



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Mastectomie en hospitalisation ambulatoire ou de 24 heures : faisabilité, satisfaction et préférences des patientes

### *Mastectomy in ambulatory hospitalization or 24 hours: Feasibility, satisfaction and preferences of the patients*

S. Lobelle<sup>a,\*,b</sup>, M. Raylet<sup>a,b</sup>, M. Cohen<sup>a,b</sup>, E. Lambaudie<sup>a,b</sup>, M. Bannier<sup>a,b</sup>, J.-L. Blache<sup>a,b</sup>,  
D. Francon<sup>a,b</sup>, G. Houvenaeghel<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Département de chirurgie oncologique, institut Paoli-Calmettes, CRCM, 232, boulevard de Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

<sup>b</sup> Université Aix Marseille, 13284 Marseille, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 mai 2016

Accepté le 17 novembre 2016

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Mastectomie

Cancer du sein

Chirurgie ambulatoire

Keywords:

Mastectomy

Breast cancer

Ambulatory surgery

#### RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude a été d'analyser la faisabilité de l'hospitalisation en ambulatoire ou de 24 heures pour le traitement du cancer du sein par mastectomie, ainsi que la satisfaction et les préférences des patientes par rapport à ces modalités d'hospitalisation.

**Méthodes.** – Cette étude rétrospective, observationnelle, répertoriait les patientes opérées d'un cancer du sein ayant nécessité une mastectomie à l'institut Paoli-Calmettes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 30 juin 2015. Un questionnaire de satisfaction comportant une appréciation sur le mode d'hospitalisation a été proposé aux patientes.

**Résultats.** – Cent treize patientes ont été incluses dont 29 dans le groupe ambulatoire et 84 dans le groupe hospitalisation de 24 heures. Les complications étaient représentées par trois hématomes (3,5 %) ayant nécessité une reprise chirurgicale chez deux patientes dans le groupe hospitalisation de 24 heures et une patiente dans le groupe ambulatoire ( $p = 0,75$ ). Le taux de satisfaction des patientes a été globalement élevé 72,7 % quel que soit le mode d'hospitalisation ( $p = 0,064$ ).

**Conclusion.** – La réalisation de la mastectomie en ambulatoire semble faisable lorsque l'organisation en pré- et postopératoire a été anticipée, avec un degré de satisfaction élevé des patientes. L'impact psychologique de cette chirurgie radicale semble être un facteur à prendre en compte et nécessite une sélection rigoureuse des patientes.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the feasibility of ambulatory hospitalization or 24 hours hospitalization for breast cancer treatment by mastectomy, as well as the satisfaction and the preferences of patients with regard to these ways of hospitalization.

**Methods.** – This observational retrospective study listed the patients operated for breast cancer who had required a mastectomy at the institute Paoli-Calmettes between the 1st of January 2013 and June 30th, 2015. A questionnaire of satisfaction was proposed to the patients regarding their mode of hospitalization.

**Results.** – One hundred and thirteen patients were included among which 29 were in the ambulatory group and 84 in the 24 hours hospitalization group. The complications were represented by the rate of hematomas (3.5 %), which required a surgical resumption for two of the patients in the 24 hours hospitalization group and for one patient in the ambulatory group ( $P = 0.75$ ). Patient's satisfaction rate was globally high: 72.7 % regardless of the mode of hospitalization ( $P = 0.064$ ).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lobellesandrine@gmail.com (S. Lobelle).

**Conclusion.** – The realization of mastectomy in ambulatory hospitalization seems feasible when the organization in pre- and postoperative is anticipated with a high degree of satisfaction of the patients. The psychological impact of this radical surgery seems to be a factor to be taken into account and requires a meticulous selection of the patients.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

En France, le développement de la chirurgie ambulatoire connaît un certain retard par rapport aux pays Outre-Atlantique. La prise en charge en ambulatoire se définit par une hospitalisation de 24 heures pour les pays Outre-Atlantique alors qu'elle est inférieure à 12 heures en France. La pratique de la chirurgie sénologique en ambulatoire à l'institut Paoli-Calmettes a débuté en 2010 et représentait moins de 3 % de l'activité globale de sénologie contre 38 % en 2015. Sous l'incitation de la HAS et pour répondre à des contraintes économiques, la chirurgie ambulatoire en cancérologie mammaire s'est développée progressivement, en particulier pour les chirurgies conservatrices avec ou sans geste ganglionnaire [1]. L'étape suivante était d'élargir cette pratique aux chirurgies mammaires non conservatrices, en bénéficiant de l'expérience et de l'organisation déjà initiées. La réalisation de la mastectomie en ambulatoire ne pose pas de réel problème technique mais semble freinée par des contraintes organisationnelles, d'une part, et des difficultés d'acceptation et de vécu de la maladie, d'autre part [2].

Le but de cette étude a été d'analyser la faisabilité de l'hospitalisation ambulatoire (HA) ou de 24 heures (H24) pour le traitement du cancer du sein par mastectomie totale, ainsi que la satisfaction et les préférences des patientes par rapport à ces modalités d'hospitalisation.

## 2. Méthodes

Les patientes opérées d'un cancer du sein ayant nécessité une mastectomie totale associée ou non à un geste axillaire à l'institut Paoli-Calmettes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 30 juin 2015 ont été analysées dans une étude rétrospective observationnelle. Le recueil de données s'est fait grâce aux renseignements consignés dans les dossiers informatisés de chaque patiente. Deux modes d'hospitalisation de très courte durée ont été étudiés : l'hospitalisation ambulatoire qui se définit par une prise en charge inférieure à 12 heures et l'hospitalisation de 24 heures. Le choix du type d'hospitalisation était laissé à la discrétion du chirurgien et de l'anesthésiste lors de la consultation préopératoire, principalement en fonction des comorbidités et de la proximité géographique du domicile de la patiente, en accord avec la patiente informée.

Les critères étudiés ont été : l'âge, le score ASA, les comorbidités (l'IMC, le diabète, l'HTA et la prise d'anticoagulant), la distance par rapport au domicile (< 50, 51 à 99, > 100 km), les données opératoires (nombre de drains, cathéter pariétal, durée d'anesthésie ainsi que la réalisation ou non d'un geste axillaire), l'apparition de complications dans le mois suivant la chirurgie (abcès, hématome, lymphocèle) imposant ou non une hospitalisation avec reprise chirurgicale (Tableau 1).

Les critères d'exclusion étaient représentés par toute mastectomie totale avec reconstruction immédiate par prothèse définitive ou pose d'expandeur. Il était proposé pour chaque patiente, lors de la consultation d'anesthésie, la mise en place d'une anesthésie loco-régionale avec un cathéter pariétal disposé en peropératoire par une infusion continue de ropivacaïne. Un protocole d'utilisation du cathéter de perfusion cicatricielle a été établi avec une injection de 10 mL de ropivacaïne (Naropéine<sup>®</sup>) 7,5 mg/mL réalisée par l'opérateur en peropératoire dès la mise en place du cathéter (dose de charge) afin éviter toute obturation des

orifices du cathéter multiperforé. La perfusion est ensuite débutée avec un diffuseur à débit continu de 10 mL/h avec Naropéine<sup>®</sup> 0,2 % (2 mg/mL) de 200 mL pour une durée totale de 48 heures. La continuité des soins était effectuée par l'infirmière qui procédait à la surveillance et à l'ablation du cathéter au domicile de la patiente. Cette technique d'analgésie mini-invasive, à débit fixe par diffuseur élastométrique et cathéter muti-perforé dans la plaie opératoire, trouve son intérêt dans le traitement multimodal de la douleur aiguë en association avec les antalgiques conventionnels per os et dans la prévention de la douleur chronique. L'anti-bioprophylaxie était adaptée en fonction de la patiente et du type d'intervention, en suivant les recommandations de la SFAR [3].

Le protocole d'anesthésie générale était standardisé, associant une anesthésie intraveineuse à objectif de concentration par propofol et rémifentanyl, air-oxygène, kétamine à visée d'épargne morphinique et sans curarisation avec masque laryngé ou intubation oro-trachéale. Une prévention systématique du risque de nausée/vomissement était réalisée avec du dropéridol et du dexaméthasone.

Dans notre établissement, l'anticoagulation préventive par héparine de bas poids moléculaire pour une durée de 7 à 14 jours n'était pas systématique et dépendait notamment des comorbidités associées pour chaque patiente [4].

Dans un second temps, nous avons évalué la satisfaction des patientes en fonction du mode d'hospitalisation par un recueil téléphonique, réalisé entre juillet et août 2015, par deux chirurgiens du département, n'ayant pas opéré ni pris en charge

**Tableau 1**  
Description de la population et données opératoires.

	Population globale (%) n = 113	H24 (%) n = 84	HA (%) n = 29	p Chi <sup>2</sup>
<b>Âge (années)</b>				
Écart-type	57,4 ± 12,5			
< 50	37 (32,7)	26 (31)	11 (38)	0,69
51–75	70 (58,4)	51 (60,7)	15 (51,7)	
> 75	10 (8,8)	7 (8,3)	3 (10,3)	
<b>IMC (kg/cm<sup>2</sup>)</b>				
Écart-type	24,9 ± 4,5			
< 20	18 (15,9)	6 (22,2)	12 (14,6)	0,41
21–29	71 (63)	18 (66,7)	53 (64,6)	
> 30	20 (17,7)	3 (11,1)	17 (20,7)	
<b>Distance (km)</b>				
Écart-type	51,9 ± 136			
< 50 km	71 (62,8)	49 (59)	22 (75,9)	0,26
51–99 km	31 (27,4)	26 (31,3)	5 (17,2)	
> 100 km	10 (8,8)	8 (9,6)	2 (6,9)	
<b>Comorbidités</b>				
ASA 1	23 (20,4)	19 (22,9)	4 (13,8)	0,29
ASA 2	42 (37,2)	31 (37)	11 (38)	0,70
ASA 3	69 (61,1)	51 (60,7)	18 (62)	
ASA 3	2 (1,8)	2 (2,4)	0 (0)	
<b>Données opératoires</b>				
Chimiothérapie néo-adjuvante	42 (37,2)	33 (39,3)	9 (31)	0,42
Geste axillaire	82 (72,3)	61 (72,6)	21 (71,4)	
Ganglion sentinelle	14 (12,5)	8 (9,5)	6 (21,4)	0,22
Curage axillaire	67 (59,8)	53 (63,1)	14 (50,0)	
Drain	111 (98,2)	83 (98,8)	28 (96,6)	0,44
Cathéter pariétal	73 (66,4)	55 (75,3)	18 (69,2)	0,72

ASA : Anesthetic Physical Status Classification System ; km : kilomètres ; « distance » : entre le domicile et l'hôpital ; n : nombre ; comorbidités : HTA, diabète, prise anticoagulant ou aspirine.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926445>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926445>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)