



HAL
open science

Facteurs limitant la prise en charge ambulatoire en chirurgie mammaire

Philippe Rauch, Julia Salleron, Julie Buhler, Léa Leufflen, Frédéric Marchal

► To cite this version:

Philippe Rauch, Julia Salleron, Julie Buhler, Léa Leufflen, Frédéric Marchal. Facteurs limitant la prise en charge ambulatoire en chirurgie mammaire. *Bulletin du Cancer*, 2019, 106, pp.1115-1123. 10.1016/j.bulcan.2019.08.018 . hal-03488395

HAL Id: hal-03488395

<https://hal.science/hal-03488395v1>

Submitted on 21 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Facteurs limitant la prise en charge ambulatoire en chirurgie mammaire.

Factors limiting outpatient management in breast surgery.

Philippe Rauch^{1*}, **Julia Salleron**², **Julie Buhler**¹,
Léa Leufflen¹, **Frédéric Marchal**^{1,3}

1. Département de chirurgie, Institut de Cancérologie de Lorraine, Université de Lorraine, Vandoeuvre les Nancy
2. Département de biostatistiques, Institut de cancérologie de Lorraine, Vandoeuvre les Nancy
3. CRAN, UMR 7039, Université de Lorraine, CNRS Vandoeuvre-les-Nancy

* Correspondance : Philippe RAUCH. Institut de Cancérologie de Lorraine, 6 avenue de Bourgogne. 54511 Vandoeuvre les Nancy
mail : p.rauch@nancy.unicancer.fr

Présentation orale au Congrès de la SFSPM Avignon 7-9 novembre 2018

Résumé

Introduction : La chirurgie mammaire carcinologique regroupe des interventions de durée courte et à faible morbidité, accessibles pour la plupart à un mode de prise en charge ambulatoire. **Méthodes** : Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective, monocentrique portant sur 1 735 patientes opérées entre le 1er juillet 2015 et le 31 décembre 2017 d'une intervention mammaire ou ganglionnaire axillaire. Une étude comparative a été réalisée, portant sur deux groupes de patientes traitées soit sur un mode ambulatoire, soit en hospitalisation conventionnelle, afin de rechercher les principaux facteurs médico-sociaux pouvant constituer des freins à cette modalité ambulatoire. **Résultats** : 992 patientes ont été prises en charge en chirurgie ambulatoire et 743 en chirurgie conventionnelle. L'âge moyen du groupe ambulatoire était de 56,9 ans ($\pm 11,2$), versus 65,9 ans ($\pm 13,5$) dans le groupe hospitalisation conventionnelle. Treize séjours (1,3 %) ont dû être convertis en hospitalisation conventionnelle. Les principaux facteurs limitant la prise en charge ambulatoire sont l'âge ≥ 70 ans, un IMC ≥ 25 , l'isolement de la patiente, la réalisation d'une mastectomie totale, la pose d'un drainage. **Conclusion** : Du fait de contraintes sociales, médicales ou psychologiques, le taux de chirurgie mammaire ambulatoire reste dans notre pratique, stable au cours des dernières années à 56 %. Certaines pistes d'amélioration peuvent être envisagées, mais il est probable que l'augmentation de ce taux ne se fasse que de façon très progressive dans les années à venir.

Mots-clés : Chirurgie ambulatoire ; Cancer du sein

Summary

Introduction: Breast cancer surgery associates interventions of short duration and low morbidity, mostly accessible for outpatient management. **Methods**: We performed a descriptive, retrospective, monocentric study involving 1 735 patients operated between 1er juillet 2015 and 31 décembre 2017 of a mammary or axillary lymph node procedure. A comparative study was carried out, involving 2 groups of patients treated either on an outpatient or conventional hospitalization mode, in order to find the main medico-social factors that could constitute barriers to this ambulatory modality. **Results**: 992 patients were treated in outpatient surgery and 743 in conventional surgery. The mean age of the ambulatory group was 56.9 years (± 11.2), versus 65.9 years (± 13.5) in the conventional hospitalization group. Thirteen stays (1.3 %) had to be converted into conventional hospitalization. The main factors limiting outpatient management are age ≥ 70 years, BMI ≥ 25 , isolation of the patient, total mastectomy, and drainage. **Conclusion**: Because of social, medical or psychological constraints, the rate of outpatient breast surgery remains in our practice, stable in recent years at 56 %. Some ways of improvement can be envisaged, but it is likely that this rate will only increase in a very gradual manner in the years to come.

Keywords: Breast Cancer surgery ; Ambulatory surgery ; Day Surgery

Introduction

Le plan cancer 2014-2019 [1] a proposé de préciser les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire et d'inscrire ces actes dans une politique d'incitation tarifaire, avec un objectif de 50 % de la chirurgie des cancers du sein en ambulatoire en 2020. Pour ces actes de chirurgie réalisés en ambulatoire et ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, il a été proposé l'inscription dans une politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation avec mise en place d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins [2]. Les principaux enjeux sont une réduction des dépenses de santé, et sur le plan médical, une réduction des complications thromboemboliques et infectieuses. Nous rapportons notre expérience de ce mode de prise en charge débuté en janvier 2014.

L'objectif de notre étude était de décrire l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire au cours du temps et de déterminer les freins persistants à ce mode de prise en charge en comparant les données cliniques et sociales de patientes opérées d'une chirurgie mammaire selon un mode d'hospitalisation ambulatoire ou conventionnelle.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée à l'Institut de Cancérologie de Lorraine. Les inclusions ont débuté le 1er janvier 2014, date de l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire, et se sont terminées le 31 décembre 2017. Les indications opératoires se sont progressivement élargies au cours du temps. Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes prises en charge pour une pathologie mammaire ou ganglionnaire axillaire, en excluant les chirurgies sous anesthésie locale, les chirurgies bilatérales qui présentent un caractère invalidant supplémentaire, et l'ensemble des procédures de chirurgies plastiques. Nous avons ainsi exclu les gestes de lipofilling ou de reconstruction

aréolaire, toutes les procédures de reconstruction primaire ou secondaire prothétique, par lambeau musculocutané, ou lambeau libre, l'ensemble de ces procédures reflétant des gestes de complexité très diverses, parfois réalisés à un autre temps de la prise en charge (reconstructions différées). Les pathologies concernées étaient les carcinomes mammaires infiltrants ou *in situ*, et les lésions frontières. Les contre-indications retenues à la chirurgie ambulatoire ont concerné les patientes sous traitement anticoagulant, aux antécédents de pathologie cardiaque ou psychiatrique, en situation d'isolement le soir de l'intervention, ou présentant une barrière linguistique ou psychique.

Pour l'hospitalisation conventionnelle, les patientes étaient hospitalisées la veille de l'intervention et quittaient le service en général le lendemain matin du geste chirurgical. Le protocole de prise en charge en ambulatoire a comporté la prescription d'ordonnances et de soins infirmiers lors de la consultation chirurgicale, une information complémentaire par une infirmière du dispositif d'annonce, et la prescription d'antalgiques lors de la consultation d'anesthésie. Des documents d'information ont été remis sous forme d'un « dossier ambulatoire ». La veille de l'intervention (J-1), l'équipe soignante de l'unité ambulatoire vérifiait téléphoniquement qu'aucun élément nouveau ne remettait en cause la prise en charge ambulatoire, elle rappelait les consignes préopératoires : jeûne et douche avec antiseptique le matin de l'intervention, arrêt de certains traitements, l'heure de convocation à l'hôpital et l'heure approximative de sortie. En cas de recherche de ganglion sentinelle, l'appel se faisait à J-2, cette détection comportant une lymphoscintigraphie préopératoire systématique réalisée la veille de l'intervention. Lorsqu'un repérage radiologique était nécessaire, il était effectué la veille de l'intervention s'il était associé à une détection de ganglion sentinelle, ou le matin de l'intervention s'il s'agissait d'une procédure isolée. Le jour de l'intervention, un bloc anesthésique paravertébral était effectué en salle d'intervention, en cas de

mastectomie totale ou de chirurgie s'accompagnant d'un geste ganglionnaire. Cette analgésie était remplacée ou confortée par un bloc interpectoral chez certaines patientes. En cas de mastectomie partielle isolée, une infiltration locale à la Naropéine était préconisée. Un drainage était laissé en place en cas de mastectomie totale, de curage axillaire et lorsque le chirurgien le considérait nécessaire. Une antibiothérapie par Cefazolidine 2 g ou association Dalacine 600 mg et Gentamicine 40 mg était réalisée en début d'intervention en cas de mastectomie totale ou de curage axillaire. L'heure de sortie était définie par le chirurgien après réalisation du score de Chung [3] : Ce score était élaboré à partir de 5 critères (Variation des constantes vitales (tension artérielle, pulsations), activité mentale et déambulation, douleurs, nausées vomissements, saignement chirurgical) avec une cotation de chaque critère de 0 à 2 points. La sortie était autorisée si le score était supérieur ou égal à 9, après remise à la patiente du compte rendu opératoire, de l'arrêt de travail et vérification de l'existence d'ordonnances d'antalgiques et de consignes pour une infirmière à domicile. Le retour au domicile se faisait en s'assurant de la présence d'un accompagnant. Un numéro d'appel téléphonique était remis afin de signaler une anomalie ou une complication pouvant justifier une réhospitalisation. L'appel du lendemain (J + 1) réalisé par une infirmière permettait, à l'aide d'une check-list d'interroger la patiente sur ses symptômes douloureux, son vécu, et de dépister d'éventuelles complications précoces.

Les résultats sont donnés en intention de traiter. Ils ont été exprimés en pourcentage pour les variables qualitatives et en moyennes \pm écart-type pour les variables quantitatives. Le taux de recours à l'hospitalisation en ambulatoire en fonction du temps a été décrit par période de 6 mois. Pour déterminer les freins persistants au recours à l'ambulatoire, ont été analysées les patientes opérées à partir du 1er juillet 2015, soit 18 mois au-delà de l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'exclure la période nécessaire au changement de pratique. La comparaison des

deux groupes a été faite en utilisant des tests de Chi² de Pearson ou des tests exacts de Fisher pour les variables qualitatives et par un test de Student pour les variables quantitatives. Les paramètres ayant un niveau de significativité < 0,10 en analyses bivariées ont été inclus dans un modèle de régression logistique multivarié avec une *backward selection*. La stabilité du modèle retenu a été étudiée par ré-échantillonnage *Bootstrap*. Le pouvoir discriminant du modèle a été évalué par l'aire sous la courbe ROC. L'ensemble des analyses a été mené à l'aide du logiciel SAS, version 9.4. (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.) Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

Résultats

Du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2017, 3 318 patientes ont été prises en charge à l'Institut de Cancérologie de Lorraine pour une chirurgie mammaire ou ganglionnaire axillaire. Parmi elles, nous avons retenu 2 634 interventions après exclusion des chirurgies pour tumeur bénigne, des gestes de reconstruction mammaire immédiate ou différée et des chirurgies bilatérales. L'étude descriptive de l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire au cours du temps a montré qu'après une période d'environ 18 mois, il existait une stabilité globale des indications avec un plateau aux alentours de 56 % de chirurgie ambulatoire (Figure 1). Ces constatations nous ont amenés à n'étudier que les interventions réalisées à partir du 1er juillet 2015, afin de connaître les freins persistants et d'estimer si une marge de progression était envisageable. Mille sept cent trente-cinq patientes ont finalement été retenues. Parmi elles, 992 ont été prises en charge en unité de chirurgie ambulatoire et 743 en hospitalisation conventionnelle. L'âge moyen était de 56,9 ans ($\pm 11,2$) dans le groupe unité de chirurgie ambulatoire et de 65,9 ans ($\pm 13,5$) dans le groupe hospitalisation conventionnelle ($p < 0,0001$).

L'analyse bivariée retrouve un certain nombre de différences attendues entre les deux groupes, compte tenu de la sélection effectuée lors de la consultation initiale. L'âge avait ainsi un rôle important dans la sélection puisque seulement 27,9 % des patientes âgées de plus de 70 ans ont accédé à la chirurgie ambulatoire (Tableau 1. Figure 2). L'index de masse corporelle (IMC), qui est corrélé à un certain nombre de comorbidités est plus élevé dans le groupe hospitalisation conventionnelle, et l'isolement social y est plus fréquent (Tableau 1), un certain nombre de patientes trouvant toutefois un accompagnant le soir de l'intervention. Sur le plan des indications chirurgicales, on retrouve d'une façon générale dans le groupe unité de chirurgie ambulatoire les interventions à moindre risque opératoire, moins hémorragiques, moins traumatisantes (Tableau 2). On relève ainsi moins de chimiothérapies préopératoires dans le groupe unité de chirurgie ambulatoire, plus de mastectomies partielles, plus de chirurgies avec procédures sentinelles, moins de gestes avec curage axillaire, plus de chirurgies sans drainage. Cinq cent cinquante et une patientes (55,5 %) avaient eu une procédure sentinelle en unité de chirurgie ambulatoire versus 313 (42,1 %) en hospitalisation conventionnelle ($p < 0,0001$). Le ganglion sentinelle était associé à un repérage radiologique pour 366 patientes (36,9 %) en unité de chirurgie ambulatoire versus 158 (21,3 %) en hospitalisation conventionnelle ($p < 0,001$).

Cent quatre-vingt-treize patientes (19,5 %) avaient eu un repérage isolé sans ganglion sentinelle le matin de l'intervention en unité de chirurgie ambulatoire versus 78 (10,5 %) en hospitalisation conventionnelle ($p < 0,001$). Enfin 185 patientes (18,6 %) ont eu une procédure de ganglion sentinelle isolée sans repérage radiologique en unité de chirurgie ambulatoire versus 155 (20,9 %) en hospitalisation conventionnelle ($p = \text{NS}$). Nous n'avons pas retrouvé d'impact du lieu de résidence des patientes par rapport à l'établissement (Tableau 3). La distance moyenne entre le domicile de la patiente et l'hôpital n'est pas différente entre le groupe unité de

chirurgie ambulatoire et le groupe hospitalisation conventionnelle (60 km vs 61 km $p=0,7$). Le département d'habitation qui influe sur l'environnement médical, n'est également pas différent entre les deux groupes.

En analyse multivariée, les facteurs corrélés à une hospitalisation conventionnelle, sont l'âge ≥ 70 ans, un IMC ≥ 25 , un isolement social, une mastectomie totale, et la présence d'un drainage (Tableau 4). Avec ces critères, l'aire sous la courbe ROC était de 0,80, correspondant à un bon pouvoir discriminant du modèle.

En cas de chirurgie ambulatoire, le retour au domicile se faisait en moyenne 6,2 heures après la chirurgie avec un accompagnant. Treize séjours (1,3 %) ont dû être convertis en hospitalisation conventionnelle. Les causes étaient cinq fois d'ordre chirurgical (hématomes), deux fois d'ordre organisationnel (heure de sortie tardive), six fois pour une autre raison : deux crises convulsives, une crise d'anxiété, un pneumothorax post-bloc anesthésique paravertébral, un choc anaphylactique, une bradycardie, cinq patientes ont été réhospitalisées dans les 30 jours post-opératoires en raison d'une complication. Il s'agissait de trois patientes qui ont dû être réopérées d'un hématome à J1, J6 et J13, d'une patiente opérée à J10 d'un abcès axillaire et d'une autre hospitalisée pour suspicion d'embolie pulmonaire.

Discussion

Aux USA, en 2002, le taux d'ambulatoire était de 77,8 % pour les chirurgies conservatrices mammaires et de 19,4 % pour les mastectomies totales [4]. Ce taux était de 24,2 % avant 2014 dans une série italienne [5] où les indications étaient limitées aux chirurgies conservatrices. En France, il était globalement de 12 % en 2012, de 38 % à 57 % en 2015 [6-8], et ce taux est en constante augmentation.

La chirurgie ambulatoire est plus volontiers pratiquée chez des patientes jeunes, en activité, ayant des enfants. On constate une différence moyenne d'âge de près de

9 ans dans notre série, et de 7,8 ans dans celle de Gachon [9]. En dehors de l'âge, les autres freins retrouvés dans la littérature sont l'éducation, la crainte de la douleur ou d'une complication post-opératoire. Les progrès de l'anesthésie dans la gestion de la douleur et en particulier l'apport du bloc anesthésique paravertébral ont permis de diminuer le nombre d'hospitalisation conventionnelle et le coût de la chirurgie mammaire [10]. Le taux de complications décrit après bloc anesthésique paravertébral est de 3,4 %. L'apport du bloc anesthésique paravertébral n'apparaît pas significatif pour les gestes de mastectomies partielles et ne permet pas de réduire la durée d'hospitalisation pour ce type de geste, contrairement à la chirurgie par mastectomie totale ou avec geste ganglionnaire. L'intérêt des blocs anesthésiques paravertébraux serait par ailleurs de réduire le recours aux morphiniques et de diminuer ainsi les nausées et vomissements post-opératoires [11].

Concernant le type de chirurgie, le recours à une mastectomie totale est souvent un frein psychologique [12], pour le chirurgien comme pour la patiente, même si le risque opératoire réel est peu différent de celui d'une mastectomie partielle. L'anxiété est souvent plus marquée chez les patientes en ambulatoire, et Lobelle [6] constate chez 113 patientes opérées d'une mastectomie totale, un taux de satisfaction identiques, mais une anxiété plus marquée dans le groupe ambulatoire qu'il rapporte à la nécessité d'une sortie avec redons. La nécessité d'un drainage axillaire reste pour certains auteurs un facteur de conversion [13]. Dans l'étude de Laurent [7] portant sur 396 patientes opérées, le taux de conversion en hospitalisation conventionnelle est de 9,8 %, justifié dans 61.5 % par la nécessité d'un drainage axillaire. Il est cependant tout à fait possible de laisser les patientes rentrer à domicile avec un drainage en place, en particulier en cas de curage axillaire. L'étude de Divino [14] confirme alors la nécessité d'un drainage axillaire d'au moins

24 heures dans cette indication, évitant ainsi un taux de réadmissions imprévues de 40 % dans le groupe ambulatoire sans drainage.

Gachon [9] retrouve un impact de la distance hôpital-domicile alors que la distance moyenne apparaît pourtant faible (27,8 km en unité de chirurgie ambulatoire vs 39,5 en hospitalisation conventionnelle $p < 0,02$). Dans la série milanaise [5], la sélection des patientes est effectuée sur le temps nécessaire au trajet avec une limite de 60 minutes de trajet. À l'inverse, Guinaudeau [15] ne retrouve pas de différence en fonction de la durée du trajet, ou de la distance domicile - hôpital dans un groupe de 182 patientes opérées d'une mastectomie partielle avec ganglion sentinelle. Nous n'avons pas non plus retrouvé de limite à l'ambulatoire, en fonction du lieu de résidence des patientes, qu'il existe ou non un repérage préopératoire, une procédure de ganglion sentinelle ou l'association de ces deux techniques.

Dans notre pratique, une lymphoscintigraphie est systématiquement réalisée après procédure sentinelle, pour authentifier le nombre de ganglion sentinelle à rechercher. Compte tenu de la durée de l'ensemble de la procédure sentinelle dans le service de Médecine Nucléaire, on ne peut envisager une intervention sous anesthésie générale au cours de la même journée. L'alternative consiste à effectuer l'injection de l'isotope sans réaliser d'imagerie complémentaire, mais nous n'avons pas retenu ce procédé, considérant qu'il s'accompagne d'une perte d'informations utiles à la prise en charge chirurgicale.

Le type de chirurgie (Mastectomie totale versus Mastectomie partielle) semble plus impactant que l'organisation du séjour. Le taux de chirurgie ambulatoire rapporté dans cette série (56 %) peut paraître bas, mais nous avons exclu l'ensemble des chirurgies plastiques et en particulier les gestes de lipofilling, de reconstruction aréolaire ou de changement prothétique, en incluant à l'inverse les chirurgies mammaires radicales avec curage, qui ne sont pas toujours retenues dans les séries de la littérature.

L'alternative à une hospitalisation conventionnelle peut être l'hospitalisation à J0 en cas de contre-indication à une chirurgie ambulatoire. Cette solution peut en particulier être envisagée chez les patientes seules à domicile le soir de l'intervention ou nécessitant une surveillance particulière. En cas de chirurgie avec repérage et/ou ganglion sentinelle, un hébergement hors hôpital (avec un forfait à charge de la sécurité sociale ou de la mutuelle) la veille de l'intervention peut être une solution afin de limiter les déplacements pour les patientes éloignées de l'établissement. De même, une organisation plus resserrée des rendez-vous pour les patientes ayant en particulier un repérage couplé à une procédure sentinelle dans des services hospitaliers éloignés, doit permettre de fluidifier le parcours patient.

A ces contraintes de lieu et de temps, se surajoute un frein psychologique : 20 % des patientes préfèrent une hospitalisation conventionnelle, du fait de raisons personnelles, familiales, ou d'appréhension [16]. Au stress de l'intervention, se surajoute la veille de l'intervention ambulatoire, celui du trajet supplémentaire, des horaires à respecter, en particulier pour les patientes habitant loin de l'hôpital. Ce stress peut être minoré par l'appel téléphonique des soignants. Nous n'avons pas utilisé dans cette série de questionnaires permettant d'évaluer l'anxiété préopératoire des patientes.

Le taux de complications ou de conversions varie entre 3,5 % et 4,9 % [5,7]. Les raisons principales à ces conversions sont d'ordre anesthésique (troubles du rythme, analgésie insuffisante...) ou chirurgical (hématome) ou organisationnel (heure de sortie trop tardive...). Le taux de réadmissions après chirurgie ambulatoire est faible dans la plupart des séries, donné entre 1,2 % - 7,8 % [7,17,18], ce qui correspond à notre expérience.

La plupart des études montrent un haut degré de satisfaction des patientes avec cette approche [18-20] et une réduction de l'anxiété et de la dépression [21]. Un

certain nombre d'améliorations peuvent être envisagées dans le cadre de la prise en charge ambulatoire. Le délai d'attente avant l'intervention et la sortie sont les causes les plus fréquentes d'insatisfaction [22]. Il reste souvent à améliorer le respect de l'intimité des patientes en unité de chirurgie ambulatoire avec des locaux dédiés [15]. Le faible taux de complications et de réhospitalisations après curage axillaire ou mastectomie totale doit permettre de lever un certain nombre de réticences. D'autres solutions intermédiaires sont utilisables, en particulier l'hospitalisation d'une journée (23 heures pour les anglo-saxons), pouvant favoriser le développement des indications à plus haut risque, en particulier dans la chirurgie de reconstruction mammaire. Cependant, l'élargissement des indications opératoires au profit de patients plus à risque ne doit pas faire oublier la sécurité et ne pas imposer une surveillance à domicile avec une organisation des soins aléatoire en fonction du lieu de résidence. Concernant le drainage axillaire, celui-ci ne doit pas rester un frein à la chirurgie ambulatoire. Si le drainage prolongé paraît nécessaire en cas de mastectomie totale avec curage, le recours à un drainage de courte durée sur une journée pourrait être envisagé pour les chirurgies de type mastectomie partielle avec curage ou curage isolé [23].

Enfin, le développement de la télémédecine et le recours à des applications mobiles [24] pourront permettre de participer à distance au suivi post-opératoire et au lien ville-hôpital et favoriser la chirurgie ambulatoire en réduisant les sources d'inquiétude post-opératoire, avec une satisfaction identique pour les patientes. Toutefois, sur le plan médical, le choix final doit rester modulable selon l'appréciation du chirurgien, de l'anesthésiste et de la patiente.

Conclusions

La chirurgie du cancer du sein est compatible avec une prise en charge ambulatoire, du fait des progrès de l'anesthésie locorégionale et d'une maîtrise de la douleur post-

opérateur, grâce en particulier au bloc anesthésique paravertébral. Le principal risque demeure le risque hémorragique post-opératoire, en général limité à la constitution d'un hématome, dont le diagnostic est le plus souvent fait de façon précoce avant le retour à domicile.

Notre étude constate une évolution rapide du changement des pratiques : Dans notre pratique, 18 mois sont suffisants pour modifier la prise en charge des patientes au profit de l'ambulatoire, temps nécessaire à un changement progressif des mentalités de la population médicale et des patientes. Ce seuil de 18 mois ne reflète toutefois que notre expérience et ne correspond pas à une durée validée de la littérature.

Sur le plan des gestes chirurgicaux, on peut penser qu'il ne reste que peu de limitation à l'ambulatoire, dès lors que les risques hémorragique et infectieux sont maîtrisés, ainsi que la prise en charge de la douleur.

Cependant, certains facteurs restent limitants : L'âge, corollaire d'un risque d'isolement et de comorbidités, ainsi que le type de chirurgie (radicale ou avec curage ganglionnaire) source d'appréhension de la part des patientes et des chirurgiens et de pose de drainage(s). Notre expérience va en ce sens avec un plafonnement du taux d'ambulatoire aux alentours de 56 % dans notre pratique. Certaines pistes d'amélioration peuvent être envisagées, mais il est probable que l'augmentation de ce taux ne se fasse que de façon très progressive dans les années à venir.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun lien d'intérêt à déclarer.

Légendes des tableaux et figures

Tableau 1. Analyse bivariée des facteurs médico-sociaux liés au mode d'hospitalisation

Tableau 2. Analyse bivariée des facteurs chirurgicaux corrélés au mode d'hospitalisation

Tableau 3. Analyse bivariée des facteurs géographiques liés au mode d'hospitalisation

Tableau 4. Analyse multivariée des facteurs liés au mode d'hospitalisation

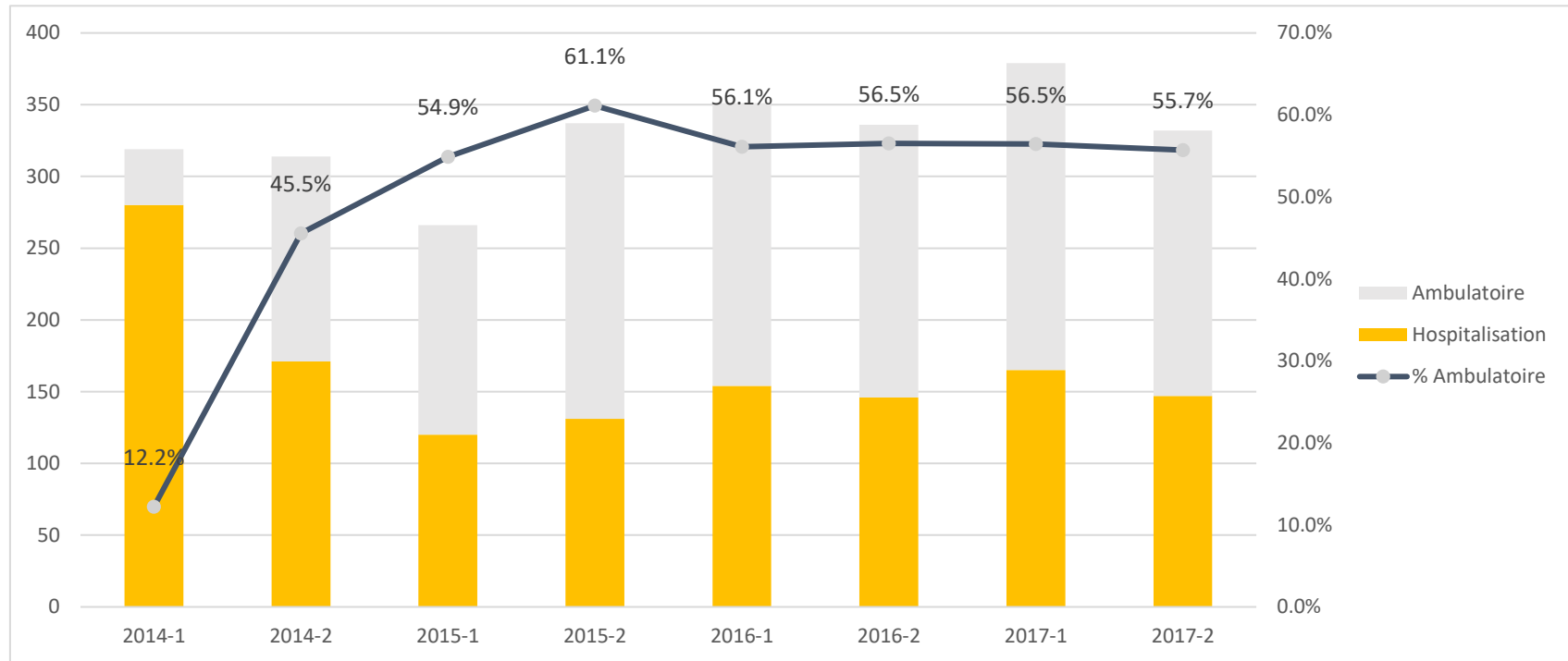
Figure 1. Évolution semestrielle des pratiques entre 2014 et 2017

Figure 2. Part de la chirurgie ambulatoire en fonction de la tranche d'âge

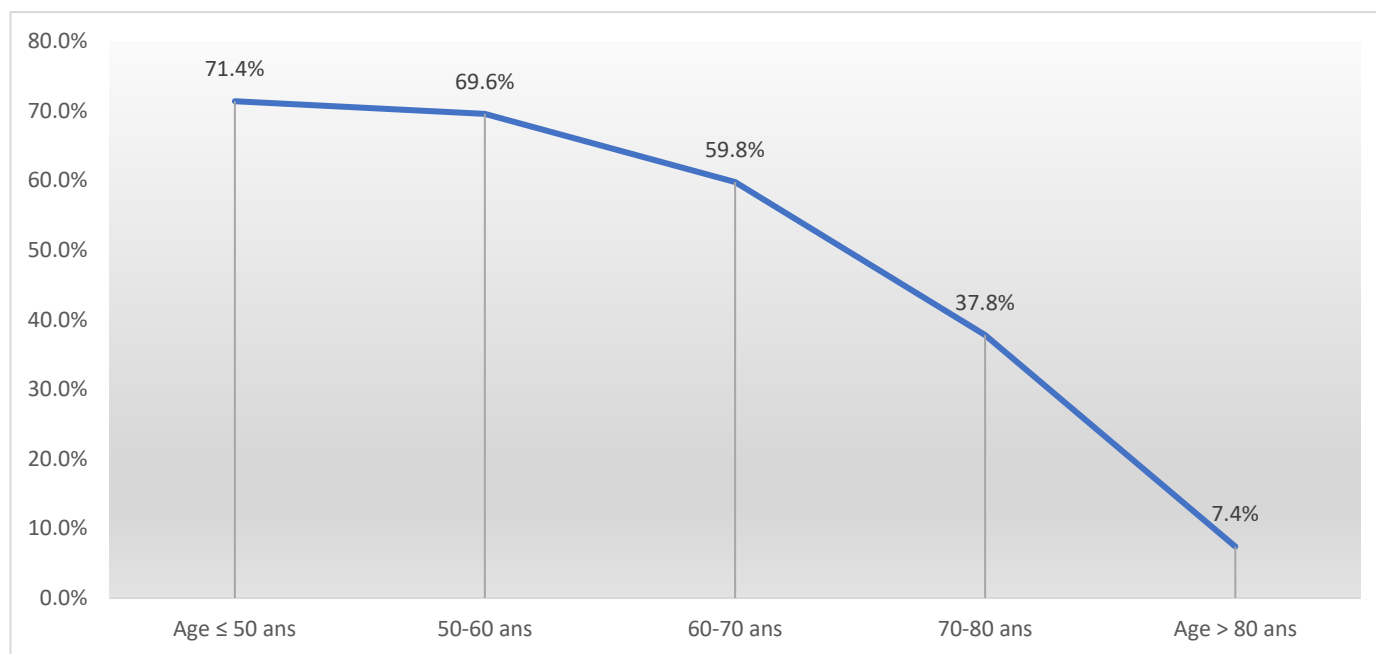
Références

- [1] Plan cancer 2014-2019: Priorités et objectifs 2014. *Institut National du Cancer*. 2014:41.
- [2] Plan cancer 2014-2019. 4^e rapport au président de la République. *Institut National du Cancer*. 2018.
- [3] Awad IT, Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Can J Anesth* 2006; 53 (9): 858–872
- [4] Bian J, Halpern MT. Trends in outpatient breast cancer surgery among Medicare fee-for-service patients in the United States from 1993 to 2002. *Chin J Cancer* 2011;30(3):197-203.
- [5] Ballardini B, Cavalli M, Manfredi GF, Sangalli C, Galimberti V, Intra M, et al. Surgical treatment of breast lesions at a Day Centre: Experience of the European Institute of Oncology. *Breast* 2016;27:169-74.
- [6] Lobelle S, Raylet M, Cohen M, Lambaudie E, Bannier M, Blache JL, et al. [Mastectomy in ambulatory hospitalization or 24hours: Feasibility, satisfaction and preferences of the patients]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(2):89-94.
- [7] Laurent AC, Mouttet D, Renou M, Wintz L, Fourchette V, Feron JG, et al. [Feasibility and accuracy of day surgery: Review of 396 operated breast cancer patients]. *Bull Cancer* 2016;103(11):928-34.
- [8] Dravet F, Peuvrel P, Robard S, Labbe D, Michy T, Francois T, et al. Limiting factors for development of ambulatory breast surgery in the French hospital network. *J Visc Surg* 2011;148(2):e135-9.
- [9] Gachon B, Nadeau C, Fritel X. [Can we enhance the one-day part in breast conservative surgery?]. *Bull Cancer* 2015;102(12):1002-9.
- [10] Boughey JC, Goravanchi F, Parris RN, Kee SS, Frenzel JC, Hunt KK, et al. Improved postoperative pain control using thoracic paravertebral block for breast operations. *Breast J* 2009;15(5):483-8.
- [11] Abdallah FW, MacLean D, Madjdpour C, Cil T, Bhatia A, Brull R. Pectoralis and Serratus Fascial Plane Blocks Each Provide Early Analgesic Benefits Following Ambulatory Breast Cancer Surgery: A Retrospective Propensity-Matched Cohort Study. *Anesth Analg* 2017;125(1):294-302.

- [12] Barranger E. [Mastectomy in ambulatory hospitalization or 24h hospitalization: A possible alternative to complete hospitalization for selected patients]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(2):65-6.
- [13] Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Wound drainage following groin dissection for malignant disease in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(11):CD010933.
- [14] Divino CM, Kuerer HM, Tartter PI. Drains Prevent Seromas Following Lumpectomy with Axillary Dissection. *Breast J* 2000;6(1):31-3.
- [15] Guinaudeau F, Beurrier F, Rosay H, Carrabin N, Faure C, Ferraioli D, et al. [Satisfaction in ambulatory patients with breast-conserving surgery and sentinel node biopsy for breast cancer]. *Gynecol Obstet Fertil* 2015;43(3):213-8.
- [16] Dravet F, Belloin J, Dupre PF, Francois T, Robard S, Theard JL, et al. [Role of outpatient surgery in breast surgery. Prospective feasibility study]. *Ann Chir* 2000;125(7):668-76.
- [17] Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg* 2009;7(4):318-23.
- [18] Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care* 1999;8(2):86-91.
- [19] Philip BK. Patients' assessment of ambulatory anesthesia and surgery. *J Clin Anesth* 1992;4(5):355-8.
- [20] Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology* 1997;87(4):856-64.
- [21] Susini T, Carriero C, Tani F, Mattioli G, Renda I, Biglia N, et al. Day Surgery Management of Early Breast Cancer: Feasibility and Psychological Outcomes. *Anticancer Res* 2019;39(6):3141-6.
- [22] Gaujal L, Renou M, Dujaric ME, Baffert S, Tardivon A, Kriegel I, et al. [First outpatient satisfaction questionnaire with day-surgery in a French comprehensive cancer center]. *Bull Cancer* 2016;103(4):330-5.
- [23] Andeweg CS, Schriek MJ, Heisterkamp J, Roukema JA. Seroma formation in two cohorts after axillary lymph node dissection in breast cancer surgery: does timing of drain removal matter? *Breast J* 2011;17(4):359-64.
- [24] Armstrong KA, Coyte PC, Brown M, Beber B, Semple JL. Effect of Home Monitoring via Mobile App on the Number of In-Person Visits Following Ambulatory Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg* 2017;152(7):622-7.



Année	2014-1	2014-2	2015-1	2015-2	2016-1	2016-2	2017-1	2017-2	TOT1	TOT2
Hospitalisation	280	171	120	131	154	146	165	147	743	1314
Ambulatoire	39	143	146	206	197	190	214	185	992	1320
Total	319	314	266	337	351	336	379	332	1735	2634
% Ambulatoire	12.2%	45.5%	54.9%	61.1%	56.1%	56.5%	56.5%	55.7%	57.2%	



TOTAL BASE

Age ≤ 50 ans	71.4%
50-60 ans	69.6%
60-70 ans	59.8%
70-80 ans	37.8%
Age > 80 ans	7.4%

Tableau 1. Analyse bivariée des facteurs médico-sociaux liés au mode d'hospitalisation

	UCA N= 992		HC N= 743		p
Age < 70 ans	87,8 %	(873)	58,5 %	(435)	< 0,0001
Age ≥ 70 ans	12,2 %	(119)	41,5 %	(308)	
IMC < 25	51,9 %	(515)	40,6 %	(302)	< 0,001
IMC ≥ 25	48,1 %	(477)	59,4 %	(441)	
Vit seule	31,2 %	(291)	50,1 %	(352)	< 0,0001
Vit en couple	68,8 %	(641)	49,9 %	(350)	

IMC : Index de Masse Corporelle

Tableau 2. Analyse bivariée des facteurs chirurgicaux corrélés au mode d'hospitalisation

	UCA N= 992		HC N= 743		p
Pas de CNA	91,9 %	(912)	88,3 %	(656)	< 0,001
CNA	8,1 %	(80)	11,7 %	(87)	
MP	71,2 %	(706)	40,2 %	(299)	< 0,001
MT	19,5 %	(194)	54,5 %	(405)	
Autres gestes	9,3 %	(92)	5,2 %	(39)	
Total GS	55,5 %	(551)	42,1 %	(313)	< 0,0001
Total repérages	56,4 %	(559)	31,8 %	(236)	<0,0001
GS et repérage	36,9 %	(366)	21,3 %	(158)	< 0,0001
GS sans repérage	18,6 %	(185)	20,9 %	(155)	
Repérage sans GS	19,5 %	(193)	10,5 %	(78)	
Ni GS, ni repérage	25,0%	(248)	47,3%	(352)	
Curage	21,9 %	(217)	45,1 %	(335)	< 0,0001
Pas de drainage	60,1 %	(596)	28,2 %	(209)	< 0,0001
1 Redon	32,1 %	(318)	35,9 %	(267)	
> 1 Redon	7,8 %	(78)	35,9 %	(267)	

GS : Ganglion Sentinelle. MP : Mastectomie Partielle, MT : Mastectomie Totale
 CNA : Chimiothérapie Néoadjuvante ou précédant une reprise chirurgicale

Tableau 3. Analyse bivariée des facteurs géographiques liés au mode d'hospitalisation

	UCA N= 992		HC N= 743		p
Distance (Km)	60 ± 48 Km		61 ± 49 Km		0,7
Distance (mn)	48 ± 31 mn		49 ± 32 mn		0,7
Département					0,7
54	56,8 %	(422)	54,5 %	(541)	
55	6,3 %	(47)	5,9 %	(58)	
57	11 %	(82)	13,1 %	(130)	
88	21,4 %	(159)	22,4 %	222)	
autres	4,4 %	(33)	4,1 %	(41)	

Tableau 4. Analyse multivariée des facteurs liés au mode d'hospitalisation

Variable	Odd Ratio	Intervalle de confiance		p
Age ≥ 70 ans	4,43	3,38	5,81	< 0,0001
IMC ≥ 25	1,51	1,19	1,90	< 0,0005
Isolement social	2,40	1,90	3,04	< 0,0001
Geste chirurgical				
MT vs MP	1,99	1,40	2,82	<0,0001
Autre geste vs MP	0,87	0,54	1,40	0,6
Redons				
>1 vs pas de redon	5,27	3,36	8,26	< 0,0001
1 vs pas de redon	1,87	1,37	2,55	< 0,0001

IMC : Index de Masse Corporelle

MP : Mastectomies Partielles, MT : Mastectomies Totales