



La lettre du réseau

www.saint-louis-reseau-sein.org

Lettre | N° 13

novembre | 2015

La chirurgie ambulatoire dans le cancer du sein

La chirurgie ambulatoire (CA) est une alternative à l'hospitalisation complète dont l'objectif est de permettre le retour à domicile du patient le jour même de son intervention : la durée d'hospitalisation ne dépasse pas 12 heures et il n'y a pas d'hébergement.

La CA est une pratique incontournable dont il est nécessaire pour sa bonne compréhension d'en rappeler les points principaux. Faire de la CA suppose que la qualité des soins délivrés aux patients est garantie. Cela n'est possible que parce que cette pratique est fortement encadrée (1) par différents textes du Code de la santé publique (CSP) mais aussi par des recommandations issues de différentes sociétés savantes et de la Haute Autorité en Santé (HAS) qui ont défini les critères à retenir afin de sélectionner les patients qui peuvent relever de la CA avec bénéfice (2). En effet, il faut le dire, la CA n'est pas adaptée à tous les cas. Il faut prendre en compte différents facteurs tenant au patient et à sa maladie pour décider qu'on peut faire une intervention en ambulatoire sans risque. La rigueur la plus grande doit procéder à la définition du parcours du patient (3) de son entrée dans l'unité de CA à sa sortie afin que

Saint-Louis Réseau Sein
1, avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS cedex 10
www.saint-louis-reseau-sein.org
01 42 49 47 48

sécurité et continuité des soins soient assurées.

La CA s'est imposée comme une référence dans de nombreux domaines en particulier dans la chirurgie du sein, mais ses limites doivent être bien notées (4).

Si l'ambulatoire est un progrès, ce mode de prise en charge n'est pas épargné par certaines controverses et des freins de la part de certains professionnels mais aussi de patients (5).

1) La chirurgie ambulatoire : une pratique encadrée

Le CSP pose des règles (articles D. 6124-301 et s.) qui doivent permettre de garantir la qualité de cette modalité de prise en charge des patients. Les prestations délivrées sont équivalentes en qualité à celles effectuées dans le cadre d'une hospitalisation classique.

Les structures qui pratiquent de la CA ont une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées qui disposent de leurs propres moyens en locaux, en matériel et en personnel. L'organisation

de ces unités doit éviter un trop grand déplacement des patients. Le plateau technique peut être commun avec les services conventionnels (unité intégrée) ou leur être propre (unité autonome).

Sur un même site, les structures de CA doivent assurer ; l'accueil et le séjour des patients ainsi que ceux des personnes qui les accompagnent ; l'organisation, la préparation et la mise en œuvre des protocoles de soins ; la surveillance et le repos de chaque patient (salle de réveil).

Au cours des heures d'ouvertures (moins de 12 heures) de la structure, les locaux de chaque unité ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité.

Chaque unité, pendant ses heures de fonctionnement, a un personnel dédié.

Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication doivent être disponibles en permanence. Il doit toujours être possible de procéder à un transfert pour une hospitalisation conventionnelle en cas de nécessité.

Les unités de CA doivent assurer la continuité des soins ; leur responsabilité ne s'arrête pas à la sortie du patient. Elles sont tenues d'organiser la permanence des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris le dimanche et les jours fériés, afin de répondre aux éventuelles complications pouvant survenir en post-opératoire et nécessitant des soins urgents et adéquats avec éventuellement une hospitalisation

complète. Les coordonnées de la structure assurant la permanence des soins doivent être fournies au patient lors de sa sortie.

L'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Saint Louis a ouvert en mars 2013. Il s'agit d'une unité intégrée : les patients sont opérés dans le bloc opératoire commun et bénéficient de la salle de réveil adossée à ce bloc. Elle comporte 12 places. En 2014, 24% de l'activité chirurgicale de l'hôpital Saint Louis a été effectuée en ambulatoire. Les patientes opérées d'une lésion mammaire bénigne ou maligne se voient proposer pour le lendemain de leur sortie une consultation auprès de l'infirmière de chirurgie référente dans la prise en charge des suites de la chirurgie du sein

2) La sélection des patients en chirurgie ambulatoire

La C.A est une chirurgie programmée qui ne peut être proposée à tout le monde. Il faut sélectionner les patients selon différents critères. Cette sélection est garante de la réussite d'une intervention en CA. Le patient est appréhendé dans la globalité de sa situation.

L'intervention doit avoir une durée relativement courte qui peut cependant aller jusqu'à 2 heures.

Les risques hémorragiques doivent être faibles. Les suites ne doivent pas être trop douloureuses- ou du moins la douleur doit pouvoir être maîtrisée assez simplement- ni entraîner un handicap trop important. Il faut que le patient puisse à son retour avoir une mobilité suffisante pour n'avoir besoin que d'une personne à ses côtés.

Six critères sociaux doivent être étudiés ; compréhension suffisante du patient, bonne capacité d'observance des consignes, conditions de logement correctes (ascenseur éventuellement, salle de bain...), disponibilité d'un accompagnant pour ramener le patient et rester avec lui la nuit suivant sa sortie,

éloignement du domicile du patient de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à son cas pour faire face à une éventuelle complication, accès au téléphone pour prendre contact avec le médecin de ville ou une structure de proximité.

Bien entendu comme dans toute décision concernant sa santé l'accord du patient s'impose au préalable après information suffisante (art. L. 1111-4 CSP) ; un patient peut toujours refuser une intervention en CA ce qui n'est pas rare.

Il faut aussi d'un point de vue anesthésique que le patient soit classé ASA 1 ou 2 (cf. infra). L'âge en soi n'est pas un critère d'exclusion.

Au regard de ces critères, on voit que la chirurgie du sein entre bien dans ce cadre ; elle est programmée, elle ne dure pas longtemps – de $\frac{3}{4}$ d'heures à 2 heures-, elle a un faible risque hémorragique, elle n'entraîne pas de douleur majeure ni de handicap important.

3) Parcours du patient lors d'une chirurgie ambulatoire

Le parcours du patient comprend trois temps qui doivent être parfaitement coordonnés.

Avant l'intervention

C'est lors de la consultation de chirurgie et d'anesthésie pré opératoire que se fait la sélection des patients en fonction de l'intervention mais aussi de l'existence de pathologies associées à sa maladie. Le patient sera classé en fonction des risques qu'il encourt. Cette classification appelée ASA (American Society of Anesthesiology) va de 1 (patient normal) à 4 (patient avec anomalie sévère représentant un risque vital) en passant par 2 (anomalie modérée) et 3 (anomalie sévère). Pour pouvoir bénéficier d'une CA il ne faut pas dépasser ASA 2. Les patients à haut

risque du fait de pathologies associées relèvent de la chirurgie conventionnelle. Il n'y a pas que des conditions médicales pour apprécier la faisabilité d'une CA ; il faut prendre en compte lors de la consultation de chirurgie le contexte social, familial du patient.

Prenons un exemple : une patiente a 80 ans, son mari 84 : elle veut de la CA pour le traitement conservateur de son cancer du sein. La question qui se pose est de savoir comment elle va faire quand elle sera rentrée chez elle : on peut craindre que son mari, qui a des difficultés à se déplacer ne puisse pas l'aider en cas de besoin. Il n'est pas souhaitable dans ce contexte de faire de la CA.

Parfois aussi on se rend compte qu'il n'y a personne dans l'entourage du patient ce qui fait aussi obstacle à la CA. Il faut dans tous les cas considérer les conditions de logement, l'entourage, les moyens de transports éventuels, la possibilité d'avoir une infirmière, la disponibilité du médecin traitant etc..., Il faut que quelqu'un raccompagne la patiente à sa sortie pour que l'ambulatoire puisse avoir lieu. Une personne doit venir la chercher, l'accompagner et rester présente aussi au domicile la nuit qui suit.

L'organisation de la sortie va être faite lors de la consultation préopératoire. L'AP-HP a mis en place un dossier médical spécifique pour la chirurgie ambulatoire qui est utilisé dans tous les hôpitaux du groupe. Il comporte les conseils pour la préparation cutanée pré opératoire (dépilation, douche..) qui doit avoir lieu la veille et le matin de l'intervention, à domicile. On y trouve aussi les ordonnances de sortie qui référencent les antalgiques, l'ablation des fils ou des agrafes, on organise le transport, l'arrêt de travail etc... Les différents documents et ordonnances sont remis aux patients. On prend aussi le temps d'écouter et de rassurer les patients. Le patient reçoit un appel téléphonique la veille de l'intervention qui lui donne une heure d'arrivée précise.

Le jour de l'intervention

Le jour J, tout va très vite : le personnel est en nombre, au courant de l'arrivée de chacun. Il vérifie que le dossier médical est complet, la préparation cutanée satisfaisante et aide le patient à se préparer pour le bloc opératoire.

Le parcours du patient passe par l'unité de chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire, la salle de réveil qui est souvent la même que celle pour les autres patients et le retour à l'unité de CA où l'on pratique un test de réveil avec un questionnaire et des cases que l'on coche. Il permet de définir ce que l'on appelle « l'aptitude à la rue ».

La sortie doit être validée par un médecin dédié. Un bulletin de sortie signé est remis au patient portant l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention.

Les différents documents, en particulier le compte rendu opératoire, le compte rendu d'hospitalisation, les ordonnances et l'arrêt de travail éventuel sont remis au patient avec les dernières consignes. On remet aussi une fiche comportant les coordonnées des professionnels et les numéros à joindre, 24 heures sur 24 en cas de complication urgente ou ressentie comme telle. On vérifie la présence de la personne accompagnante qui vient chercher le patient et bien entendu si il y a un problème médical le patient sera transféré en hospitalisation conventionnelle ce qui n'est pas forcément facile car il faut trouver un lit de libre dans l'hôpital. Le malade restera alors hospitalisé une nuit ce qui est souvent considéré par les patients et les soignants comme un échec de la technique qui est très mal vécu

Après l'intervention

Le lendemain matin, la patiente opérée reçoit systématiquement un appel téléphonique d'un membre de l'équipe de l'unité d'ambulatoire. Il y a chez nous, en plus le lendemain de l'intervention,

pour la chirurgie du sein, une consultation auprès de l'infirmière référente qui verra le pansement, évaluera la douleur, conseillera la malade et appellera le chirurgien si nécessaire.

Il faut être capable de recevoir le malade en cas de complications, c'est à dire avoir un médecin de garde, une équipe de garde et de pouvoir recevoir des urgences. A Saint Louis, les patients peuvent avoir recours aux urgences qui sont ouvertes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

L'interaction avec le secteur libéral est essentielle pour assurer la sécurité des patientes après leur retour à domicile. Le médecin traitant doit être informé de la date de l'intervention et pouvoir disposer de tous les comptes rendus soit par l'intermédiaire de la patiente soit par courriel adressé au moment de la sortie.

4) La chirurgie ambulatoire et la pathologie mammaire

La Sécurité sociale voit d'un bon œil le développement de la CA et a souhaité en faire la règle dans certains cas. Cela signifie que l'hospitalisation pour ces cas est soumise à un accord préalable de la SS (entente préalable).

Plus de 40 types d'interventions relèvent de l'entente préalable. En pathologie mammaire il s'agit de toutes les tumorectomies simples, que la lésion soit bénigne (adénofibrome par exemple) ou maligne (carcinomes in situ).

Au cas où la CA ne paraît pas possible pour une pathologie dont la SS a fait de la CA la norme, le médecin contacte la CPAM et une dérogation est possible si au moins un des critères suivants est noté ; ASA 3 ou 4, absence d'accès téléphonique en post opératoire, impossibilité d'avoir un accompagnant au domicile,

difficultés de compréhension du patient. Si aucun de ces critères n'est noté l'accord pourra être cependant donné par un médecin conseil de la CPAM.

Si seule la tumorectomie relève de principe de la CA, d'autres interventions peuvent être faites selon cette modalité au cas par cas.

Le plan cancer 2014-2019 - troisième plan cancer - stipule que la chirurgie ambulatoire pourrait concerner 50% de la chirurgie des cancers du sein qui sont, en raison du dépistage découverts à des stades de plus en plus précoces

Les données actuelles des centres de lutte contre le cancer, montrent qu'actuellement jour 17% des interventions pour cancer du sein sont faites en CA. Mais dans certains centres ce le chiffre de 50% semble atteint.

Il faut par ailleurs insister sur le fait que la chirurgie du cancer du sein comporte des contraintes organisationnelles supplémentaires car elle nécessite la coordination de plusieurs équipes : imagerie pour les repérages radiologiques ou échographiques, médecine nucléaire pour le ganglion sentinelle, anatomo-pathologie pour les examens extemporanés, éventuellement radiothérapie.

L'ambulatoire n'est pas valable pour toutes les patientes, c'est un choix individuel après une information adaptée selon le contexte. Il faut préserver les spécificités de la prise en charge du cancer du sein : l'éducation, l'information des patientes, le soutien psychologique doivent être pris en compte. Celles-ci peuvent très bien être organisées en ambulatoire. De nombreuses interventions concernant le traitement du cancer du sein peuvent, sans danger, relever de l'ambulatoire. A Saint-Louis nous pouvons proposer à certaines patientes une tumorectomie associée à la biopsie du ganglion sentinelle et à une radiothérapie per opératoire.

En ce qui concerne la mastectomie le débat est ouvert.

5) Controverses de la chirurgie ambulatoire

Pour les patients

La CA offre de nombreux avantages aux patients. En effet, la CA représente un apport important dans l'amélioration de la qualité des soins :

- diminution du risque d'infections nosocomiales contractées en cours d'hospitalisation
 - diminution du risque thrombo-embolique du fait de la mobilisation précoce
 - amélioration du confort pour le patient ; c'est mieux d'être chez soi qu'à l'hôpital
 - le malade devient plus un « acteur » de son traitement qu'en chirurgie conventionnelle
 - renforcement de l'information du patient
 - diminution de l'anxiété : moins de rupture avec le milieu familial, un personnel plus nombreux, donc souvent plus proche assurant une prise en charge plus personnalisée.
- Et tout cela avec la même qualité qu'en conventionnelle !

Pour la collectivité

Recourir à la CA est souvent présentée en premier lieu comme une source d'économie pour la SS selon un rapport de l'IGAS de 2015 ! Toutefois il a des difficultés à en évaluer le montant contrairement à ce qui est affirmé par la Ministre de la santé. Le rapport conclut que 50% à 60% de la chirurgie peut être faite en ambulatoire.

La question des coûts et des économies liés au développement de la CA sont difficiles à établir ; le rapport rappelle que dans un hôpital il faut faire des travaux pour construire l'unité d'ambulatoire : ceci demande au départ de mobiliser de l'argent avant d'enregistrer la moindre économie. Il faut donc investir ce qui pèse sur les budgets des hôpitaux. Sans compter la mise en conformité, la formation de personnel et des médecins, avec un besoin supérieur de personnel en ambulatoire qu'en hospitalisation complète. Par ailleurs, la durée des consultations pré opératoires de chirurgie et d'anesthésie est augmentée pour la CA ce qui impose un temps médical accru donc coûteux.

Pourtant la Ministre de la santé a pu annoncer qu'on allait faire une économie de millions d'euros grâce à l'ambulatoire !

Quels sont les freins au développement ?

La CA demande une réorganisation de l'hôpital et donc des moyens, qu'il s'agisse de moyens en locaux ou de moyens humains, une transformation des équipes, une uniformisation des pratiques des chirurgiens et des anesthésistes.

Les chirurgiens vont utiliser des techniques moins invasives, nécessitant parfois aussi des investissements en matériel. Ils doivent pouvoir se former à ces techniques et aussi modifier celles qu'ils ont apprises, par exemple mettre moins de drainage.

Il y a une réticence de certaines patientes portée par certaines associations alors que d'autres y sont très favorables.

Il faut aussi tenir compte du vieillissement de la population facteur de comorbidités mais aussi d'isolement; si personne n'est au côté de la patiente à domicile la CA n'est pas possible.

En conclusion, la chirurgie ambulatoire connaît un essor très important dans toutes les spécialités notamment dans le traitement du cancer du sein. Elle représente un challenge organisationnel majeur facteur d'amélioration de la qualité des soins. Elle ne peut cependant pas être proposée pour toutes les interventions de chirurgie mammaire ni à toutes les patientes. Elle représente pour un grand nombre d'entre elles un réel progrès. Malgré les incitations multiples son développement doit se faire en tenant compte des choix individuels.

Dr Edwige Bournstyn

Chirurgien

Centre des maladies du sein

Hôpital Saint-Louis AP-HP

Renseignements pratiques

Centre des maladies du sein

1, avenue Claude Vellefaux

75475 Paris Cedex 10

Bureau des rendez vous : 01 42 49 42 62

Europa Donna Forum France

14, rue Corvisart

75013 Paris

Téléphone : 01 44 30 07 66

Site : www.europadonna.fr

Vivre comme avant

14, rue Corvisart

75013 Paris

Téléphone : 01 53 55 25 26

Site : www.vivrecommeavant.fr