

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2017 N° 127

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Enseignement Supérieur de Gynécologie-Obstétrique

par

*Pauline GUEUDRY-PERSIGANT*  
née *GUEUDRY*  
le 16 octobre 1988 à Niort

---

Présentée et soutenue publiquement le *Vendredi 15 septembre*

---

ACCEPTABILITE ET FAISABILITE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE  
DANS LES CURAGES PELVIENS ET/OU LOMBO-AORTIQUES PAR  
COELIOSCOPIE STANDARD OU COELIOSCOPIE ROBOT-ASSISTEE  
DANS LES CANCERS PELVIENS CHEZ LA FEMME

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc CLASSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Isabelle JAFFRE

« Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté »  
*Hippocrate*

## REMERCIEMENTS

### **A mon jury,**

Au Docteur Isabelle Jaffré pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour tes précieux conseils, pour ton accompagnement et ta disponibilité. Ta rigueur est un exemple pour moi.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc Classe pour avoir accepté d'être le président de mon jury. Merci pour votre aide et votre apprentissage de la chirurgie oncologique. Je suis honorée de votre présence.

A Monsieur le Professeur Norbert Winer. Merci pour votre accompagnement et votre aide tout au long de mon internat. Je suis honorée de la confiance que vous me portez pour les deux années à venir.

A Monsieur le Professeur Henri Marret pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury de thèse. Merci pour votre accueil à Tours. Ce semestre aura été très bénéfique pour moi. Je suis honorée d'avoir travaillé avec vous.

Au Docteur Edouard Vaucel, pour ton compagnonnage tout au long de mon internat, pour m'avoir tant appris durant ces années et pour m'avoir permis de m'épanouir en chirurgie dès le début. Il me reste de nombreuses choses à apprendre durant mon clinat. Je compte sur toi.

## **A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à mon internat,**

Au Docteur Vincent Dochez, qui a eu de nombreux statuts durant mon internat (co-interne, co-référent, chef) et qui en aura un nouveau à venir (co-chef). Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien sans faille, pour ta patience et pour ton oreille attentive.

Au « grand » Docteur Cécile Loaec, merci pour ton aide, ta bonne humeur et ton accompagnement. Tu es un modèle pour moi et j'espère que tu es fière de ton petit padawan.

A Guillemette et Carine, mes deux supers assistantes et amies. Merci pour cette bonne humeur quotidienne et ces longues séances de bavardage. Vous êtes un rayon de soleil quotidien. Je me fais une joie de partager mes débuts de chefs avec vous et Vincent.

A tous mes chefs de cliniques et assistants qui m'ont accompagnée durant mon internat. Xavier Duval-Arnould, Christel Nowak, Anne Sophie Riteau, Bertille Chaze, Sophie Wylomanski, Laurent Petit, Emilie Misbert, Florence Menthonnex, Mélanie Randet, Mathilde Renou, Clotilde Buge, Anne-Charlotte Tostivint, Augustin Reynard, Hélène Gbaguidi et Carina Rua merci pour tous.

A Monsieur le Professeur Lopes, pour votre enseignement et votre disponibilité.

Aux Docteur Julie Esbelin, Docteur Claudine Le Vaillant, Docteur Yolande Caroit, Docteur Stéphane Ploteau, Docteur Réjane Bouquin et Docteur Darnis pour votre enseignement et accompagnement durant mon internat et mes semestres au CHU.

A toute l'équipe de l'ICO et plus particulièrement aux Docteur François Dravet, Docteur Florence Boiffard, Docteur Victoire Brillault, Docteur Anne-Laure Bouffaud et au Docteur Gabrielle Selmes. Merci pour votre apprentissage de la chirurgie oncologique.

A Messieurs les Docteur François-Xavier Laurent et Docteur Sébastien Evrard pour votre enseignement de la chirurgie gynécologique et de l'ambulatorio.

A Monsieur le Docteur Guillaume Ducarme et à toutes l'équipe du CHD de LRSY pour votre enseignement et votre accompagnement au milieu de mon internat.

A Monsieur le Professeur Eric Mirallié et au Docteur Cécile Caillard pour m'avoir aussi bien accueillie dans la famille de la chirurgie digestive et pour m'avoir « presque » fait changer de spécialité. Merci pour tout.

A toute l'équipe d'urologie du CHU et plus particulièrement à Monsieur le Professeur George Karam et au Docteur Guillaume Muller pour m'avoir permis de couper des uretères sans me sentir coupable. J'ai appris beaucoup auprès de vous.

A l'équipe de gynécologie-obstétrique du CHU de Nantes, infirmières, sages femmes, aides soignants, auxiliaires, secrétaires pour votre gentillesse quotidienne.

A toute l'équipe de chirurgie gynécologique du CHU de Tours. Merci pour votre accueil et pour m'avoir acceptée comme si j'étais des vôtres. J'ai appris beaucoup auprès de vous. Merci plus particulièrement à Judith, Camille, Adeline et Pierre, mes supers co-internes. Merci pour ce super semestre.

A ma promo de gynéco, Louise, Juliette, Céline et Pauline pour tous ces bons moments passés ensemble. Sans vous cet internat n'aurait jamais été le même. Votre amitié et notre soutien mutuel ont permis de rendre ces 5 années meilleures.

A tous mes co-internes qui ont égayé mon internat : Camille F, Sofia B, Bérénice D, Joséphine G, Stéphanie M, Marine G, Emilie M, Mélissa S, Marion B, Anne-Sophie C, Claire C, Camille G, Emelyne L, Mariette B, Armelle B, Racky S, Amélie M, Aurélie S, Estelle P, Victoria F, Julie G, Alice C, Isabelle P, Paul R, Mathilde N, Yvonne C, Guénolé S, Ludwig P, Ismaël C.

### **A mes proches,**

Aux meilleurs amis que l'on puisse imaginer, Fanny, Claire, Mary, Emma, Elise, François, Bertrand, Julien T, Pierre, Matthieu. Merci d'être toujours là pour moi et pour m'avoir supportée tout au long de ce parcours.

Fanny, soutien sans faille depuis le premier jour de la P2, les mots me manquent... je ne sais comment te remercier pour tout ce que tu as fait et continue de faire.

Mary, mon binôme strasbourgeois, merci pour tout et en particulier pour nos longues conversations de gynéco que personne ne comprend. Tu seras toujours un soutien pour moi.

A mes amies Nantais, Julien C, Farouk, Amalle, Marie, Philippe, Karim, pour tous ces supers moments passés ensemble et pour votre soutien.

A mes parents et ma sœur Lucie. Ce long parcours d'études n'aurait pu se réaliser sans vous. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien, votre écoute et pour votre éducation. Vous avez fait de moi la personne que je suis et surtout le Docteur que je serai. Je vous dois tout.

A mes grands-parents, partis avant de me voir finir mes études. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A mes beaux-parents, Brigitte et Jimmy, et Eliot pour leur soutien et leur aide durant ces années.

A Mike, mon mari. Tu fais de moi une personne meilleure tous les jours. Merci de ton soutien sans faille et de ton amour durant toutes ces années. Nous y sommes enfin arrivés !!

## Table des matières

Liste des abréviations -----	8
Tables des tableaux, figures et annexes -----	9
INTRODUCTION -----	10
MATERIEL ET METHODE -----	13
2.1. Faisabilité de la chirurgie ambulatoire -----	13
2.1.1. Critères d'inclusions et d'exclusions -----	13
2.1.2. Données recueillies -----	13
2.1.3. Analyses statistiques -----	15
2.2. Acceptabilité de la chirurgie ambulatoire -----	15
2.2.1. Acceptabilité auprès des patientes -----	15
2.2.1.1. Critères d'inclusions et d'exclusions -----	15
2.2.1.2. Questionnaires « Patientes » -----	16
2.2.1.3. Analyses des réponses -----	17
2.2.2. Acceptabilité auprès des chirurgiens -----	17
2.2.2.1. Critères d'inclusions et d'exclusions -----	17
2.2.2.2. Questionnaires « Chirurgien » -----	17
2.2.2.3. Analyses des réponses -----	18
2.3. Modèle de prise en charge -----	18
2.4. Aspect réglementaire -----	18
RESULTATS -----	19
3.1 : Faisabilité de la chirurgie ambulatoire -----	19
3.1.1 : Caractéristiques des patientes -----	19
3.1.1.1 : Données épidémiologiques et personnelles -----	20
3.1.1.2 : Données liées à la pathologie cancéreuse -----	21
3.1.2 : Caractéristiques des interventions et des hospitalisations -----	24
3.1.3 : Complications -----	24
3.1.4 : Groupe curage seul -----	26
3.2 : Acceptabilité des patientes -----	28
3.2.1 : Etudes des 27 questionnaires -----	28
3.2.2. Etude en sous groupe -----	31
3.3 : Acceptabilité des chirurgiens -----	32

DISCUSSION -----	36
4.1 : Faisabilité des curages pelviens et lombo-aortiques en ambulatoire -----	36
4.1.1 : Morbidité des curages pelviens et lombo-aortiques -----	36
4.1.2 : Curages et chirurgie ambulatoire -----	38
4.2 : Critères de succès de l'ambulatoire -----	43
4.3 : Acceptabilité de la réalisation des curages en ambulatoire -----	46
4.3.1 : Acceptabilité des patientes -----	46
4.3.2 : Acceptabilité des chirurgiens -----	48
4.3.3 : Acceptabilité pour les curages en ambulatoire -----	49
4.4 : Modèle de prise en charge en ambulatoire -----	49
CONCLUSION -----	53
BIBLIOGRAPHIE -----	54
ANNEXES -----	59
RESUME -----	74

## Liste des abréviations

ATCD : Antécédents

CCAM : Codage des Actes Médicaux

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRLCC : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

HT : Hystérectomie Totale

HTA : Hypertension Artérielle

IAAS : International Association Ambulatory Surgery

ICO : Institut de Cancérologie de l'Ouest

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC ou BMI : Indice de Masse Corporelle / Body Mass Index

InCa : Institut national du Cancer

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

LA : Lombo-Aortique

MTR : Métrorragies

RI : Radiologie Interventionnelle

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

## Tables des figures, tableaux et annexes

Figure 1 : Flow Chart.

Figure 2 : Cancer du col : répartition des types histologiques. N=73

Figure 3 : Cancer de l'endomètre : répartition des types histologiques. N=48

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Tableau 2 : Stade FIGO et type d'interventions dans les cancers du col

Tableau 3 : Stade FIGO et type d'interventions dans les cancers de l'endomètre

Tableau 4 : Complications post opératoires immédiates.

Tableau 5 : Complications post-opératoires à distance (n=10)

Tableau 6 : Caractéristiques du groupe curage seul. N = 67

Tableau 7 : Caractéristiques des patientes ayant répondu aux questionnaires.

Tableau 8 : Raisons en faveur / défaveur de l'ambulatoire pour les patientes ayant bénéficié d'un curage.

Tableau 9 : Etude en sous groupe : groupe curage seul / groupe curage avec gestes associés.

Tableau 10 : Types d'interventions faites en ambulatoire dans les différents établissements et par les chirurgiens.

Tableau 11 : Curages réalisés en ambulatoire : 7 chirurgiens concernés.

Tableau 12 : Type de chirurgie que les chirurgiens accepteraient de réaliser en ambulatoire.

Tableau 13 : Raisons expliquant l'absence d'activité ambulatoire pour les curages.

Tableau 14 : Parcours de soins préopératoire d'une patiente ayant une indication de curage par voie mini-invasive.

Tableau 15 : Plan de prise en charge d'une patiente en ambulatoire après curage par voie mini-invasive.

Annexe 1 : Classification FIGO 2009 des cancers du col de l'utérus

Annexe 2 : Classification FIGO 2009 des cancers de l'endomètre

Annexe 3 : Questionnaire « patientes »

Annexe 4 : Fiche d'information explicative dédiée aux patientes

Annexe 5 : Questionnaire « chirurgien » (Adapté à partir de la version informatisée)

Annexe 6 : Classification des complications post-opératoire selon Clavien

Annexe 7 : Facteurs prédictifs de douleurs post-opératoires importantes ou Score de Kalkman

Annexe 8 : Journal de bord du suivi postopératoire des patientes prises en charge en ambulatoire

Annexe 9 : Résumé

## INTRODUCTION

Avec l'expansion, depuis le début des années 90 (1-3), des techniques mini-invasives que représentent la coelioscopie standard ou la coelioscopie robot-assistée, le déroulement des prises en charges chirurgicales des cancers du col et de l'endomètre a été modifié. En effet, de part leur supériorité en terme de coût et de suites postopératoires, la durée d'hospitalisation a été réduite de 1 à 2 jours selon les études, les douleurs et la morbidité post opératoire ont diminué de 7%, sans avoir de différence sur le nombre de ganglions obtenues entre les techniques mini-invasives et la laparotomie (4-9). En 2009, Walker JL et al (7), dans une étude prospective randomisée, menée de mai 1996 à septembre 2015, comparent 1630 coelioscopies et 886 laparotomies dans le staging des cancers utérins et montrent, de manière significative, qu'il existe un taux moins important de complications post opératoire, 21% pour le groupe laparotomie et 14% pour le groupe coelioscopie, ainsi qu'une durée d'hospitalisation moins longue, 4 jours pour le groupe laparotomie contre 2 jours dans le groupe coelioscopie.

Dans cette continuité de réduction du temps d'hospitalisation et des coûts liés aux séjours, la réhabilitation précoce ou « fast-track surgery » a émergé et a permis de réduire la durée de séjour des patientes sans augmenter la morbidité post opératoire (10-14). Décrit initialement en 1995 par Bardram (10), la réhabilitation précoce n'a cessé de s'étendre à toutes les spécialités s'appliquant également aux pathologies cancérologiques gynécologiques (12,14) avec satisfaction des patientes comme le décrit Philp (13) dans son étude de 2015 sur 106 patientes avec un taux de satisfaction de 89%.

A l'heure actuelle, la chirurgie ambulatoire fait le relais de la réhabilitation précoce et s'inscrit parmi une des priorités institutionnelles afin de l'adopter dans une pratique quotidienne. Les bénéfices objectifs et subjectifs décrits par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 (15) ainsi que l'intérêt économique de l'ambulatoire tendent à encourager son développement. En effet, avec un taux de satisfaction des patients supérieur à 90% (16) ainsi que la réduction des infections post opératoires, la diminution de l'exposition aux infections nosocomiales (17) et la réduction du risque thromboembolique, l'ambulatoire montre son intérêt.

Il faudra attendre le début des années 70 pour que la chirurgie ambulatoire débute son développement aux Etats-Unis, par les cures de hernies inguinales (18,19), avant de s'étendre à la Grande-Bretagne (20-22). En France, c'est la loi du 31 juillet 1991, portant sur la réforme hospitalière, qui a défini la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins, alternative à l'hospitalisation.

En 2009, le Ministère de la Santé, en s'associant à l'Assurance Maladie (23) et la SFAR (24), établit des recommandations encadrant la prise en charge des chirurgies ambulatoires. L'HAS renforce depuis 2011 cette volonté d'étendre l'ambulatoire en publiant un socle de connaissances afin de la promouvoir (16) et en publiant une circulaire indiquant que « la chirurgie ambulatoire doit devenir la modalité de référence » et qu'il faut « étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble des activités de chirurgie ».

Actuellement, la France ne cesse d'augmenter son activité de chirurgie ambulatoire, avec une progression de 32 à 43 % entre 2007 et 2013, toutes spécialités confondues. Elle reste en retard (25) par rapport aux pays scandinaves et anglo-saxons dont le taux varie entre 70 et 80 % (26).

En gynécologie, le pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire en 2016 était de 56,5% au niveau national et de 59,3% en Pays de la Loire (27), plaçant notre région au 3<sup>ème</sup> rang national. Le taux cible voulu par l'HAS pour 2018 devrait être de 70% pour cette discipline (26). Afin de pouvoir approcher cet objectif, l'ambulatoire doit être appliquée à toutes les pathologies gynécologiques, bénignes et malignes, comme le précise l'HAS dans son socle de connaissances (16) en confirmant l'extension de l'éligibilité théorique à toutes les interventions chirurgicales.

Les cancers de l'endomètre et du col de l'utérus sont les 4<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> cancers les plus fréquents chez la femme en France, avec une incidence respective de 7200 et 2800 nouveaux cas par an selon l'Institut national du cancer et l'Institut national de veille sanitaire en 2012 (28). La prise en charge de ces cancers est pluridisciplinaire : chirurgie, radiothérapie, curiethérapie et chimiothérapie. Que ce soit lors d'une chirurgie première ou pour une chirurgie de stadification, les curages pelviens et lombo-aortiques (LA) gardent une place importante dans la prise en charge, aussi bien dans la stratégie thérapeutique que dans le pronostic de ces 2 cancers.

A ce sujet, l'ESMO-ESGO-ESTRO a émis des recommandations pour la prise en charge des cancers du col en 2012 (29) et pour les cancers de l'endomètre en 2016 (30). Le risque d'atteinte para-aortique des cancers du col de l'utérus avancés est de 15 à 35% selon les études (31,32). Dans le cancer de l'endomètre à haut risque, l'atteinte ganglionnaire varie de 15% à plus de 50% en fonction du stade (33-35). (Annexes 1 et 2).

Dans le but de développer cette activité ambulatoire dans les pathologies malignes du pelvis et principalement dans la réalisation des curages pelviens et LA, notre étude comportait 3 parties :

- Une étude de faisabilité par le biais d'une étude rétrospective observationnelle, portant sur 121 curages pelviens et/ou LA par voie mini-invasive, afin d'étudier la morbidité de ces interventions.

- Deux études d'acceptabilité :

- Auprès des patientes, ayant bénéficié d'un curage pelvien et/ou LA par coelioscopie, à l'aide d'un questionnaire remis en mains propres.
- Auprès des chirurgiens, dont les curages font partie de leur pratique quotidienne, à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail.

- La proposition d'un modèle de prise en charge en ambulatoire des patientes qui seront opérées d'un curage pelvien et/ou LA.

## MATERIEL ET METHODE :

### 2.1. Faisabilité de la chirurgie ambulatoire :

La première partie de notre étude avait pour but d'évaluer la faisabilité de la chirurgie ambulatoire pour les curages pelviens et LA par coelioscopie standard ou par coelioscopie robot-assistée. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique observationnelle descriptive afin de déterminer la morbidité liée à ces interventions. Nous avons recensé les patientes prises en charge dans notre centre de l'ICO à Nantes pour un cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre, de 2010 à juin 2016, et qui ont bénéficié d'un curage pelvien et/ou LA par voie mini-invasive.

#### 2.1.1. Critères d'inclusions et d'exclusions :

Les patientes incluses étaient âgées de plus de 18 ans et devaient être prises en charge pour un cancer pelvien : cancer de l'endomètre ou cancer du col de l'utérus. Une chirurgie première ou de stadification comportant un curage pelvien et/ou un curage LA par voie mini-invasive devait être programmée. Ces curages pouvaient être associés à un autre geste chirurgical : hystérectomie, trachélectomie, biopsie, omentectomie, annexectomie.

Les patientes exclues étaient les patientes mineures (âge < 18 ans), les cancers de l'ovaire, l'absence de réalisation de curages pelviens ou LA et les laparo-conversions.

#### 2.1.2. Données recueillies :

Le recueil de données a été réalisé à partir du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), à l'aide du codage des actes médicaux (CCAM) et du dossier informatisé. Les différents critères recherchés étaient le curage pelvien et le curage lombo-aortique par coelioscopie ou coelioscopie robot-assistée. Afin de ne pas méconnaître de patientes éligibles, il a également été recherché les hystérectomies par voie mini-invasive.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un fichier excel :

- *Données épidémiologiques :*

- Date de naissance
- Date de la chirurgie
- Age lors de la prise en charge
- Situation maritale et accompagnement à domicile

- *Données personnelles médicales :*

- Poids, Taille, IMC
- Perte de poids et pourcentage de pertes
- Comorbidités : hypertension artérielle, diabète, tabagisme
- Score ASA
- Antécédents chirurgicaux abdominaux

- *Données sur la pathologie cancéreuse :*

- Siège du cancer et type histologique
- Stade FIGO au diagnostic
- Traitements néo adjuvants réalisés

- *Données sur la chirurgie :*

- Date et durée opératoire
- Gestes réalisés : curage pelvien, curage lombo-aortique, hystérectomie, omentectomie, appendicectomie, biopsies, autres
- Techniques opératoires : coelioscopie standard ou robot-assistée, curage LA trans-péritonéal ou rétro-péritonéal
- Complications peropératoires

- *Données du séjour hospitalier :*

- Date d'entrée et de sortie
- Durée du séjour
- Complications post opératoires immédiates (durant le séjour)

- *Données post opératoires à distance :*

- Date de la consultation post opératoire
- Délai entre la chirurgie et la consultation,
- Complications à distance (après la sortie d'hospitalisation)
- Classification de Clavien des complications (annexes 6).

### 2.1.3. Analyses statistiques :

L'analyse des résultats a été exprimée en pourcentage. Une analyse en sous groupe a été réalisée secondairement après recueil des résultats comportant sur l'acceptabilité. Le groupe curage pelvien et/ou LA seul a été isolé des patientes ayant eu un curage associé à une hystérectomie ou un autre geste chirurgical.

## 2.2. Acceptabilité de la chirurgie ambulatoire :

La seconde partie de notre étude portait sur l'évaluation de l'acceptabilité des patientes et des chirurgiens concernant la réalisation des curages pelviens et/ou LA en ambulatoire.

Pour évaluer l'acceptabilité des patientes, il a été mené de novembre 2016 à mai 2017, à l'aide d'un questionnaire remis aux patientes, une étude monocentrique prospective sur l'ICO de Nantes.

Pour évaluer l'acceptabilité des curages en ambulatoire auprès des chirurgiens, il a été envoyé, par mail, un questionnaire dédié permettant de recueillir leurs activités personnelles en ambulatoire et sur les curages pelviens et LA.

### 2.2.1. Acceptabilité auprès des patientes :

#### 2.2.1.1. Critères d'inclusions et d'exclusions :

Toutes les patientes majeures ayant bénéficié d'un curage pelvien et/ou LA, seul ou associé à d'autres gestes chirurgicaux, par coelioscopie standard ou coelioscopie robot-assistée, dans un contexte de cancer pelvien : endomètre et col de l'utérus.

Les critères d'exclusions étaient identiques à ceux de l'étude de faisabilité : âge inférieur à 18 ans, cancers de l'ovaire, absence de curages pelvien ou LA, laparo-conversions. Le refus de participer à l'étude était également un critère d'exclusion.

### 2.2.1.2. Questionnaires « Patientes » :

Toutes les patientes répondant aux critères d'inclusions se sont vues remettre lors de la consultation post opératoire ou lors d'une consultation de suivie, par leur chirurgien, un questionnaire en 3 parties ainsi qu'une fiche d'information explicative (Annexes 3 et 4).

La première partie du questionnaire, appelée « généralités », recueillait les données générales et démographiques des patientes : date de naissance, poids, taille, situation personnelle au moment de la chirurgie, antécédents chirurgicaux abdomino-pelviens, type de cancer, date et type de chirurgie, traitement néo-adjuvant, durée du trajet domicile-ICO, moyen de communication disponible.

La seconde partie du questionnaire, appelée « chirurgie ambulatoire », évaluait les connaissances des patientes sur la chirurgie ambulatoire de manière générale ainsi que leur avis sur une telle prise en charge concernant leur propre chirurgie. Les patientes devaient exprimer si elles auraient accepté cette prise en charge ou si au contraire elles auraient refusé. Elles devaient également en donner les raisons. Une notation concernant l'ambulatoire pour leur chirurgie leur était demandée à l'aide d'une échelle visuelle allant de 1 (pas du tout favorable) à 7 (très favorable).

La troisième partie du questionnaire concernait le déroulement de leur hospitalisation avec l'étude de leur séjour : durée d'hospitalisation, lieu de sortie. Cette partie évaluait également l'intérêt des patientes pour une sortie plus précoce et l'appréciation subjective concernant leurs douleurs post opératoires.

Tous les questionnaires ont été remis en mains propres lors de la consultation post opératoire ou de suivie et ont été récupérés le jour même. Une fiche d'information explicative était remise de manière concomitante. L'absence de refus des patientes était recueillie.

### 2.2.1.3. Analyses des réponses :

Les questionnaires ont été analysés de manière anonyme afin d'en extraire les réponses. Les résultats ont été enregistrés dans un fichier excel et ont été exprimés en pourcentage.

Une analyse en sous groupe a été réalisée en fonction des différentes chirurgies effectuées. Deux groupes ont été extraits : groupe curage seul et groupe curage avec autres gestes. Les résultats des deux groupes ont été comparés et analysés à l'aide du test de student ( $p < 0,05$ ).

## 2.2.2. Acceptabilité auprès des chirurgiens :

### 2.2.2.1. Critères d'inclusions et d'exclusions :

Les chirurgiens de France ayant une activité de cancérologie pelvienne (centre de cancérologie, centre hospitalier universitaire ou centre hospitalier périphérique) ont été contactés. Il n'existait pas de critères d'exclusions.

### 2.2.2.2. Questionnaires « Chirurgien » :

Les chirurgiens ont été contactés par mail. Ils se sont vus adresser un questionnaire informatisé (Google forms) leur permettant de répondre directement en ligne. Le questionnaire était divisé en 6 parties (Annexe 5).

La première partie du questionnaire recueillait les données démographiques des différents chirurgiens : âge, sexe, ancienneté, lieu d'exercice.

La seconde partie évaluait leur activité ambulatoire au sens large. Les chirurgiens devaient préciser si ils avaient une activité ambulatoire dans leur établissement, si ils effectuaient eux même de l'ambulatoire et pour quelles activités.

La troisième partie s'intéressait aux habitudes des chirurgiens concernant leur pratique des curages pelviens et LA. La technique chirurgicale était précisée ainsi qu'une éventuelle activité ambulatoire de ces gestes.

Le reste du questionnaire était dépendant des réponses précédentes et les chirurgiens devaient compléter la partie correspondante à leur pratique.

Si ils effectuaient des curages pelviens et/ou LA en ambulatoire, ils devaient préciser le type de geste, la technique et le mode opératoire : heure d'arrivée, heure de sortie, heure du bloc et organisation du suivi.

Si ils n'effectuaient pas de curages en ambulatoire, ils devaient dans un premier temps exprimer si ils seraient favorables ou non à en réaliser. Si tel était le cas, ils devaient faire part de quels gestes et de quelle technique ils étaient prêts à réaliser en ambulatoire ainsi que les éléments actuellement freinateurs à une telle pratique. Si au contraire ils étaient défavorables à une telle prise en charge, il leur était demandé d'en donner les raisons.

#### 2.2.2.3. Analyses des réponses :

Les réponses aux différentes questions ont été analysées informatiquement à l'aide du logiciel de questionnaire en ligne (Google forms) et d'un tableur excel.

Les résultats ont été exprimés en pourcentage.

#### 2.3. Modèle de prise en charge :

A partir de nos résultats et de la littérature, nous avons élaboré un modèle de prise en charge pour les patientes qui bénéficierons d'un curage pelvien ou LA par voie mini-invasive en chirurgie ambulatoire.

#### 2.4. Aspect réglementaire :

Le protocole de l'étude a été préalablement soumis et validé auprès du comité d'éthique local. La méthodologie a été déclarée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## RESULTATS :

### 3.1. Faisabilité de la chirurgie ambulatoire :

#### 3.1.1. Caractéristiques des patientes :

A l'aide du codage des actes médicaux (CCAM), 159 patientes étaient éligibles pour notre étude. Les actes recherchés étaient :

- curage ganglionnaire pelvien par voie coelioscopique
- curage ganglionnaire lombo-aortique par voie coelioscopique trans-péritonéale ou par voie rétro-péritonéale
- hystérectomie totale par coelioscopie.

Quarante patientes sur les 159 ont été exclues : 35 ayant fait l'objet d'une erreur de codage car n'ayant pas eu de curage pelvien ou lombo-aortique et 5 ont été exclues pour laparoconversion.

Deux patientes ont été incluses deux fois soit 2 épisodes par patientes. Ces 2 patientes ayant bénéficié de deux interventions distinctes avec la réalisation d'un curage pour chacune de ces interventions : curage pelvien pour la première intervention et curage lombo-aortique pour la seconde.

Au total, 121 épisodes ont été retenus et analysés. (Figure 1)

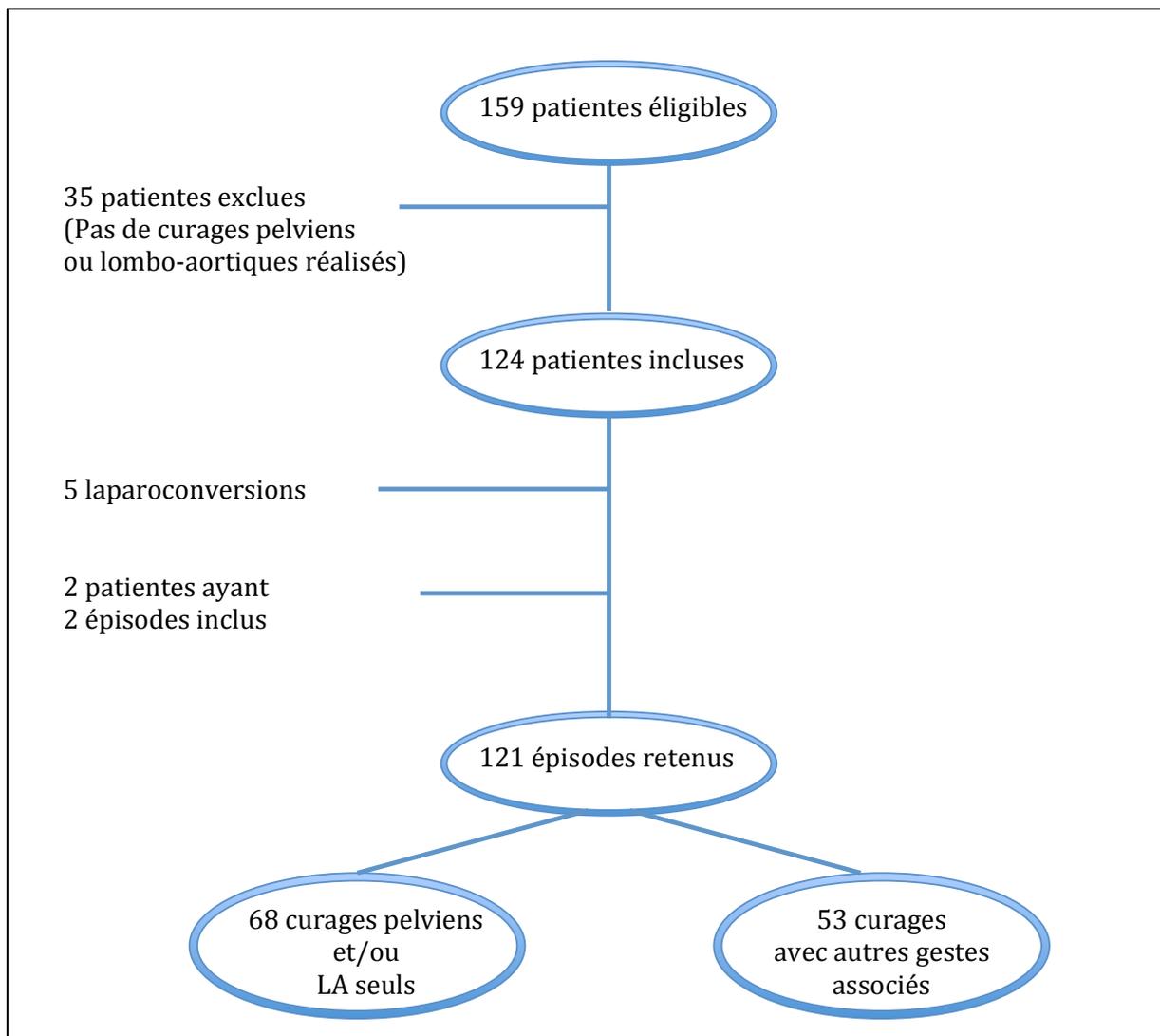


Figure 1 : Flow Chart.

### 3.1.1.1. Données épidémiologiques et personnelles :

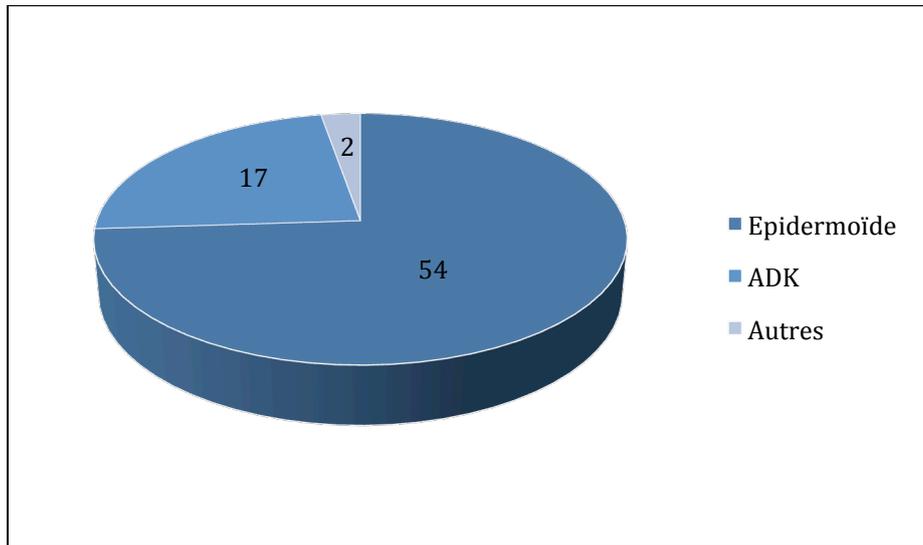
Les caractéristiques de notre population sont décrites dans le tableau 1. L'âge moyen était de 53,7 ans ( $\pm$  14,4 ans). Trente six patientes étaient amaigries lors de leur prise en charge chirurgicale avec une perte de poids moyen de 4,8% (1%-15,1%). Soixante cinq patientes étaient classées ASA 1, 55 ASA 2 et 1 ASA 3.

	Population de l'étude (n=121)	
	N ou moy	%
<b>Age moyen</b>	53,7 ans	-
<b>Accompagnant à domicile</b>	88	73%
<b>Caractéristiques nutritionnelles :</b>		
- Poids moyen	68 kg	-
- BMI moyen	25,9 kg/m <sup>2</sup>	-
Inférieur à 18 kg/m <sup>2</sup>	5	4%
Entre 18 et 25 kg/m <sup>2</sup>	62	51%
Entre 25 et 30 kg/m <sup>2</sup>	26	22%
Supérieur à 30 kg/m <sup>2</sup>	28	23%
- Amaigrissement	36	30%
<b>Score ASA :</b>		
- ASA 1	65	54%
- ASA 2	55	45%
- ASA 3	1	1%
<b>Comorbidités :</b>	50	41%
- Diabète	7	6%
- HTA	32	26%
- Tabagisme actif	38	31%
<b>ATCD de Cancer :</b>	9	7,5%
- Cancer du Sein	8	6,5%
- Autres cancers	1	1%
<b>ATCD de chirurgies abdominales</b>	58	48%

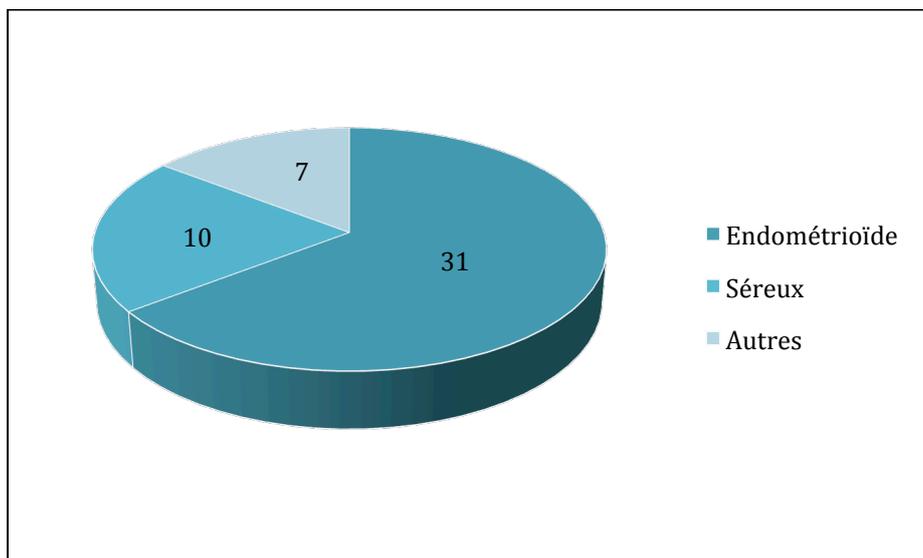
Tableau 1 : Caractéristiques de la population

### 3.1.1.2. Données liées à la pathologie cancéreuse :

Parmi les 121 épisodes, 73 cancers du col (60%) et 48 cancers de l'endomètre (40%) ont été recensés. Les différents types histologiques sont décrits dans les figures 2 et 3. Le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome endométrioïde étaient les deux types histologiques les plus représentés.



**Figure 2 :** Cancer du col : répartition des types histologiques. N=73



**Figure 3 :** Cancer de l'endomètre : répartition des types histologiques. N=48

Les différents stades d'évolution des cancers ainsi que les différentes interventions réalisées selon le stade sont décrits dans les tableaux 2 et 3.

STADE FIGO	Cancer du Col (n = 73)			
	Effectif	Pourcentage	Type d'interventions	Effectifs selon les interventions
IA2	1	1,4 %	Curage pelvien seul	2
IB1	23	31,5 %	Curage pelvien + Autres	6
			Curage pelvien + LA	1
			Curage LA seul	5
			Curage pelvien seul	11
IB2	11	15,1 %	Curage pelvien + LA	1
			Curage LA seul	8
			Curage LA + autres (biopsies)	2
IIA1	2	2,7 %	Curage LA seul	2
IIA2	4	5,5 %	Curage LA seul	2
			Curage LA + autres (biopsies)	2
IIB	30	41 %	Curage LA seul	22
			Curage pelvien + LA	3
			Curage LA + autres (biopsies)	4
			Curage pelvien + LA + autres	1
IIIA	1	1,4 %	Curage LA + autres (biopsies)	1
IIIB	1	1,4 %	Curage LA + autres (biopsies)	1

Tableau 2 : Stade FIGO et type d'interventions dans les cancers du col

STADE FIGO	Cancer de l'Endomètre (n = 48)			
	Effectif	Pourcentage	Type d'interventions	Effectifs selon les interventions
IA	16	33,3 %	Curage pelvien + autre	5
			Curage LA + autres	2
			Curage LA seul	7
			Curage pelvien + LA + autres	2
IB	17	35,4 %	Curage pelvien + autre	5
			Curage LA + autres	2
			Curage LA seul	3
			Curage pelvien + LA + autres	3
			Curage pelvien + LA	4
II	8	16,7 %	Curage pelvien + autre	2
			Curage LA	2
			Curage pelvien + LA	1
			Curage pelvien + LA + autres	3
IIIA	1	2,1 %	Curage pelvien + LA + autres	1
IIIB	3	6,2 %	Curage pelvien + LA + autres	3
IIIC1	2	4,2 %	Curage pelvien + LA + autres	2
IV	1	2,1 %	Curage LA + autres	1

Tableau 3 : Stade FIGO et type d'interventions dans les cancers de l'endomètre

Vingt et une patientes ont bénéficié d'un traitement néo-adjuvant (17%) : 16 prises en charges chirurgicales préalables, 2 chimiothérapies néo-adjuvantes, 2 radio-chimiothérapies concomitantes et 1 radio-chimiothérapie concomitante associée à de la curiethérapie.

### 3.1.2. Caractéristiques des interventions et des hospitalisations :

Parmi les 121 interventions menées au sein de l'ICO de Nantes, il a été effectué 60 curages pelviens et 90 curages lombo-aortiques dont :

- 13 curages pelviens seuls = 11%
- 46 curages LA seuls = 37%
- 9 curages pelviens et lombo-aortiques associés, sans autres gestes = 7%
- 53 curages pelviens et/ou lombo-aortiques associés à un autre geste = 45%
  - o 13 gestes associés dits « légers » : biopsie, conisation, pose de chambre implantable, annexectomie = 12%
  - o 40 gestes associés dits « lourds » : hystérectomie, omentectomie, trachélectomie = 33%

Le temps opératoire moyen était de 201 minutes (50-510 minutes) avec une médiane de 170 minutes. Dix huit interventions (15%) ont été réalisées par coelioscopie robot-assistée et 103 (85%) par coelioscopie standard. Le temps opératoire des interventions par robot-assistance était en moyenne de 360 minutes.

La durée moyenne d'hospitalisation après le geste chirurgical, soit à partir de J0, était de 3,3 jours (0-18 jours) soit 3 nuits. Cent dix neuf patientes (98%) ont été hospitalisées la veille de cette intervention. Deux patientes ont été prises en charge en ambulatoire, avec entrée et sortie le jour de l'intervention (1,7%).

### 3.1.3. Complications :

En peropératoire, il a été noté 4 complications sur 121 épisodes (3,3%) : 2 plaies vésicales suturées, 1 plaie de séreuse du grêle réparée et 1 saignement de la veine iliaque commune droite nécessitant une compression et la mise en place d'un matériel hémostatique.

En post opératoire immédiat, durant l'hospitalisation, 12 patientes ont présenté des complications soit un taux de complications de 10%. Six complications de stade I selon Clavien (50%), 5 de stade II (42%) et 1 de stade IIIb (8%) ont été mises en évidence. Le type de complication, le délai d'apparition et le stade selon la classification de Clavien sont décrits dans le tableau 4.

Type de complications	Délai d'apparition <sup>°</sup>	Classification de Clavien
Hématome pariétal (n=3)	2	I (50%)
Déficit de l'abduction	2	
Hématome intra péritonéal	1	
Déficit sensitif L4-L5	1	
Rétention aigue d'urine	1	II (42%)
Infection urinaire basse	6	
Thrombose iliaque primitive droite et compression urétérale sur fibrose	6	
MTR	1	
Hématome rétro-péritonéale compressif	2	
Occlusion sur sténose du grêle	7	IIIb (8%)

**Tableau 4 :** Complications post opératoires immédiates.

<sup>°</sup> En jours (depuis le jour de l'intervention)

Dix complications post-opératoires à distance, c'est à dire après la sortie d'hospitalisation, ont été notées soit un taux de complications de 8% : 6 lymphocèles (5%), 1 phlébite, 1 syndrome occlusif sur éventration étranglée, 1 patiente avec des métrorragies abondantes sur tumeur et 1 hypoesthésie douloureuse.

Le délai moyen de consultation pour ces complications était de 17 jours (7-30). Quatre complications ont été mises en évidence avant la date de consultation programmée, 2 de manière concomitante et 4 après la consultation post-opératoire (tableau 5).

En moyenne, la consultation post opératoire était réalisée à J16 post opératoire (6-49 jours).

Type de complications	Délai d'apparition°	Classification de Clavien	Prise en charge
Lymphocèles (n=6) - Lymphocèle « minime » (n=2) - Lymphocèle « importante » (n=4)	22 14-27 11-30	I IIIa	Antalgiques Drainage : 1 drainage au bloc, 3 drainages en RI
Hypo-esthésie douloureuse	3	I	Antalgiques
MTR sur tumeur	9	II	Compression mécanique
Phlébite	23	II	Anticoagulation curative
Syndrome occlusif sur éventration	7	IIIb	Reprise chirurgicale

Tableau 5 : Complications post-opératoires à distance (n=10)

° En jours (depuis le jour de l'intervention)

RI : radiologie interventionnelle

Toutes les lymphocèles étaient secondaires à un curage lombo-aortique.

Deux consultations d'urgences supplémentaires (1,7%) pour douleurs ont été réalisées avant la consultation programmée. Aucune des 2 patientes n'a nécessité d'hospitalisation. Une adaptation du traitement antalgique a été réalisée.

Neuf patientes (7,4%) ont nécessité une ré-hospitalisation : 7 patientes dans le cadre d'une complication post opératoire à distance, 1 patiente pour une AEG sévère et 1 patiente pour une modification de la prise en charge thérapeutique devant un changement de primitif suite au résultat d'anatomopathologie de l'intervention.

#### 3.1.4. Groupe curage seul :

En excluant les patientes ayant reçu un geste supplémentaire, 68 patientes ont été isolées comme ayant bénéficié d'un curage pelvien et/ou lombo-aortique seul.

Les caractéristiques principales de ces patientes sont décrites dans le tableau 6. Deux patientes ont été prises en charge en ambulatoire : une patiente ayant eu un curage pelvien seul et une patiente ayant eu un curage pelvien associé avec un curage lombo-aortique.

Deux patientes (3%) ont présenté une complication dans le post opératoire immédiat : un hématome rétro-péritonéal et un déficit sensitif L4-L5. Les deux patientes avaient eu un curage LA seul.

Six patientes (9%) ont présentées une complication post opératoire à distance : 4 patientes avec des lymphocèles dont 3 ayant nécessité un drainage, 1 patiente ayant présenté des métrorragies sur tumeur et 1 présentant une hypo-esthésie douloureuse.

Cinq patientes ont nécessité une ré-hospitalisation (7,5%) : 3 lymphocèles symptomatiques pour drainage, 1 métrorragie sur tumeur nécessitant une compression mécanique et 1 pour changement de primitif.

<b>Groupe curages seuls</b>	<b>N = 68</b>
<b>Type de cancer :</b>	
- Cancer de l'endomètre	12 (18%)
- Cancer du col de l'utérus	55 (82%)
<b>Type de chirurgie :</b>	
- Curage pelvien seul	13 (19%)
- Curage lombo-aortique seul	46 (68%)
- Curage pelvien + lombo-aortique	9 (13%)
<b>Temps opératoire moyen (minutes)</b>	147
<b>Durée d'hospitalisation moyenne (jours)</b>	2,6
<b>Hospitalisation Ambulatoire</b>	2 (3%)
<b>Complications per opératoires</b>	0
<b>Complications post opératoires immédiates</b>	2 (3%)
<b>Complications post opératoires à distance</b>	6 (9%)
<b>Ré-hospitalisation</b>	5 (7,5%)

Tableau 6 : Caractéristiques du groupe curage seul. N = 67

### 3.2 : Acceptabilité des patientes :

#### 3.2.1 : Etudes des 27 questionnaires :

Sur la période de novembre 2016 à mai 2017, 27 questionnaires ont été distribués aux patientes par 3 chirurgiens de l'ICO. Aucune patiente n'a refusé de répondre au questionnaire anonyme.

Toutes les patientes ayant répondu au questionnaire ont été opérées de leur cancer de l'endomètre ou du col de l'utérus entre juillet 2015 et avril 2017. Elles avaient toutes bénéficié d'un parcours de soins pré opératoire composé d'une à deux consultations avec le chirurgien, d'une consultation avec le médecin anesthésiste et d'une consultation d'annonce avec l'infirmière diplômée d'état chargée de faire le lien avec les assistantes sociales et l'équipe de psychologue.

Les caractéristiques des patientes interrogées sont décrites dans le tableau 7. L'âge moyen était de 57,3 ans. Onze patientes étaient prises en charge pour un cancer du col de l'utérus et 11 patientes pour un cancer de l'endomètre. Cinq patientes ne savaient pas préciser quel était leur cancer.

Caractéristiques	Effectif / Pourcentage
Age moyen (années)	57,3 (38-79)
<b>Caractéristiques pondérales :</b>	
- Poids moyen (kg)	66 (48-106)
- Taille moyenne (m)	1,63 (1,54-1,75)
- IMC moyen (kg/m <sup>2</sup> )	24,8 (18,7-36,7)
<b>Situation maritale :</b>	
- En couple	21 (78%)
- Accompagnée par un adulte	2 (7%)
- Seule ou avec enfants sans adulte	4 (15%)
ATCD de chirurgies abdomino-pelviennes	13 (48%)
<b>Type de cancer :</b>	
- Col de l'utérus	11 (41%)
- Endomètre	11 (41%)
- Ne sait pas / autres	5 (18%)
<b>Traitement néo-adjuvant :</b>	
- Aucun	23 (85%)
- Chimiothérapie	1 (4%)
- Radiothérapie	0
- Autres chirurgies	3 (11%)
<b>Type de chirurgie :</b>	
- Pelvien seul	3 (11%)
- LA seul	9 (34%)
- Pelvien et LA	3 (11%)
- Curages + HT +/- omentectomie	12 (44%)

Tableau7 : Caractéristiques des patientes ayant répondu aux questionnaires.

Le trajet moyen entre le domicile et l'ICO était de 62 minutes (10-120 minutes). Un moyen de communication était disponible pour toutes les patientes : 25 patientes soit 93% possédaient un téléphone portable et 78% soit 21 patientes un téléphone fixe.

Le principe de la chirurgie ambulatoire était connu par 22 patientes soit 82% avec une définition correcte alors que 4 patientes ne savaient pas le définir et 1 patiente avait une définition erronée. Vingt et une patientes soit 78% avaient déjà bénéficié de la chirurgie ambulatoire pour une précédente intervention : curetage, biopsies, stripping, coloscopie, chambre implantable, intervention sénologique. Parmi les 6 patientes qui n'avaient jamais eu de chirurgie ambulatoire, aucune ne s'était vue proposer une telle prise en charge.

Lorsque l'on proposait aux patientes si elles auraient accepté une prise en charge ambulatoire pour leur intervention : 14 patientes déclarées qu'elles auraient accepté soit 52% et 13 patientes auraient refusé soit 48%.

Les raisons exprimées par les patientes en faveur et défaveur de l'ambulatoire sont décrites dans le tableau 8. Sur l'échelle visuelle, la note moyenne donnée par les patientes concernant les curages en ambulatoire (de 1 = pas du tout favorable à 7 = très favorable) était de 4,2. Onze patientes ont donné une note inférieure à 4, 15 patientes une note supérieure à 5 et 1 patiente la note de 4.

<b>En faveur de l'ambulatoire (n=14)</b>		<b>En défaveur de l'ambulatoire (n=13)</b>	
Cela m'aurait permis le retour au domicile le soir	6	Peur de ne pas être capable physiquement	6
Cela m'aurait permis de rester le moins longtemps à l'hôpital	5	Peur de ne pas être capable psychologiquement	1
C'est plus confortable d'être à domicile	10	Intervention trop « lourde »	7
Absence de réponses	1	Peur d'être sans équipe soignante	4
		Peur de la douleur	4
		Angoisse liée à la maladie	1
		Etat de fatigue post opératoire inconnue	1
		Confort lié à l'hospitalisation	1

Tableau 8 : Raisons en faveur / défaveur de l'ambulatoire pour les patientes ayant bénéficié d'un curage.

La durée de séjour moyen des patientes était de 3 jours (1 à 7 jours) avec 22 patientes ayant bénéficié d'une entrée en hospitalisation la veille. Vingt trois patientes sont rentrées à domicile à la suite de leur chirurgie, 3 ont bénéficié d'une convalescence et 1 patiente n'a pas souhaité répondre à la question. Sept patientes (26%) auraient souhaité un retour à domicile plus tôt. Aucune n'aurait souhaité rester plus longtemps.

Le retour à domicile a été marqué par des douleurs décrites comme importantes de manière subjective pour 8 patientes soit 30% de l'effectif et 7 patientes sur les 8 se disaient satisfaites par les antalgiques prescrits. Une seule patiente a déclaré que les antalgiques étaient insuffisamment satisfaisants.

### 3.2.2. Etude en sous groupe :

L'étude en sous groupe a permis d'isoler 15 patientes dans le groupe curage seul comprenant les curages pelviens, curages LA, curages pelviens associés à un curage LA, et 12 patientes dans le groupe curage associé à un autre geste : hystérectomie, omentectomie, autres. Les caractéristiques des deux groupes sont décrites et comparées dans le tableau 9.

Caractéristiques	Groupe Curage seul (n=15)	Groupe Curage avec gestes associés (n=12)	
Age (années)	54	62	p = 0,08
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	24,9	24,6	p = 0,89
<b>Situation personnelle :</b>			
- En couple	11	10	-
- Autre personne adulte	1	1	
- Seule / Enfants mineurs	3	1	
<b>Type de cancer :</b>			
- Col	11	0	-
- Endomètre	4	7	
- Ne sait pas / autres	0	5	
ATCD de chirurgie ambulatoire	13	8	p = 0,25
<b>Ambulatoire pour cette intervention :</b>			
- En faveur	12	2	<b>p = 0,0004</b>
- En défaveur	3	10	
Note pour l'ambulatoire	4,7	3,5	p = 0,16
Trajet entre domicile et ICO (min)	68	56	p = 0,3
Durée d'hospitalisation	2	4	<b>p = 0,0004</b>
Entrée la veille	11	11	p = 0,22
Désir de rentrer plus tôt à domicile	7	0	<b>p = 0,003</b>

Tableau 9 : Etude en sous groupe : groupe curage seul / groupe curage avec gestes associés.

Dans le groupe curage seul, 12 patientes soit 80% auraient accepté une prise en charge ambulatoire de leur intervention. Dans le groupe curage avec autres gestes, 2 patientes soit 17% auraient accepté. Ce résultat est significatif avec p = 0,0004.

La comparaison des notations de l'ambulatoire dans ces deux groupes n'est pas significative ( $p = 0,16$ ). La moyenne dans le groupe curage seul est de 4,7 et dans le groupe curage avec autres gestes de 3,5.

Dans le groupe curage seul, 7 patientes soit 47% auraient souhaité une sortie plus précoce. Aucune n'avait émis ce souhait dans le groupe curage avec gestes associés. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p = 0,003$ ).

### 3.3 : Acceptabilité des chirurgiens :

Vingt cinq chirurgiens ont été contactés par mail afin de remplir le questionnaire visant à étudier l'acceptabilité de la prise en charge ambulatoire des curages pelviens et LA par voie mini-invasive.

Dix neuf chirurgiens ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 76%. L'âge moyen des chirurgiens était de 46 ans (30-67 ans) avec 16 hommes (84%) et 3 femmes (16%). L'ancienneté moyenne était de 14 ans d'exercice (de 1 à 41). Cinq chirurgiens exerçaient en CHU, 12 en centre de cancérologie et 2 en CH périphérique.

Tous les chirurgiens (100%) ont déclaré avoir une activité ambulatoire dans leur établissement et effectuer personnellement de la chirurgie ambulatoire (tableau 10). Parmi les différents établissements, 95% ont une unité de chirurgie ambulatoire dédiée.

Type d'intervention	Etablissement	Chirurgiens
Activité sénologique	17 (89%)	12 (63%)
Annexectomie / Kystectomie	19 (100%)	19 (100%)
Hystérectomie totale	10 (53%)	10 (53%)
Curages pelviens ou LA	8 (42%)	7 (37%)
Autres (hystéroscopie, chirurgie de la vulve, cœlioscopie exploratrice, conisation)	4 (21%)	6 (32%)

Tableau 10: Types d'interventions faites en ambulatoire dans les différents établissements et par les chirurgiens.

Tous les chirurgiens effectuaient des curages pelviens ou LA par voie mini-invasive. Tous les chirurgiens déclaraient effectuer des curages par coelioscopie standard et 37% d'entre eux par voie robot assistée également. Les curages LA étaient réalisés uniquement par voie rétro-péritonéale dans 5 cas sur 19 soit 26%, uniquement par voie trans-péritonéale dans 6 cas soit 32% et par les deux techniques dans 8 cas (42%).

Sept chirurgiens (37%) ont déclaré avoir déjà réalisé des curages pelviens et/ou LA par voie mini-invasive en ambulatoire. Quatre par voie coelioscopique standard (57%) et 3 par les deux techniques (43%). Il n'y avait pas de préférence pour la voie trans-péritonéale ou pour la voie rétro-péritonéale. Les différentes interventions réalisées sont décrites dans le tableau 11.

Type d'intervention	Nombre de chirurgiens	Pourcentage
<b>Curages seuls :</b>	7	-
- Pelvien seul	7	100 %
- LA seul	6	86 %
- Pelvien et LA	2	29 %
<b>Curages + Hystérectomie</b>	2	29 %
<b>Curages + autres gestes (omentectomie, appendicectomie, annexectomie)</b>	3	43 %

Tableau 11 : Curages réalisés en ambulatoire : 7 chirurgiens concernés.

Les chirurgiens effectuant déjà des curages en ambulatoire ont déclaré que toutes les patientes arrivaient vers 7h00-7h30 le jour de l'intervention. Les patientes prévues en ambulatoire avaient leur bloc prévu en 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>nd</sup> position dans le programme opératoire avec une sortie de salle avant 12h sauf pour un chirurgien où l'horaire maximal de sortie de salle était 16h. La sortie d'hospitalisation s'effectuait vers 16h30-17h pour la majorité d'entre eux sauf pour 1 chirurgien où la sortie était fixée 8h après la sortie de salle opératoire. Toutes les patientes étaient appelées à J1 par l'infirmière d'ambulatoire. Dans 1 cas, les patientes étaient également appelées à J2 et avaient une consultation post opératoire précoce à J7.

Tous les chirurgiens se basaient sur les critères de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) pour l'éligibilité à l'ambulatoire. Deux chirurgiens utilisaient également le score prédictif de Kalkman (annexes 7) en pré opératoire pour identifier les risques de douleurs post opératoires. La distance de moins de 20 km, entre le domicile et le centre de soin, était également un des critères pour un des chirurgiens.

Parmi les 12 chirurgiens qui n'effectuaient pas encore de chirurgie ambulatoire pour les curages, 11 chirurgiens se disaient prêt à le faire, soit 92% d'entre eux. Les différents types de chirurgies qu'ils accepteraient d'effectuer en ambulatoire sont décrits dans le tableau 12.

Type de chirurgies	Pourcentage de chirurgiens qui accepteraient (n=11)
Curages pelviens seuls	75%
Curages lombo-aortiques seuls	67%
Curages pelviens + Curages lombo-aortiques	75%
Curages + Hystérectomie	33%
Curages + autres gestes (omentectomie, appendicectomie, annexectomie)	58%

Tableau 12 : Type de chirurgie que les chirurgiens accepteraient de réaliser en ambulatoire.

Les différentes raisons avancées par ces chirurgiens pour expliquer l'absence, à ce jour, de prise en charge en ambulatoire pour ces interventions sont décrites dans le tableau 13.

Les deux raisons principales sont : le refus des patientes et la peur des complications à domicile.

<b>Raisons</b>	<b>Nombres / Pourcentages</b>
<b>Refus des patientes</b>	5 (46%)
<b>Peur des complications à domicile</b>	5 (46%)
<b>Manque de moyen</b>	3 (27%)
<b>Temps opératoire trop long</b>	2 (18%)
<b>Pas eu l'occasion</b>	1 (9%)
<b>Refus de la part de l'équipe anesthésique</b>	1 (9%)
<b>Domicile des patientes éloignés</b>	1 (9%)
<b>Autres raisons</b>	3 (27%)

Tableau 13 : Raisons expliquant l'absence d'activité ambulatoire pour les curages.

Un chirurgien parmi notre effectif a déclaré ne pas être en faveur de l'ambulatoire pour les curages pelviens ou LA par voie mini-invasive. Il estime que ces interventions sont trop lourdes et que la situation géographique souvent éloignée est un frein à la mise en place de la chirurgie ambulatoire pour de tels gestes.

## DISCUSSION :

### 4.1. Faisabilité des curages pelviens et lombo-aortiques en ambulatoire :

#### 4.1.1. Morbidité des curages pelviens et lombo-aortiques :

L'une des principales problématiques actuelles limitant l'expansion de la chirurgie ambulatoire repose sur la peur des complications postopératoires, leur diagnostic et leur prise en charge.

Afin d'étudier la morbidité de ces interventions, les patientes ayant bénéficié d'une telle chirurgie dans un contexte de cancer de l'ovaire ont été exclues de notre étude car à ce jour la voie mini-invasive chez ses patientes n'est pas encore recommandée. Le taux d'hospitalisation non prévue est plus élevé que pour les autres cancers pelviens. Henretta et al (36), en 2011, étudient les réadmissions après chirurgies oncologiques pelviennes et montrent que le cancer de l'ovaire possède un taux de ré-hospitalisation plus important. De même, les patientes ayant eu une laparoconversion ont été exclues, car cela entraînait une hospitalisation conventionnelle de plusieurs jours de manière systématique (7).

Les curages pelviens et lombo-aortiques dans les cancers du col de l'utérus et de l'endomètre sont pratiqués depuis plus de 40 ans (37-39) et ont une place importante dans la prise en charge comme l'indique les recommandations de l'ESMO-ESGO-ESTRO de 2012 et 2016 (29,30). En comparaison à la morbidité par laparotomie allant de 10 à 19% selon les études, la chirurgie mini-invasive dans le staging des cancers pelviens, apparue depuis le début des années 90 (1-3), a permis de diminuer la durée de séjour ainsi que la morbidité de 0 à 7% (4,40). Dans une étude de 2012, Gouy et al, rapportent les taux de complications des principales études portant sur les curages lombo-aortiques par coelioscopie dans les cancers avancés du col. Que ce soit par voie trans-péritonéale ou par voie extra-péritonéale, la morbidité reste faible et apparaît principalement à distance, ce qui n'influencerait pas une sortie à J0 des patientes.

Gouy et al (4), rapportent principalement les données de l'étude de Leblanc de 2007, réactualisée en 2012 (4,40), possédant la plus grande série de 360 cas de curages lombo-aortiques par coelioscopie étudiant la morbidité. Il montre ainsi un faible taux de

morbidity de ces interventions. Le taux de complications per opératoire de 2,5%, dont 3 plaies vasculaires et 1 plaie de vessie, est en accord avec les 3,3% de notre étude où il a été retrouvé 2 plaies vésicales, 1 plaie de séreuse du grêle et 1 plaie vasculaire. En post opératoire immédiat, c'est à dire durant l'hospitalisation, le taux de complications dans son étude n'est que de 0,8% : 1 ischémie de jambe, 1 perforation sigmoïdienne et 1 éventration étranglée. Ce taux diffère de celui de notre étude qui est de 10%, dont une occlusion sur sténose du grêle et 1 thrombose iliaque primitive. Cette différence entre nos 2 études peut être expliquée par plusieurs hypothèses.

La différence de temps d'hospitalisation, qui est de 1,5 jours pour Leblanc et de 3,3 jours dans notre étude, créait un biais de comparaison. Le temps d'hospitalisation plus long dans notre étude entraîne la comptabilisation d'un plus grand nombre de complications immédiates.

Leblanc et al, ne recensent que des complications de grade III selon Clavien alors que dans notre étude nous n'avons qu'une seule complication de grade III mais rapportons 50% de complications de grade I et 42% de grade II.

Il existe une différence concernant nos patientes. Leblanc ne rapporte que des patientes ayant bénéficié d'un curage seul alors que nous rapportons également les patientes ayant bénéficié d'un curage associé à d'autres gestes chirurgicaux avec des risques de complications postopératoires supplémentaires.

Le délai d'apparition des complications les plus sévères n'apparaissant qu'à partir de J6 dans notre étude, l'hospitalisation traditionnelle de 1 à 2 jours n'empêcherait pas leur survenue.

Les taux de complications à distance de 8% dans notre étude et de 7% dans celle de Leblanc sont similaires. Ce taux est faible. Les principales complications retrouvées sont les lymphocèles : 5% dans notre étude et 10,5% dans l'étude de Leblanc, avec, parmi leurs lymphocèles symptomatiques, 14 drainages chirurgicaux sur 38 après échec de drainage radiologique. Notre étude ne comportait qu'un seul drainage chirurgical sur 6. Le taux plus important de lymphocèles dans l'étude de Leblanc est expliqué par l'absence de marsupialisation chez les 104 premières patientes. Un changement de pratique a été effectué en cours d'étude.

Nos constatations associées à celle de Gouy et al en 2012 (4) confirment la faible morbidité des curages par voie mini-invasive. Le faible taux de complications post opératoire immédiat de 10% avec 92% de complications peu sévères de grade I et II, et le faible taux de complications à distance de 8% montre qu'une sortie précoce serait envisageable.

#### 4.1.2. Curages et chirurgie ambulatoire :

Depuis plusieurs années, la chirurgie ambulatoire se développe que ce soit en gynécologie ou dans d'autres spécialités (15). Initialement instaurée pour des interventions dites « simples » (41,42), l'ambulatoire s'applique également pour des interventions dites « plus lourdes » dans différentes spécialités qui s'apparentent à nos chirurgies par voie mini-invasive. En chirurgie viscérale, la chirurgie ambulatoire est pratiquée depuis 1996 pour les cholécystectomies par coelioscopie (43-46). Dans une étude suédoise, Johansson et al en 2006 (45) ont comparé 100 cholécystectomies par coelioscopie, dont 52 prévues en ambulatoire et 48 prévues en hospitalisation conventionnelle de manière systématique. Aucune réadmission n'a été rapportée dans les 2 groupes. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes sur la qualité de vie dans les jours suivants l'intervention. Le taux de succès de l'ambulatoire était de 92% et le coût total était inférieur lors de la prise en charge en ambulatoire d'environ 300€ par patient. En 2013, Vaughan et al (46), réalisent une revue de la littérature pour la Cochrane, et confirment l'équivalence en terme de sécurité entre l'ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle pour les cholécystectomies par coelioscopie : morbidité (1,6%) et taux de réadmission (0,5%). De même pour les sleeve-gastrectomies avec en 2016 une étude de Badoui et al (47) qui rapportent les 100 premiers cas réalisés en ambulatoire avec un temps opératoire moyen de 60 minutes et un IMC moyen de 42,4 kg/m<sup>2</sup>. Le taux de satisfaction était de 93%.

Depuis l'introduction de l'ambulatoire dans les pathologies gynécologiques pelviennes, de nombreuses études françaises et internationales confirment la faisabilité et la sécurité de l'ambulatoire pour les coelioscopies opératoires avec des taux faibles de complications et de réadmissions, mais la majorité d'entre elles sont réalisées pour des pathologies bénignes (48-53).

Perron-Burdick et al (50), décrivent dès 2011, un taux d'ambulatoire de 52% sur une série de 1015 patientes sur une période de 3 ans, avec un taux de réadmission faible de 3% à 3 mois. Maheux-Lacroix et al en 2015 (51), décrivent un taux de sortie à J0 de 85% après hystérectomie totale par coelioscopie pour pathologie bénigne, dans une série de 151 patientes y compris chez des patientes présentant des adhérences importantes et de l'endométriase sévère. Dans ces études, il n'était retrouvé que 2,2% de procédures pour des pathologies malignes (53).

Après l'application de l'ambulatoire aux pathologies bénignes en gynécologie, l'ambulatoire tend à se transposer aux pathologies gynécologiques malignes. Dans les cancers pelviens, il a été montré que les hystérectomies totales par voie mini-invasive étaient réalisables en ambulatoire de manière sûre (53-56). Dans une étude américaine de 2016, Lee J et al (55), étudient le taux de sortie en ambulatoire parmi 9020 hystérectomies réalisées par coelioscopie de 2010 à 2014. Lee et al, montrent un taux de sortie à J0 de 8,1% soit 729 patientes. Ce taux a progressé de manière significative entre 2010 et 2014 : 3,8% vs 9,8%. L'âge, le BMI, l'ethnie et le score ASA étaient significativement associés au succès de l'ambulatoire. Le taux de complications dans les 30 jours post opératoire était similaire entre le groupe en ambulatoire et celui dont les patientes étaient hospitalisées. Le taux de réadmission était également similaire : 2,5% vs 4,0%.

A notre connaissance, notre étude est la première étude française qui s'intéresse de manière isolée à la chirurgie ambulatoire pour les curages pelviens et lombo-aortiques dans les cancers pelviens. Bien qu'il existe déjà 6 études rétrospectives nord-américaines évoquant ce sujet, dont une revue de la littérature (57), elles restent peu nombreuses (54,57-62).

Gien et al en 2011 (54), sont les premiers à introduire la chirurgie ambulatoire chez les patientes prises en charge en oncologie gynécologique, incluant les hystérectomies seules mais également les hystérectomies élargies et les curages pelviens et/ou LA par coelioscopie standard. L'objectif de leur étude était d'évaluer la faisabilité d'une telle prise en charge et de rechercher les facteurs prédictifs d'échec. Il n'existait pas de différence entre les deux groupes : sortie avant minuit et hospitalisation en conventionnelle. Les complications présentées par leurs patientes avaient un délai

allant de 7 à 22 jours, concordant avec le délai retrouvé dans notre étude qui était de 17 jours (7 à 30 jours). Le taux d'ambulatoire était de 48,5% sur 303 patientes. Le taux de réadmission et de consultation d'urgence, respectivement de 4,8% et 12,9%, était faible. Gien et al, montre pour la première fois la faisabilité en ambulatoire de ces chirurgies.

A la suite de cette étude, Retteinmaier et al (58), font les mêmes constatations sur une série de plus petite envergure. Les 28 patientes de leur étude étaient prises en charge pour un cancer de l'endomètre et ont bénéficié d'un curage pelvien associé à une hystérectomie totale par coelioscopie standard. Le taux de sortie en ambulatoire était de 75% et le taux de réadmission de 10,7% était faible.

Lee SJ en 2014 (60) et Melamed en 2015 (62), complètent ces études. Les patientes incluses présentaient des pathologies utérines bénignes et malignes prises en charge par hystérectomies simples ou avec curages pelviens et LA. Dans l'étude de Lee et al (60), 91 patientes ont bénéficié d'une chirurgie de staging parmi les 200 patientes toutes prises en charge incluses. Le taux de succès de l'ambulatoire était de 78%. Melamed et al (62), rapportent, eux, un taux de succès de 42,4% sur 696 patientes dont 545 coelioscopies standards et 151 par robot-assistances. Les taux de complications et de réadmissions des patientes prises en charge en ambulatoire étaient faibles dans les deux études : respectivement de 5,1% et 2,5% pour Lee et 5,8% et 3,1% pour Melamed.

Le taux de réadmission était significativement moins important dans le groupe ambulatoire dans l'étude de Lee et al avec 2,5% de réadmissions après ambulatoire vs 7% après hospitalisation ( $p=0,02$ ). Le taux de consultations en urgences était significativement moins important dans le groupe ambulatoire dans l'étude de Melamed et al avec 1% de consultations après ambulatoire vs 4,7% après hospitalisation ( $p=0,01$ ).

Ces 2 études sont en faveur de l'ambulatoire en comparaison à l'hospitalisation conventionnelle. Ces résultats pourraient être expliqués par une meilleure organisation du parcours de soin de ces patientes en pré et post opératoire.

Penner et al en 2015 (59), sont les premiers à présenter une étude incluant uniquement des patientes présentant un cancer du col ou de l'endomètre et bénéficiant d'un curage lombo-aortique. Cette étude portait sur 141 patientes : 109 opérées par robot-assistance et 32 par coelioscopie. Cent dix-huit patientes (83,7%) ont bénéficié d'une sortie avant minuit le jour de l'intervention. Les taux de complications à distance

étaient de 12,7% dans le groupe ambulatoire et de 8,7% dans le groupe hospitalisation. Les taux de réadmissions étaient de 11% pour l'ambulatoire et de 17,4% pour l'hospitalisation. Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant ces deux résultats : complications ( $p=0,739$ ) et réadmissions ( $p=0,481$ ). Ces résultats sont semblables à ceux de notre étude : taux de complications à distance de 8% et taux de réadmission de 7,4%.

Rivard et al en 2015 (61), orientent leur étude sur les facteurs influençant le succès ou l'échec de la prise en charge en ambulatoire des patientes ayant un cancer pelvien opéré par coelioscopie robot-assistée. Ils ont étudié de manière rétrospective toutes les patientes ayant été opérées sur l'année 2013, allant de l'hystérectomie totale seule à la chirurgie de débulking, en reprenant leurs caractéristiques personnelles (âge, BMI, distance domicile-centre hospitalier, antécédents), les caractéristiques de leur chirurgie et de leur pathologie. L'âge, l'état pulmonaire pré opératoire, l'heure de début de procédure et l'heure de fin de procédure étaient retrouvés comme facteurs influençant le succès de l'ambulatoire. La complexité de la chirurgie et le type de pathologie n'étaient, quand à eux, pas des critères significatifs. Aucune différences significatives concernant les complications post-opératoires n'étaient retrouvées. Rivard et al, de part leur résultat, confirment qu'une préparation pré opératoire des patientes âgées et/ou ayant une condition respiratoire médiocre est nécessaire, permettant ainsi de diminuer le risque d'échec. Une programmation matinale de ses patientes semble également indiquée.

Les facteurs prédictifs d'échec de l'ambulatoire que sont : l'âge avancé des patientes ( $>70$  ans), l'heure tardive de début de procédure (après 13h ou 14h) ainsi que l'heure tardive de fin de procédure, sont communs à toutes les études. Certaines études (54,60,62) montrent également que le temps opératoire peut être source de conversion en hospitalisation conventionnelle, mais ce critère n'est pas retrouvé dans toutes les études.

La mise en évidence de ces facteurs prédictifs de l'ambulatoire doit être pris en compte. Bien que l'âge ne soit pas un critère de contre indication à l'ambulatoire retenu par l'HAS (15), il convient de le prendre en considération. Une évaluation onco-gériatrique pourra être envisagée et le mode de sortie pourra être décidé au cas par cas.

De même, ces interventions devront être prévues en début de programmation afin de se dispenser de ce facteur d'échec.

Quelques nuances doivent être prises en compte concernant les études nord-américaines car la méthodologie de ces études diffère légèrement de la nôtre. En effet, leur définition de l'ambulatoire repose sur une sortie des patientes avant minuit alors qu'en France (16), l'ambulatoire se définit comme une hospitalisation de moins de 12 heures. De même, les américains et les canadiens ont une expérience plus importante de la chirurgie robotique en comparaison à la nôtre et également en comparaison à la coelioscopie standard, où ils sont moins expérimentés. Dans la série de 141 patientes de Penner et al, 32 patientes sont prises en charge par coelioscopie standard contre 109 patientes par coelioscopie robot-assistée. Ils identifient la coelioscopie comme un facteur prédictif de conversion en hospitalisation conventionnelle alors que dans notre population, les temps opératoires de nos chirurgies robotiques montrent une tendance inverse avec, pour nos 18 cas de coelioscopies robot-assistées, une moyenne de 360 minutes vs 140 minutes dans leur étude. Cette différence de temps opératoire est liée à notre courbe d'apprentissage de la chirurgie robotique.

Malgré les quelques différences de méthodologies, toutes ces études confirment la faisabilité de l'ambulatoire dans les curages pelviens et lombo-aortiques et vont dans le sens de notre étude de faisabilité. Nos résultats, concernant les complications (10% immédiates, 8% à distance) et les réadmissions (7,4%), sont identiques aux taux rapportés dans leur étude.

Dans notre population, 2 patientes ont pu bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire. Ces deux patientes avaient bénéficié d'un curage pelvien seul pour l'une et d'un curage pelvien associé à un curage lombo-aortique pour la seconde. Une nuit d'hospitalisation était initialement prévue mais devant le très bon état post opératoire de ces patientes (reprise de l'alimentation rapide, reprise des mictions, douleurs contrôlées et absence de nausées post opératoire) ainsi que leur motivation, il a été décidé d'un retour à domicile le jour même de l'intervention. Aucune complication ou consultation d'urgence n'ont été relevées pour ses deux patientes.

Ce résultat bien que de très faible puissance, tend à encourager l'introduction de l'ambulatoire pour ces curages dans notre établissement, ce que la littérature internationale actuelle semble confirmer (57).

#### 4.2. Critères de succès de l'ambulatoire :

La chirurgie ambulatoire a été définie en France par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991. Depuis, l'HAS, l'Assurance Maladie et les sociétés savantes ne cessent de développer l'encadrement de ce mode de prise en charge ainsi que de le promouvoir (15,16,23,24).

Le succès de la chirurgie ambulatoire repose sur plusieurs éléments (15,16) : la satisfaction des patients, le bénéfice en terme de coût et les indicateurs de suivi que sont le taux de complications, le taux de réadmission, le taux de conversion en hospitalisation, le nombre de consultations non prévues ou d'appels. Tout ceci devant être centré sur le triptyque « patient / acte / structure » décrit par l'HAS (15).

Dans son rapport, l'HAS (15,16) rappelle que la satisfaction des patients est un des indicateurs de l'efficacité globale de la chirurgie ambulatoire également définit par l'IAAS (International Association Ambulatory Surgery). La clé de la réussite pour la satisfaction des patients pour une intervention en ambulatoire repose sur l'organisation pré et post opératoire (16). Il est ainsi nécessaire d'identifier un parcours de soins personnalisé pour chacun avec une prise en charge médicale, consultations avec le chirurgien et le médecin anesthésiste, mais également para médicale : consultation d'annonce, soins infirmiers, assistante sociale, psychologues, aides à domicile. 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 chacun d'entre eux, en anticipant la prise en charge et son organisation, ainsi qu'en respectant la nécessité de permanence et de continuité des soins, qui sont des points essentiels.

La satisfaction des patients repose, non seulement sur la préparation mais également sur l'anticipation des éléments pouvant rendre une sortie à J0 difficile : douleurs post opératoire, nausées/vomissements post opératoire, prévention thromboembolique. Ces 3 éléments doivent être intégrés à la prise en charge et doivent être adaptés à chacun. La consultation d'anesthésie est un des temps essentiel de cette démarche. L'utilisation du score de Kalkman pouvant être envisagée afin de prédire les

douleurs post-opératoires. La prescription des antalgiques, des antiémétiques et de la prévention des thromboses doit être anticipée.

Plusieurs programmes tendent à faciliter l'élargissement de l'ambulatoire. Le programme PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile) proposé actuellement par la CPAM a été mis en place afin de répondre à la demande des patients souhaitant retourner rapidement à domicile après une hospitalisation. Ce programme, déjà en place pour les sorties de maternité et après interventions orthopédiques, permet de faire le lien et la coordination des différents acteurs nécessaires pour un retour à domicile dans de bonnes conditions. Il sera un outil indispensable pour faciliter la mise en place de la prise en charge ambulatoire des patientes devant bénéficier d'un curage pelvien ou lombo-aortique par coelioscopie.

Une prise en charge péri-opératoire de l'anesthésie et de la douleur semble déterminante pour le succès d'une sortie en ambulatoire. Dans les études actuelles, les patientes bénéficiant d'une sortie à J0 après un curage ont un protocole assez similaire entre elles. Ces protocoles se rapprochent de ceux des études faites pour les pathologies bénignes (49). L'association en per opératoire d'une analgésie, d'une anesthésie et d'une prévention des douleurs et nausées est systématique.

Les patientes bénéficiant d'une analgésie optimale durant l'intervention associée à des anesthésies locorégionales, principalement TAP block ou « transverse abdominal plane block » (61) ont une meilleure tolérance. Bien que l'efficacité du TAP block reste controversée, il a été montré dans des études randomisées (63) son intérêt de part sa facilité technique et son efficacité. De même, il apparaît comme facteurs prédictifs de réussite dans l'étude de Lee et al (60). Le TAP block est ainsi utilisé dans les études rapportant les curages en ambulatoire (58,60,61).

L'évaluation du coût et le bénéfice sont également l'un des éléments essentiels de l'ambulatoire. Au niveau international, l'IAAS (16) rapporte un moindre coût de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique pour l'hôpital dans des proportions allant de 25 à 68 % en moins. Au niveau national, l'HAS et l'Assurance Maladie, montrent que les résultats obtenus vont dans le sens d'un coût moindre de la

chirurgie ambulatoire. L'un des éléments qu'il conviendra d'apprécier est celui des coûts indirects (arrêt de travail, aidants, transports) qui ne sont que très rarement évalués.

En ce qui concerne le coût de la chirurgie ambulatoire pour les cancers pelviens, celui-ci est moins important en comparaison avec les hospitalisations conventionnelles (53). Dans une étude américaine de 2012, Schiavone et al (53), montrent sur 4850 cancers pelviens, un taux de sortie en ambulatoire de 26,5% avec une augmentation progressive de ce taux tout au long de la durée de l'étude : de 11,3% à 46%. Le coût étant significativement en faveur de l'ambulatoire allant d'un excès de 200\$ par patientes pour une nuit d'hospitalisation à 1400\$ pour 2 nuits et plus.

A ce jour, le coût est une préoccupation quotidienne que ce soit au niveau international ou national. La pression exercée par les compagnies d'assurances aux Etats-Unis pousse les chirurgiens et les patients à se tourner vers une prise en charge en ambulatoire. De même, en France, la dette du système de santé, pousse l'Assurance Maladie et l'HAS à promouvoir l'ambulatoire.

La mesure des indicateurs de suivi est déterminante en particuliers pour démontrer la sécurité de cette prise en charge en fonction des différentes interventions. Le suivi et l'organisation de la prise en charge à distance de l'intervention sont indispensables. Il s'agit de points essentiels cités par l'HAS (15). Le chirurgien et l'établissement sont responsables du suivi du patient sorti en ambulatoire, ils se doivent de fournir un suivi ou de donner la conduite à tenir en cas d'impossibilité, dans le respect du triptyque « patient / acte / structure ».

Les indicateurs pertinents retenus pour le suivi des patients sont : le taux de conversion en hospitalisation, équivalant au taux de succès de l'ambulatoire décrit dans les études, le taux de complications associé au taux de réadmissions et au nombre de consultations non prévues. Le nombre d'appel est également un des indicateurs souvent oublié dans les différentes études car difficile à tracer. Dans les études nord-américaines, il n'est jamais relevé alors que les autres indicateurs sont bien présents et en faveur de l'ambulatoire comme vu précédemment.

L'organisation du suivi post opératoire est également décrite. L'appel à J1, évoqué par l'HAS (15), est réalisé de manière fréquente. Les patientes recevaient, dans les

différentes études, un appel téléphonique par une infirmière dédiée afin de s'assurer du bon état général de la patiente (58,62). Dans l'étude de Melamed et al (62), le chirurgien contactait ses patientes à J7 afin de s'assurer par des questions simples de l'absence de complications. La consultation post opératoire avait lieu selon les études entre 2 et 6 semaines. Il n'est pas fait référence de suivi à domicile, ni même de l'application de score évaluatif par téléphone.

#### 4.3. Acceptabilité de la réalisation des curages en ambulatoire :

Notre étude d'acceptabilité avait pour but d'étudier, à l'aide de questionnaire, l'avis des patientes ainsi que celui des chirurgiens sur la prise en charge ambulatoire des curages pelviens et/ou LA par voie mini-invasive dans les cancers pelviens.

##### 4.3.1. Acceptabilité des patientes :

L'analyse des réponses de nos 27 patientes, montre que seulement 52% d'entre elles seraient favorables à une prise en charge ambulatoire. Malgré une note moyenne de 4,2/7 et une majorité des patientes en faveur de la chirurgie ambulatoire pour les curages, ces résultats doivent être nuancés. L'absence de prise en charge en ambulatoire de nos patientes, ayant répondu au questionnaire, est le principal biais. L'information qui leur a été donnée, en amont de leur prise en charge, n'a pas permis de les préparer à une éventuelle prise en charge en ambulatoire et biaise leurs réponses.

L'HAS dans son rapport de 2014 (15), montre que la principale réussite de l'ambulatoire repose sur l'information et la préparation des patientes. Parmi nos patientes, 5 d'entre elles soit 18% ne connaissaient pas la définition de la chirurgie ambulatoire confirmant le manque d'information générale sur cette possibilité de prise en charge. Avec une meilleure information et une meilleure préparation de nos patientes, elles seraient probablement plus à même d'accepter une telle prise en charge, bien que Fountain et al (56), dans une étude récente de 2017, ne retrouvent pas d'augmentation du taux d'ambulatoire après promotion de cette dernière par information vidéo.

Dans notre étude, il se trouve qu'une majorité des patientes qui sont en défaveur d'une prise en charge ambulatoire, ont bénéficié d'un curage pelvien et LA associés au minimum à une hystérectomie totale, alors que les patientes qui sont en faveur de l'ambulatoire ont en majorité eu un curage de manière isolé : pelvien seul, LA seul ou pelvien avec LA. L'étude en sous groupe, comparant ces deux populations, confirme la différence significative sur l'acceptabilité de l'ambulatoire avec 80% de patientes en faveur dans le groupe curage seul et 17% dans le groupe curage avec un autre geste associé ( $p = 0,0004$ ). De même, les patientes du groupe curage seul expriment de manière significative un plus grand souhait pour un retour à domicile plus précoce ( $p = 0,003$ ). Il n'existe par ailleurs pas de différences significatives entre la moyenne des notes des 2 groupes ( $p = 0,16$ ) bien que la note du groupe curage seul est supérieure à celle du groupe curage avec un autre geste respectivement de 4,7 et 3,5. Cette différence entre les deux groupes de patientes pourrait être expliquée par la différence de temps opératoire et la sortie tardive du bloc opératoire de ces patientes, plutôt que sur la « lourdeur » des gestes opératoires comme les patientes le déclarent. En effet, dans notre étude rétrospective, la moyenne du temps opératoire était de 147 minutes pour le groupe curage seul alors qu'il était de 201 minutes dans l'étude globale allant jusqu'à 510 minutes. La sortie du bloc opératoire et le temps de surveillance nécessaire pour le succès de l'ambulatoire ne pouvant être respectés.

Les patientes en défaveur expriment en majorités la peur de l'incapacité physique ainsi qu'une impression de « lourdeur » liée à l'intervention qui les bloqueraient pour une telle prise en charge mais comme l'évoque l'HAS (15), ni le type d'intervention, ni la durée opératoire ne sont une contre indication absolue à l'instauration de l'ambulatoire. Le temps de surveillance doit néanmoins être suffisant pour pouvoir autoriser une sortie le jour même, tout en respectant le principe d'hospitalisation inférieure à 12 heures.

En mêlant les pathologies bénignes et les pathologies malignes ainsi que les hystérectomies totales seules aux hystérectomies avec staging, les études américaines et anglo-saxonnes confirment également que les différentes pathologies et les différents types d'interventions ne sont pas un frein à l'ambulatoire. Rivard et al (61), dans leur étude, ne retrouvent aucune différence significative concernant le succès de

l'ambulatoire, en fonction des différentes interventions allant de l'hystérectomie seule au chirurgie de débulking.

#### 4.3.2. Acceptabilité des chirurgiens :

Dans la dynamique actuelle de développement de la chirurgie ambulatoire dans les différentes spécialités chirurgicales et notamment en chirurgie gynécologique, les 19 chirurgiens ayant accepté de répondre à notre questionnaire ont tous déclaré effectuer personnellement de l'ambulatoire pour certaines de leurs interventions : principalement des coelioscopies opératoires simples et de la sénologie.

Tous les chirurgiens avaient une expérience des curages pelviens et lombo-aortiques mais l'analyse des questionnaires montre que 37% d'entre eux réalisent déjà des curages pelviens et LA en chirurgie ambulatoire. Parmi ces 7 chirurgiens, 100% et 86% d'entre eux déclarent réaliser des curages pelviens seuls et des curages lombo-aortiques seuls en ambulatoire, alors que seulement 29% d'entre eux réalisent des curages avec hystérectomies associées. Ces résultats vont dans le sens de notre étude d'acceptabilité des patientes.

Parmi les 12 chirurgiens qui n'effectuent pas de chirurgie ambulatoire pour les curages, 92% d'entre eux accepteraient d'en réaliser. Les 2 principales raisons les ayant empêché d'en réaliser jusqu'à présent sont principalement le refus des patientes, ce qui est un élément clé du succès de l'ambulatoire, ainsi que la peur des complications à domicile. Notre étude de faisabilité montre un délai d'apparition des complications de 17 jours. Ce délai n'entrave pas la sortie à J0 et l'hospitalisation systématique des patientes en chirurgie conventionnelle ne prévient pas ces complications. Un suivi post opératoire rigoureux des patientes reste le principal élément pour diagnostiquer et essayer de prévenir ces complications.

L'ensemble de ces 11 chirurgiens déclarait être prêt à effectuer des curages pelviens et LA en ambulatoire mais seulement 33% d'entre eux seraient favorable à réaliser ces curages avec une hystérectomie dans le même temps.

Le seul chirurgien ayant déclaré être en défaveur de l'ambulatoire pour les curages faisait part de la problématique de la distance ainsi que de la « lourdeur » des interventions. Dans notre étude d'acceptabilité, les patientes bénéficiant d'un curage seul n'exprimaient pas ce sentiment de « lourdeur » alors que les patientes ayant eu un curage avec au minimum une hystérectomie le faisaient. De même, le trajet entre le domicile et notre centre ne paraissait pas être un frein pour la motivation de nos patientes, tout comme le montre Rivard et al (61) dans leur étude.

#### 4.3.3. Acceptabilité pour les curages en ambulatoire :

Devant ces résultats, l'acceptabilité concernant l'ambulatoire dans les curages pelviens et LA par cœlioscopie standard ou par voie robot-assistée doit être nuancée. La différence significative présente entre nos 2 groupes de patientes, ainsi que les taux d'acceptabilité des chirurgiens de 86% à 100 % pour les curages seuls contre 29% pour les curages associés à un autre geste, montrent dans un premier temps, que seule la réalisation des curages pelviens et/ou LA de manière isolé, c'est à dire sans hystérectomie ou autres gestes associés, pourrait être envisagée et serait acceptable. Parmi nos 27 patientes, 3 ont été transférées dans un centre de convalescence, ce qui ne permettait pas d'envisager une prise en charge ambulatoire.

Les curages pelviens et lombo-aortiques associés à un autre geste, pourraient, dans un premier temps, faire l'objet d'une modification de nos pratiques afin de réduire le temps opératoire et la durée du séjour en hospitalisation avant d'envisager leurs prise en charge en ambulatoire, bien qu'ils soient faisables. De même, une entrée en hospitalisation le jour même de l'intervention associée à une anticipation pré opératoire des douleurs et nausées/vomissements favoriseraient les sorties précoces.

#### 4.4. Modèle de prise en charge en ambulatoire :

La préparation des patientes, comme le confirme l'HAS (15), est un élément indispensable à la réussite de l'ambulatoire pour de telles chirurgies. L'anticipation des événements indésirables est importante, c'est pourquoi, nous proposons plusieurs consultations préopératoires afin de pouvoir prévenir et limiter les échecs. Les patientes

recevront un passeport de l'ambulatorie comprenant une information écrite du déroulement de leur chirurgie ainsi que du déroulement de la chirurgie ambulatoire. Cette information écrite faisant le lien avec l'information orale indispensable.

En per opératoire, le protocole d'analgésie et d'antalgie sera laissé à la discrétion de l'anesthésiste en charge de la patiente. Une analgésie adaptée sera néanmoins mise en place : infiltration des incisions cutanées, TAP block, cathéter de péridurale. De même que l'antalgie sera adaptée à la patiente mais sera composée d'un palier 1, d'un palier 2 et d'éventuellement un palier 3 si nécessaire. Les nausées et vomissements post opératoire seront systématiquement prévenus en per opératoire.

En post opératoire immédiat, la sortie sera validée par le chirurgien et l'anesthésiste. La réalisation d'un score reproductible par l'IDE mais également par les patientes permettra de rendre actrices les patientes dans la décision de leur sortie à J0. Les principaux éléments limitant la sortie seront évalués : nausées, vomissements, douleurs, fièvre, aspect du pansement. Un système de notation ainsi qu'un système de feux tricolores seront utilisés.

Les patientes recevront de nouveau une information claire de l'organisation du suivi à domicile. Le livret de bord (annexe 8), remis avec le passeport de l'ambulatorie lors des consultations préopératoires, permettra de faire le lien entre les IDE à domicile et la cellule de régulation de l'ambulatorie du service. L'évaluation quotidienne d'un score reproductible permettra de dépister les éventuelles complications postopératoires. Le score reproductible pourra être adressé par mail à la cellule de régulation dédiée à l'ambulatorie composé d'acteurs de soins dédiés à cet effet. Ce système est en cours de test dans notre établissement. Une application smart phone reprenant le même système pourra être envisagé mais reste à développer.

L'une des problématiques de notre modèle repose sur l'absence actuelle de cotations d'actes infirmiers pour les surveillances à domicile des constantes, et donc du suivi des chirurgies ambulatoires. Une modification des cotations CCAM est à prévoir dans le futur. Le développement de l'ambulatorie, appuyé par l'HAS et l'Assurance Maladie, va rendre obligatoire la réévaluation du rôle des IDE à domicile pour la surveillance des patients pris en charge en ambulatoire. De même, une formation des

IDE à domicile sur le suivi des patients issus de l'ambulatorio et les spécificités qui y sont liées, sera à prévoir. Cette formation a déjà débuté dans notre centre par le biais de conférences dédiées.

En regard de notre étude et appuyé sur les habitudes des équipes chevronnées à la pratique de l'ambulatorio, notre plan de prise en charge pourrait être le suivant (tableaux 14 et 15). Ce plan de prise en charge méritera d'être évalué et adapté au fur et à mesure.

<b>Parcours de soins pré opératoire</b>	<b>Objectifs</b>
<b>Consultation(s) avec le chirurgien</b>	Validation des indications chirurgicales. Informations sur la technique, le déroulement et les complications éventuelles. Informations sur le principe de la chirurgie ambulatoire : sortie le jour même de l'intervention, conduite à tenir en cas de complications.
<b>Consultation IDE d'annonce</b>	Reformulation, écoute et temps de questions/réponses. Evaluation psycho-sociale de la patiente. Lien avec les différents intervenants paramédicaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistante sociale</li> <li>- Psychologue</li> <li>- IDE libérale</li> </ul> Remise du passeport ambulatoire et information sur le livret de bord du suivi postopératoire.
<b>Consultation anesthésique</b>	Recherche de contre indication à l'ambulatorio : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Critère de la SFAR</li> <li>- Score de Kalkman (annexes 7)</li> <li>- Prescriptions anticipées des antalgiques, de la contention veineuse et des antiémétiques = lutte contre les douleurs post opératoires, les nausées/vomissements post opératoires et le risque thromboembolique per opératoire.</li> </ul>

Tableau 14 : Parcours de soins préopératoire d'une patiente ayant une indication de curage par voie mini-invasive.

<b><u>Jour post opératoire</u></b>	<b><u>Prise en charge</u></b>
<b>J0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation post opératoire immédiate pour validation de la sortie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mictions spontanées</li> <li>- Reprise de l'alimentation</li> <li>- Déambulation minimale</li> </ul> </li> <li>• Utilisation d'un score : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nausée/Vomissement : absente = 0 ; présente = 1 ; vomissement = 3</li> <li>- Fièvre : absente = 0 ; supérieure à 38,5 ° = 5</li> <li>- Douleurs : modérée = 0 ; moyenne = 2 ; sévère = 5</li> <li>- Pansement : propre = 0 ; taché = 1</li> <li>- Mobilisation : correcte = 0 ; bouge peu du lit = 1 ; reste alité = 5</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">Score &lt; à 4 : Voyant Vert = <u>Sortie autorisée</u></p> <p style="margin-left: 40px;">Score 4 à 6 : Voyant Orange } <u>Sortie non autorisée</u></p> <p style="margin-left: 40px;">Score &gt; à 7 : Voyant Rouge }</p> </li> <li>• Validation de la sortie par le chirurgien et le médecin anesthésiste.</li> <li>• Vérification des prescriptions anticipées : antalgiques, antiémétiques, prévention thromboembolique.</li> <li>• Remise d'une fiche d'information pour le post opératoire : personne à contacter, lieu où se présenter en cas d'impossibilité de se rendre à l'ICO</li> </ul>
<b>J1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appel de l'IDE de la cellule de régulation dédiée à l'ambulatoire</li> </ul>
<b>J1 à J15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passage quotidien de l'IDE à domicile pour le traitement anticoagulant</li> <li>• Utilisation du <u>score reproductible</u> à domicile (annexes 8) dont EVA, constante (tension artérielle, température), aspect des cicatrices</li> <li>• Réalisation de la NFS à J1</li> <li>• En cas d'alerte, la patiente sera directement adressée à l'ICO.</li> </ul>
<b>J5-J7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation programmée avec l'IDE de plaies et cicatrisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérification de la cicatrisation</li> <li>- Dépistage d'éventuelle complication précoce</li> <li>- Vérification du livret de bord (annexes 8)</li> </ul> </li> </ul>
<b>J10-J15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation post opératoire par le chirurgien. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérification de l'absence de complications</li> <li>- Informations sur les résultats anatomopathologiques</li> <li>- Explication du Plan Personnel Thérapeutique</li> </ul> </li> </ul>

Tableau 15 : Plan de prise en charge d'une patiente en ambulatoire après curage par voie mini-invasive.

## CONCLUSION :

Notre étude, appuyée par la littérature nord-américaine, montre que la prise en charge ambulatoire des curages pelviens et lombo-aortiques par coelioscopie ou coelioscopie robot-assistée est acceptable et faisable. Le faible taux de morbidité, le fort taux de succès de l'ambulatoire rapporté dans la littérature, ainsi que les taux identiques de complications entre les patientes prises en charge en ambulatoire et celles hospitalisées en secteur conventionnel confirment la faisabilité et la sécurité de cette prise en charge.

Bien que les différentes interventions, curages pelviens et/ou lombo-aortiques seuls et curages associés à d'autres gestes, semblent faisables en ambulatoire, notre étude d'acceptabilité tend à montrer dans un premier temps que seuls les curages pelviens et/ou lombo-aortiques sans gestes associés pourraient bénéficier d'une sortie à J0. Les curages pelviens et lombo-aortiques associés à un autre geste pourraient faire l'objet dans un premier temps d'une réduction du temps d'hospitalisation avant d'envisager dans un second temps leur prise en charge en ambulatoire. Une meilleure information ainsi qu'une anticipation et une préparation des patientes en pré opératoire permettraient une sortie précoce et donc à terme la possibilité d'envisager l'ambulatoire pour ces gestes.

Le modèle de prise en charge en ambulatoire des curages par voie mini-invasive que nous proposons dans notre étude sera appliqué dans notre service prochainement. Une étude prospective observationnelle des patientes qui en bénéficieront sera à envisager afin de confirmer, avec un meilleur niveau de preuve, la faisabilité des curages pelviens et/ou lombo-aortiques par coelioscopie standard ou coelioscopie robot-assistée en ambulatoire. Les indicateurs usuels seront recueillis : taux de complications, précoce et à distance, taux de réadmissions, taux de consultations en urgence et taux de conversion en hospitalisation conventionnelle. Cette étude prospective permettra également d'évaluer notre modèle de prise en charge afin de le faire évoluer et de pouvoir le partager avec d'autres équipes.

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Querleu D, Leblanc E, Castelain B. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the staging of early carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol.* févr 1991;164(2):579-81.
2. Dargent D. Laparoscopic surgery and gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol.* juin 1993;5(3):294-300.
3. Childers JM, Brzechffa PR, Hatch KD, Surwit EA. Laparoscopically assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* oct 1993;51(1):33-8.
4. Gouy S, Morice P, Narducci F, Uzan C, Gilmore J, Kolesnikov-Gauthier H, et al. Nodal-staging surgery for locally advanced cervical cancer in the era of PET. *Lancet Oncol.* mai 2012;13(5):e212-20.
5. Querleu D, Leblanc E, Cartron G, Narducci F, Ferron G, Martel P. Audit of preoperative and early complications of laparoscopic lymph node dissection in 1000 gynecologic cancer patients. *Am J Obstet Gynecol.* nov 2006;195(5):1287-92.
6. Bell MC, Torgerson J, Seshadri-Kreaden U, Suttle AW, Hunt S. Comparison of outcomes and cost for endometrial cancer staging via traditional laparotomy, standard laparoscopy and robotic techniques. *Gynecol Oncol.* déc 2008;111(3):407-11.
7. Walker JL, Piedmonte MR, Spirtos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, et al. Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 nov 2009;27(32):5331-6.
8. Wright JD, Herzog TJ, Neugut AI, Burke WM, Lu Y-S, Lewin SN, et al. Comparative effectiveness of minimally invasive and abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *Gynecol Oncol.* oct 2012;127(1):11-7.
9. Wright JD, Barrena Medel NI, Sehouli J, Fujiwara K, Herzog TJ. Contemporary management of endometrial cancer. *Lancet Lond Engl.* 7 avr 2012;379(9823):1352-60.
10. Bardram L, Funch-Jensen P, Jensen P, Crawford ME, Kehlet H. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early oral nutrition and mobilisation. *Lancet Lond Engl.* 25 mars 1995;345(8952):763-4.
11. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg.* août 2008;248(2):189-98.
12. Acheson N, Crawford R. The impact of mode of anaesthesia on postoperative recovery from fast-track abdominal hysterectomy: a randomised clinical trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* févr 2011;118(3):271-3.

13. Philp S, Carter J, Pather S, Barnett C, D'Abrew N, White K. Patients' satisfaction with fast-track surgery in gynaecological oncology. *Eur J Cancer Care (Engl)*. juill 2015;24(4):567-73.
14. Chase DM, Lopez S, Nguyen C, Pugmire GA, Monk BJ. A clinical pathway for postoperative management and early patient discharge: does it work in gynecologic oncology? *Am J Obstet Gynecol*. nov 2008;199(5):541.e1-7.
15. HAS. Rapport d'évaluation technologique de la chirurgie ambulatoire. Mai 2014.
16. HAS. Haute Autorité de Santé. Chirurgie ambulatoire – socle de connaissances. 2012.
17. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Rapport du réseau INCISO. janv 2008.
18. Farquharson EL. Early ambulation; with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet Lond Engl*. 10 sept 1955;269(6889):517-9.
19. Coudane H, Landreau P, Michel B, Slimani S, et la Société Française d'Arthroscopie. [Outpatient surgery: regulations and current situation]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*. déc 2005;91(S8):9-13.
20. Karam M. Historique : la chirurgie ambulatoire dans le monde. *Inter Bloc*. oct 2014;Vol 33(N°4):236-7.
21. Kroneman MW, Westert GP, Groenewegen PP, Delnoij DM. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery. *Ambul Surg* : 2001 ; 9 ;147-154.
22. Drapier E, De Poncheville L, Dannappel T, Clerc P, Smirnoff A. [Day case laparoscopic sacral colpopexy for genital prolapse]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. janv 2014;24(1):51-6.
23. Ministère de la Santé. Assurance maladie. Abécédaire : chirurgie ambulatoire 2009.
24. SFAR. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2010;29(1):67-72.
25. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Juillet 2014.
26. Demoulin G, Deffieux X. La chirurgie ambulatoire en gynécologie. *Interbloc Tome XXXIII* 2014.
27. ARS. Rapport ARS sur la chirurgie ambulatoire. Avril 2017.
28. InVS. Institut de veille sanitaire. 2012.

29. Colombo N, Carinelli S, Colombo A, Marini C, Rollo D, Sessa C, et al. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* oct 2012;23 Suppl 7:vii27-32.
30. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* janv 2016;26(1):2-30.
31. Burghardt. Cervical cancer. Distant spread, in *Surgical Gynecol Onco*, B E, et al, editors Thieme. 1993.
32. Leblanc E, Katdare N, Narducci F, Bresson L, Gouy S, Morice P, et al. Should Systematic Infrarenal Para-aortic Dissection Be the Rule in the Pretherapeutic Staging of Primary or Recurrent Locally Advanced Cervix Cancer Patients With a Negative Preoperative Para-aortic PET Imaging? *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* janv 2016;26(1):169-75.
33. Hirahatake K, Hareyama H, Sakuragi N, Nishiya M, Makinoda S, Fujimoto S. A clinical and pathologic study on para-aortic lymph node metastasis in endometrial carcinoma. *J Surg Oncol.* juin 1997;65(2):82-7.
34. Goudge C, Bernhard S, Cloven NG, Morris P. The impact of complete surgical staging on adjuvant treatment decisions in endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* mai 2004;93(2):536-9.
35. Bogani G, Dowdy SC, Cliby WA, Ghezzi F, Rossetti D, Mariani A. Role of pelvic and para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer: current evidence. *J Obstet Gynaecol Res.* févr 2014;40(2):301-11.
36. Henretta MS, Scalici JM, Engelhard CL, Duska LR. The revolving door: hospital readmissions of gynecologic oncology patients. *Gynecol Oncol.* sept 2011;122(3):479-83.
37. Delgado G, Chun B, Caglar H, Bepko F. Paraaortic lymphadenectomy in gynecologic malignancies confined to the pelvis. *Obstet Gynecol.* oct 1977;50(4):418-23.
38. Nelson JH, Boyce J, Macasaet M, Lu T, Bohorquez JF, Nicastrì AD, et al. Incidence, significance, and follow-up of para-aortic lymph node metastases in late invasive carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 1 juin 1977;128(3):336-40.
39. Belinson JL, Goldberg MI, Averette HE. Paraaortic lymphadenectomy in gynecologic cancer. *Gynecol Oncol.* avr 1979;7(2):188-98.
40. Leblanc E, Narducci F, Frumovitz M, Lesoin A, Castelain B, Baranzelli MC, et al. Therapeutic value of pretherapeutic extraperitoneal laparoscopic staging of locally advanced cervical carcinoma. *Gynecol Oncol.* mai 2007;105(2):304-11.
41. Houllier M, Capmas P, Fernandez H. Day care surgery for laparoscopic gynecologic surgery: What can be done. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016 ; 45 : 226-33.

42. Ma T, Readman E, Hicks L, Porter J, Cameron M, Ellett L, et al. Is outpatient hysteroscopy the new gold standard : Results from an 11 year prospective observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2016.
43. Singleton RJ, Rudkin GE, Osborne GA, Watkins DS, Williams JA. Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure. *Anaesth Intensive Care*. avr 1996;24(2):231-6.
44. Prasad A, Foley RJ. Day case laparoscopic cholecystectomy: a safe and cost effective procedure. *Eur J Surg Acta Chir*. janv 1996;162(1):43-6.
45. Johansson M, Thune A, Nelvin L, Lundell L. Randomized clinical trial of day-care versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. janv 2006;93(1):40-5.
46. Vaughan J, Gurusamy KS, Davidson BR. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 juill 2013;(7):CD006798.
47. Badaoui R, Alami Chentoufi Y, Hchikat A, Rebibo L, Popov I, Dhahri A, et al. Outpatient laparoscopic sleeve gastrectomy: first 100 cases. *J Clin Anesth*. nov 2016;34:85-90.
48. Thiel JA, Kamencic H. Assessment of costs associated with outpatient total laparoscopic hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. sept 2006;28(9):794-8.
49. Bruneau L, Randet M, Evrard S, Damon A, Laurent F-X. [Total laparoscopic hysterectomy and same-day discharge: Satisfaction evaluation and feasibility study]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. nov 2015;44(9):870-6.
50. Perron-Burdick M, Yamamoto M, Zaritsky E. Same-day discharge after laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol*. mai 2011;117(5):1136-41.
51. Maheux-Lacroix S, Lemyre M, Couture V, Bernier G, Laberge PY. Feasibility and safety of outpatient total laparoscopic hysterectomy. *JSLs*. mars 2015 ; 19(1):e2014.00251.
52. Alperin M, Kivnick S, Poon KYT. Outpatient laparoscopic hysterectomy for large uteri. *J Minim Invasive Gynecol*. déc 2012;19(6):689-94.
53. Schiavone MB, Herzog TJ, Ananth CV, Wilde ET, Lewin SN, Burke WM, et al. Feasibility and economic impact of same-day discharge for women who undergo laparoscopic hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. nov 2012;207(5):382.e1-9.
54. Gien LT, Kupets R, Covens A. Feasibility of same-day discharge after laparoscopic surgery in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol*. 1 mai 2011;121(2):339-43.

55. Lee J, Aphinyanaphongs Y, Curtin JP, Chern J-Y, Frey MK, Boyd LR. The safety of same-day discharge after laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* sept 2016;142(3):508-13.
56. Fountain CR, Havrilesky LJ. Promoting same-day discharge for gynecologic oncology patients in minimally invasive hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 10 mai 2017.
57. Nahas S, Feigenberg T, Park S. Feasibility and safety of same-day discharge after minimally invasive hysterectomy in gynecologic oncology: A systematic review of the literature. *Gynecol Oncol.* nov 2016;143(2):439-42.
58. Rettenmaier MA, Mendivil AA, Brown JV, Abaid LN, Micha JP, Goldstein BH. Same-day discharge in clinical stage I endometrial cancer patients treated with total laparoscopic hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy and bilateral pelvic lymphadenectomy. *Oncology.* 2012;82(6):321-6.
59. Penner KR, Fleming ND, Barlavi L, Axtell AE, Lentz SE. Same-day discharge is feasible and safe in patients undergoing minimally invasive staging for gynecologic malignancies. *Am J Obstet Gynecol.* févr 2015;212(2):186.e1-8.
60. Lee SJ, Calderon B, Gardner GJ, Mays A, Nolan S, Sonoda Y, et al. The feasibility and safety of same-day discharge after robotic-assisted hysterectomy alone or with other procedures for benign and malignant indications. *Gynecol Oncol.* juin 2014;133(3):552-5.
61. Rivard C, Casserly K, Anderson M, Isaksson Vogel R, Teoh D. Factors influencing same-day hospital discharge and risk factors for readmission after robotic surgery in the gynecologic oncology patient population. *J Minim Invasive Gynecol.* févr 2015;22(2):219-26.
62. Melamed A, Katz Eriksen JL, Hinchcliff EM, Worley MJ, Berkowitz RS, Horowitz NS, et al. Same-Day Discharge After Laparoscopic Hysterectomy for Endometrial Cancer. *Ann Surg Oncol.* janv 2016;23(1):178-85.
63. Petersen PL, Mathiesen O, Torup H, Dahl JB. The transversus abdominis plane block: a valuable option for postoperative analgesia? A topical review. *Acta Anaesthesiol Scand.* mai 2010;54(5):529-35.
64. Tostivint AC, Dravet F. Prise en charge ambulatoire des mastectomies : enquête de faisabilité à l'institut de cancérologie de l'ouest René Gauducheau et revue de la littérature. Thèse pour le diplôme d'état de médecine. Nantes 2013.

## ANNEXES :

<b>STADE</b>		<b>NIVEAU D'ATTEINTE</b>
<b>STADE I</b>		<b>Cancer strictement limité au col</b>
	<b>Stade IA</b>	Cancer invasif identifié seulement au microscope (envahissement du stroma)
	<b>IA1</b>	profondeur ≤ 3 mm, largeur ≤ 7 mm
	<b>IA2</b>	3 mm < profondeur ≤ 5 mm et largeur ≤ 7 mm
	<b>Stade IB</b>	Cancer clinique limité au col : visible ou dimension supérieure au IA
	<b>IB1</b>	Taille ≤ 4 cm
	<b>IB2</b>	Taille >4 cm
<b>STADE II</b>		<b>Cancer étendu au-delà du col, n'atteignant pas la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin</b>
	<b>Stade IIA</b>	Atteinte jusqu'aux deux tiers supérieurs du vagin
	<b>IIA1</b>	Taille ≤ 4 cm
	<b>IIA2</b>	Taille >4 cm
	<b>Stade IIB</b>	Atteintes des paramètres (proximaux)
<b>STADE III</b>		<b>Cancer étendu jusqu'à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin (y compris hydronéphrose)</b>
	<b>Stade IIIA</b>	Atteinte vaginale jusqu'au tiers inférieur
	<b>Stade IIIB</b>	Fixation à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet
<b>STADE IV</b>		<b>Cancer étendu au-delà du petit bassin ou à la muqueuse vésicale et/ou rectale</b>
	<b>Stade IVA</b>	Atteinte des organes adjacents
	<b>Stade IVB</b>	Atteintes des organes à distance, y compris ganglions lombo-aortiques

Annexe 1 : Classification FIGO 2009 des cancers du col de l'utérus.

STADE		NIVEAU D'ATTEINTE
Stade I		<b>Tumeur limitée au corps utérin</b>
	IA	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre
	IB	Tumeur envahissant la moitié ou plus du myomètre
Stade II		<b>Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus</b>
Stade III		<b>Extensions locales et/ou régionales comme suit :</b>
	IIIA	séreuses et/ou annexes
	IIIB	envahissement vaginal et/ou paramétrial
	IIIC	atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
	IIIC1	ganglions pelviens
	IIIC2	ganglions para-aortiques ± ganglions pelviens
Stade IV		<b>Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance</b>
	IVA	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale
	IVB	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux

Annexe 2 : Classification FIGO 2009 des cancers de l'endomètre.



**Acceptabilité et faisabilité de la chirurgie ambulatoire pour les curages pelviens et lombo-aortiques par cœlioscopie ou cœlioscopie robot-assistée :**  
**Étude observationnelle prospective et rétrospective**  
*(Pauline Gueudry / Pr Jean-Marc CLASSE)*

Madame, vous venez d'être opérée à l'ICO pour un cancer pelvien et nous souhaiterions recueillir votre avis sur une nouvelle prise en charge chirurgicale susceptible d'être réalisée à l'avenir dans l'établissement, pour des pathologies similaires à la vôtre : la chirurgie dite « ambulatoire ». Nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, et vos réponses seront traitées de manière totalement anonyme.

1) Généralités :

- Quelle est votre date de naissance (mois et année) .....
- Quelle est votre Taille : ..... Votre Poids : .....
- Quelle était votre situation personnelle au moment de la chirurgie :
  - En couple
  - Présence d'une autre personne adulte au domicile
  - Seule avec des enfants au domicile
  - Seule
- Aviez-vous déjà été opérée du ventre avant l'intervention à l'ICO ?
  - NON
  - OUI : Pouvez-vous préciser quelle(s) opérations (s) du ventre vous avez eue(s) précédemment : .....
- Pour quel type de cancer avez-vous été opérée à l'ICO :
  - Cancer du col de l'utérus
  - Cancer de l'endomètre (corps de l'utérus)
- A quelle date avez-vous été opérée : .....
- Votre médecin vous a-t-il précisé quel type de chirurgie a été réalisé :
  - Un curage pelvien seul (ablation des ganglions du pelvis)
  - Un curage lombo-aortique seul (ablation des ganglions autour de l'aorte et de la veine cave)
  - Un curage lombo-aortique et pelvien
  - Un curage lombo-aortique ou pelvien associé à l'ablation de l'utérus et/ou de l'épiploon
  - Je ne sais pas
- Quel traitement aviez-vous déjà reçu avant la chirurgie ?
  - Aucun traitement
  - Une chimiothérapie
  - Une autre Chirurgie
  - Une radiothérapie



- Quelle est la durée de votre trajet entre votre domicile et l'ICO ?  
.....
- Avez-vous un téléphone à domicile facile d'accès (fixe ou portable) pour que l'on puisse vous joindre facilement et pour que vous puissiez joindre l'ICO facilement ?
  - Téléphone fixe : OUI / NON
  - Téléphone portable : OUI / NON

2) La chirurgie ambulatoire :

- Que signifie pour vous le terme de « chirurgie ambulatoire » ?
  - Votre réponse : .....
  - Je ne sais pas
- Avez-vous déjà eu une chirurgie en ambulatoire ?
  - OUI
    - De quelle intervention s'agissait-il .....
    - A quelle date a-t-elle été réalisée .....
  - NON, je n'ai jamais eu de chirurgie en ambulatoire
- Vous n'avez pas eu de chirurgie ambulatoire, cependant, vous a-t-on déjà proposé une chirurgie ambulatoire ?
  - OUI
  - NON
- Si votre chirurgien vous avait proposé l'intervention pour votre cancer pelvien en ambulatoire (entrée le matin et sortie à domicile le soir même), auriez-vous accepté ?
  - OUI, j'aurais accepté  
Pourquoi ? (plusieurs réponses sont possibles)
    - Cela m'aurait permis le retour au domicile le soir
    - Cela m'aurait permis de rester le moins longtemps à l'hôpital
    - C'est plus confortable d'être à domicile
    - Autre(s) motif(s) : .....
  - NON, je n'aurais pas accepté  
Pourquoi ? (plusieurs réponses sont possibles)
    - J'aurais eu peur de ne pas être capable physiquement
    - J'aurais eu peur de ne pas être capable psychologiquement
    - L'intervention était trop « lourde »
    - J'aurais eu peur de la douleur
    - J'aurais eu peur d'être sans équipe soignante à la maison
    - Je ressens une angoisse liée à la maladie
    - Je n'ai pas assez d'aide à domicile
    - Je n'ai pas assez d'informations sur la chirurgie ambulatoire
    - Autres motifs : .....



- De manière générale, sur une échelle allant de 1 (pas du tout favorable) à 7 (très favorable), comment noteriez-vous votre opinion sur la chirurgie ambulatoire (appliquée au traitement d'un cancer pelvien). Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse.



3) Pour votre intervention pour votre cancer pelvien :

- Combien de temps êtes-vous resté hospitalisée : ..... jours
- Etes-vous entrée en hospitalisation la veille de l'intervention ?
  - Oui
  - Non
- Après l'intervention, êtes-vous rentrée :
  - A domicile
  - En maison de convalescence
- Auriez-vous préféré rentrer au domicile plus tôt :
  - Oui
  - Non
- Au contraire, auriez-vous préféré rester plus longtemps hospitalisée :
  - Non
  - Oui
    - Pour quelle(s) raison(s) : .....
- Lors de votre retour à domicile :
  - Avez-vous eu beaucoup de douleurs ?
    - Oui
    - Non
  - Les médicaments anti douleurs étaient suffisants pour vous calmer :
    - Oui
    - Non

*A tout moment vous pouvez accéder et rectifier votre participation en vous adressant au secrétariat du Pr Classe et du Dr Jaffre.*

## Note d'information auprès des patientes



### Acceptabilité et faisabilité de la chirurgie ambulatoire pour les curages pelviens et lombo-aortiques par coelioscopie ou coelioscopie robot-assistée

PROMOTEUR	Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO)	Site René Gauducheau Adresse : Bd Jacques Monod 44805 Nantes Saint-Herblain cedex Tél : 02 40 67 99 00
COORDONNATEUR	Pr Jean-Marc Classe	Dépt d'Oncologie chirurgicale et d'Anesthésie Tel : 02 40 67 99 59
ANALYSE DES DONNEES	Pauline Gueudry, Interne en chirurgie	Dépt d'Oncologie chirurgicale et d'Anesthésie

Madame,

Vous avez été opérée à l'ICO pour un cancer pelvien avec curage ganglionnaire, et nous souhaiterions recueillir votre avis sur une nouvelle prise en charge chirurgicale susceptible d'être réalisée à l'avenir dans l'établissement, pour des pathologies similaires à la vôtre : la chirurgie dite « ambulatoire ». Nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à un questionnaire. Ce projet entre dans le cadre d'une thèse de doctorat de médecine et est conduit sous la direction du Professeur Jean-Marc Classe.

**Vous pouvez refuser de participer**, sans incidence sur la qualité de votre prise en charge ou votre relation avec votre médecin.

#### OBJECTIF DE CETTE ENQUETE

Cette enquête vise à recueillir l'avis des patientes opérées pour curage ganglionnaire d'un cancer pelvien, par coelioscopie ou coelioscopie-robot assistée, ayant nécessité une hospitalisation généralement de courte durée.

Il s'agit d'évaluer l'**acceptabilité** par les patientes, précisément pour type d'intervention chirurgicale, d'une nouvelle modalité de prise en charge : **la chirurgie ambulatoire**. Cette prise en charge, encouragée par les Autorités de Santé, est déjà largement utilisée pour d'autres chirurgies dans les Etablissements de soins.

Un questionnaire d'enquête vous sera proposé à l'occasion d'une venue pour une consultation à l'ICO. Vous devrez le remettre à la secrétaire de consultation après l'avoir rempli. Ce questionnaire a été validé le Comité Patient de l'ICO René Gauducheau le 21 septembre 2016.

**Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, et cette enquête est anonyme.**

Une enquête similaire est effectuée auprès de chirurgiens français qui pratiquent la chirurgie cancérologique pelvienne.

#### MENTIONS OBLIGATOIRES

Votre participation à cette enquête est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez à la personne qui vous propose cette enquête.

Le fichier de traitement des données est déclaré auprès de la Commission nationale Informatique et Liberté, conformément à la loi du 6 janvier 1978 et ses modifications relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Par ailleurs, conformément aux articles 32 et suivants de cette loi, vous disposez d'un droit d'accès à vos données et de rectification auprès de votre médecin ; vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude, vos données ne seront alors pas analysées.

*Fait en deux exemplaires, un à remettre au participant, et un à conserver par l'investigateur dans le dossier du patient*



**Acceptabilité et faisabilité de la chirurgie ambulatoire pour les curages pelviens et lombo-aortiques par coelioscopie ou coelioscopie robot-assistée :**  
**Étude observationnelle prospective et rétrospective**

*(Pauline Gueudry / Pr Jean-Marc CLASSE)*

Madame, Monsieur, dans le cadre d'une thèse de gynécologie obstétrique, nous souhaiterions évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de la chirurgie ambulatoire (admission, geste chirurgical et sortie le même jour) des curages pelviens et/ou lombo-aortique par coelioscopie ou coelioscopie robot-assistée dans les cancers pelviens et nous souhaiterions recueillir votre avis sur cette prise en charge chirurgicale. Nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire. Vos réponses seront traitées de manière totalement anonyme.

1) Généralités :

- Age :
- Sexe :
- Ancienneté :
- Lieu d'activité :

2) Chirurgie Ambulatoire au sens large :

- Dans l'établissement, faites-vous de la chirurgie ambulatoire ?
  - ✓ Oui
  - ✓ Non
- Quel type ?
  - ✓ Sénologique
  - ✓ Annexectomie
  - ✓ Hystérectomie (coelio ou robot)
  - ✓ Curages
  - ✓ Autres : .....
- Avez-vous une unité de chirurgie ambulatoire ?
  - ✓ Oui
  - ✓ Non
- Personnellement, faites-vous de la chirurgie ambulatoire ?
  - ✓ Oui
  - ✓ Non
- Si oui, quel type ?
  - ✓ Sénologique
  - ✓ Annexectomie
  - ✓ Hystérectomie (coelio ou robot)
  - ✓ Curages
  - ✓ Autres : .....
- Si non, quelles sont les raisons ?
  - ✓ Convictions personnelles
  - ✓ Manques de moyens
  - ✓ Autres : .....



3) Curage pelvien, lombo aortique dans les cancers du col et de l'endomètre :

- Quelle(s) technique(s) utilisez-vous de manière générale ?
  - ✓ Coelioscopie standard
  - ✓ Coelioscopie robot assistée
  - ✓ Laparotomie
- Quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour le curage lombo aortique coelioscopique de manière générale ?
  - ✓ Rétropéritonéale
  - ✓ Trans péritonéale
- Faites-vous des curages (pelviens seuls, lombo aortiques seuls ou associés) en chirurgie ambulatoire dans les cancers pelviens par coelio ou robot ?
  - ✓ Oui
  - ✓ Non

4) Si vous effectuez des curages ambulatoires :

- Dans quelle(s) indication(s) ?
  - ✓ Curages pelviens seuls
  - ✓ Curages lombo aortiques seuls
  - ✓ Curages pelviens et lombo aortiques associées
  - ✓ Curages pelviens et/ou lombo aortiques et autres gestes (hystérectomie, annexectomie, omentectomie, appendicectomie)
- Quelle(s) technique(s) utilisez-vous en ambulatoire ?
  - ✓ Coelioscopie standard
  - ✓ Coelioscopie robot assistée
  - ✓ Les deux
- Quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour le curage lombo aortique en ambulatoire ?
  - ✓ Rétro-péritonéale
  - ✓ Trans péritonéale
  - ✓ Les deux
- Quel est votre protocole de prise en charge ?
  - ✓ Horaire d'arrivée dans le service :
  - ✓ Horaire de bloc :
  - ✓ Horaire de décharge :
  - ✓ Organisation du suivi :
- Dans quel type de cancer les réalisez-vous en ambulatoire ?
  - ✓ Col de l'utérus
  - ✓ Endomètre
  - ✓ Les deux
- Avez-vous des critères limitant vos indications (autres que ceux de la SFAR) ?



5) Si vous n'effectuez pas de curage en ambulatoire et si vous seriez prêt à le faire :

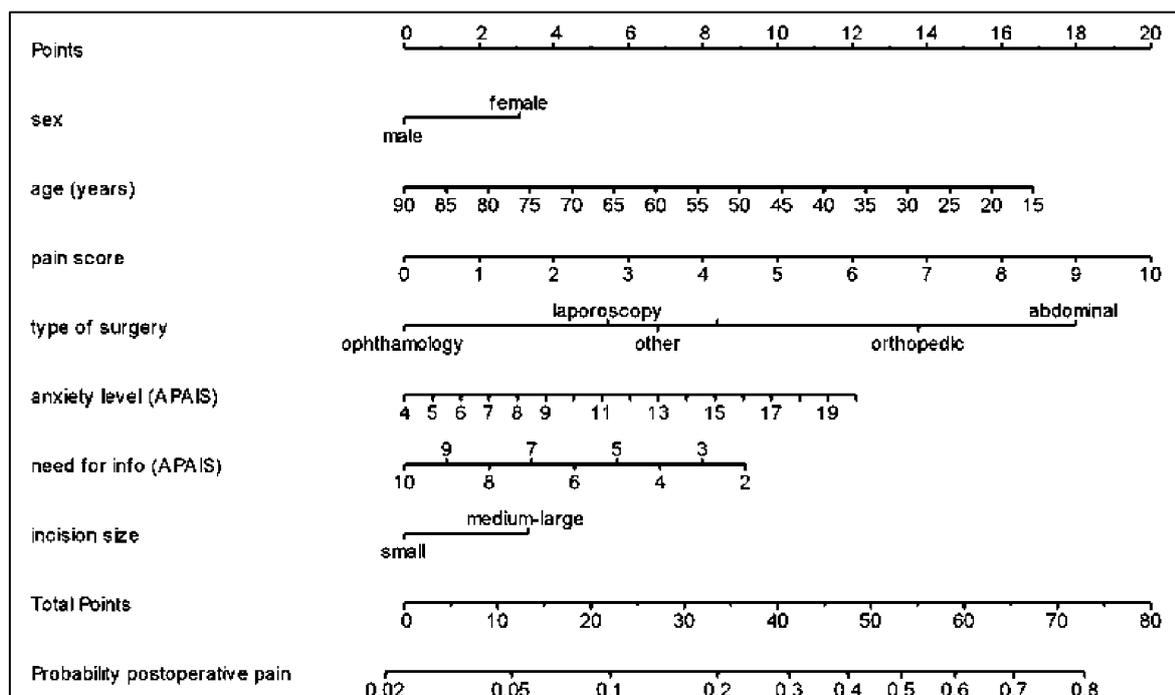
(Si vous n'êtes pas pour une prise en charge ambulatoire, passez à la partie 6 du questionnaire)

- Seriez-vous prêt à réaliser ces techniques en ambulatoire ?
  - ✓ Curages pelviens seuls : OUI / NON
  - ✓ Curages lombo aortiques seuls : OUI / NON
  - ✓ Curages pelviens et lombo aortiques : OUI / NON
  - ✓ Curages + autres gestes : OUI / NON
  
- Quel(s) élément(s) est(sont) freinateur(s) ?
  - Vous n'y aviez pas songé
  - Pas eu l'occasion
  - Refus des patientes
  - Manque de moyens
  - Désaccord des anesthésistes
  - Craintes des complications à domicile
  - Autres : ....

6) Si vous êtes contre l'ambulatoire pour l'une de ces procédures, quelle en est la raison ?

Grade	Définition	Exemples
<b>Grade I</b>	Tout évènement post-opératoire indésirable ne nécessitant pas de traitement médical, chirurgical, endoscopique ou radiologique. Les seuls traitements autorisés sont les antiémétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytes et la physiothérapie.	Iléus, abcès de paroi mis à plat au chevet du patient
<b>Grade II</b>	Complication nécessitant un traitement médical n'étant pas autorisé dans le grade 1.	Thrombose veineuse périphérique, nutrition parentérale totale, transfusion
<b>Grade III</b>	Complication nécessitant un traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique.	
<b>IIIa</b>	Sans anesthésie générale	Ponction guidée radiologiquement
<b>IIIb</b>	Sous anesthésie générale	Reprise chirurgicale pour saignement ou autre cause
<b>Grade IV</b>	Complication engageant le pronostic vital et nécessitant des soins intensifs	
<b>IVa</b>	Défaillance d'un organe	Dialyse
<b>IVb</b>	Défaillance multi-viscérale	
<b>Grade V</b>	Décès	
<b>Suffixe d</b>	Complication en cours au moment de la sortie du patient nécessitant un suivi ultérieur (d = discharge)	

Annexe 6 : Classification des complications post-opératoire selon Clavien



Annexe 7 : Facteurs prédictifs de douleurs post-opératoires importantes ou Score de Kalkman. (Kalkman : Pain 2003-2008)

Annexe 8 : Journal de bord du suivi postopératoire des patientes prises en charge en ambulatoire.

## JOURNAL DE BORD PATIENTES/ IDE

### POUR LES PATIENTES OPÉRÉES D'UNE HYSTERECTOMIE ET/OU CURAGE PELVIEN ET/OU CURAGE LOMBO-AORTIQUE

Ce journal de bord de la patiente sert à vous donner des objectifs quotidiens à atteindre et à garder une trace de vos progrès pendant votre séjour à l'hôpital et au retour à domicile.

- Lisez le avec vos proches avant votre arrivée à l'hôpital pour votre intervention
- Apportez le avec vous le jour de l'admission
- Continuez de le remplir à votre retour à domicile
- Rapportez le lors de la consultation de l'IDE en plaies et cicatrisation et lors de la consultation post opératoire.

**Etiquette patiente**

Nom de votre chirurgien.....

JOUR 1 APRES L'OPERATION

VOTRE ETAT DE SANTE DE LA VEILLE ET DE LA NUIT PRECEDENTE

Date :

**DOULEUR :**

**OBJECTIF : DOULEUR < 4 0= pas de douleur 10= pire douleur imaginable**

Douleur sur la zone opérée : mal au ventre :

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de douleur ce jour est

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleur autre :

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de douleur ce jour est

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si oui, à quel endroit ? : dos épaules

**NAUSEES :**

**OBJECTIF : NAUSÉES < 4 ET PAS DE VOMISSEMENT**

**0= pas de nausée 10= pire nausée imaginable**

Sur une échelle de 0 à 10 mon plus haut niveau de nausées ce jour est

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**j'ai vomi : non oui ----fois**

**ALIMENTATION : BOISSON**

**OBJECTIF : 2 litres de boisson diverse : mâcher 3 chewings gums/jour**

J'ai mangé le midi : oui non j'ai mangé le soir : oui non

J'ai bu dans la journée : beaucoup (> 2 litres) moyen (1 à 2 l) un peu (< 1 litre) pas du tout

Nombres de chewings gums : 1 2 3

**ELIMINATION:**

J'ai uriné : oui non

J'ai eu des gaz : oui non

J'ai eu des selles : oui non

**ACTIVITE /MOBILITE:**

**OBJECTIF : au moins 4h au total en dehors du lit**

**OBJECTIF : repas pris au fauteuil assis et non allongé**

Temps en dehors du lit : (entoure la bonne réponse)

-je ne me suis pas levé

-moins d'1h

-entre 1h et 4h

-plus de 4H

**IDE LIBERALE**  
**1<sup>ER</sup> JOUR APRÈS L'INTERVENTION**

DATE :

HEURE DE PASSAGE :

POULS :	TA SYST :	TEMPERATURE :
NAUSEES MAX :		DOULEUR MAX : (EN)

ATTENTION : VOUS DEVEZ SAISIR UNE RÉPONSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES :

	<i><b>OUI</b></i>	<i><b>NON</b></i>
<b>Pouls</b>	> 110 Bt/min	
<b>TAS</b>	TA syst<100 mm Hg TA syst>150 mm Hg	
<b>Température</b>	> 38.5°	
<b>Douleur max</b>	EVA > 4	
<b>Nausées max</b>	> 4	
<b>Vomissement</b>	1 ou plusieurs	
<b>Alimentation</b>	Pas d'alimentation	
<b>Diurèse</b>	Peu ou pas d'urine	
	Brulures mictionnelles	
<b>Transit (gaz et/ou selles)</b>	Pas de transit depuis plus de 24H	
<b>Aspect des cicatrices</b>	Inflammatoire Ecoulement	
<b>Saignement extériorisé</b>	Rectal, vaginal, urinaire	

**ATTENTION : SI VOUS AVEZ COCHÉ 1 OU PLUSIEURS RÉPONSES**

***OUI*** :

**TÉLÉPHONEZ À L'INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE L'OUEST**

**0240679984**

**Titre de Thèse :** Acceptabilité et faisabilité de la chirurgie ambulatoire dans les curages pelviens et/ou lombo-aortiques par coelioscopie standard ou coelioscopie robot-assistée dans les cancers pelviens chez la femme

---

## RESUME

**Introduction :** Dans le contexte où la chirurgie ambulatoire s'inscrit comme une des priorités institutionnelles et est encouragée à être adoptée dans la pratique quotidienne, nous avons cherché à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de la chirurgie ambulatoire pour les curages pelviens et lombo-aortiques (LA) par coelioscopie standard ou par coelioscopie robot-assistée ainsi qu'élaboré un modèle de prise en charge.

**Matériel et méthode :** Notre étude rétrospective de faisabilité, menée de 2010 à juin 2016, incluait les patientes ayant bénéficiées de curages seuls ou associés à un autre geste, par voie mini-invasive. Les caractéristiques des patientes, de leur cancer, de leur intervention et la morbidité ont été relevées. Notre étude prospective d'acceptabilité a été réalisée à l'aide d'un questionnaire remis aux patientes lors d'une consultation entre novembre 2016 et mai 2017. Elles avaient toutes bénéficié d'un curage seul ou associé. Leur acceptabilité à effectuer leur intervention passée en ambulatoire était recueillit. L'avis des chirurgiens sur l'ambulatoire dans ces indications a été recueilli à l'aide d'un questionnaire qui leur a été adressé par mail.

**Résultats :** Les données de 121 curages pelviens et/ou LA ont été analysées : 68 curages seuls, 53 curages associées à un autre geste, 18 (15%) réalisées par robot-assistance. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,3 jours. Le taux de complications peropératoires était de 3,3%. Le taux de complications durant l'hospitalisation était de 10% dont 50% de grade I. Le taux de complications à distance était de 8%, dont 6 lymphocèles. Le délai d'apparition moyen était de 17 jours (7-30). Neuf patientes (7,4%) ont été réadmisées à distance. Sur 27 questionnaires « patientes », 52% étaient en faveur de l'ambulatoire dont 80% des patientes ayant eu un curage seul. Sur 19 questionnaires « chirurgiens », 37% d'entre eux déclaraient effectuer déjà des curages en ambulatoire. Un seul chirurgien déclarait être en défaveur d'une prise en charge en ambulatoire de ces curages.

**Conclusion :** Notre étude montre la faisabilité des curages pelviens et LA en ambulatoire avec un faible taux de complication. L'acceptabilité reste quand elle à nuancer. Les curages pelviens et lombo-aortiques seuls semblent acceptés mais les curages associées à d'autres gestes le sont peu. Une étude prospective des patientes prises en charge en ambulatoire sera envisager afin de confirmer, avec un plus grand niveau de preuve, la faisabilité de ces interventions en ambulatoire.

---

## MOTS-CLES

Curage pelvien, curage lombo-aortique, coelioscopie, coelioscopie robot-assistée chirurgie ambulatoire, cancer pelvien

Vu, le Président du Jury,  
(tampon et signature)

**Pr Jean-Marc CLASSE**  
**Oncologie Chirurgicale**  
**CLCC NANTES-ATLANTIQUE**  
Centre René Gauducheau - Bd J. Monod  
44805 NANTES - SAINT-HERBLAIN Cedex  
Tél. : 02.40.67.99.84 - Fax : 02.40.67.97.59  
Ets n° 44000111-3 - Adeli : 44105399.8



Professeur Jean-Marc CLASSE

Vu, le Directeur de Thèse,  
(tampon et signature)

**Dr Isabelle JAFFRE**  
Consultation oncologie chirurgicale  
Institut de Cancérologie de l'Ouest  
René Gauducheau - Bd J. Monod  
44805 SAINT-HERBLAIN Cedex - France  
Tél : 02.40.67.99.59 - Fax : 02.40.67.97.59  
Ets n° 44000111-3 - RPPS : 10005179766



Docteur Isabelle JAFFRE

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

**Titre de Thèse :** Acceptabilité et faisabilité de la chirurgie ambulatoire dans les curages pelviens et/ou lombo-aortiques par coelioscopie standard ou coelioscopie robot-assistée dans les cancers pelviens chez la femme

---

## **RESUME**

**Introduction :** Dans le contexte où la chirurgie ambulatoire s'inscrit comme une des priorités institutionnelles et est encouragée à être adoptée dans la pratique quotidienne, nous avons cherché à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de la chirurgie ambulatoire pour les curages pelviens et lombo-aortiques (LA) par coelioscopie standard ou par coelioscopie robot-assistée ainsi qu'élaboré un modèle de prise en charge.

**Matériel et méthode :** Notre étude rétrospective de faisabilité, menée de 2010 à juin 2016, incluait les patientes ayant bénéficiées de curages seuls ou associés à un autre geste, par voie mini-invasive. Les caractéristiques des patientes, de leur cancer, de leur intervention et la morbidité ont été relevées. Notre étude prospective d'acceptabilité a été réalisée à l'aide d'un questionnaire remis aux patientes lors d'une consultation entre novembre 2016 et mai 2017. Elles avaient toutes bénéficié d'un curage seul ou associé. Leur acceptabilité à effectuer leur intervention passée en ambulatoire était recueillie. L'avis des chirurgiens sur l'ambulatoire dans ces indications a été recueilli à l'aide d'un questionnaire qui leur a été adressé par mail.

**Résultats :** Les données de 121 curages pelviens et/ou LA ont été analysées : 68 curages seuls, 53 curages associées à un autre geste, 18 (15%) réalisées par robot-assistance. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,3 jours. Le taux de complications peropératoires était de 3,3%. Le taux de complications durant l'hospitalisation était de 10% dont 50% de grade I. Le taux de complications à distance était de 8%, dont 6 lymphocèles. Le délai d'apparition moyen était de 17 jours (7-30). Neuf patientes (7,4%) ont été réadmisées à distance. Sur 27 questionnaires « patientes », 52% étaient en faveur de l'ambulatoire dont 80% des patientes ayant eu un curage seul. Sur 19 questionnaires « chirurgiens », 37% d'entre eux déclaraient effectuer déjà des curages en ambulatoire. Un seul chirurgien déclarait être en défaveur d'une prise en charge en ambulatoire de ces curages.

**Conclusion :** Notre étude montre la faisabilité des curages pelviens et LA en ambulatoire avec un faible taux de complication. L'acceptabilité reste quand elle à nuancer. Les curages pelviens et lombo-aortiques seuls semblent acceptés mais les curages associées à d'autres gestes le sont peu. Une étude prospective des patientes prises en charge en ambulatoire sera envisager afin de confirmer, avec un plus grand niveau de preuve, la faisabilité de ces interventions en ambulatoire.

---

## **MOTS-CLES**

Curage pelvien, curage lombo-aortique, coelioscopie, coelioscopie robot-assistée chirurgie ambulatoire, cancer pelvien