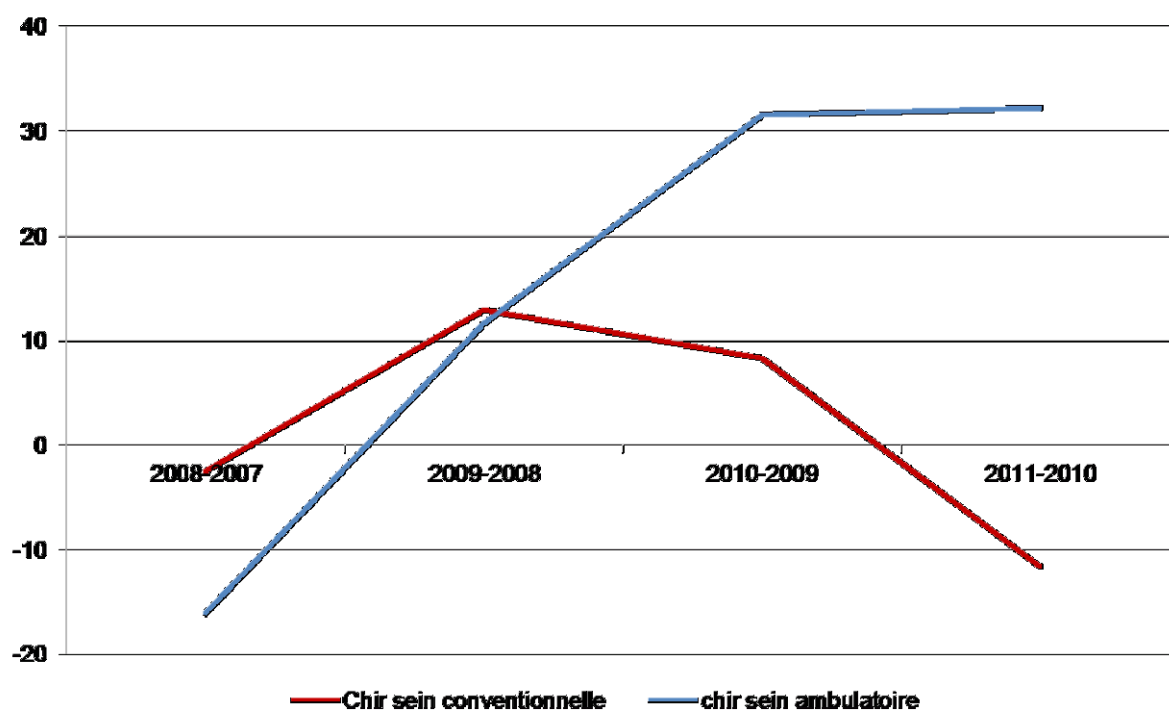
Lorsque l'on s'intéresse à l'état des lieux publié par Unicancer en 2012 (3), on retrouve un taux de prise en charge ambulatoire de 18% pour l'ensemble de la chirurgie du sein. Cependant, seuls 8% des actes chirurgicaux réalisés dans le cadre d'un cancer du sein le sont en ambulatoire, versus 51% des actes réalisées pour une tumeur bénigne du sein. En 2011, 4% des gestes axillaires sont réalisés en ambulatoire, 2% pour les curages axillaires et 7% pour les ganglions axillaires sentinelles. Sur l'ensemble des procédures prises en compte par le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) en 2011, seules 45 mastectomies (1%) associées ou non à un geste axillaire sont prises en charge en ambulatoire. Parmi les centres de lutte contre le cancer (CLCC), il existe une forte disparité en ce qui concerne le taux de chirurgie ambulatoire pour la prise en charge d'un cancer du sein: 4 centres ont un taux d'ambulatoire de 29% ou plus, alors que 5 centres ne pratiquent pas cette prise en charge (graphique 1) (3).

A l'Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau, la prise en charge ambulatoire des patientes après chirurgie mammaire a débuté à la fin des années 90 par la réalisation de zonectomies sans geste axillaire associé (18), puis par la réalisation des tumorectomies quelque soit le geste axillaire (19) au début des années 2000. En 2011, 32% de la chirurgie mammaire tout venant y est réalisée en ambulatoire, avec une progression de 10% par rapport à l'année 2010, et de 62% sur 5 années (entre 2007 et 2011). En ce qui concerne la chirurgie conservatrice du sein, en 2011, 36% (224/620) des interventions sont réalisées en ambulatoire versus 15% (103/659) en 2006 soit une progression de 41% (graphique 2) (données internes).

Graphique 1 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour cancer du sein dans les CLCC entre 2008 et 2011 (extrait de « Chirurgie du sein en France – état des lieux actualisé » Unicancer 2012 (3))



Graphique 2 : Taux de Progression de la chirurgie sénologique tout venant à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau de 2008 à 2010 (données internes)



3. MATERIEL ET METHODE

Afin d'évaluer la faisabilité des mastectomies sur le mode ambulatoire, nous avons conduit une étude descriptive prospective menée de janvier 2012 à août 2012 portant sur l'ensemble des mastectomies réalisées à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau.

3.1. Critères d'inclusion

- Patientes ayant bénéficié d'une mastectomie, quelque soit le geste axillaire associé (aucun, ganglion axillaire sentinelle, curage axillaire)
- Mastectomie unilatérale
- Patientes ayant reçu une information orale et écrite concernant les modalités de l'étude et consentant librement à participer à celle-ci

3.2. Critères d'exclusion

- Patients de sexe masculin
- Geste controlatéral associé
- Patiente présentant des troubles cognitifs ne permettant pas de remplir seule le questionnaire

3.3. Objectifs de l'étude

3.3.1. Objectif principal

- Évaluer les suites opératoires des patientes incluses et déterminer leur aptitude physique à la sortie le soir et le lendemain de l'intervention

3.3.2. Objectifs secondaires

- Identifier les facteurs limitant physiquement et psychologiquement le retour à domicile

- Identifier les axes d'amélioration possibles en vue d'une prise en charge ambulatoire
- Identifier les caractéristiques liées aux patientes et à la pathologie favorables à une prise en charge ambulatoire
- Etablir si possible un protocole permettant une prise en charge des mastectomies en ambulatoire.

3.4. Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée sous forme de questionnaires. Une information orale et écrite sur les modalités et les objectifs de l'étude était donnée à la patiente par le médecin sénior ou l'interne la prenant en charge lors de la visite pré opératoire ou le jour de son entrée dans le service. Son consentement à participer à l'étude était alors recueilli.

3.4.1. « Questionnaire Service » (annexe 2)

Ce questionnaire était rempli par l'équipe médicale et paramédicale prenant en charge la patiente lors de son séjour dans le service de chirurgie. Le « Questionnaire Service » était divisé en 4 parties permettant de recueillir de façon prospective les données.

3.4.1.1. Données bloc opératoire :

Etaient recueillies :

- Type d'intervention : mastectomie simple, avec ganglion sentinelle ou curage axillaire
- Données anatomopathologiques : Type histologique de la tumeur, grade histopronostique, récepteurs hormonaux, surexpression d'HER2
- Stade pTNM
- Réalisation d'une chimiothérapie néo adjuvante
- Heure de début de l'intervention
- Drainage (présence, nombre)

- Score ASA (American Society of Anesthesiologists)
- Score d'Apfel (20) d'évaluation des nausées vomissements postopératoires.
- Anesthésie : Morphiniques utilisés, co-antalgiques, protocole anti-émétique administré, anesthésie loco-régionale (infiltration de Ropivacaïne, Cathéter de Ropivacaïne, Bloc paravertébral)
- Evaluation de la douleur en sortie de salle de réveil par Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Protocole antalgique administré en salle de réveil
- Evaluation de l'intensité des nausées vomissements en salle de réveil
- Protocole anti émétique administré en salle de réveil

3.4.1.2. Données service le soir de l'intervention

Etaient évalués 2 heures après le retour de bloc et à 19 heures:

- Evaluation de la douleur par Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Protocole antalgique administré
- Voie d'administration des antalgiques
- Evaluation de l'intensité des nausées vomissements
- Protocole antiémétique administré (Odansetron, Droleptan, ou Dexaméthasone)
- Voie d'administration des antiémétiques
- Evaluation de l'aptitude à la sortie à 19 heures par la réalisation du score de CHUNG (10) (annexe 1)

3.4.1.3. Données service le lendemain matin de l'intervention

Etaient évalués le lendemain de l'intervention à 9 heures:

- Evaluation de la douleur par Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Protocole antalgique administré
- Voie d'administration des antalgiques
- Evaluation de l'intensité des nausées vomissements

- Protocole antiémétique administré (Odansetron, Droleptan, ou Dexaméthasone)
- Voie d'administration des antiémétiques
- Evaluation de la réalimentation
- Evaluation de l'aptitude à la sortie à 9 heures par réalisation du score de CHUNG (annexe 1)

3.4.1.4. Données service le jour de la sortie

- Durée d'hospitalisation
- Complication post opératoire lors de l'hospitalisation
- Soins prescrits à la sortie
- Cinétique des drainages au cours de l'hospitalisation

3.4.2. « Questionnaire Patient » (annexe 3)

Ce questionnaire rempli par la patiente, était remis le jour de l'entrée dans le service et récupéré à sa sortie ou lors de la visite post-opératoire. Le « Questionnaire Patient » était divisé en 5 parties permettant de recueillir de façon prospective les données.

3.4.2.1. Données pré opératoires

Les données suivantes étaient recueillies en pré opératoire la veille ou le matin de l'intervention: âge, taille, poids, statut ménopausique, situations maritale, familiale et professionnelle, distance par rapport au Centre René Gauducheau, antécédents de chirurgie ambulatoire, réalisation d'une consultation d'annonce par infirmière ou psychologue en préopératoire. L'avis de la patiente concernant une prise en charge ambulatoire pour l'intervention du lendemain était demandé.

3.4.2.2. Données le soir de l'intervention

La patiente était interrogée sur son aptitude physique et psychologique à la sortie le soir même de l'intervention. Si la patiente se disait non apte à la sortie, il lui était demandé les raisons de ce refus, ainsi qu'une cotation sur échelle de 0 à 10 (0 pas gênant ; 10 très gênant).

3.4.2.3. Données concernant l'accompagnant

L'accompagnant est défini dans l'étude comme la personne majeure susceptible d'accueillir la patiente le soir de l'intervention. Son avis était recueilli lors de l'hospitalisation, au mieux le soir de l'intervention. L'accompagnant était interrogé sur l'aptitude physique et psychologique de la patiente pour un retour à domicile le soir de l'intervention, sur sa capacité à gérer la patiente au domicile le soir de l'intervention, et sur les raisons de son refus à accompagner la patiente en post-opératoire.

3.4.2.4. Données à J1 post-opératoire

La patiente était à nouveau interrogée sur son aptitude physique et psychologique au retour à domicile le matin de l'intervention, et sur les raisons de son refus d'une telle prise en charge.

3.4.2.5. Données à la sortie

L'avis de la patiente concernant une prise en charge ambulatoire de l'intervention pour laquelle elle était hospitalisée était recueilli. La patiente était interrogée sur les éventuelles améliorations à apporter en vue d'une prise en charge ambulatoire.

3.5. Stratégie de prise en charge

Il n'y a pas eu de modification de la prise en charge des patientes avant et pendant la période d'étude. Les patientes bénéficiaient d'une consultation préopératoire au cours de laquelle les modalités de l'intervention notamment du geste axillaire étaient fixées en fonction du bilan d'imagerie et des résultats histologiques et expliquées à la patiente. La consultation d'anesthésie était fixée à ce moment, ainsi que la consultation d'annonce avec l'infirmière. Si besoin une consultation avec la psychologue était organisée.

Le geste chirurgical consistait en une mastectomie, associée ou non à un geste axillaire. En cas de curage axillaire, celui-ci intéressait les étages I et II de Berg. En cas de ganglion axillaire sentinelle, le repérage s'effectuait à la fois par méthode radio-isotopique et colorimétrique par injection de bleu patenté. L'analyse du ganglion sentinelle s'effectuait par technique OSNA (One Step Nucleic Acid Amplification). En cas de ganglion sentinelle positif, un curage axillaire complémentaire était réalisé. En fin d'intervention, un drainage de la loge de mastectomie par drain de redon était mis en place.

La prise en charge dans le service de chirurgie consistait notamment en une surveillance du site opératoire et des volumes de drainage, et une gestion de la douleur et des nausées vomissements post-opératoire. Les patientes étaient incitées à mobiliser rapidement le membre supérieur du côté opéré. A J2 post opératoire, le pansement était changé. A cette occasion, la patiente était invitée, par l'infirmière la prenant en charge, à découvrir la cicatrice de mastectomie. La prothèse temporaire et les gestes de massages de la cicatrice lui étaient alors expliqués. La sortie était envisagée en l'absence de complications post opératoires lorsque le drainage était inférieur à 30 millilitres par 24 heures.

3.6. Analyse statistique

Les variables quantitatives et qualitatives ont été présentées pour la population globale et par groupe d'intervention (mastectomie simple, mastectomie ganglion axillaire sentinelle, mastectomie curage axillaire). La comparaison entre les groupes d'intervention a été réalisée à l'aide du test de Fisher ou au test de χ^2 de Pearson. Une différence significative était définie par une p value inférieure à 0,05.

4. RESULTATS

Sur la période d'étude, 109 patientes ont été incluses dans notre étude :

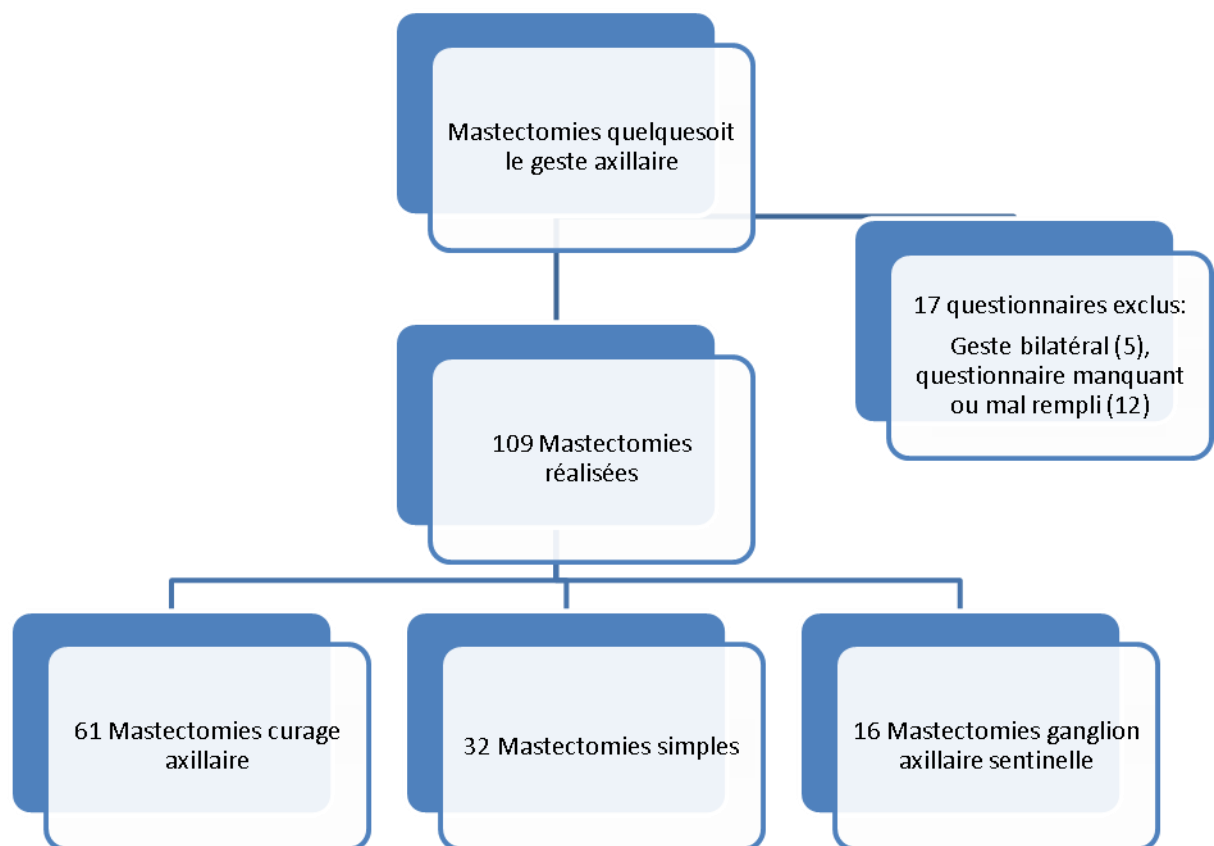


Figure 1 : Répartition de la population étudiée

4.1. Caractéristiques générales de la population

4.1.1. Données épidémiologiques

Les caractéristiques épidémiologiques des patientes prises en charge pour une mastectomie sont regroupées dans le tableau 1.

Le taux de patientes en couple est de 73% pour l'ensemble des mastectomies. 68% des patientes vivent à moins d'une heure du Centre. Le taux de patientes ayant connaissance de l'ambulatoire est de 85 %, et 48% des patientes ont déjà été prises en charge en ambulatoire.

Il n'est pas retrouvé de différence significative en ce qui concerne les données épidémiologiques, entre les sous-groupes de patientes (MAS, MCA, MGAS).

4.1.2. Caractéristiques histologiques de la tumeur

Les caractéristiques histologiques de la tumeur sont regroupées dans le tableau 2.

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques des patientes prises en charge pour une mastectomie

	Mastectomie (n ;%)		MAS (n ;%)		MGAS (n;%)		MCA (n ;%)		<i>p value</i>
âge moyen (ans)	60,0		59,3		65,5		59,0		0,214
ménopause	73	67%	18	56%	13	81%	42	69%	0,202
situation maritale									
Seule	29	27%	8	25%	6	38%	15	25%	0,594
en couple/adulte à dom	80	73%	24	75%	10	63%	46	75%	
situation professionnelle									
femme au foyer	8	7%	1	3%	2	13%	5	8%	0,816
Chômage	2	2%	1	3%	0	0%	1	2%	
Travaille	44	40%	13	41%	5	31%	26	43%	
Retraite	55	50%	17	53%	9	56%	29	48%	
enfants à domicile	38	35%	11	34%	3	19%	24	39%	0,296
distance CRG									
< 30 min	37	34%	10	31%	7	44%	20	33%	0,954
30 min à 1h	37	34%	10	31%	5	31%	22	36%	
1 à 2 h	29	27%	10	31%	4	25%	15	25%	
> 2 h	6	6%	2	6%	0	0%	4	7%	
entourage proche	85	78%	28	88%	10	63%	47	77%	0,139
ATCD ambulatoire	52	48%	20	63%	8	50%	24	39%	0,101
connaissance ambulatoire	93	85%	28	88%	13	81%	52	85%	0,865
cs IDE annonce	78	72%	24	75%	11	69%	43	70%	0,874
cs psychologue	24	22%	7	22%	2	13%	15	25%	0,724

Tableau 2 : Caractéristiques histologiques de la tumeur.

	Mastectomie (n ;%)		MAS (n ;%)		MGAS (n ;%)		MCA (n ;%)		<i>p value</i>
Type histologique									
CCI	80	73%	23	72%	11	69%	46	75%	0,967
CCIS	4	4%	1	3%	1	6%	2	3%	
CCI + CCIS	10	9%	2	6%	2	13%	6	10%	
CLI	12	11%	3	9%	2	13%	7	11%	
prophylactique	3	3%	3	9%	0	0%	0	0%	
TNM									
T0	22	20%	7	22%	7	44%	8	13%	0,062
T1	35	32%	8	25%	7	44%	20	33%	
T2	30	28%	8	25%	2	12%	20	33%	
≥ T3	19	17%	6	19%	0	0%	13	21%	
N0	87	80%	23	72%	16	100%	49	80%	0,124
≥ N1	19	17%	6	19%	0	0%	12	20%	
M0	12	11%	3	9%	2	13%	7	11%	0,893
M1	4	4%	2	6%	0	0%	2	3%	
Mx	90	83%	24	75%	14	88%	52	85%	
RH									
RH +	74	72%	21	75%	12	80%	41	69%	0,743
RH -	28	28%	7	25%	3	20%	18	31%	
HER 2 +	20	19%	6	21%	1	7%	13	22%	0,495

4.1.3. Données concernant la prise en charge actuelle des patientes

Le tableau 3 regroupe les données concernant la prise en charge actuelle des patientes lors d'une mastectomie au centre.

Le taux de prise en charge au bloc opératoire avant midi est de 67%, et de 90% avant 14 heures, sans différence significative en fonction du type d'intervention.

La durée opératoire moyenne est de 40,2 minutes et est significativement moins importante en cas de mastectomie simple (p=0,012).

84% des patientes bénéficient d'une anesthésie locorégionale majoritairement par infiltration de Ropivacaïne (74%).

L'ensemble des patientes bénéficie d'un drainage par drain de Redon dont 97% avec un seul drain.

On observe 6% de complications post-opératoires immédiates lors de l'hospitalisation, et 3% de reprise chirurgicale lors de l'hospitalisation, l'ensemble pour hématome de la loge de mastectomie

La durée d'hospitalisation moyenne est de 4,72 jours, sans différence significative en fonction du type d'intervention.

Tableau 3 : Données concernant la prise en charge actuelle des patientes

		Mastectomie (n ;%)		MAS (n ;%)		MGAS (n ;%)		MCA (n ;%)		<i>p</i> <i>Value</i>
Chimiothérapie adjuvante	néo	27	25%	8	25%	2	13%	1 7	28 %	
Heure de passage au BO										
	8-10h00	25	23%	8	25%	2	13%	1 5	25 %	0,921
	10-12h00	48	44%	1 4	44%	8	50%	2 6	43 %	
	12-14h00	25	23%	7	22%	5	31%	1 3	21 %	
	14-16h00	11	10%	3	9%	1	6%	7	11%	
Durée opératoire moyenne (min)		58,2		40,7		63,8		71,5		0,012
Anesthésie loco-régionale										
	aucune	17	16%	9	28%	1	6%	7	11%	0,058
	infiltration Ropivacaïne	81	74%	1 7	53%	1 5	94%	4 9	80 %	
	cathéter Ropivacaïne	6	6%	3	9%	0	0%	3	5%	
	blocs paravertébraux	5	5%	3	9%	0	0%	2	3%	
Hypnose		2	2%	0	0%	0	0%	2	3%	
Drainage										
	1	106	97%	3 2	100 %	1 6	100 %	5 8	95 %	NS
	2	3	3%	0	0%	0	0%	3	5%	
Complications opératoires lors de l'hospitalisation	post	6	6%	3	9%	0	0%	3	5%	
Reprise chirurgicale		3	3%	2	6%	0	0%	1	2%	
Durée moyenne d'hospitalisation (en j)		4,72		4,31		5,06		4,84		0,97
Passage IDE à domicile		5	5%	3	9%	0	0%	2	3%	
Cs pansement programmée		9	8%	4	13%	1	6%	4	7%	

4.2. Evaluation des suites opératoires

4.2.1. Evaluation de la douleur post opératoire

Les tableaux 4 et 5 reprennent les données évaluant la douleur post-opératoire respectivement à 19 heures le jour de l'intervention et à 9 heures au premier jour post-opératoire.

A 19 heures, 99% des patientes ont une EVA inférieure ou égale à 5. La consommation d'antalgiques per os exclusivement, depuis l'arrivée dans le service, est de 85%.

Le taux de consommation d'antalgiques de palier III depuis l'arrivée dans le service est de 6%.

Il n'existe pas de différence significative de cotation de la douleur par échelle EVA et de consommation d'antalgiques per os en fonction du type d'intervention.

Tableau 4 : Evaluation de douleur post opératoire à 19 heures le jour de l'intervention

		Mastectomie (n ;%)		MAS (n ;%)		MGAS (n ;%)		MCA (n ;%)		<i>p</i> <i>value</i>
EVA										
≤ 5		108	99%	32	100%	16	100%	60	98%	0,672
> 5		1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	
Antalgiques per os		93	85%	27	84%	13	81%	53	87%	0,781
Antalgiques palier III		7	6%	2	6%	1	6%	4	7%	

Tableau 5 : Evaluation de douleur post opératoire à 9 heures à J1 post-opératoire

	Mastectomie (n ;%)		MAS (n ;%)		MGAS (n ;%)		MCA (n ;%)		<i>p</i> <i>value</i>
EVA									
≤ 5	108	99%	32	100%	16	100%	60	98%	0,672
> 5	1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	
Antalgiques per os	99	91%	27	84%	16	100%	56	92%	0,498
Antalgiques palier III	3	3%	1	3%	0	0%	2	3%	

4.2.2. Evaluation des nausées et vomissements post-opératoires (NVPO)

Les tableaux 6 et 7 reprennent les données évaluant les NVPO respectivement à 19 heures le jour de l'intervention et à 9 heures au premier jour post-opératoire.

On note une absence de NVPO chez 94% des patientes à 19 heures, et 93% le lendemain matin. Le recours aux anti-émétiques (Odansetron, Droleptan, ou Dexaméthasone) est faible, évalué respectivement à 6 et 3%.

Tableau 6 : Evaluation des NVPO à 19 heures le jour de l'intervention

	Mastectomie (n ;%)		MAS (n ;%)		MGAS (n ;%)		MCA (n ;%)		<i>p</i> <i>value</i>
Intensité des NVPO									
Absence	102	94%	31	97%	15	94%	56	92%	0,859
Modérés	6	6%	1	3%	1	6%	4	7%	
Sévères	1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	
Consommation d'anti-émétiques	7	6%	1	3%	1	6%	5	8%	

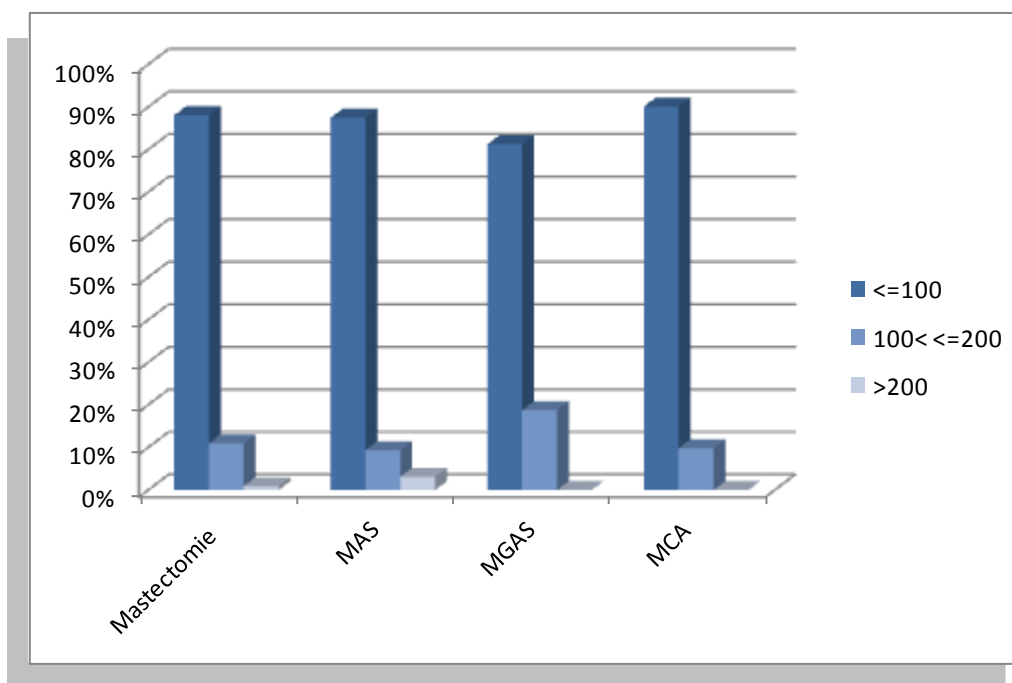
Tableau 7 : Evaluation des NVPO à 9 heures à J1 post-opératoire

	Mastectomie (n ;%)		MAS (n ;%)		MGAS (n ;%)		MCA (n ;%)		<i>p</i> <i>value</i>
Intensité des NVPO									
Absence	101	93%	31	97%	15	94%	55	90%	0,784
Modérés	7	6%	1	3%	1	6%	5	8%	
Sévères	1	1%	0	0%	0	0%	1	2%	
Consommation d'anti-émétiques	3	3%	0	0%	1	6%	2	3%	

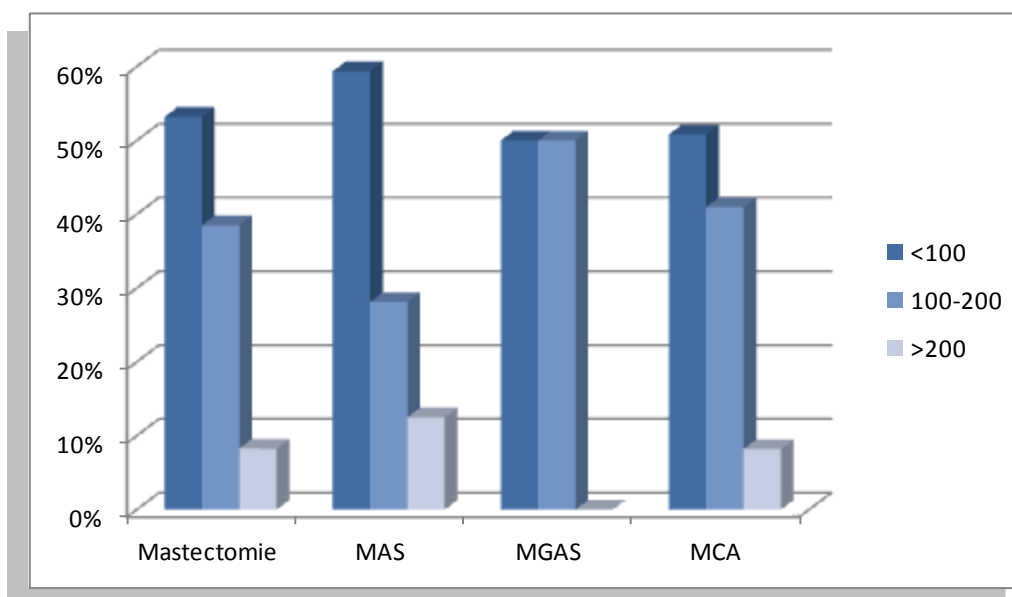
4.2.3. Evaluation du drainage post-opératoire

Les graphiques 3 et 4 représentent respectivement les volumes recueillis à 19 heures le jour de l'intervention et 9 heures à J1 post-opératoire.

Graphique 3 : volume de drainage à 19 heures le soir de l'intervention en mL, par type d'intervention



Graphique 4 : volume de drainage à 9 heures le matin de l'intervention en mL, par type d'intervention



4.3. Evaluation de l'aptitude à la sortie et du souhait des patientes vis-à-vis d'une prise en charge ambulatoire

4.3.1. Avis des patientes a priori

En pré-opératoire immédiat, 30% (32/109) des patientes auraient accepté une prise en charge ambulatoire si leur chirurgien leur avait proposé.

53% des patientes hospitalisées pour une MAS aurait accepté une prise en charge ambulatoire, versus 25% pour les MGAS et 18% pour les MCA (p=0,0018).

L'avis des patientes a priori n'est pas statistiquement différent en fonction de l'âge, la situation professionnelle et maritale, la présence d'enfants au domicile, la distance par rapport au centre, l'antécédent de chirurgie ambulatoire, et la réalisation d'une consultation infirmière préalable.

Tableau 8 : Avis des patientes a priori concernant la prise en charge ambulatoire en fonction du type d'intervention

	Favorable (n;%)		Non favorable (n;%)		p value
MAS	17	53%	15	47%	0,0018
MGAS	4	25%	12	75%	
MCA	11	18%	50	82%	
Total	32	30%	77	70%	

4.3.2. Evaluation de l'aptitude à la sortie par le score de Chung

Le soir de l'intervention, 71% (77/109) des patientes ont un score de Chung supérieur ou égal à 9 et seraient donc aptes à la sortie. Elles sont 89% (97/109) dans ce cas le lendemain matin. Il n'est pas retrouvé de différence significative du score de Chung en fonction du type d'intervention.

Parmi les patientes évaluées non aptes à la sortie via un score de Chung inférieur à 9, le niveau d'activité est le critère limitant le plus souvent la sortie : 84% des patientes ayant un score de Chung <9.

Tableau 9 : Score de Chung à 19 heures le jour de l'intervention

	Mastectomie (n;%)		MAS (n;%)		MGAS (n;%)		MCA (n;%)		<i>p</i> <i>value</i>
Score de Chung									
≥9	77	71%	24	75%	12	75%	42	70%	0,873
< 9	31	29%	8	25%	4	25%	18	30%	
dont SV ¹ < 2	9	29%	0	0%	2	50%	7	37%	
dont NA ² < 2	26	84%	5	63%	4	100%	17	89%	
dont N/V ³ < 2	6	19%	1	13%	1	25%	4	21%	
dont douleurs < 2	7	23%	2	25%	1	25%	4	21%	
dont saignements < 2	7	23%	4	50%	0	0%	3	16%	

¹ : signes vitaux ; ² : niveau d'activité ; ³ : nausées vomissements

Tableau 10 : Score de Chung à 9 heures le lendemain de l'intervention

	Mastectomie (n;%)		MAS (n;%)		MGAS (n;%)		MCA (n;%)		<i>p</i> <i>value</i>
Score de Chung									
≥ 9	97	89,0%	30	93,8%	15	93,8%	52	85,2%	0,371
< 9	12	11,0%	2	6,3%	1	6,3%	9	14,8%	
dt SV ¹ < 2	4	3,7%	0	0,0%	1	6,3%	4	6,6%	
dt NA ² < 2	9	8,3%	1	3,1%	0	0,0%	7	11,5%	
dt N/V ³ < 2	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,3%	
dt douleurs < 2	3	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,9%	
dt saignements < 2	7	6,4%	2	6,3%	1	6,3%	4	6,6%	

¹ : signes vitaux ; ² : niveau d'activité ; ³ : nausées vomissements

4.3.3. Avis des patientes concernant l'aptitude à la sortie le soir de l'intervention et le lendemain matin

4.3.3.1. Aptitude physique

A 19 heures, 9% s'estiment physiquement aptes à la sortie, sans différence significative en fonction du type d'intervention ($p=0,193$).

Le lendemain matin, 20% s'estiment physiquement aptes à la sortie, sans différence significative en fonction du type d'intervention ($p=0,707$).

Pour l'ensemble des patientes, elles sont significativement plus nombreuses à s'estimer aptes à la sortie ($p=0,03$) le lendemain de l'intervention que la veille de l'intervention.

Tableau 11 : Aptitude physique à la sortie selon les patientes le soir et le lendemain de l'intervention

	Apte	Non apte	<i>p value</i>
MAS			
à 19h /J0	5 (15,6%)	27 (84,4%)	0,748
à 9h/J1	7 (21,8%)	25 (78,2%)	
MGAS			
à 19h /J0	0 (0%)	16 (100%)	0,465
à 9h/J1	2 (12,5%)	14 (87,5%)	
MCA			
à 19h /J0	5 (8,2%)	56 (91,8%)	0,073
à 9h/J1	13 (21,3%)	48 (78,7%)	
Total			
à 19h /J0	10 (9,2%)	99 (90,8%)	0,03
à 9h/J1	22 (20,2%)	87 (79,8%)	

4.3.3.2. Aptitude psychologique

A 19 heures, 17% de l'ensemble des patientes s'estiment psychologiquement aptes à la sortie. Il existe une différence significative en fonction du type d'intervention : parmi les patientes prises en charge pour une mastectomie simple, elles sont 31% dans ce cas ($p=0,04$).

Le lendemain matin, 22% s'estiment psychologiquement aptes à la sortie, sans différence significative en fonction du type d'intervention ($p=0,560$).

Tableau 12 : Aptitude psychologique à la sortie selon les patientes le soir et le lendemain de l'intervention

	Apte	Non apte	<i>p value</i>
MAS			
à 19h /J0	10 (31,2%)	22 (68,8%)	0,781
à 9h/J1	8 (25%)	24 (75%)	
MGAS			
à 19h /J0	1 (6,2%)	15 (93,8%)	1
à 9h/J1	2 (12,5%)	14 (87,5%)	
MCA			
à 19h /J0	8 (13,1%)	53 (86,9%)	0,372
à 9h/J1	15 (24,6%)	46 (75,4%)	
Total			
à 19h /J0	19 (17,4%)	90 (82,6%)	0,398
à 9h/J1	25 (22,9%)	84 (77,1%)	

4.3.4. Avis des patientes et de l'entourage à la sortie :

Le tableau 13 représente l'avis des patientes et de l'entourage en post opératoire vis à vis d'une prise en charge ambulatoire.

Le taux de patientes totalement favorables ou favorables sous couvert d'améliorations à une prise en charge ambulatoire à la sortie est de 18%. Parmi les patientes prises en charge pour une mastectomie simple, elles sont 28% dans ce cas.

L'avis de l'entourage concernant une prise en charge ambulatoire pour le type d'intervention dont a bénéficié la patiente est reporté dans le tableau 14. Le taux de réponse est de 84% (92/109). L'accompagnant est défini comme la personne adulte susceptible d'accueillir la patiente en post-opératoire ; c'est pourquoi ce taux est supérieur au taux de patientes vivant en couple. Pour l'ensemble des patientes, 17% des accompagnants se disent totalement favorables ou favorables sous couvert d'améliorations à une prise en charge ambulatoire pour le type d'intervention dont a bénéficié la patiente.

Tableau 13 : Avis des patientes et de l'entourage en post opératoire vis à vis d'une prise en charge ambulatoire

	Total		MAS		MGAS		MCA		<i>p</i>
	(n;%)		(n;%)		(n;%)		(n;%)		<i>value</i>
Patientes									
<i>réfractaire à PEC ambulatoire</i>	90	83%	23	72%	15	94%	52	85%	0,310
<i>plutôt favorable si améliorations</i>	3	3%	1	3%	0	0%	2	3%	
<i>totalement favorable</i>	16	15%	8	25%	1	6%	7	11%	
Entourage									
<i>réfractaire à PEC ambulatoire</i>	75	82%	18	75%	12	86%	45	85%	0,799
<i>plutôt favorable si améliorations</i>	5	5%	2	8%	1	7%	2	4%	
<i>totalement favorable</i>	11	12%	4	17%	1	7%	6	11%	

4.4. Facteurs limitant le retour à domicile

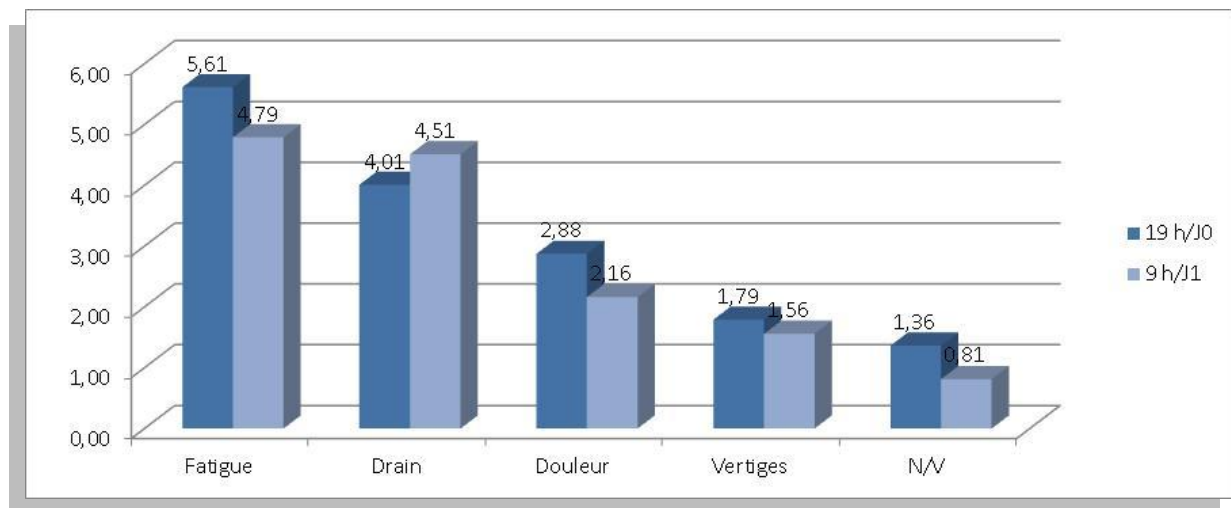
4.4.1. Point de vue des patientes

4.4.1.1. Facteurs physiques

Le Graphique 5 représente les facteurs physiques limitant le retour à domicile selon les patientes.

Selon les patientes, la fatigue et le drain sont les deux éléments principaux limitant physiquement le retour à domicile, à 19 heures et le lendemain matin. Il n'est pas retrouvé de différence significative en fonction du type d'intervention.

Graphique 5 : Facteurs physiques limitant le retour à domicile selon les patientes, le soir de l'intervention et le lendemain matin : note moyenne sur une échelle de 0 à 10 (0 pas du tout ; 10 très important)



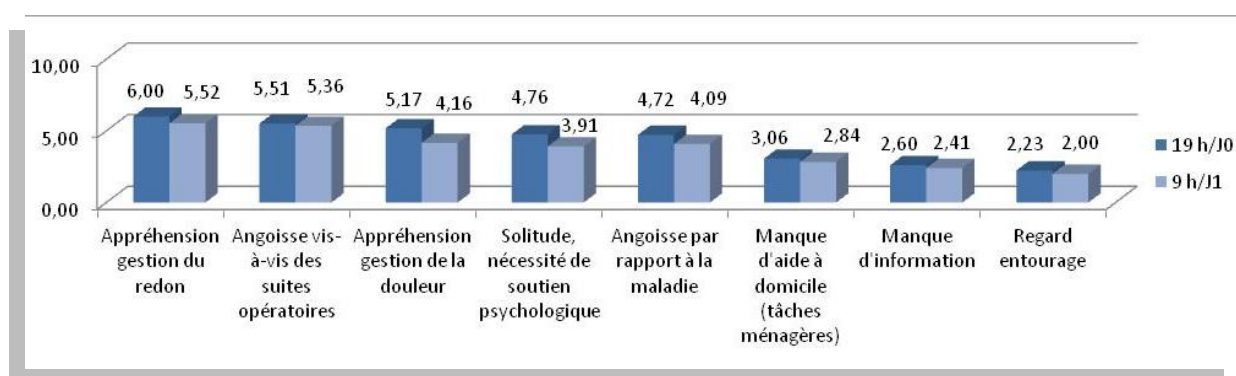
4.4.1.2. Facteurs psychologiques

Le graphique 6 regroupe les facteurs psychologiques limitant le retour à domicile selon les patientes.

En ce qui concerne les facteurs psychologiques limitant le retour à domicile le soir et le lendemain de l'intervention, plusieurs sont mis en

avant : on retrouve l'appréhension de la gestion du drain et de la douleur, l'angoisse par rapport aux suites opératoires et à la maladie, ainsi que la nécessité d'un soutien psychologique. Le manque d'information, et le regard de l'entourage sont peu mis en avant. Il n'est pas retrouvé de différence significative en fonction du type d'intervention.

Graphique 6: Facteurs psychologiques limitant le retour à domicile selon les patientes, le soir de l'intervention et le lendemain matin : note moyenne sur une échelle de 0 à 10 (0 pas du tout ; 10 très important)

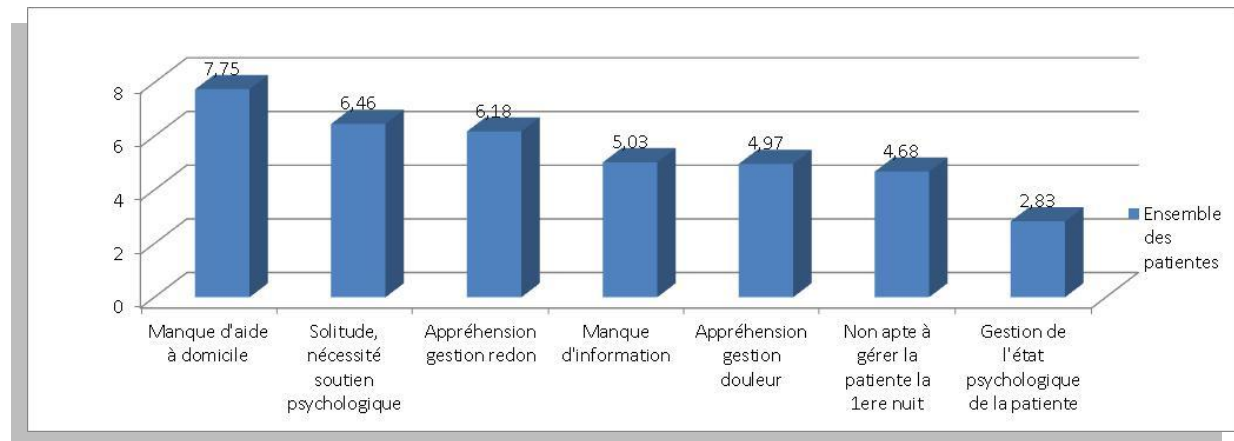


4.4.2. Point de vue de l'entourage :

Le graphique 7 reprend les facteurs limitant le retour à domicile selon l'entourage.

En ce qui concerne l'avis de l'entourage, le manque d'aide à domicile pour les tâches ménagères est l'élément principal, contrairement à l'avis des patientes. Viennent ensuite la nécessité d'un soutien psychologique, l'appréhension de la gestion du drain et le manque d'information.

Graphique 7: Facteurs limitant le retour à domicile le soir ou le lendemain de l'intervention selon l'entourage : note moyenne sur une échelle de 0 à 10 (0 pas du tout ; 10 très important)

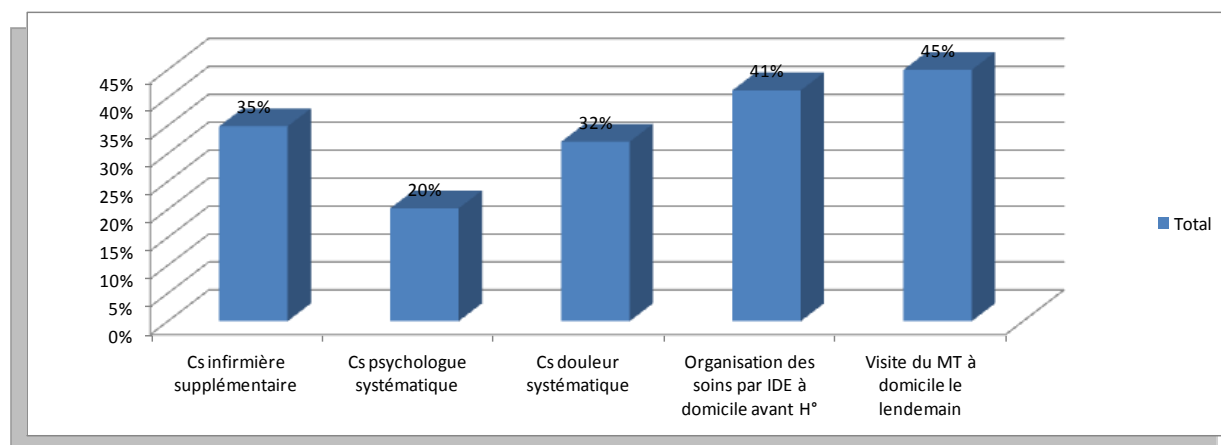


4.5. Axes d'amélioration possibles en vue d'une prise en charge ambulatoire

L'avis des patientes en fin de séjour a été recueilli afin de déterminer quelles étaient, selon elles, les modifications à apporter, afin de rendre possible une prise en charge ambulatoire des mastectomies. Les résultats sont exprimés dans le graphique 8.

L'organisation des soins à domicile avant l'hospitalisation et la visite du médecin traitant à domicile le lendemain de l'intervention sont les axes d'amélioration les plus demandés avec 41% et 45% de demande respectivement.

Graphique 8 : Axes d'amélioration possibles en vue d'une prise en charge ambulatoire selon les patientes



4.6. Caractéristiques liées aux patientes et la pathologie, influençant l'aptitude à la sortie

Nous avons évalué l'aptitude à la sortie et à la prise en charge ambulatoire selon 3 modes :

- le premier par le score de Chung, regroupant des critères objectifs recueillis par l'équipe de soins
- le second par l'avis de la patiente à 19 heures le soir de l'intervention évaluant subjectivement son aptitude physique au retour à domicile
- le dernier par l'avis de la patiente a posteriori, recueilli le jour de la sortie, et exprimé par : « plutôt favorable à une prise en charge en ambulatoire sous couvert d'améliorations dans la prise en charge », « totalement favorable à une prise en charge en ambulatoire », « réfractaire à une prise en charge ambulatoire (sortie le soir même) quelque soient les améliorations apportées »

Nous avons ensuite évalué quelles étaient les caractéristiques liées à la pathologie et sa prise en charge, ainsi que les caractéristiques liées à la patiente influençant l'aptitude à la sortie selon les 3 modes.

4.6.1. Caractéristiques liées à la pathologie et sa prise en charge, influençant l'aptitude à la sortie

Les tableaux 15, 16 et 17 représentent les caractéristiques liées à la pathologie et sa prise en charge, influençant l'aptitude à la sortie respectivement selon le score de Chung à 19 heures, l'avis de la patiente à 19 heures et a posteriori.

Aucun des critères étudiés n'influence l'aptitude à la sortie quelque soit le point de vue. Notamment, l'heure de passage au bloc opératoire, la durée opératoire et le recours à une analgésie loco-régionale, n'influencent pas l'aptitude à la sortie.

Tableau 15: Caractéristiques liées à la pathologie et à sa prise en charge influençant l'aptitude à la sortie selon le score de Chung.

	Chung<9 n=30 (28%)	Chung>=9 n=78 (72%)	p value
Type d'intervention			
MAS	8	24	0,873
MGAS	4	12	
MCA	18	42	
Type histologique			
CCI	21	58	0,473
CCIS	1	3	
CCI+CCIS	5	5	
CLI	3	9	
Taille tumorale			
T0	8	14	0,459
T1	8	27	
T2	7	23	
>=T3	7	11	
RH +	20	54	0,621
HER 2 +	5	14	1
Chimiothérapie néoadjuvante	7	19	1
Cs IDE annonce	24	53	0,245
Cs psychologue	6	17	1
Durée opératoire			
≤60 min	16	51	0,274
>60 min	14	27	
Début intervention			
avant 10h00	4	21	0,216
entre 10 et 12h00	15	33	
entre 12 et 14h00	6	19	
au-delà de 14h00	5	5	
ALR			
aucune	6	11	0,363
infiltration Naropéine	22	58	
cathéter Naropéine	0	6	
blocs paravertébraux	2	3	

Tableau 16 : Caractéristiques liées à la pathologie et à sa prise en charge influençant l'aptitude à la sortie selon l'avis de la patiente à 19 heures

	Non apte n=99 (91%)	Apte n=10 (9%)	p value
Type d'intervention			
MAS	27	5	0,203
MGAS	16	0	
MCA	56	5	
Type histologique			
CCI	71	9	0,891
CCIS	4	0	
CCI+CCIS	10	0	
CLI	11	1	
Taille tumorale			
T0	21	1	0,106
T1	34	1	
T2	24	6	
>=T3	17	2	
RH +	68	6	0,456
HER 2 +	19	1	0,682
Chimiothérapie néoadjuvante	23	4	0,272
Cs IDE annonce	69	9	0,276
Cs psychologue	22	2	1
Durée opératoire			
≤60 min	59	9	0,086
>60 min	40	1	
Début intervention			
avant 10h00	23	2	0,836
entre 10 et 12h00	42	6	
entre 12 et 14h00	23	2	
au-delà de 14h00	11	0	
ALR			
aucune	12	2	0,131
infiltration Ropivacaïne	78	6	
cathéter Ropivacaïne	4	2	
blocs paravertébraux	5	0	

Tableau 17 : Caractéristiques liées à la pathologie et à sa prise en charge influençant l'aptitude à la sortie selon l'avis des patientes a posteriori

	Défavorable n=90 (83%)	Favorable n=19 (17%)	p value
Type d'intervention			
MAS	23	9	0,158
MGAS	15	1	
MCA	52	9	
Type histologique			
CCI	64	16	0,689
CCIS	4	0	
CCI+CCIS	9	1	
CLI	11	1	
Taille tumorale			
T0	20	2	0,715
T1	29	6	
T2	24	6	
>=T3	15	4	
RH +	62	12	0,567
HER2 +	19	1	0,186
Chimiothérapie néoadjuvante	20	7	0,232
Cs IDE annonce	62	16	0,264
Cs psychologue	21	3	0,558
Durée opératoire			
≤60 min	55	13	0,611
>60 min	35	6	
Début intervention			
avant 10h00	20	5	0,946
entre 10 et 12h00	39	9	
entre 12 et 14h00	21	4	
au-delà de 14h00	10	1	
ALR			
aucune	12	5	0,213
infiltration Rupivacaine	69	12	
cathéter Rupivacaine	4	2	
blocs paravertébraux	5	0	

4.6.2. Caractéristiques liées à la patiente influençant l'aptitude à la sortie

Les tableaux 18, 19 et 20 représentent les caractéristiques liées à la patiente, influençant l'aptitude à la sortie respectivement selon le score de Chung à 19 heures, l'avis de la patiente à 19 heures et a posteriori.

Parmi les critères étudiés, le score de Chung à 19 heures varie avec l'âge. Les patientes sont plus âgées dans le groupe Chung inférieur à 9 à 19 heures (65,54 vs 57,82 ans $p=0,0066$). De même, parmi les patientes ayant un score de Chung supérieur ou égal à 9 à 19h, elles sont statistiquement plus nombreuses à avoir des enfants vivant au domicile ($p=0,022$) et à exercer une activité professionnelle ($p=0,049$).

Tableau 18 : Caractéristiques liées à la patiente influençant l'aptitude à la sortie selon le score de Chung à 19 heures

	Chung<9 n=30 (28%)	Chung>=9 n=78 (72%)	p value
Age patiente			
<40 ans	0	5	0,040
40-60 ans	8	38	
60-80 ans	19	28	
>80 ans	3	7	
Situation professionnelle			
foyer	1	7	0,049
chômage	0	2	
travaille	7	35	
retraîtée	22	34	
Situation maritale			
seule	10	19	0,345
en couple ou adulte à domicile	20	59	
Enfants à charge			
0	25	46	0,022
≥1	5	32	
Distance par rapport au centre			
< 30 min	6	31	0,229
30 min à 1h	13	23	
1 à 2 h	9	20	
> 2 h	2	4	
Présence entourage proche			
0	8	16	0,606
1	22	62	
ATCD ambulatoire	12	39	0,395
Score ASA			
1	15	41	0,927
2	14	34	
3	1	3	
Score Apfel			
≥2	30	77	1
<2	0	1	

Tableau 19 : Caractéristiques liées à la patiente influençant l'aptitude à la sortie selon l'avis de la patiente à 19 heures

	Non apte n=99 (91%)	Apte n=10 (9%)	p value
âge patiente			
<40 ans	5	0	0,352
40-60 ans	39	7	
60-80 ans	45	3	
>80 ans	10	0	
situation professionnelle			
foyer	8	0	0,311
chômage	2	0	
travaille	37	7	
retraîtée	52	3	
situation maritale			
seule	28	1	0,284
en couple ou adulte à domicile	71	9	
Enfants à domicile			
0	66	5	0,313
≥1	33	5	
Distance par rapport au centre			
< 30 min	33	4	0,584
30 min à 1h	35	2	
1 à 2 h	26	3	
> 2 h	5	1	
Présence entourage proche			
0	21	3	0,688
1	78	7	
ATCD ambulatoire	46	6	0,514
Score ASA			
1	50	7	0,553
2	45	3	
3	4	0	
Score Apfel			
≥2	98	10	1
<2	1	0	

Tableau 20 : Caractéristiques liées à la patiente influençant l'aptitude à la sortie selon l'avis des patientes a posteriori

	Défavorable n=90 (83%)	Favorable n=19 (17%)	p value
âge patiente			
<40 ans	5	0	0,539
40-60 ans	35	11	
60-80 ans	41	7	
>80 ans	9	1	
situation professionnelle			
foyer	6	2	0,518
chômage	2		
travaille	34	10	
retraîtée	48	7	
situation maritale			
seule	26	3	0,391
en couple ou adulte à domicile	64	16	
enfant à charge			
0	60	11	0,597
≥1	30	8	
distance par rapport au centre			
< 30 min	33	4	0,169
30 min à 1h	32	5	
1 à 2 h	21	8	
> 2 h	4	2	
présence entourage proche			
0	21	3	0,558
1	69	16	
ATCD ambulatoire	43	9	1
score ASA			
1	47	10	0,822
2	40	8	
3	3	1	
score Apfel			
≥2	89	19	1
<2	1	0	

5. DISCUSSION

Notre étude montre une bonne maîtrise de la douleur et des nausées vomissements post-opératoires. Nous retrouvons un avis favorable à la prise en charge ambulatoire pour 30 % des patientes et plus de 50% en cas de mastectomie simple la veille de l'intervention. L'aptitude à la sortie par le score de Chung est évaluée positivement pour 72% des patientes. Cependant, même s'il s'agit d'une évaluation prospective, notre analyse présente des limites, notamment du fait de la taille d'échantillon et de la méthodologie de recueil des données. Il convient donc de confronter nos résultats à ceux de la littérature.

5.1. Vers une diminution de la durée d'hospitalisation

Avant de proposer une prise en charge ambulatoire en chirurgie sénologique, plusieurs auteurs se sont intéressés à la réduction de la durée d'hospitalisation, principalement dans un souci de réduction des dépenses de santé. Ils ont ainsi étudié les conséquences physiques, psychologiques et économiques d'une réduction de la durée d'hospitalisation. Ainsi, Bonnema (21) dans une étude comparant court et long séjour dans les suites de chirurgie mammaire cancérologique, retrouve de façon statistiquement significative ($p=0,0007$) une réduction de 30% des coûts de soins post opératoires en faveur d'un court séjour. Ce même auteur, dans une étude randomisée (22) comparant courte et longue hospitalisation chez 125 patientes prise en charge pour une chirurgie sénologique, ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'anxiété, la solitude, les troubles du sommeil et l'estime de soi. De la même façon, Bundred (23) dans une étude randomisée, compare une hospitalisation de deux jours avec une hospitalisation traditionnelle de quatre jours chez 136 patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer du sein, dont 20 mastectomies. Il retrouve de façon statistiquement significative dans le groupe courte

hospitalisation, une meilleure mobilisation de l'épaule (OR=0,28), et moins de douleurs de cicatrice à 3 mois (OR=0,28). Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes en termes de symptômes psychologiques et de recours aux consultations infirmières ou de médecin généraliste.

Plus récemment, Wells (24) réalise une étude contrôlée randomisée à partir de 104 patientes bénéficiant d'une mastectomie ou tumorectomie avec curage axillaire. Il compare une hospitalisation courte de 36 heures où les patientes regagnent le domicile avec leur drain en place, avec une hospitalisation conventionnelle où le drain est retiré à la sortie. Dans le groupe bénéficiant d'une sortie précoce, les patientes sont prises en charge par une infirmière à domicile selon un protocole pré établi. L'objectif principal étudié est la qualité de vie des patientes et la charge revenant aux soignants. Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes en termes de qualité de vie, et de surcharge de l'équipe de soins. 88% des patientes hospitalisées 36 heures et bénéficiant de soins à domicile choisiraient à nouveau ce type de prise en charge, versus 69% des patientes hospitalisées en secteur conventionnel ($p < 0,0001$). De plus, cette étude met en évidence une amélioration de la communication entre les différents acteurs de soins, notamment avec le réseau de ville, chez les patientes bénéficiant d'une hospitalisation courte.

Marla (25) dans une étude néerlandaise parue en 2012 à partir de 519 patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer du sein, rappelle que la durée de séjour médiane est d'une journée pour l'ensemble des patientes. Cependant, cette durée de séjour médiane reste de 5 jours en cas de mastectomie sans reconstruction. L'étude retrouve parmi les facteurs significatifs associés à un séjour prolongé, le geste axillaire ($p < 0,001$), la taille tumorale ($p = 0,007$), et le stade du cancer ($p = 0,016$). Le geste axillaire serait donc le facteur le plus important de durée de séjour prolongé, à l'inverse du geste mammaire (chirurgie conservatrice, radicale ou reconstruction) qui n'influence pas dans cette étude la durée d'hospitalisation. Dans notre étude il n'est pas retrouvé de

réduction significative de la durée d'hospitalisation en l'absence de geste axillaire ($p=0,97$).

Ces différentes études montrent donc qu'il existe, au fil des années, une volonté de diminuer la durée d'hospitalisation en cas de chirurgie mammaire, tout en maintenant, pour les patientes, une qualité des soins et de vie équivalente. Qu'en est-il de la prise en charge ambulatoire pour ces mêmes patientes ? Au sein du centre René Gauducheau, comme nous avons vu le voir auparavant, le traitement chirurgical conservateur des cancers du sein est pris en charge depuis plusieurs années sur le mode ambulatoire tout en maintenant une qualité de soins équivalente et une satisfaction importante des patientes (26). En ce qui concerne le traitement radical, le constat est différent, la pratique ambulatoire des mastectomies étant moins répandue voire inexistante notamment en France, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays.

5.2. Etudes témoignant de la faisabilité des mastectomies en ambulatoire

L'analyse de la littérature fait état de plusieurs études dont deux revues systématiques (27,28) s'intéressant à la chirurgie ambulatoire dans le cancer du sein et démontrant particulièrement la faisabilité des mastectomies dans ce cadre.

Marla (27) en 2009 base sa revue de la littérature sur 11 études. Parmi celles-ci, 6 s'intéressent à la réalisation des mastectomies sur le mode ambulatoire, dont quatre en provenance des Etats-Unis. Toute chirurgie confondue, le taux de réussite de l'ambulatoire varie de 86 à 100%, avec un taux de réadmission nul pour six études. L'incidence des nausées et vomissements post opératoires est évalué entre 0,8 et 12,2% alors qu'elle est de 6% dans notre étude; celle des infections de cicatrice entre 0 et 16%. Seule une étude (29) s'intéresse aux conséquences psychologiques de la prise en charge ambulatoire, chez des patientes

bénéficiant d'une chirurgie conservatrice ou radicale en mode ambulatoire versus une hospitalisation traditionnelle. Il est retrouvé un taux de détresse psychologique inférieur ($p < 0,09$) et une meilleure adaptation émotionnelle ($p < 0,05$) chez les patientes prises en charge en ambulatoire. Le taux de satisfaction est étudié dans 4 études et est évalué entre 95 et 100%. L'auteur souligne par ailleurs qu'aucune de ces études ne s'intéresse à la gestion du drain à domicile, alors que nous avons montré que cela faisait partie des principaux obstacles au retour à domicile le soir ou le lendemain de l'intervention dans notre série. Marla (27), dans une revue parue en 2006, regroupe seize études portant à la fois sur la chirurgie conservatrice et radicale sur le mode ambulatoire. Elle s'intéresse aux taux de réussite de la chirurgie ambulatoire, aux motifs de conversion en hospitalisation traditionnelle, aux taux de complications, à la satisfaction des patientes et enfin au coût d'une telle prise en charge. Le taux de prise en charge en ambulatoire est extrêmement variable, de 4 à 100%, sans qu'il y soit distingué chirurgie conservatrice et radicale. Il n'est pas retrouvé dans cette étude d'augmentation significative du taux de complications en cas de chirurgie ambulatoire. Le principal motif de conversion en hospitalisation traditionnelle est la gestion des nausées et vomissements post-opératoires. Par ailleurs, même si les auteurs rapportent une satisfaction élevée des patientes et soignants après prise en charge ambulatoire, celle-ci ne fait l'objet dans aucune étude d'une évaluation à l'aide de questionnaire validé. Enfin, la réduction du coût liée à une telle prise en charge varie selon les études, de 50 à 85%. Ces deux revues sont cependant critiquables car elles ne distinguent pas chirurgie conservatrice et radicale. Elles ne permettent donc pas d'étudier précisément la prise en charge ambulatoire des mastectomies. Il est donc nécessaire de reprendre les études évaluant la faisabilité des mastectomies en ambulatoire.

Neuf études (annexe 4) s'intéressent à la réalisation des mastectomies sur le mode ambulatoire. Il s'agit pour l'ensemble d'études de cohorte, il n'est pas retrouvé d'étude randomisée. Six d'entre elles sont

des études américaines, reflétant une forte culture de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis et ce depuis le début des années 90, principalement pour des raisons économiques. Le taux de prise en charge ambulatoire est fortement variable d'une étude à l'autre, supérieur à 90% pour six études. L'étude de Bian (4) basée sur le registre médical SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) s'intéresse à une population sélectionnée de femmes américaines âgées de 65 à 69 ans. Elle évalue, à partir de 3149 patientes, le taux de mastectomies en ambulatoire à 21%, avec une forte augmentation au fil des années: l'auteur retrouve une croissance du taux de mastectomie en ambulatoire de 506% entre 1992 et 2002. Il conclut par ailleurs et de façon statistiquement significative que les mastectomies simples sont réalisées plus volontiers sur le mode ambulatoire que les mastectomies associées à un curage axillaire ($p < 0,001$), comme d'autres auteurs(13). Ceci est à rapprocher de notre étude, où les patientes prises en charge pour une mastectomie simple se disent a priori plus favorables à une prise en charge ambulatoire ($p = 0,0018$), et se sentent psychologiquement plus aptes à un retour à domicile le soir de l'intervention ($p = 0,04$). A l'inverse, les patientes ayant un score de Charlson de comorbidités (30) élevé ou ayant un stade clinique avancé bénéficient moins souvent de mastectomies sur le mode ambulatoire ($p < 0,01$) (31).

Plus récemment, Weber (32) rapporte l'expérience du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New York sur une période d'un an de 2009 à 2010, à propos de 537 patientes ayant bénéficié d'une mastectomie unilatérale, avec ou sans geste axillaire (219 patientes) ou d'une mastectomie reconstruction immédiate par prothèse (318 patientes). Cette étude intervient un an après la mise en place d'un protocole visant à réduire la durée d'hospitalisation des patientes après mastectomie de 48 à 24 heures. La mise en place de ce protocole a nécessité une approche multidisciplinaire réunissant à la fois chirurgiens et anesthésistes mais aussi l'ensemble de l'équipe de soins, intervenant en pré et post opératoire. Cela a permis d'identifier les facteurs influençant

un séjour prolongé. Parmi ceux-ci, les nausées et vomissements post-opératoires sont au premier plan, empêchant notamment l'équipe paramédicale d'éduquer les patientes à la gestion du drain le soir de l'intervention. Un document écrit destiné aux patientes les guide à chaque étape de la prise en charge en pré et postopératoire. Après la mise en place du protocole sur une période d'un an, l'étude prospective à proprement parler débute. Le critère d'étude principal est le taux de patientes quittant le service au premier jour post opératoire : celui-ci est de 82,7 % pour l'ensemble des patientes, les auteurs n'ayant pas distingué les deux groupes de patientes. Les critères secondaires sont le taux de complications post-opératoires à 30 jours et le taux de reprises chirurgicales et d'hospitalisations dans les 7 jours suivant la chirurgie. En ce qui concerne les complications post-opératoires à 30 jours celles-ci sont estimées à 6,1% versus 4,8% avant mise en place du protocole, les auteurs ne retrouvant pas de différence significative sur ce point ($p=0,52$). Il est retrouvé un taux de 0,9% de réadmissions et un taux de reprise chirurgicale pour hématome de 2,5%, comparable avec notre série où l'on retrouve 3% de reprise chirurgicale pour hématome. Cette étude reste critiquable, n'évaluant pas la satisfaction des patientes, le recours au médecin de ville à la sortie du service de chirurgie, et le coût pour l'hôpital et le patient d'une telle prise en charge. De plus, une hospitalisation de 24 heures ne correspond pas à la définition française de la chirurgie ambulatoire. Cependant, cette étude démontre qu'une prise en charge des mastectomies sur une hospitalisation de 24 heures est réalisable, tout en maintenant la sécurité des patientes.

D'autres auteurs ont montré la faisabilité des mastectomies en ambulatoire au travers de démarches visant à réduire progressivement la durée d'hospitalisation pour aboutir à une prise en charge ambulatoire. Ainsi, Carlile (33), au sein d'un centre britannique réalisant 200 mastectomies annuelles, met en place un protocole sur 3 ans. Alors qu'en 2008, 8,6% des patientes quittaient le service de chirurgie le lendemain de l'intervention, ce taux passe en 2011 à 70%. Ceci s'accompagne de

modifications des pratiques chirurgicales, avec notamment l'absence de drainage de la loge de mastectomie, permettant selon l'auteur une meilleure mobilité post-opératoire, sans augmentation du taux de lymphocèle. Cependant, la technique chirurgicale exacte n'est pas décrite. L'auteur évalue positivement la satisfaction des patientes, bien qu'il n'y ait là encore pas d'évaluation précise de la satisfaction au travers de questionnaires validés. La prise en charge évolue dans ce centre vers la prise en charge ambulatoire comme définie par la réglementation française avec la mise en place de « *day case surgery* » courant 2011. Une étude néerlandaise (34), prospective multicentrique compare la prise en charge chirurgicale des patientes atteintes d'un cancer du sein avant et après mise en place d'un protocole de chirurgie ambulatoire (<24h). Outre le taux de patientes bénéficiant d'une chirurgie ambulatoire, les objectifs comprennent une évaluation précise de la qualité de soins par les patientes selon le questionnaire validée QUOTE (35), et une évaluation économique comprenant les soins à domicile. L'auteur retrouve (5) une augmentation significative du taux d'ambulatoire (hospitalisation inférieure à 24 heures), globale de 45,3 à 82,2%, et de 38,3 à 66,6% pour les mastectomies. Parmi les patientes incluables dans l'étude, il existe une différence significative d'âge moyen entre les patientes acceptant et celles refusant l'étude (56,0 ans versus 61,6 ans ; $p=0,001$), suggérant une meilleure adhésion des patientes jeunes à la chirurgie ambulatoire. La chirurgie conservatrice (IC 95% OR 5,45 (2,06-16,04) $p<0,001$), l'activité professionnelle (IC 95% OR 2,83 (1,05-7,65) $p=0,04$), avoir des enfants (IC 95% OR 3,93 (1,06-14,62) $p=0,061$) sont, dans cette étude, des facteurs indépendants augmentant la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire. A l'inverse, les patientes âgées de plus de 64 ans sont moins susceptibles d'être prises en charge en ambulatoire (OR 0,28 IC (0,07-1,06) $p=0,061$ NS). Ceci est à rapprocher de notre étude où l'âge des patientes, la présence d'enfants au domicile et l'activité professionnelle semblent influencer le score de Chung à 19 heures.

L'ensemble de ces études témoignent d'une pratique des mastectomies en ambulatoire, principalement outre Atlantique. Cependant une partie de ces études s'intéressent à une hospitalisation inférieure à 24 heures qui ne correspond pas à la définition française de l'ambulatoire. Ces données sont donc critiquables de ce fait. Une prise en charge ambulatoire de ces patientes en France devra donc s'adapter au système de soins français.

5.3. Etude des complications post opératoires après chirurgie ambulatoire

Dans notre série, s'agissant de 109 mastectomies avec ou sans geste axillaire prises en charge en hospitalisation traditionnelle, le taux de complications global est de 6% durant l'hospitalisation, pour l'ensemble, des hématomes de la loge de mastectomie, nécessitant une reprise chirurgicale pour la moitié. Le taux de lymphocèle n'est pas répertorié puisque nous nous sommes intéressés uniquement aux complications survenant lors de l'hospitalisation.

Qu'en est-il des complications post opératoires après prise en charge ambulatoire ?

En ce qui concerne le traitement conservateur, une étude (18) rétrospective réalisé au Centre René Gauducheau, comparant hospitalisation traditionnelle et ambulatoire, ne retrouvait pas de différence significative en terme de suites opératoires. Dans une seconde étude (19), prospective, comparant hospitalisations traditionnelle et ambulatoire, il est retrouvé de façon significative une augmentation du taux de lymphocèle dans le groupe des patientes hospitalisées en ambulatoire.

En ce qui concerne le traitement radical, Frotscher (28) dans une revue de la littérature ne retrouve pas d'augmentation des complications post-opératoires. Marla (27) dans une seconde revue de la littérature, retrouve un taux de réadmission de 0% pour 6 études, une incidence des

nausées et vomissements post opératoires de 0,8 à 12,2%, un taux d'infection du site opératoire allant de 0 à 16%. Les autres complications, hématome, lymphocèle, ne sont pas différenciées par l'auteur et leur incidence varie de 1 à 22%.

Weber (32) en 2011, dans une étude prospective étudiant les suites opératoires de 218 mastectomies et 318 mastectomies reconstructions immédiates en ambulatoire ne retrouve pas d'augmentation significative des complications post opératoires (4,8% versus 6,1%, $p=0,52$), comparant les périodes précédant et suivant la mise en place du programme de réduction de l'hospitalisation à 24 heures. Y est rapporté un taux de réadmissions de 0,9% pour infection du site opératoire ou hématome, pour l'ensemble au 2^{ème} jour post-opératoire, non prévenue par la durée d'hospitalisation antérieure au programme, de 48 heures. Le taux de reprise chirurgicale est de 2,5% et le taux de consultation en urgence de 1,5%. Ces taux sont comparables avec ceux retrouvés dans la littérature concernant les complications post opératoires des mastectomies (36).

Dooley (37) dans une étude de cohorte rétrospective s'intéressant à la pratique de la chirurgie mammaire en ambulatoire retrouve pour l'ensemble des 87 patientes dont 24% de mastectomies, un taux de 4,5% de NVPO, de 6% d'infection du site opératoire et de 2% de lymphocèle. Il n'est pas noté de réadmission dans cette série.

De Kok (5) dans une étude multicentrique comparant hospitalisation traditionnelle et ambulatoire (<24h) après chirurgie d'un cancer du sein, ne retrouve pas d'augmentation des taux de complications (21,1% vs 17,8% ;NS), de réadmission (5,5% vs 8% ;NS), de reprise chirurgicale (5,6% vs 6,1% ;NS), consultations d'urgence (15,5% vs 8%, $p=0,085$) dans les 6 semaines suivant la chirurgie.

Enfin, Simpson (38) s'intéresse à la faisabilité des mastectomies reconstructions immédiates par expandeur en ambulatoire (hospitalisation de 12 heures). Il retrouve un taux de réadmission de 3% pour hématome, et un taux de complications dites mineures de 21% (lymphocèle, infection

du site opératoire et hématomes), ne nécessitant pas de nouvelle hospitalisation. Il n'est pas retrouvé de différence significative de taux de complication en fonction du score ASA I ou II ($p=0,668$). Le taux de nausées et vomissements post opératoires (NVPO) est évalué à 9%. Lors de l'appel téléphonique du lendemain, il n'est pas retrouvé de douleurs résistantes au traitement antalgique prescrit (tylenol ou vicodin).

A la lecture de ces articles, il ne semble pas exister d'augmentation des complications post-opératoires en cas de prise en charge ambulatoire des mastectomies même si ces études restent pour la plupart des études de cohorte. Cependant, deux études récentes (5,32) comparant hospitalisation traditionnelle et hospitalisation ambulatoire dans ce contexte, ne retrouvent pas d'augmentation du taux de complications, de réadmissions ou de consultations d'urgence.

Ainsi, après analyse de ces différentes études, la réalisation des mastectomies en ambulatoire semble être envisageable tout en maintenant une qualité de soins satisfaisante pour les patientes. Cependant, si ce type de prise en charge est expérimenté avec succès dans les pays anglo-saxons depuis plusieurs années, sa pratique reste peu répandue en Europe et notamment en France. Ceci peut s'expliquer par de nombreux facteurs limitant le développement des mastectomies en ambulatoire.

5.4. Etude des facteurs limitant le développement de l'ambulatoire

Au travers de notre série, nous avons pu constater que la fatigue post opératoire et la gestion du drain sont les deux éléments principaux limitant physiquement le retour à domicile, à 19 heures et le lendemain matin. En ce qui concerne les facteurs psychologiques limitant le retour à domicile le soir et le lendemain de l'intervention, ceux-ci sont plus nombreux. L'appréhension de la gestion du drain et de la douleur, l'anxiété par rapport aux suites opératoires et à la maladie, ainsi que la

nécessité d'un soutien psychologique, soulignent l'intérêt d'organiser les soins à domicile après mastectomie en ambulatoire.

5.4.1. Organisation des soins à domicile et information du patient

Dans notre série, nous avons pu mettre en évidence l'importance pour les patientes d'une organisation en amont des soins et du retour à domicile, en vue d'une prise en charge ambulatoire. Ceci s'exprime par la volonté d'une visite du médecin traitant à domicile le lendemain de l'intervention pour 45% des patientes et par l'organisation des soins par infirmière à domicile avant l'hospitalisation pour 41% des patientes. Dans la littérature, peu d'études s'intéressent à l'organisation et la gestion du retour à domicile en cas de chirurgie mammaire. De Kok (39) dans une étude randomisée multicentrique évaluant la chirurgie ambulatoire dans la prise en charge du cancer du sein, rappelle l'importance de l'organisation des soins à domicile et d'une prise en charge multidisciplinaire afin d'assurer la continuité des soins. N'Guyen (40) rapporte l'expérience de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire de l'hôpital Pitié-Salpêtrière et identifie, de manière générale, les motivations du refus du patient à une prise en charge ambulatoire. Sont ainsi mis en avant le besoin d'un entourage sécurisant qui serait donc l'hôpital, la crainte de rentrer trop tôt au domicile sans surveillance et la peur de complication post opératoire, comme nous avons pu l'identifier dans notre étude. Elle rappelle le rôle du médecin généraliste, et la nécessité de complémentarité de l'équipe de ville afin de ne pas assurer le transfert de soins ou de responsabilité sur la médecine de ville. La Haute Autorité de Santé (8) insiste sur l'importance de la procédure d'appel du lendemain, permettant de renouveler les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier que la patiente ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une réhospitalisation.

Montgomery (41) dans une étude prospective, s'intéresse à 101 patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer du sein. Il montre que le stress pré chirurgical augmente de façon significative la douleur ($p < 0,05$) et la fatigue ($p < 0,003$) post opératoires. De même, l'attente de réponse participe de façon significative à la douleur ($p < 0,001$), les nausées ($p < 0,012$) et la fatigue ($p < 0,010$) post opératoires, soulignant ainsi l'importance de l'information du patient et de sa prise en charge psychologique. Weber (32), dans une étude prospective de 537 patientes dont 219 mastectomies rapporte l'intérêt d'un document écrit guidant le patient à chaque étape de la prise en charge.

5.4.2. Douleurs, nausées et vomissements post opératoires

Dans notre série, la douleur ainsi que les nausées et vomissements post opératoires (NVPO) semblent contrôlés puisque 99% des patientes ont une EVA inférieure ou égale à 5, et 94% des patientes déclarent ne pas présenter de nausées ou vomissements le soir de l'intervention. De la même façon, la douleur et les NVPO ne sont pas mentionnés par les patientes en priorité comme un frein au retour à domicile. Ceci pourrait s'expliquer, notamment par l'utilisation d'une analgésie loco-régionale chez 85% des patientes prises en charge pour une mastectomie dans notre étude : infiltration de Naropéine (74%), cathéter de Naropéine (6%), blocs para vertébral (5%). Cependant, une méta-analyse (42) s'intéressant à l'efficacité des techniques d'analgésie loco-régionale après chirurgie mammaire, se base sur 4 études contrôlées randomisées et ne retrouve pas de diminution significative de la douleur post-opératoire (échelle EVA) et de l'incidence des NVPO après infiltration unique d'analgésiques. Cette méta-analyse reste critiquable car les techniques d'infiltration, les analgésiques utilisés, et le volume injecté est hétérogène. Une étude française (43), prospective randomisée en double aveugle versus placebo portant sur 81 patientes, étudiant l'impact de l'infiltration de 40 mL de Ropivacaïne à 4,75mg/mL de la paroi et de la zone de curage

ganglionnaire, ne retrouve néanmoins pas de bénéfice en terme de douleur post opératoire aigüe (jusqu'à la 24^{ème} heure post-opératoire) et chronique à un an. Une seconde étude prospective randomisée en double aveugle (44) retrouve un effet significatif de l'infiltration de Ropivacaïne sur la douleur post-opératoire au repos et à la mobilisation à 2, 4 et 6 heures post-opératoires. Cet effet n'est pas retrouvé par la suite dans les 3 jours post-opératoires. Les auteurs (42-44) rappellent que l'infiltration d'anesthésiques locaux est bénéfique lorsque la douleur a essentiellement une composante pariétale, ce qui n'est pas le cas après mastectomie où la douleur a une composante tissulaire profonde liée à l'ablation du sein.

Marret (42) dans une méta-analyse comportant 5 essais randomisés évaluant le recours au bloc para-vertébral, retrouve une diminution significative des scores EVA à H6 post opératoire ($p=0,007$) et H12 ($p=0,001$), ainsi que du risque de NVPO ($p<0,00001$). Ceci est retrouvé par d'autres auteurs (45), concluant à une efficacité du bloc paravertébral sur les douleurs post opératoires aigües et les NVPO, par diminution du recours à l'utilisation de morphiniques. A l'inverse, Aufforth (46) ne retrouve pas de différence significative entre le recours au bloc paravertébral et l'absence d'analgésie loco-régionale après chirurgie d'un cancer du sein, en ce qui concerne les scores de douleur et la survenue de NVPO. L'auteur retrouve cependant une diminution significative du recours aux morphiniques chez les patientes bénéficiant d'une mastectomie reconstruction immédiate avec bloc paravertébral versus absence d'analgésie locorégionale ($p=0,02$). Dans une étude randomisée (47), Sidiropoulou compare le recours au bloc paravertébral (BPV) versus l'injection continue sur 24 heures de Ropivacaïne (ICR) par cathéter chez 48 patientes prises en charge pour une mastectomie curage axillaire. L'auteur retrouve une consommation similaire de morphiniques entre les deux groupes, une diminution significative de la douleur à 4 heures post opératoires dans le groupe BPV ($p=0,002$), alors que la douleur post opératoire à 16 et 24 heures est significativement diminuée dans le groupe ICR ($p=0,012$). Les NVPO sont significativement plus fréquents

dans le groupe ICR ($p=0,017$). Dans notre étude, 6% des patientes ont bénéficié de la pose de cathéter de Ropivacaïne à la fermeture de la paroi, maintenu en place pour une durée de 24 à 48 heures. Le recours au cathéter de Ropivacaïne semble peu adapté à la réalisation des mastectomies en ambulatoire, puisque l'injection continue via une seringue électrique ne peut être gérée à domicile.

Certains auteurs dont Weber (32) identifient la douleur et les NVPO comme des facteurs limitant l'ambulatoire, puisqu'ils empêchent notamment l'équipe paramédicale de réaliser l'éducation des patientes à la gestion des drains. De la même façon, Frotscher (28) rappelle dans une revue de la littérature que les nausées et vomissements post-opératoires sont la principale cause d'échec de l'ambulatoire. De Kok (5) dans une étude prospective multicentrique comparant hospitalisation traditionnelle et ambulatoire après chirurgie d'un cancer du sein s'intéresse aux causes d'échec de l'ambulatoire. Il identifie ainsi les NVPO, la production excessive du drain, l'hématome, les causes psychologiques (non détaillées), le choc anaphylactique, le retard du planning opératoire et la chirurgie d'après-midi comme étant des freins à la chirurgie ambulatoire. Cependant, ces données sont peu comparables aux nôtres puisque recueillies chez des patientes prises en charge sur le mode ambulatoire pour les unes, et des patientes bénéficiant d'une hospitalisation traditionnelle, se projetant dans une situation ambulatoire pour les autres, nous faisant sous-estimer l'influence de certains facteurs dans la réussite d'une telle prise en charge.

5.4.3. Gestion du drainage post-opératoire

Notre étude nous a permis d'identifier la gestion du drain à domicile comme étant un facteur limitant le retour à domicile pour les patientes le soir et le lendemain de l'intervention. A l'analyse de la littérature, il apparaît que les patientes prises en charge pour mastectomie en ambulatoire quittent soit le service de chirurgie avec le drain en place,

nécessitant une éducation des patientes, de leur entourage et des soignants à domicile (32,48,49), soit ne bénéficient pas de drainage post-opératoire de la loge de mastectomie (33).

La présence d'une lymphocèle est estimée entre 15 et 90% (50) après chirurgie d'un cancer du sein et peut être responsable d'inconfort pour la patiente, de retard de cicatrisation, de nécrose cutanée et d'infection du site opératoire (51). La majorité de la lymphe est drainée dans les deux jours suivant l'intervention. Les facteurs de risque significatifs de survenue d'une lymphocèle sont le surpoids et l'hypertension artérielle, tandis que la taille tumorale, la réalisation d'un traitement néo adjuvant, le tabac, le volume mammaire et le diabète n'ont pas d'impact significatif sur la survenue d'une lymphocèle (50). D'autre part, plus la dissection est importante, plus le risque de lymphocèle est élevé. Le drainage post opératoire permet de diminuer de façon significative le volume de lymphocèle comparé à une absence de drainage post opératoire (50,52) en réduisant l'espace laissé après dissection avec une pression négative. Le drainage à domicile ne semble pas avoir d'incidence sur le volume de la lymphocèle (13,53,54). Par ailleurs, l'immobilisation de l'épaule ne permet pas de diminuer la formation de lymphocèle (55,56), alors que le recours à la kinésithérapie une semaine après l'intervention permettrait d'en diminuer la formation (57).

L'utilisation de fibrinogène afin de combler l'espace laissé par la dissection n'a pas montré d'efficacité sur la réduction de lymphocèle dans de nombreuses études (58-60). A l'inverse, le capitonnage de la loge de dissection a été étudié dans plusieurs études (61-66), et permet une diminution du volume de lymphocèle, et l'absence de drainage post opératoire (65).

Afin d'envisager une prise en charge ambulatoire des mastectomies, faut-il poursuivre le drainage habituel de la loge de mastectomie tout en éduquant les patientes aux soins à y apporter ? Ou bien, faut-il proposer comme certains auteurs, un capitonnage de la loge de mastectomie seul ? Plusieurs auteurs se sont intéressés au drainage à domicile après prise en

charge chirurgicale d'un cancer du sein, notamment après mastectomie. En ce qui concerne le risque infectieux, Felipe (67) dans une étude de cohorte prospective, étudie l'incidence et les facteurs de risque d'infection du site opératoire chez 354 patientes bénéficiant d'un drainage à domicile après prise en charge chirurgicale d'un cancer du sein. L'incidence d'infection du site opératoire (ISO) est estimée à 17% sur 17 jours de suivi, la probabilité de colonisation du redon augmentant avec la durée de drainage. Les facteurs de risque identifiés d'ISO sont l'âge supérieur à 50 ans ($p < 0,001$), la nécrose cutanée ($p < 0,001$), et la colonisation bactérienne du drain ($p = 0,03$). Chadha (68) retrouve une absence de complication du drainage à domicile chez 91% des patientes, 4% d'infection du site opératoire, et 6% de lymphocèle.

Chapman (69) dans une étude de cohorte compare deux groupes de patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer du sein. L'un bénéficie d'une hospitalisation conventionnelle, regagnant le domicile cinq jours après l'intervention, après ablation du drain, l'autre regagnant le domicile après 48 heures d'hospitalisation, drain en place. Dans le groupe bénéficiant d'une hospitalisation courte, les patientes se disent satisfaites tant qu'elles se sentent soutenues par l'équipe hospitalière et de ville. L'auteur rappelle l'importance pour les patientes de choisir le mode de prise en charge, engageant ou non une sortie à domicile avec le drain en place. Plus récemment, Chadha (68) s'intéresse à la satisfaction de 124 patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer du sein, dont 84 dans les suites d'une mastectomie, bénéficiant d'un drainage à domicile avec passage quotidien d'une infirmière spécialisée à domicile. Parmi elles, 91% déclarent avoir reçu des soins identiques ou meilleurs à domicile en comparaison avec une hospitalisation traditionnelle, sans différence significative en fonction du type d'intervention. 65% disent avoir ressenti de l'anxiété à domicile, 30% à J1 du retour à domicile, 8% à J2. Les patientes âgées de 38 à 63 ans ont ressenti plus d'anxiété que les patientes âgées de plus de 63 ans (59 vs 40%, NS), sans corrélation avec le type d'intervention et l'information reçue par l'équipe soignante à la

sortie. Les deux-tiers des patientes interrogées se disent confiantes à J2, lorsqu'il s'agit de vider les drains, avec une différence significative en fonction de l'âge ($p < 0,05$), en faveur des patientes les plus jeunes. 97% des patientes se disent satisfaites des soins reçus à domicile par l'infirmière, et 87% se sont senties soutenues par les soins à domicile. Dans cette étude, la durée moyenne de drainage à domicile est de 4,7 jours. Wells (24) dans une étude contrôlée randomisée, compare une hospitalisation courte de 36 heures où les patientes regagnent le domicile avec leur drain en place, avec une hospitalisation conventionnelle où le drain est retiré à la sortie. Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes en termes de qualité de vie, et de surcharge de l'équipe de soins. 88% des patientes hospitalisées 36 heures et bénéficiant de soins à domicile choisiraient à nouveau ce type de prise en charge, versus 69% des patientes hospitalisées en secteur conventionnel ($p < 0,0001$).

Même si ces études ne s'intéressent pas au drainage à domicile après chirurgie ambulatoire à proprement parler, il semble que la satisfaction des patientes soit bonne et permettent un soutien supplémentaire à domicile. Malgré tout, cette pratique semble être pourvoyeuse d'anxiété notamment chez les patientes jeunes et dans les premières heures suivant le retour à domicile, suggérant un encadrement adapté à domicile.

D'autres auteurs (70–72) proposent un capitonnage de la loge de mastectomie. Purushotam (72) dans une étude randomisée contrôlée compare, chez 375 patientes, deux groupes de patientes après chirurgie pour cancer du sein (tumorectomie ou mastectomie). Le premier groupe bénéficie d'une hospitalisation courte après capitonnage de la loge de mastectomie, le second d'une hospitalisation traditionnelle de cinq jours après drainage classique. En terme de morbidité, il n'est pas retrouvé de différence significative pour le taux de lymphocèle, le volume de lymphocèle et le taux d'infection du site opératoire. Les conséquences psychologiques sont évaluées par questionnaire validé : il est retrouvé une

moindre morbidité psychologique chez les patientes bénéficiant d'un drainage, sans différence statistiquement significative toutefois. Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes en termes de durée d'intervention, de recours aux soins primaires et secondaires (médecin traitant, infirmière à domicile, infirmière spécialisée, unité ambulatoire). Il n'est en fin pas mis en évidence de surcoût pour le patient ou son entourage. Plus récemment, Gong (71) dans une étude prospective randomisée compare chez 201 patientes bénéficiant d'une mastectomie la technique chirurgicale classique avec le capitonnage de la loge de mastectomie, l'ensemble des patientes bénéficiant d'un drainage. La technique chirurgicale évaluée consiste en une ligature de tous les vaisseaux lymphatiques et sanguins, la suture du bord antérieur du muscle grand dorsal à la paroi thoracique, et enfin la réalisation de points sous-cutanés rapprochant la peau au muscle. Il est retrouvé de façon significative pour les patientes ayant bénéficié d'un capitonnage de la loge de mastectomie, une diminution du volume ($p < 0,01$), et de la durée du drainage ($p < 0,01$) ainsi qu'une diminution du taux de lymphocèle ($p < 0,01$). Cependant, le capitonnage de la loge de mastectomie peut sembler un obstacle à la réalisation d'une reconstruction mammaire ultérieure, en créant une adhérence entre le tissu sous cutané et le plan musculaire.

5.4.4. Facteurs non médicaux

Dravet (73) dans une étude rétrospective française s'intéressant au traitement conservateur des cancers du sein en chirurgie ambulatoire rappelle que le nombre d'intervenants (chirurgien, anatomopathologiste, radiologue) influence le taux d'ambulatoire : celui-ci, en cas de traitement conservateur, est de 30,5% versus 14,7%, ($p < 0,05$) lorsque qu'il existe respectivement un intervenant versus trois intervenants. De plus, il rappelle que le remboursement des actes diffère en fonction d'une prise en charge ambulatoire ou traditionnelle, incitant les structures de soins à

poursuivre la prise en charge traditionnelle. En effet, en ce qui concerne les mastectomies, la tarification à l'acte des établissements hospitaliers prévoit une valorisation de 4093,98€. Pour cet acte, il existe une borne basse de 3 jours et une borne haute de 13 jours, avec un forfait déduit de la valorisation par journée en moins de 893,19 €. Ainsi pour des durées d'hospitalisation de 12 heures et de 24 heures la valorisation serait respectivement de 1414,41 € ($4093,98 - (893,98 \times 3)$) et 2307,60 € ($4093,98 - (893,19 \times 2)$). Ceci représenterait donc un frein pour les établissements hospitaliers à la pratique de l'ambulatoire. D'autre part, la définition française limitant à 12 heures la prise en charge du patient ambulatoire est selon l'auteur un autre frein à la pratique de la chirurgie ambulatoire en France. L'étendre à 24 heures, comme c'est le cas aux Etats-Unis notamment, permettrait probablement d'étendre les indications, particulièrement aux mastectomies.

Nous avons donc pu constater que la douleur et les nausées vomissements post-opératoires n'étaient pas un obstacle à la prise en charge des mastectomies en ambulatoire, mais nécessitaient une prise en charge adaptée notamment par l'utilisation d'analgésie loco régionale. La gestion du drain à domicile reste un facteur limitant une telle prise en charge, même s'il peut être contourné par le recours au capitonnage de la loge de mastectomie. Cependant, le drainage à domicile semble être une technique sûre mais nécessite une éducation importante en amont à la fois des patientes et du personnel soignant. Elle présente l'avantage d'un suivi des patientes à domicile, diminuant le sentiment d'insécurité et d'anxiété en post-opératoire.

5.5. Evaluation de la satisfaction des patientes

Nous avons pu établir par le passé la satisfaction des patientes au sein du centre en ce qui concerne la prise en charge des tumorectomies en ambulatoire quelque soit le geste axillaire (26). Ainsi, la satisfaction

globale était évaluée à 8.97 sur une échelle de 0 à 10, l'information pré opératoire donnée par le chirurgien à 9.15, l'information post opératoire donnée par le chirurgien à 8,90, et par l'infirmière à 9.33 ($p<0,05$). Enfin, l'organisation de la structure était notée à 9.25/10, l'ensemble démontrant une grande satisfaction des patientes. Avant de proposer la prise en charge des mastectomies en ambulatoire, il est nécessaire de s'intéresser à la satisfaction des patientes au travers des études parues dans la littérature, puisque non évaluable dans notre série. La majorité des études s'intéressant à la réalisation des mastectomies en ambulatoire rapporte une grande satisfaction des patientes. Cependant la plupart de ces études ne comporte pas d'évaluation chiffrée ou n'utilise pas d'échelle ou de questionnaire validés (74–77). Lorsque l'on s'intéresse aux deux revues de la littérature précédemment citées, Frotscher (28) conclut que la satisfaction des patientes semble suffisante mais non établie par des preuves, alors que Marla (27) évalue le taux de satisfaction entre 95 et 100%. A l'inverse, Burke (49) à partir de 52 patientes bénéficiant d'une mastectomie en ambulatoire, rapporte que 21% d'entre elles auraient souhaité une hospitalisation plus longue. De même, Margolese (29), dans une étude comparative, estime que 40% des patientes prises en charge en ambulatoire auraient aimé passer la première nuit à l'hôpital, alors que 4% des patientes bénéficiant d'une hospitalisation traditionnelle auraient souhaité une hospitalisation en ambulatoire. Dans cette même étude, l'auteur ne retrouve cependant pas de différence significative en ce qui concerne la douleur post opératoire, et la qualité de vie entre les 2 groupes. De plus, les patientes prise en charge en ambulatoire s'adaptent mieux sur le plan émotionnel ($p<0,05$) et présenteraient moins de symptômes d'anxiété et de stress ($p<0,09$).

Wells (24) dans une étude randomisée contrôlée ne retrouve pas de différence en terme de qualité de vie et de surcharge de l'entourage entre les patientes bénéficiant d'une courte hospitalisation de 36 heures après chirurgie mammaire et les patientes hospitalisées de façon conventionnelle. 88% des patientes bénéficiant d'une courte

hospitalisation choisiraient à nouveau ce type de prise en charge, versus 69% des patientes du groupe conventionnel ($p < 0,0001$). Plus récemment, De Kok (78) dans une étude multicentrique, évalue la satisfaction des patientes après mise en place d'un programme d'extension de l'ambulatoire dans la prise en charge chirurgicale du cancer du sein. Il utilise l'échelle validée QUOTE (Quality of care through the patients' eyes) (35). L'auteur met ainsi en avant la nécessité d'amélioration de l'information concernant les soins à domicile. Par ailleurs, du point de vue des patientes, la qualité des soins apportés par le chirurgien est améliorée par la mise en place du programme concernant l'information reçue, le respect, l'écoute, et il est retrouvé une amélioration des temps d'attente dans la prise en charge.

Ainsi, l'évaluation de la satisfaction des patientes après mastectomie réalisée en ambulatoire fait l'objet de peu d'études validées. Il semble néanmoins dans ces études que la satisfaction des patientes soit bonne, sous couvert d'une information éclairée, notamment concernant les soins apportés à domicile. De plus, il semble que la réduction des délais d'attente, conséquence d'une augmentation de la pratique de l'ambulatoire améliore la satisfaction des patientes.

5.6. Sélection des patients

A quelles patientes faut-il proposer une prise en charge ambulatoire en premier lieu ?

Outre les critères d'éligibilité à la pratique de l'ambulatoire, précédemment abordés, certains auteurs retrouvent des facteurs favorisant le succès de la prise en charge ambulatoire.

Marla (25) dans une étude prospective récente de 519 patientes prises en charge chirurgicalement pour un cancer du sein rappelle que parmi les patientes ayant une durée d'hospitalisation inférieure à 24 heures, il existe une différence statistiquement significative entre les tumeurs non palpables et palpables (75% versus 26%). De plus, en

analyse multi variée, le geste axillaire (OR 5,61) et la taille de la tumeur (OR 1,61) prolongent la durée de séjour pour les tumeurs infra cliniques. En cas de tumeurs palpables, le geste axillaire, les comorbidités et catégorie socio-économique des patientes influencent de façon statistiquement significative la durée de séjour. Le geste axillaire est donc, pour l'auteur, le facteur influençant le plus une durée de séjour prolongée. En revanche, il n'ait pas retrouvé de relation statistiquement significative entre la durée de séjour et le geste mammaire (conservateur, radical ou reconstruction).

Bian (31) dans une étude basée sur le registre médical SEER conclut que les mastectomies simples sont réalisées plus volontiers sur le mode ambulatoire (<24h) que les mastectomies associées à un curage axillaire ($p < 0,001$). A l'inverse, les patientes ayant un score de Charlson de comorbidités (30) élevé ou ayant un stade clinique avancé bénéficient moins souvent de mastectomies sur le mode ambulatoire ($p < 0,01$) (31).

De Kok (5) identifie comme facteurs indépendants augmentant la probabilité d'être pris en charge en ambulatoire, outre la chirurgie conservatrice (OR 5,45 IC 95% (2,06-16,04) $p < 0,001$), l'activité professionnelle (OR 2,83 IC 95% (1,05-7,65) $p = 0,04$) , et avoir des enfants (OR 3,93 IC 95% (1,06-14,62) $p = 0,061$). A l'inverse, les patientes âgées de plus de 64 ans sont moins susceptibles d'être pris en charge en ambulatoire (OR 0,28 IC 95% (0,07-1,06) $p = 0,061$ NS).

Dans notre série, l'aptitude à la sortie évaluée par le score de Chung supérieur ou égal à 9 est significativement plus élevée chez les patientes jeunes, ayant une activité professionnelle, ainsi que chez les patientes ayant des enfants vivant au domicile, en analyse univariée. La taille de notre échantillon ne nous a pas permis de réaliser une analyse multivariée. D'autre part, un avis favorable des patientes a priori concernant une prise en charge ambulatoire est significativement augmenté en cas de mastectomie simple.

5.7. Aspects économiques

Un des arguments en faveur de l'extension de la chirurgie ambulatoire reste la réduction des coûts de santé, hospitaliers et extrahospitaliers, sans charge financière supplémentaire pour le patient.

Plusieurs études (21,79,80) ont montré par le passé l'intérêt économique d'une réduction de la durée d'hospitalisation.

En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire à proprement parler, l'ensemble des études va dans le sens d'une réduction des coûts liés à la prise en charge ambulatoire des mastectomies, de 40 à 85% selon Frotscher (28) et Marla (27).

Cependant, toutes n'ont pas la même méthodologie. Ainsi, Ranieri (74) conclut au bénéfice en terme de coût de la santé d'une telle prise en charge, sans précision. Carlile (33) estime la réduction de coût liée à la prise en charge des mastectomies en ambulatoire à 33 400 £ sur une année, en multipliant le coût d'une journée d'hospitalisation par le nombre de jours d'hospitalisation économisés par une telle prise en charge. Il ne tient donc pas compte des frais extrahospitaliers. Clark (48) et Mac Manus (77) estime la réduction du coût hospitalier respectivement à 2474 \$ et 4710 \$ par patiente, soit 36 et 70% par rapport à une prise en charge traditionnelle.

Une étude (34) récente multicentrique, compare une prise en charge traditionnelle après chirurgie d'un cancer du sein à une prise en charge ambulatoire, comprenant 262 patientes dont 105 après mastectomies. L'un des objectifs de l'étude est l'analyse du rapport coût-efficacité (81) après mise en place du protocole visant à réduire l'hospitalisation à 24 heures pour ces patientes. L'étude de l'efficacité d'une telle prise en charge se fait à l'aide de l'échelle validée EuroQol (82) permettant d'évaluer la qualité de vie des patientes.

L'analyse économique intègre :

- Coûts directs pour le système de soins :

- Avant la chirurgie : examens amenant au diagnostic, réunions pluridisciplinaires, consultations
- Lors de l'hospitalisation : repérage, acte chirurgical, incluant la procédure du ganglion axillaire sentinelle, frais d'hospitalisation
- Après la première hospitalisation : réunions pluridisciplinaires, consultation post opératoire, éventuelles reprise chirurgicale et réadmission, consultation d'urgence, frais médecine de ville (consultation, visite à domicile, appels téléphoniques, frais de courrier), aides ménagères, infirmière à domicile, médicaments, soins paramédicaux, honoraire du pharmacien
- Coûts directs en dehors du système de soins :
 - Soins apportés par l'entourage
 - Aide ménagère
 - Portage des repas
- Coûts indirects :
 - Arrêt de travail
 - Perte de temps de loisirs
 - Perte de temps pour les tâches ménagères
- Extras pour le patient :
 - Médecine parallèle
 - Matériel : prothèse, bandages, sous-vêtements...
 - Frais de déplacement

L'ensemble des dépenses est évalué pour les deux types de prise en charge, pour la chirurgie conservatrice et radicale. L'auteur conclut ainsi que la prise en charge des patientes sur une hospitalisation d'au maximum 24 heures est économique, avec réduction de l'ensemble des dépenses, principalement au cours de l'hospitalisation. Par ailleurs, elle serait selon l'auteur identique à une prise en charge traditionnelle en ce qui concerne la qualité de vie. La réduction du coût estimé pour une mastectomie serait de 1319 euros soit une réduction de 14%. Le rapport

coût efficacité est donc, selon l'auteur, positif, en faveur d'une prise en charge ambulatoire ou de 24 heures.

5.8. Proposition de prise en charge ambulatoire des mastectomies à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest

Aux vues de notre enquête de faisabilité et de la revue de la littérature, il semble exister une place pour le développement de cette prise en charge notamment pour les mastectomies simples. Nous proposons l'établissement d'un protocole de prise en charge spécifique, avec une procédure coordonnée afin de ne pas pénaliser les patientes.

- Sélection des patientes sur la base du volontariat après information des modalités de la prise en charge et des suites opératoires en consultation pré opératoire et d'anesthésie
- Education des patientes et de l'entourage lors de la consultation d'annonce réalisée par l'infirmière concernant la douleur, la gestion du redon et les soins locaux
- Implication du réseau de ville en amont (médecin traitant, infirmière à domicile)
 - Ordonnances d'antalgiques et de soins à domicile remises en pré opératoires
 - Anticipation du passage de l'infirmière au domicile de la patiente à J1 post opératoire
- Anticipation de l'organisation familiale, majoration des aides à domicile si nécessaire
- Education des patientes à la gestion du drain à domicile lors de l'hospitalisation. Remise d'une fiche d'information écrite à ce sujet.
- Appel du lendemain systématique
- Consultation infirmière au centre à J5 (ablation du redon, vérification du pansement)
- Consultation post-opératoire entre J10 et J15 avec le chirurgien

- Evaluation prospective de la morbidité post opératoire, de la qualité de vie et de la satisfaction des patientes, de l'entourage et du réseau de ville.

6. CONCLUSION

Notre étude souligne une bonne tolérance des suites opératoires après mastectomie chez la grande majorité des patientes sur le plan de la douleur et des nausées vomissements post-opératoires. Elle montre une acceptabilité a priori de la prise en charge ambulatoire pour 30 % de l'ensemble des patientes et plus de 50 % de celles bénéficiant d'une mastectomie simple. Par ailleurs, l'aptitude à la sortie par le score de Chung est évaluée positivement le soir de l'intervention pour 71% des patientes. Il semble que l'âge de la patiente, la présence d'enfants à domicile et l'activité professionnelle influencent positivement le score de Chung à 19 heures. Néanmoins, ces résultats sont modérés par l'avis des patientes le soir de l'intervention, où 9% et 17% d'entre elles se sentent respectivement physiquement et psychologiquement aptes au retour à domicile. Plusieurs facteurs limitent le retour à domicile le soir et le lendemain de l'intervention selon les patientes : la fatigue, la gestion du drain, l'angoisse par rapport à la maladie et les suites opératoires

L'analyse de la littérature fait état de plusieurs études de cohorte témoignant d'une pratique des mastectomies sur le mode ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation inférieure à 24 heures, tout en conservant la sécurité et la satisfaction des patientes. Il semble néanmoins nécessaire de sélectionner les patientes éligibles à ce type de prise en charge, en fonction du geste axillaire mais aussi des caractéristiques liées à l'environnement familial et professionnel des patientes. L'anticipation du retour à domicile favorise par ailleurs le succès de la prise en charge ambulatoire et la satisfaction des patientes.

Ces conclusions nous incitent à proposer la mise en place d'un protocole visant à encadrer la pratique des mastectomies en ambulatoire pour certaines patientes volontaires et sélectionnées, prises en charge à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest. Il serait alors primordial d'évaluer de façon prospective les suites opératoires, la satisfaction et la qualité de vie des patientes ainsi prises en charge.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Francim/Hospices civils de Lyon/INCa/Inserm/InVS 2011. Incidence et mortalité estimées des cancers en France métropolitaine chez la femme en 2011- 5 principales localisations. INCa 2011;
2. van Nes JGH, Seynaeve C, Jones S, Markopoulos C, Putter H, van de Velde CJH. Variations in locoregional therapy in postmenopausal patients with early breast cancer treated in different countries. *British Journal of Surgery*. 2010;97(5):671–9.
3. Unicancer. Chirurgie du sein en France-état des lieux actualisé. 2012.
4. Bian J, Halpern MT. Trends in outpatient breast cancer surgery among Medicare fee-for-service patients in the United States from 1993 to 2002. *Chin J Cancer*. 2011;30(3):197–203.
5. de Kok M, van der Weijden T, Voogd AC, Dirksen CD, van de Velde CJH, Roukema JA, et al. Implementation of a short-stay programme after breast cancer surgery. *Br J Surg*. 2010;97(2):189–94.
6. Ministère de la Santé, Assurance maladie. Abécédaire : chirurgie ambulatoire. 2009.
7. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. *Annales Françaises d’Anesthésie et de Réanimation*. 2010;29(1):67–72.
8. Haute Autorité de Santé. Chirurgie ambulatoire – socle de connaissances. 2012.
9. Programme National Inter-Régimes, Paris. CNAMTS, CCMSA, CANAM, « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire Evaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs en juin 2001 ». 2003.
10. Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth*. 1995;7(6):500–6.
11. Programme national inter-régime. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire Freins et Leviers Enquête d’opinion de professionnels dans les établissements de santé en 2001. 2003.
12. The British Association of Day Surgery. Commissioning day surgery. 2011.
13. Tan LR, Guenther JM. Outpatient definitive breast cancer surgery. *Am Surg*. 1997;63(10):865–7.

14. Warren JL, Riley GF, Potosky AL, Klabunde CN, Richter E, Ballard-Barbash R. Trends and outcomes of outpatient mastectomy in elderly women. *J. Natl. Cancer Inst.* 1998;90(11):833–40.
15. National Conference of State Legislatures, Health Policy Tracking Service: Washington DC. Issue brief: mastectomies. 1998.
16. Case C, Johantgen M, Steiner C. Outpatient mastectomy: clinical, payer, and geographic influences. *Health Serv Res.* 2001;36(5):869–84.
17. Frotscher CNA, Beets GL, von Meyenfeldt MF. Breast cancer surgery in a day case setting: Where do the Netherlands stand in 2004? *Ambulatory Surgery.* 2005;12(2):61–5.
18. Guihard P, Dravet F, Ricaud-Couprie M, Doutriaux-Dumoulin I, Classe JM. La prise en charge chirurgicale des lésions mammaires non palpables en ambulatoire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1999;28(4):330–4.
19. Dravet F, Belloin J, Dupré PF, François T, Robard S, Theard JL, et al. Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénologique. Étude prospective de faisabilité. *Ann Chir.* 2000;125(7):668–76.
20. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology.* 1999;91(3):693–700.
21. Bonnema J, van Wersch AM, van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Uyl-de Groot CA, et al. Cost of care in a randomised trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. *Eur. J. Cancer.* 1998;34(13):2015–20.
22. Bonnema J, van Wersch AM, van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Paul MA, et al. Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial. *BMJ.* 1998;316(7140):1267–71.
23. Bundred N, Maguire P, Reynolds J, Grimshaw J, Morris J, Thomson L, et al. Randomised controlled trial of effects of early discharge after surgery for breast cancer. *BMJ.* 1998;317(7168):1275–9.
24. Wells M, Harrow A, Donnan P, Davey P, Devereux S, Little G, et al. Patient, carer and health service outcomes of nurse-led early discharge after breast cancer surgery: a randomised controlled trial. *Br. J. Cancer.* 2004;91(4):651–8.

25. Marla S, McMillan DC, Stallard S. Factors influencing postoperative length of hospital stay after breast cancer surgery. *Breast*. 2012;
26. Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L, François T, Labbe D, et al. Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol*. 2005;31(5):495–9.
27. Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg*. 2009;7(4):318–23.
28. Frotscher C, Hebly, Kessels A, Beets G, Von Meyenfeldt MF. Breast cancer surgery in day case setting: A systematic review. *European Journal of Cancer Supplements*. 2006;4(2):75.
29. Margolese RG, Lasry JC. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann. Surg. Oncol*. 2000;7(3):181–7.
30. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373–83.
31. Bian J, Krontiras H, Allison J. Outpatient mastectomy and breast reconstructive surgery. *Ann. Surg. Oncol*. 2008;15(4):1032–9.
32. Weber WP, Barry M, Junqueira MJ, Lee SS, Mazzella AM, Sclafani LM. Initial experiences with a multidisciplinary approach to decreasing the length of hospital stay for patients undergoing unilateral mastectomy. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37(11):944–9.
33. Carlile Jackie. Spreading the 23 hour model for Mastectomy Patients Derby Hospitals Foundation Trust. 2011;
34. de Kok M, Frotscher CNA, van der Weijden T, Kessels AGH, Dirksen CD, van de Velde CJH, et al. Introduction of a breast cancer care programme including ultra short hospital stay in 4 early adopter centres: framework for an implementation study. *BMC Cancer*. 2007;7:117.
35. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen CV, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*. 1998;1(2):82–95.
36. El-Tamer MB, Ward BM, Schifftner T, Neumayer L, Khuri S, Henderson W. Morbidity and mortality following breast cancer surgery in women: national benchmarks for standards of care. *Ann. Surg*. 2007;245(5):665–71.
37. Dooley WC. Ambulatory mastectomy. *Am. J. Surg*. 2002;184(6):545–548; discussion 548–549.

38. Simpson SA, Ying BL, Ross LA, Friedman DJ, Quraishi MI, Rizvi AA, et al. Incidence of complications in outpatient mastectomy with immediate reconstruction. *J. Am. Coll. Surg.* 2007;205(3):463–7.
39. de Kok M, van der Weijden T, Kessels A, Dirksen C, van de Velde C, Roukema J, et al. Implementation of an ultra-short-stay program after breast cancer surgery in four hospitals: perceived barriers and facilitators. *World J Surg.* 2008;32(12):2541–8.
40. Nguyen S. Suivi à domicile des patients opérés en ambulatoire. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation.* 2007;11(4):324–6.
41. Montgomery GH, Schnur JB, Erbllich J, Diefenbach MA, Bovbjerg DH. Presurgery psychological factors predict pain, nausea, and fatigue one week after breast cancer surgery. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(6):1043–52.
42. Marret E, Vigneau A, Salengro A, Noirod A, Bonnet F. Efficacité des techniques d'analgésie locorégionale après chirurgie du sein : une méta-analyse. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2006;25(9):947–54.
43. Baudry G, Steghens A, Laplaza D, Koeberle P, Bachour K, Bettinger G, et al. Infiltration de ropivacaine en chirurgie carcinologique du sein : effet sur la douleur postopératoire aiguë et chronique. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2008 Dec;27(12):979–86.
44. Vigneau A, Salengro A, Berger J, Rouzier R, Barranger E, Marret E, et al. A double blind randomized trial of wound infiltration with ropivacaine after breast cancer surgery with axillary nodes dissection. *BMC Anesthesiol.* 2011;11:23.
45. Thavaneswaran P, Rudkin GE, Cooter RD, Moyes DG, Perera CL, Maddern GJ. Brief reports: paravertebral block for anesthesia: a systematic review. *Anesth. Analg.* 2010;110(6):1740–4.
46. Aufforth R, Jain J, Morreale J, Baumgarten R, Falk J, Wesen C. Paravertebral blocks in breast cancer surgery: is there a difference in postoperative pain, nausea, and vomiting? *Ann. Surg. Oncol.* 2012;19(2):548–52.
47. Sidiropoulou T, Buonomo O, Fabbi E, Silvi MB, Kostopanagiotou G, Sabato AF, et al. A prospective comparison of continuous wound infiltration with ropivacaine versus single-injection paravertebral block after modified radical mastectomy. *Anesth. Analg.* 2008;106(3):997–1001, table of contents.
48. Clark JA, Kent RB 3rd. One-day hospitalization following modified radical mastectomy. *Am Surg.* 1992;58(4):239–42.

49. Burke CC, Zabka CL, McCarver KJ, Singletary SE. Patient satisfaction with 23-hour "short-stay" observation following breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*. 1997;24(4):645–51.
50. van Bommel AJM, van de Velde CJH, Schmitz RF, Liefers GJ. Prevention of seroma formation after axillary dissection in breast cancer: a systematic review. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37(10):829–35.
51. Tadych K, Donegan WL. Postmastectomy seromas and wound drainage. *Surg Gynecol Obstet*. 1987;165(6):483–7.
52. Agrawal A, Ayantunde AA, Cheung KL. Concepts of seroma formation and prevention in breast cancer surgery. *ANZ J Surg*. 2006;76(12):1088–95.
53. Boman L, Björvell H, Cedermark B, Theve NO, Wilking N. Effects of early discharge from hospital after surgery for primary breast cancer. *Eur J Surg*. 1993;159(2):67–73.
54. Hoehn JL. Definitive breast cancer surgery as an outpatient: a rational basis for the transition. *Semin Surg Oncol*. 1996;12(1):53–8.
55. Flew TJ. Wound drainage following radical mastectomy: the effect of restriction of shoulder movement. *Br J Surg*. 1979;66(5):302–5.
56. Jansen RF, van Geel AN, de Groot HG, Rottier AB, Olthuis GA, van Putten WL. Immediate versus delayed shoulder exercises after axillary lymph node dissection. *Am. J. Surg*. 1990;160(5):481–4.
57. Shamley DR, Barker K, Simonite V, Beardshaw A. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res. Treat*. 2005;90(3):263–71.
58. Johnson L, Cusick TE, Helmer SD, Osland JS. Influence of fibrin glue on seroma formation after breast surgery. *Am. J. Surg*. 2005;189(3):319–23.
59. Dinsmore RC, Harris JA, Gustafson RJ. Effect of fibrin glue on lymphatic drainage after modified radical mastectomy: a prospective randomized trial. *Am Surg*. 2000;66(10):982–5.
60. Carless PA, Henry DA. Systematic review and meta-analysis of the use of fibrin sealant to prevent seroma formation after breast cancer surgery. *Br J Surg*. 2006;93(7):810–9.
61. Kuroi K, Shimosuma K, Taguchi T, Imai H, Yamashiro H, Ohsumi S, et al. Effect of mechanical closure of dead space on seroma formation after breast surgery. *Breast Cancer*. 2006;13(3):260–5.

62. Stehbens WE. Postmastectomy serous drainage and seroma: probable pathogenesis and prevention. *ANZ J Surg.* 2003;73(11):877–80.
63. O'Dwyer PJ, O'Higgins NJ, James AG. Effect of closing dead space on incidence of seroma after mastectomy. *Surg Gynecol Obstet.* 1991;172(1):55–6.
64. Classe J-M, Berchery D, Campion L, Pioud R, Dravet F, Robard S. Randomized clinical trial comparing axillary padding with closed suction drainage for the axillary wound after lymphadenectomy for breast cancer. *Br J Surg.* 2006;93(7):820–4.
65. Sakkary MA. The value of mastectomy flap fixation in reducing fluid drainage and seroma formation in breast cancer patients. *World J Surg Oncol.* 2012;10:8.
66. Chilson TR, Chan FD, Lonser RR, Wu TM, Aitken DR. Seroma prevention after modified radical mastectomy. *Am Surg.* 1992;58(12):750–4.
67. Felipe WAB, Werneck GL, Santoro-Lopes G. Surgical site infection among women discharged with a drain in situ after breast cancer surgery. *World J Surg.* 2007;31(12):2293–2299; discussion 2300–2301.
68. Chadha NK, Cumming S, O'Connor R, Burke M. Is discharge home with drains after breast surgery producing satisfactory outcomes? *Ann R Coll Surg Engl.* 2004;86(5):353–7.
69. Chapman D, Purushotham AD. Acceptability of early discharge with drain in situ after breast surgery. *Br J Nurs.* 2002;10(22):1447–50.
70. Ouldamer L, Trefoux-Bourdet A, Duquesne M, Body G. Comment je fais ... un capitonnage de loge de mastectomie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2011;39(11):663–4.
71. Gong Y, Xu J, Shao J, Cheng H, Wu X, Zhao D, et al. Prevention of seroma formation after mastectomy and axillary dissection by lymph vessel ligation and dead space closure: a randomized trial. *Am. J. Surg.* 2010;200(3):352–6.
72. Purushotham AD, McLatchie E, Young D, George WD, Stallard S, Doughty J, et al. Randomized clinical trial of no wound drains and early discharge in the treatment of women with breast cancer. *Br J Surg.* 2002;89(3):286–92.
73. Dravet F, Peuvrel P, Robard S, Labbe D, Michy T, François T, et al. Facteurs limitant le développement de la chirurgie sénologique

ambulatoire dans le système hospitalier français. *J Visc Surg.* 2011;148(2):e135-139.

74. Ranieri E, Caprio G, Fobert MT, Civitelli L, Ceccarelli F, Barberi S, et al. One-day surgery in a series of 150 breast cancer patients: efficacy and cost-benefit analysis. *Chir Ital.* 2004;56(3):415-8.
75. Friedman D, Gianetta E, Giaminardi E, Aicardi M, Bachi V. [Definitive breast cancer surgery as an outpatient: rationale and our experience]. *Ann Ital Chir.* 2004;75(5):525-528; discussion 529.
76. Goodman AA, Mendez AL. Definitive surgery for breast cancer performed on an outpatient basis. *Arch Surg.* 1993;128(10):1149-52.
77. McManus SA, Topp DA, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. *Am Surg.* 1994;60(12):967-70.
78. de Kok M, van der Weijden T, Kessels AGH, Dirksen CD, Sixma HJM, van de Velde CJH, et al. Patients' opinions on quality of care before and after implementation of a short stay programme following breast cancer surgery. *Breast.* 2010;19(5):404-9.
79. Evans WK, Will BP, Berthelot JM, Logan DM, Mirsky DJ, Kelly N. Breast cancer: better care for less cost. Is it possible? *Int J Technol Assess Health Care.* 2000;16(4):1168-78.
80. Edwards MJ, Broadwater JR, Bell JL, Ames FC, Balch CM. Economic impact of reducing hospitalization for mastectomy patients. *Ann. Surg.* 1988;208(3):330-6.
81. de Kok M, Dirksen CD, Kessels AG, van der Weijden T, van de Velde CJ, Roukema JA, et al. Cost-effectiveness of a short stay admission programme for breast cancer surgery. *Acta Oncol.* 2010;49(3):338-46.
82. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208.
83. Frotscher C, Beets G., Hebly M., Dirksen C., Kessels AG., Bemelmans MH., et al. Breast cancer surgery in ambulatory setting. *European Journal of Cancer Supplements.* 2004;2(3):164.

8. ANNEXES

Annexe 1 : Score de Chung

Signes vitaux : Les constantes vitales (fréquence cardiaque et pression artérielle) doivent être stables et en accord avec l'âge du patient et l'état préopératoire - Variations < 20 % par rapport au niveau préopératoire - Variations comprises entre 20 et 40 % - Variations > 40 %	2 1 0
Niveau d'activité : Le patient doit être capable de marcher comme en période préopératoire - Démarche stable, sans étourdissement, ou comparable à l'état préopératoire - Marche avec aide - Marche impossible	2 1 0
Nausées et/ou vomissements : Le patient ne doit avoir que des nausées ou vomissements minimes avant de sortir - Minimes - Modérées - Sévères (malgré un traitement)	2 1 0
Douleurs : Le patient ne doit pas être douloureux (ou faiblement) avant de sortir. Le niveau de douleur doit être acceptable par le patient ; la douleur doit être contrôlable par des analgésiques oraux Acceptabilité - Oui - Non	2 1
Saignement chirurgical : Le saignement postopératoire doit correspondre à celui attendu pour la procédure chirurgicale réalisée - Minime (pas de réfection du pansement) - Modéré (une à deux réfections du pansement) - Sévère	2 1 0

Aide évaluation TA et Pouls Si discordance entre TA et pouls, coter le plus faible

TA mesurée en pré opératoire	Coter 2 si variation TA < 20% entrée	Coter 1 si variation TA 20-40 % entrée	Coter 0 si variation TA >40 % entrée	Pouls mesuré en pré opératoire	Coter 2 si variation TA < 20% entrée	Coter 1 si variation TA 20-40 % entrée	Coter 0 si variation TA >40 % entrée
10	> 8	6-8	< 6	50	> 40	30-40	< 30
11	> 8.8	6.6-8.8	< 6.6	55	> 44	33-44	< 33
12	> 9.6	7.2-9.6	< 7.2	60	> 48	36-48	< 36
13	> 10.4	7.8-10.4	< 7.8	65	> 52	39-52	< 39
14	> 11.2	8.4-11.2	< 8.4	70	> 56	42-56	< 42
15	> 12	9-12	< 9	75	> 60	45-60	< 45
16	> 12.8	9.6-12.8	< 9.6	80	> 64	48-64	< 48
17	> 13.6	10.2-13.6	< 10.2	85	> 68	51-68	< 51
18	> 14.4	10.8-14.4	< 10.8	90	> 72	54-72	< 54
19	> 15.2	11.4-15.2	< 11.4	95	> 76	57-76	< 57
20	> 16	12-16	< 12	100	> 80	61-80	< 61

Enquête MCA Enquête de Faisabilité des mastectomies et des MCA en ambulatoire

I Passage au Bloc opératoire

A. A remplir en salle d'intervention

1. Date du Bloc :
2. Initiales chirurgien :
3. Type d'intervention :
a. Mastectomie simple ☐ b. MCA ☐ c. MGAS ☐
4. S'agit-il d'une mastectomie prophylactique : oui ☐ non ☐
5. Type histologique : CCI ☐ CCIS ☐ CLI ☐
6. Stade TNM :
7. Taille tumorale en mm :
8. Grade histopronostique.....
9. Statut hormonal : Récepteurs hormonaux positifs ☐ négatifs ☐
10. Expression HER2 : positif ☐ négatif ☐
11. Multifocal : oui ☐ non ☐
12. Chimiothérapie néo adjuvante: oui ☐ non ☐
13. Heure de début l'opération
14. Durée opératoire :
15. Drainage : oui ☐ non ☐
16. Nombre :
17. Pansement compressif : oui ☐ non ☐

B. A remplir par l'IADE en salle d'intervention

18. Score ASA.....

19. Morphinique d'anesthésie: préciser la dose

a. Sufentanil	b. Rapifen	c. Fentanyl

20. Protocole de co-antalgique administré: préciser la dose

a. Paracétamol	b. Profenid	c. Acupan	d. Tramadol	e. Kétamine
1g	50 100mg	20mg	50 100mg	Mg

21. Protocole d'anti émétiques **administrés**:

a. ONDANSETRON	b. DROLEPTAN	c. DEXAMETHASONE
----------------	--------------	------------------

22. Anesthésie locorégionale:

a. Instillation naropeine ☐ b. Cathéter naropeine ☐ c. Blocs paravertébraux ☐

23. Score d'Apfel: évaluation des NVPO

Sexe	Masculin Féminin	0 1
Tabac	Oui Non	0 1
ATCD de NVPO, mal des transport	Non Oui	0 1
Utilisation de morphiniques en post opératoire	Non Oui	0 1
	Total	/4

C. A remplir en salle de réveil

24. EVA en rapport avec l'acte chirurgical, en sortie de SSPI : EVA (0 à 10).....

25. Protocole d'antalgique précisez la dose

a. I Paracétamol	b. I Acupan	c. II Profenid	d. II Tramadol	e. III Titration Morphine
1g	20mg	50 100mg	50 100mg	

26. Évaluation nausées vomissements : intensité de 0 à 10

27. Protocole d'antiémétiques **administrés** :

a. ONDANSETRON	b. DROLEPTAN	c. DEXAMETHASONE
----------------	--------------	------------------

II Retour Service Chirurgie

A. Bilan 2 h après retour du BO

28. Evaluation de la douleur : EVA.....

29. Protocole d'antalgique administré depuis retour du bloc: précisez la **dose pour la morphine**

a. Paracétamol	oui	non	
b. Acupan	oui	non	
c. Profenid	oui	non	
d. Tramadol	oui	non	
e. Morphiniques per os	oui	non	Dose (mg).....
f. Titration Morphine	oui	non	Dose (mg).....

30. Evaluation intensité nausées vomissements :

☐ a. absence

☐ b. modérés

☐ c. importants

31. Protocole d'anti émétique administré :

☐ a. ONDANSETRON

☐ b. DROLEPTAN

☐ c. DEXAMETHASONE

B. Bilan à 19 heures

32. Evaluation de la douleur : EVA.....

33. Antalgiques administrés per os : oui ☐

non ☐

34. Protocole d'antalgique administré depuis l'arrivée dans le service (entourez la réponse)
Préciser les **dosages** administrés uniquement pour les **morphiniques**

a. Paracétamol	oui	non	
b. Acupan	oui	non	
c. Profenid	oui	non	
d. Tramadol	oui	non	
e. Morphiniques per os	oui	non	Dose (mg).....
f. Titration Morphine	oui	non	Dose (mg).....

35. Evaluation nausées vomissements :

☐ a. absence

☐ b. modérés

☐ c. importants

36. Protocole d'anti émétique **administré**:

☐ a. ONDANSETRON

☐ b. DROLEPTAN

☐ c. DEXAMETHASONE

37. Anti émétiques administrés per os : oui ☐

non ☐

38. Volume redon en cc :

39. Evaluation aptitude à la sortie (comme si elle devait sortir): Score de CHUNG/10

C. Bilan le lendemain à 09 heures

40. Évaluation de la douleur : EVA.....

41. Antalgiques administrés per os : oui ☐ non ☐

42. Protocole d'antalgique administré **depuis le dernier relevé**: Préciser les **doses** uniquement pour les **morphiniques**.

a. Paracétamol	oui	non	
b. Acupan	oui	non	
c. Profenid	oui	non	
d. Tramadol	oui	non	
e. Morphiniques per os	oui	non	Dose (mg).....
f. Titration Morphine	oui	non	Dose (mg).....

43. Évaluation nausées vomissements :

☐ a. absence ☐ b. modérés ☐ c. importants

44. Protocole d'anti-émétiques **administré**:

☐ a. ONDANSETRON ☐ b. DROLEPTAN ☐ c. DEXAMETHASONE

45. Anti-émétiques administrés per os : oui ☐ non ☐

46. Pansement compressif laissé pour la nuit ; oui non

Évaluation de la ré alimentation :

47. **Soir** : repas : normal ☐ léger ☐ rien ☐

48. A vomi après repas du soir; oui non

49. **Matin** petit déjeuner : normal ☐ rien ☐

50. A vomi après petit déjeuner; oui non

51. Malade gardé perfusée pour la nuit : ☐ oui ☐ non

52. Volume redon en cc :.....

53. Évaluation aptitude à la sortie (comme si elle devait sortir): Score de CHUNG/10

III Le jour de la sortie

54. Date d'entrée :

55. Date de sortie :

56. Complication postopératoire lors hospitalisation

oui ☐

non ☐

si oui laquelle:

57. hématome oui ☐ non ☐

58. reprise chirurgicale oui ☐ non ☐

59. infection du site opératoire oui ☐ non ☐

60. désunion cicatrice oui ☐ non ☐

61. autre : laquelle.....

62. Complication : A quel jour postopératoire : J.....

63. Sortie sous Morphiniques : oui ☐ non ☐

64. Passage d'une IDE à domicile prescrit : oui ☐ non ☐

65. Consultation CIPC programmée : oui ☐ non ☐

66. Cinétique drainages au cours de l'hospitalisation (indiquez en cc la dose cumulée sur 24h):

	J1	J2	J3	J4	J5	J6
Redon 1						
Redon 2						
Redon 3						

**Pensez à récupérer le questionnaire patiente, à déposer au secrétariat d'hospitalisation
Merci à tous!**

Annexe 3 : Questionnaire Patiente

Enquête MCA MASTECTOMIE

A remplir au mieux avant l'intervention

1. Age :
2. Poids..... Taille.....
3. Etes-vous ménopausée (absence de règles depuis plus d'un an) ? oui ☐ non ☐
4. Situation maritale ? : seule ☐ en couple ☐
5. Si seule, présence d'un adulte à domicile : oui ☐ non ☐
6. Nombre d'enfants :
7. dont vivant chez vous.....
8. Situation professionnelle : a. femme au foyer ☐ b. chômage ☐
c. travaille ☐ d. retraitée ☐

9. A combien de temps habitez-vous du Centre René Gauducheau: (entourez la réponse)

a. < 30min	b. 30 min à 1h00	c. 1h00 à 2h00	d. >2h00
------------	------------------	----------------	----------

10. Avez-vous de la famille ou des amies habitant près de chez vous pour vous aider ?
oui ☐ non ☐

11. **si oui** quel lien vous relie à cette ou ces personne(s)? (entourez la réponse)

a. mère	b. sœur	c. fille	d. amies/connaissances
---------	---------	----------	------------------------

12. Avez-vous déjà eu de la chirurgie ambulatoire ? oui ☐ non ☐

13. **Si oui**, laquelle.....

14. **Si non**, connaissiez-vous l'existence de la chirurgie ambulatoire ? oui ☐ non ☐

15. Si votre chirurgien vous avait proposé cette intervention en ambulatoire l'auriez vous accepté?

oui ☐ non ☐

16. Avez-vous eu une consultation d'annonce par infirmière avant votre hospitalisation :

oui ☐ non ☐

17. Avez-vous eu une consultation de psychologue avant votre hospitalisation :

oui ☐ non ☐

A. A remplir le soir de l'intervention vers 19 heures

18. Vous sentiriez vous **physiquement** apte à sortir ce soir :

oui ☐ non ☐

19. **Si non**, pour quelle raison ? **Cotez** les propositions suivantes **de 0 à 10** (0 pas ou peu gênant, 10 très gênant).

	10	0	5
a. Douleur			
b. Nausées, vomissements			
c. Vertiges			
d. Fatigue			
e. Drain (gêne ou douleur)			
f. Autre: lequel.....			

20. Vous sentiriez vous **psychologiquement** apte à sortir ce soir : oui ☐ non ☐

21. **Si non**, pour quelle raison ? **Cotez** les propositions suivantes de **0 à 10** (0 pas ou peu gênant, 10 très gênant).

	10	0	5
a. peur de se sentir seule, nécessité de soutien psychologique			
b. appréhension de la gestion du redon			
c. appréhension de la gestion de la douleur			
d. regard de l'entourage			
e. manque d'information			
f. angoisse par rapport à la maladie			
g. angoisse par rapport aux suites de la chirurgie			
h. manque d'aide à domicile(ménage, préparation des repas...)			
i. Autre: lequel.....			

B. A remplir par l'accompagnant (adulte) au mieux le soir ou le lendemain de l'intervention, sinon avant la sortie

22. Par rapport à la patiente, vous êtes : son mari/concubin ☐ enfant majeur ☐
ami (e) ☐ autre ☐ précisez.....

23. Pensez que la patiente serait **physiquement** apte à sortir le soir de l'intervention:

oui ☐ non ☐

24. Pensez que la patiente serait **psychologiquement** apte à sortir le soir de l'intervention :

oui ☐ non ☐

25. Vous sentez **vous** capable de gérer la patiente à domicile pour la première nuit

oui ☐ non ☐

26. **Si non**, pour quelle raison ? **Cotez** les propositions suivantes de **0 à 10** (0 pas ou peu gênant, 10 très gênant).

	0	5	10
• peur de se sentir seuls, nécessité de soutien psychologique			
• appréhension de la gestion du redon			
• appréhension de la gestion de la douleur			
• manque d'information			
• gestion de l'état psychologique de la patiente			
• manque d'aide à domicile (ménage, préparation des repas...)			
• Autre: lequel.....			

27. Pour le type d'intervention chirurgicale dont a bénéficié le membre de votre famille, diriez-vous que vous êtes:

a. plutôt favorable à une prise en charge en ambulatoire sous couvert d'améliorations dans la prise en charge

b. totalement favorable à une prise en charge en ambulatoire

c. réfractaire à une prise en charge ambulatoire (sortie le soir même) quelque soient les améliorations apportées

C. A remplir le lendemain matin de l'intervention vers 10 h

28. Avez-vous passé une bonne nuit ? : cotez de 0 à 10 →
0 = très mauvaise, 10 = très bonne « comme à la maison »

29. Qu'est ce qui vous a gêné le plus pour dormir ? **Cotez** les propositions suivantes de **0 à 10** (0 pas ou peu gênant, 10 très gênant).

	0	5	10
- Douleur			
- Vertiges			
- Nausées, vomissements			
- Fatigue			
- Drain			
- Inconfort lié à l'hospitalisation (bruit, voisin...)			
- Autre lequel.....			

30. Auriez-vous pu passer cette nuit chez vous ? : oui ☐ non ☐

31. Ce matin, Vous sentiriez vous **physiquement** apte à sortir ce matin :

oui ☐ non ☐

32. **Si non**, pour quelle raison ? **Cotez** les propositions suivantes de **0 à 10** (0 pas ou peu gênant, 10 très gênant).

	0	5	10
a. Douleur			
b. Nausées, vomissements			
c. Vertiges			
d. Fatigue			
e. Drain (gêne ou douleur)			
f. Autre: lequel.....			

33. Vous sentiriez vous **psychologiquement** apte à sortir ce matin : oui ☐ non ☐

34. Si non, pour quelle raison ? Cotez les propositions suivantes de 0 à 10 (0 pas ou peu gênant, 10 très gênant).

	0	5	10
a. peur de se sentir seule, nécessité d'un soutien psychologique			
b. appréhension de la gestion du redon			
c. appréhension de la gestion de la douleur			
d. regard de l'entourage			
e. manque d'information			
f. angoisse par rapport à la maladie			
g. angoisse par rapport aux suites de la chirurgie			
h. manque d'aide à domicile (ménage, préparation repas...)			
i. Autre: lequel.....			

D. A remplir le jour de la sortie

35. Pour le type d'intervention chirurgicale dont vous avez bénéficié, diriez-vous que vous êtes:

- a. plutôt favorable à une prise en charge en ambulatoire sous couvert d'améliorations dans la prise en charge
- b. totalement favorable à une prise en charge en ambulatoire
- c. réfractaire à une prise en charge ambulatoire (sortie le soir même) quelque soient les améliorations apportées

Selon vous, quelle prise en charge supplémentaire vous aurait permis d'être hospitalisée en ambulatoire (sortie le soir même)

36. Consultation infirmière supplémentaire oui ☐ non ☐

37. Consultation psychologue systématique : oui ☐ non ☐

38. Consultation douleur systématique : oui ☐ non ☐

39. Organisation des soins à domicile par infirmière avant votre hospitalisation :
 oui ☐ non ☐

40. Visite systématique du médecin traitant a domicile le lendemain: oui ☐ non ☐

41. Concernant votre séjour dans notre service, comment évaluer-vous les critères suivants?

	Tout à fait satisfaite	Plutôt satisfaite	Plutôt insatisfaite	Pas satisfaite
Evaluation globale de votre séjour	☐	☐	☐	☐
Information reçue par votre chirurgien lors de l'hospitalisation	☐	☐	☐	☐
Information reçue par l'infirmière lors de l'hospitalisation	☐	☐	☐	☐
Information reçue par l'infirmière lors de la consultation d'annonce	☐	☐	☐	☐
Soutien psychologique apporté par l'équipe médicale et paramédicale	☐	☐	☐	☐

Commentaires libres :

.....

Merci de votre participation à notre étude.

Annexe 4 : Etudes évaluant la faisabilité des mastectomies en ambulatoire.

Pays	Auteur	Année	Type d'étude	Nb cas	Taux ambulatoire (day case surgery)	Taux ambulatoire < 24 h	Taux complication	Taux de reprise chirurgicale	Taux réadmission
US	Clark(48)	1992	Etude de cohorte prospective	29	0	93,3%	NE	NE	NE
US	Goodman(76)	1993	Etude de cohorte rétrospective	42	100%		NE	NE	NE
US	Dooley(37)	2002	Etude de cohorte prospective	23	95%	5%	6,5%	0%	0%
PB	Frotscher(83)r	2004	Etude de cohorte prospective	44	MAS : 59% MCA : 26%	MAS : 29% MCA : 41%	0%	NE	0%
It	Friedman(75)	2004	Etude de cohorte prospective	181	100%		NE	NE	NE
PB	De Kok(5)	2010	Etude de cohorte prospective multicentrique	127	66,6%		17,9%	6,1%	7%
US	Bian(4)	2011	Etude de cohorte rétrospective	3149	21%		NE	NE	NE
US	Weber(32)	2011	Etude de cohorte prospective	537	0	82%	6,1%	2,5%	0,9%

**Titre de Thèse : PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DES MASTECTOMIES:
ENQUETE DE FAISABILITE A L'INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE L'OUEST
RENE GAUDUCHEAU ET REVUE DE LA LITTERATURE**

Objectif de l'étude : Evaluer la faisabilité des mastectomies sur le mode ambulatoire à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau.

Matériel et Méthode : Etude de cohorte prospective incluant 109 patientes prises en charge pour une mastectomie quelque soit le geste axillaire.

Résultats : Les suites opératoires sont bien tolérées sur le plan de la douleur pour 99% des patientes et des nausées vomissements post-opératoires pour 94% des patientes le soir de l'intervention. 30% de l'ensemble des patientes auraient accepté a priori une prise en charge ambulatoire. Plus de 50% l'auraient acceptée en cas de mastectomie simple ($p=0,0018$). 71% de l'ensemble des patientes ont un score de Chung supérieur ou égal à 9 le soir de l'intervention. Les principaux facteurs physiques limitant le retour à domicile sont la fatigue et la gestion du drain à domicile.

Conclusion : Ces résultats ainsi que l'analyse de la littérature nous semblent en faveur d'une prise en charge des mastectomies en ambulatoire pour des patientes volontaires et sélectionnées.

MOTS-CLES

CANCER DU SEIN, MASTECTOMIE, AMBULATOIRE