

La chirurgie du cancer du sein en ambulatoire

O. KADJAM, A. BENSETTI, K. BRAHMI SEDDIKI,
N. BACHIR BOUIADJRA,
Clinique Chirurgicale A,
CHU Benaouda Benzerdjeb, Oran, Université d'Oran 1.

Résumé

La chirurgie du cancer du sein relève d'une prise en charge pluridisciplinaire et nécessitait souvent une hospitalisation. Mais durant les dernières années, le concept de la chirurgie ambulatoire semble de plus en plus adapté à la chirurgie carcinologique du cancer du sein. Ceci découle de nombreux travaux qui ont démontré la faisabilité et la sécurité de la chirurgie sénologique en ambulatoire avec un moindre taux de complications postopératoires, une meilleure acceptation par les patientes permettant une réinsertion socioprofessionnelle rapide.

>>> Mots-clés :

Cancer du sein, chirurgie carcinologique, chirurgie ambulatoire.

Introduction

La chirurgie ambulatoire consiste en la réalisation d'actes médico-chirurgicaux programmés nécessitant une anesthésie et la sécurité d'un bloc opératoire, permettant au patient le retour à domicile le jour même de son entrée^[1]. Elle permet de réduire le taux d'infections nosocomiales tout en associant un meilleur vécu de l'intervention et une meilleure qualité de vie, et du point de vue économique, raccourcit la durée moyenne du séjour hospitalier.

Ce concept est apparu il y a cent ans en Ecosse par Nicoll qui a publié en 1909 une série de 8.988 enfants opérés en ambulatoire ; sortis le soir même. Il s'est développé de manière considérable dans les années 1960 aux USA, puis dans les pays de l'Europe du nord. La chirurgie ambulatoire n'a été autorisée en France qu'à partir de 1992, et a connu un vrai essor dans les années 2000^[1,2].

La chirurgie ambulatoire carcinologique s'est développée dans les deux dernières décennies et concerne un

Abstract

Breast cancer surgery is multidisciplinary and often requires hospitalization. But in recent years, the concept of outpatient surgery seems more and more adapted to oncological breast cancer surgery. This follows from numerous studies that have demonstrated the feasibility and safety of outpatient surgery with a lower rate of postoperative complications, better patient acceptance and rapid socio-professional reintegration.

>>> Key-words :

Breast cancer, breast surgery, same day surgery, outpatient procedure.

nombre limité de localisation tumorale ; il s'agit essentiellement du cancer du sein, des cancers des organes génitaux féminins et des cancers des voies aériennes digestives supérieures (VADS) en dehors des cancers cutanés. Elle est principalement réalisée chez des patients jeunes sans comorbidités importantes^[3].

Chirurgie du sein

Le cancer du sein représente le premier cancer chez la femme dans le monde. La prise en charge chirurgicale peut aller du traitement conservateur avec recherche du ganglion sentinelle à la mastectomie totale avec curage axillaire. Le dépistage organisé a permis un diagnostic à un stade plus précoce où le traitement conservateur est possible sur le plan mammaire.

Il a été démontré que ces traitements conservateurs sont réalisables en chirurgie ambulatoire sans pour autant altérer la qualité de vie et la sécurité des soins notam-

ment dans les pays anglo-saxons et nord-européens avec un taux de 78% aux USA, suivi du Canada (72%) et du Royaume Uni (70%) [4].

Il existe deux types d'actes chirurgicaux réalisables en ambulatoire avec un taux de faisabilité variable lié à la difficulté du geste et à l'impact psychologique :

- Chirurgie conservatrice : tumorectomie, quadrantectomie, zonectomie avec ou sans curage axillaire ou détection du ganglion sentinelle, avec ou sans oncoplastie.
- Chirurgie radicale : mastectomie totale avec ou sans curage axillaire.

Laurent & al., ont publié en 2016 une série de 396 patientes opérées, en ambulatoire, d'un cancer du sein in-situ ou infiltrant. Le type de chirurgie réalisée était dans 35,4% une chirurgie conservatrice du sein seule, 54% avec ganglion sentinelle ; 9,9% de curage axillaire et seulement 3 mastectomies (0,7%).

Le taux de conversion en hospitalisation conventionnelle était de 9,8% dont les principales causes étaient le drainage et la survenue d'hématome. Le taux de complications était de 3,7% représentées essentiellement par des hématomes et des infections du site opératoire (ISO). Le taux de conversion relevé dans la littérature est de 0-14% principalement lié au drainage [4].

Une méta-analyse de la Cochrane Database de 2013 évaluant l'intérêt du drainage après curage axillaire ne retrouvait pas de bénéfices en termes de prévention de lymphœdème, des infections ou des hématomes ni en termes de satisfaction des patientes [5]. Une meilleure organisation du soin post-opératoire et la modification des techniques opératoires en favorisant le capitonnage du creux axillaire et la suppression si possible du drainage, pourraient améliorer ce taux de conversion.

D'autres causes de conversions peuvent être retrouvées telles les nausées et vomissements postopératoires qui pourraient être diminués en modifiant la prise en charge anesthésique et les modalités de l'analgésie post-opératoire par des techniques multimodales (blocs para-vertébraux, hypno-analgésie) [6].

Le taux de satisfaction des patientes a été évalué dans une autre étude auprès de 467 patientes. La majorité des patientes étaient satisfaites de leur prise en charge.

La motivation des patientes pour une prise en charge de courte durée est importante [4]. Ceci peut s'intégrer dans une stratégie de raccourcissement de la durée d'hospitalisation avec un effet réel sur la qualité de vie de la patiente.

Cependant, les taux rapportés dans la littérature concernent des centres spécialisés en chirurgie sénologique, ce qui facilite la mise en place de la chirurgie ambulatoire. L'évaluation doit être effectuée par des études prospec-

tives multicentriques.

L'aspect organisationnel et la coordination entre les différents acteurs sont primordiaux pour un bon fonctionnement. Cette prise en charge est multidisciplinaire et nécessite un parcours de soins bien établi avant, pendant et après l'hospitalisation ; sans omettre la prise en charge psychologique de la patiente [7].

Les contraintes peuvent être en rapport avec la multiplication des intervenants (chirurgien, radiologue, pathologiste). Un travail de Dravet & al., l'a démontré : le taux de chirurgie ambulatoire est deux fois plus faible (15%) quand trois de ces intervenants étaient impliqués, que quand seul le chirurgien était impliqué (33%) [4,8].

Une fois réalisée, la chirurgie requiert une gestion de près des risques post opératoires, afin de minimiser au maximum la probabilité d'une ré-hospitalisation en urgence, toujours mal vécue par la patiente et sa famille. Ces risques sont représentés principalement par les accidents hémorragiques (hématomes), les lymphocèles, les infections du site opératoire et la douleur.

Ces risques sont d'autant plus importants que la chirurgie est majeure ; ce qui peut être évité par une surveillance plus étroite et un contrôle par le chirurgien opérateur à la sortie. Le taux de morbidité standard retrouvé dans la littérature européenne n'est pas statistiquement différent selon que le mode de prise en charge soit en ambulatoire ou en hospitalisation [4,7,8] ; à l'inverse de l'expérience américaine, où une cohorte réalisée par l'American College of Surgeons de 2005 à 2012, intéressant plus de 40.000 patientes ayant eu une chirurgie carcinologique du sein avec ou sans curage axillaire, a comparé le taux de morbidité post opératoire à 30 jours après chirurgie ambulatoire vs après une hospitalisation d'une journée vs une hospitalisation plus prolongée [9].

Sur les 40.000 patientes, 8.365 (20,6%) ont été opérées en ambulatoire, 23.252 (57,2%) ont passé une nuit à l'hôpital et 8.958 (22,2%) ont séjourné plus d'une nuit d'hospitalisation. La morbidité globale à 30 jours était de 4,7% avec une mortalité de 0,14%. Les patientes opérées en ambulatoire avaient une morbidité de 2,4% vs 3,9 après hospitalisation d'une nuit ; vs 8,8% en cas d'hospitalisation prolongée ($p < 0,0001$).

Les complications les plus fréquentes étaient liées à la plaie opératoire (hématome, hémorragie, infection) suivies des complications respiratoires, thromboemboliques, rénales et cardiaques. Des facteurs de risque comme l'âge avancé, l'IMC, le tabac, le diabète, le statut ASA, une chirurgie majeure, un cancer métastatique et une chirurgie bilatérale ont été associés à un taux plus important de complications postopératoires.

C'est la plus grande étude sur la sécurité de la chirurgie

ambulatoire en matière du cancer du sein, elle a montré un taux de complications significativement plus élevé chez les patientes hospitalisées. Ces données suggèrent que la chirurgie du cancer du sein peut être pratiquée en ambulatoire avec sécurité chez des patientes parfaitement sélectionnées^[9,10].

D'un autre côté, l'information de la patiente est primordiale pour l'acceptation de ce mode de prise en charge. Ceci est ressorti dans les travaux de Chung & al., qui ont évalué les facteurs de satisfaction des patientes de la prise en charge ambulatoire^[11]. Cette information préopératoire permet d'une part à la patiente d'être un acteur à part entière dans sa prise en charge et d'autre part une approche psychologique plus facile.

Ainsi, l'ambulatoire permet un retour plus rapide à la vie socioprofessionnelle chez des patientes relevant d'une prise en charge multidisciplinaire prolongée, sans pour autant banaliser le cancer du sein.

Conclusion

La chirurgie du cancer du sein est parfaitement codifiée avec un faible taux de complications, pouvant être pratiquée en ambulatoire chez des patientes sélectionnées ayant peu de comorbidités. Elle impose cependant certaines contraintes organisationnelles qui peuvent être palliées par une meilleure coordination entre les différents intervenants qui doivent être formés afin d'assurer une prise en charge optimale.

La chirurgie ambulatoire du cancer du sein apporte la même qualité de soin et la même sécurité qu'en hospitalisation conventionnelle avec respect des prescriptions et des recommandations thérapeutiques ; en plus d'une réinsertion socioprofessionnelle rapide, une meilleure acceptation de la maladie et un gain économique majeur, en réduisant la durée moyenne du séjour hospitalier.

Date de soumission

05 Septembre 2019.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Rapport de l'AFC 2017 : chirurgie ambulatoire générale et digestive. Septembre 2017
2. Willetts IE, James H, Nicoll : pioneer paediatric surgeon. Ann R Coll Surg Engl 1997;79 (4 Suppl.):164-7.
3. La chirurgie ambulatoire dans le cancer - Evolutions de 2010 à 2015, Fiche d'analyse, collection Les Données, INCa, avril 2018
4. A-C Laurent, D. Mouttet, M. Renou, L. Wintz, V. Fourchette, J-G Féron, et al. La chirurgie du cancer du sein en ambulatoire est faisable et fiable de nos jours : étude portant sur 396 patientes. Bull Cancer 2016; 103: 928-934
5. Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast. Cochrane Database Syst Rev 2013;10:CD006823.
6. Weltz CR, Greebgrass RA, Lyrly HK. Ambulatory surgical management of breast carcinoma using paravertebral block. Ann Surg 1995; 220: 19-26
7. B. Gachon, C. Nadeau, X. Fritel. Est-il possible d'augmenter la part ambulatoire en chirurgie conservatrice du sein ? Bull Cancer 2015; 102: 1002-1009
8. Dravet F, Belloin J, Dupre PF, Francois T, Robard S, Theard JL, et al. Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénologique. Étude prospective de faisabilité. Ann Chir 2000;125:668-76.
9. E. Cordeiro et al. Same-Day Major Breast Cancer Surgery is Safe: An Analysis of Short-Term Outcomes Using NSQIP Data. Ann Surg Oncol DOI 10.1245/s10434-016-5128-0
10. Medina Velazquez R, Jimenez Diaz L, Fernandez Carrion J, Rosas Bermudez C, Miralles Curto M, Acosta Merida MA, et al. Major Ambulatory Surgery for the Treatment of Breast Cancer: Factors Conditioning Conversion to Conventional Hospitalization. Cir Esp. 2019; 97:40-45.
11. Chung KC, Jennifer, yra Kim HH, Wilkins EG. Predictors of satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic. Ann Plast Surg 1999; 42: 56-60.

Retrouvez tous les numéros de l'année 2019
sur www.el-hakim.net



 [elhakim.revuemedicale](https://www.facebook.com/elhakim.revuemedicale)

 [el_alg](https://twitter.com/el_alg)

 [linkedin.com/in/el-hakim](https://www.linkedin.com/in/el-hakim)

 [elhakimmedecine](https://www.instagram.com/elhakimmedecine)