

Faisabilité de la chirurgie carcinologique du sein en ambulatoire

Introduction

La chirurgie ambulatoire  Innovation

Avantages médical et économique  Objectif de santé publique

Prise en charge anesthésique

**Conditions de sécurité de sa
pratique**



Etape clé de la chirurgie ambulatoire

Introduction

Le cancer du sein est le cancer le plus répandu chez la femme en Algérie.

C'est un problème de santé publique majeur.

L'objectif de notre travail  évaluer:

*la faisabilité de la mastectomie totale avec curage ganglionnaire en ambulatoire

*la satisfaction des patientes.

Anesthésie ambulatoire:

**« Concept organisationnel qui permet au patient le retour à son domicile
le
jour même. »**

**Recommandation de la SFAR anesthésie du patient ambulatoire 2ème
édition**

1990-1994

Objectifs de l'anesthésie ambulatoire (SFAR 2010)

- Actes chirurgicaux dans des conditions sécurisantes
- Sortie rapide du patient
- Bonne gestion de la douleur
- Limiter les effets secondaires de l'anesthésie
(notamment les nausées et vomissements postopératoires)

Avantages

Pour le patient:

- La satisfaction du patient.
- Une prise en charge de qualité (une faible morbidité, diminution du risque d'infections nosocomiales et de thromboses).
- Le confort des patients (peu de modification de la vie quotidienne et dans son environnement).
- Une réduction de l'incapacité postopératoire et du temps de convalescence.

Pour l'établissement de santé

- La satisfaction des personnels (amélioration des conditions de travail)
- La réduction des couts (pour l'établissement)
- Le désengorgement des hôpitaux

Matériels et méthodes

Méthode de l'Etude

Etude

DESCRIPTIVE

Lieu

Clinique Chirurgicale
« A » CHU Oran

Durée

Septembre 2019-
Décembre 2019

Population d'Etude

**• Patientes
Hospitalisées sur
mode Ambulatoire**

**Programmées pour:
Mastectomie totale
avec curage
ganglionnaire**

Sélection des patients (selon les critères d'éligibilité : SFAR 2009)

Critères d'inclusion

- Age \geq 18 ans
- ASA I et ASA II
- Critères psychosociaux et environnementaux

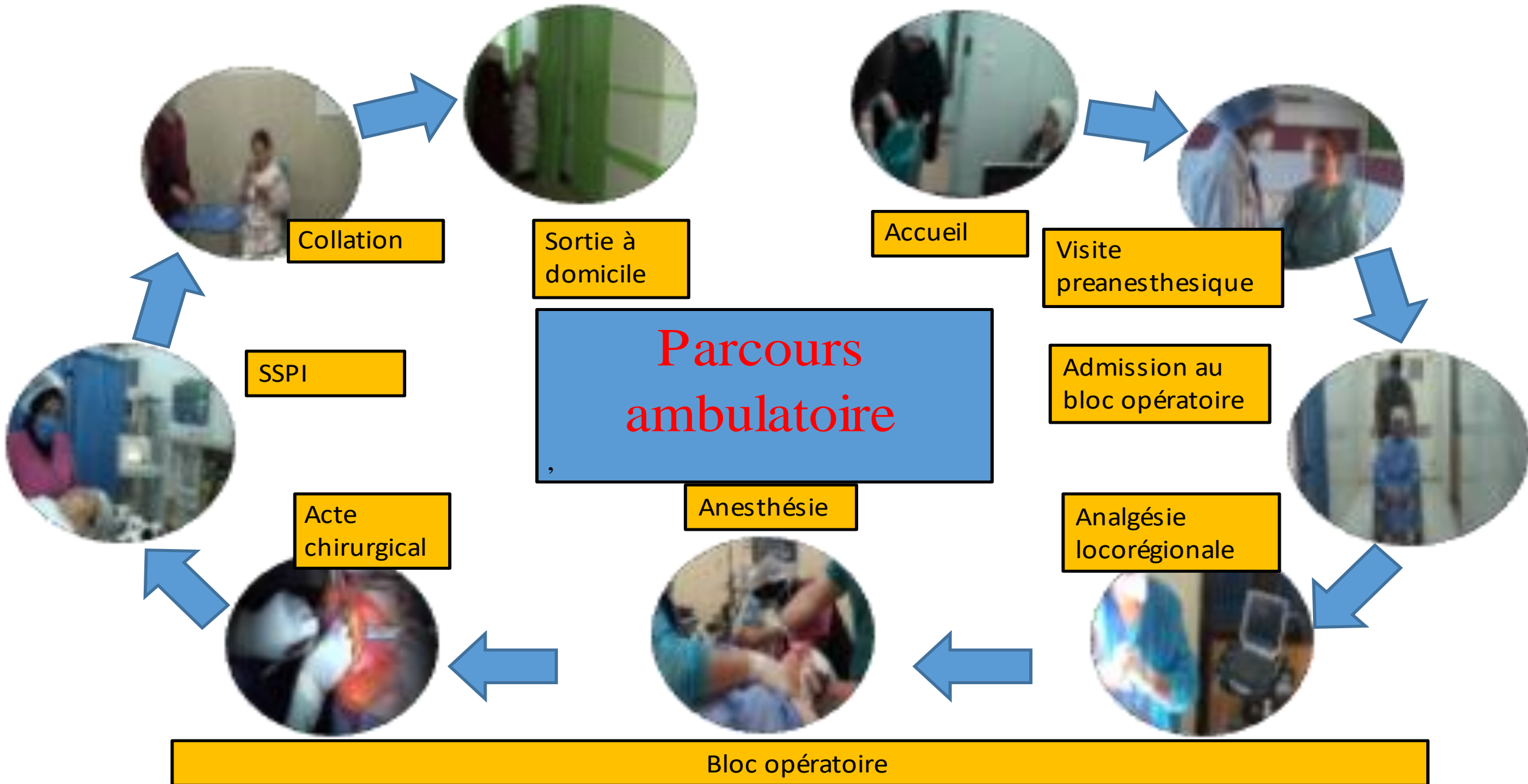
Critères d'exclusion

- ASA III et ASA IV
- Chirurgie d'urgence et chirurgie à risque hémorragique ou respiratoire.
- Refus à l'anesthésie ambulatoire

Critères de jugement

- **Admission Non Programmée**
(conversion vers une hospitalisation classique)
- **Hospitalisation Non Programmée**
(réadmission hospitalière dans la semaine qui suit l'intervention)
- **Consultation Non Programmée**
(retour à l'hôpital sans réadmission)
- **Satisfaction**

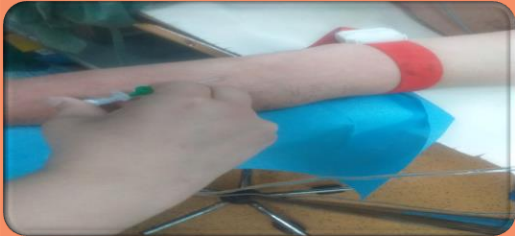
Déroulement du séjour ambulatoire « Chemin clinique »



Bloc opératoire



Installation du patient



Prise de voie veineuse



Monitorage standard



Prémédication

Anesthésie générale

Induction

- Propofol
- Fentanyl
- Esméron
- Ketamine(à visée analgésique)



Entretien

- Propofol
- Sevoflurane



Extubation

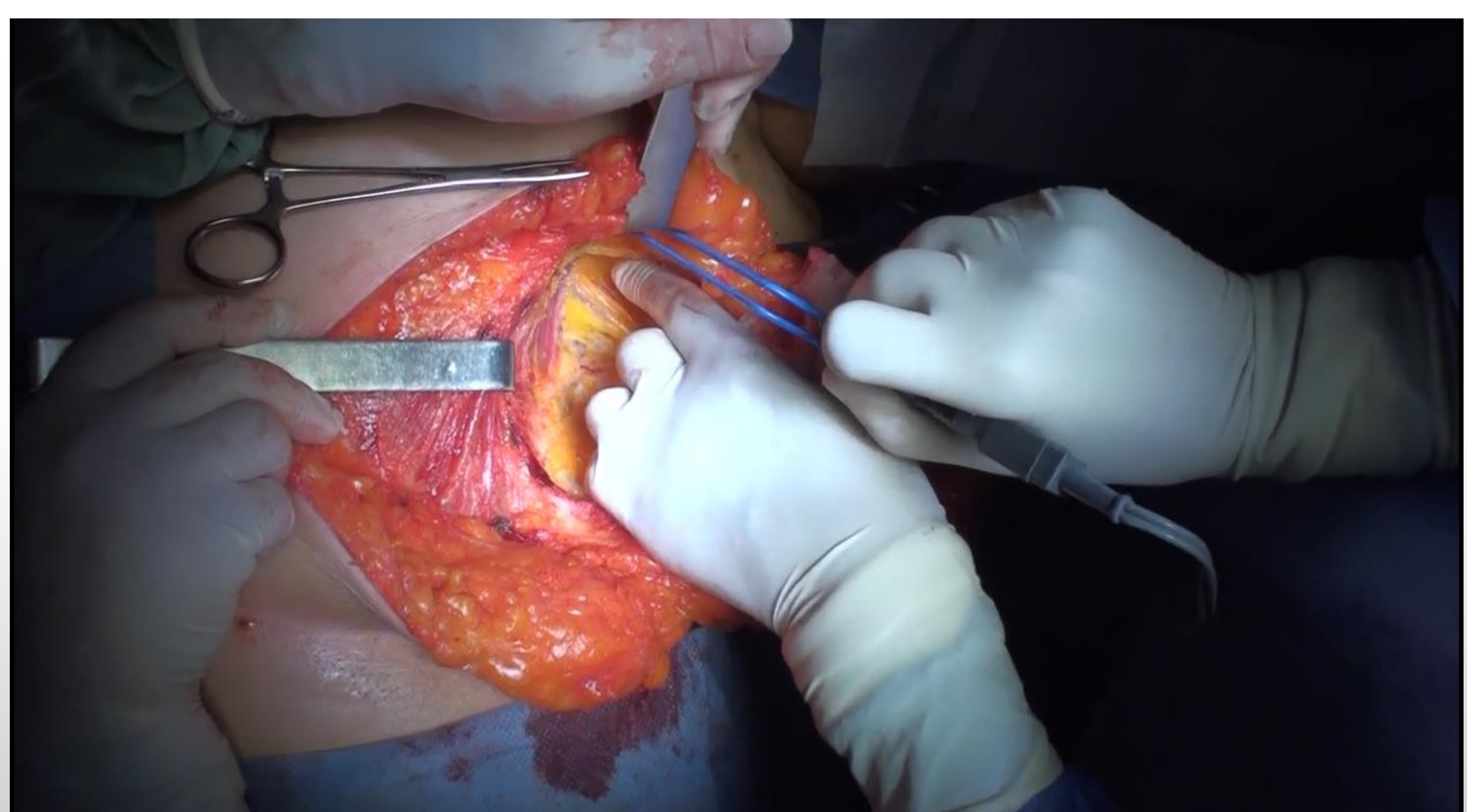
- Critères :
- Respiratoire
- Cardiovasculaire
- Neurologique
- De curarisation complète



Protocole chirurgical

Chirurgie du sein

- Mastectomie totale avec curage ganglionnaire.



Protocole analgésique « analgésie multimodale »

Analgésie par voie intraveineuse

- Perfalgan
- Dexaméthasone
- Kétamine



Analgésie locorégionale

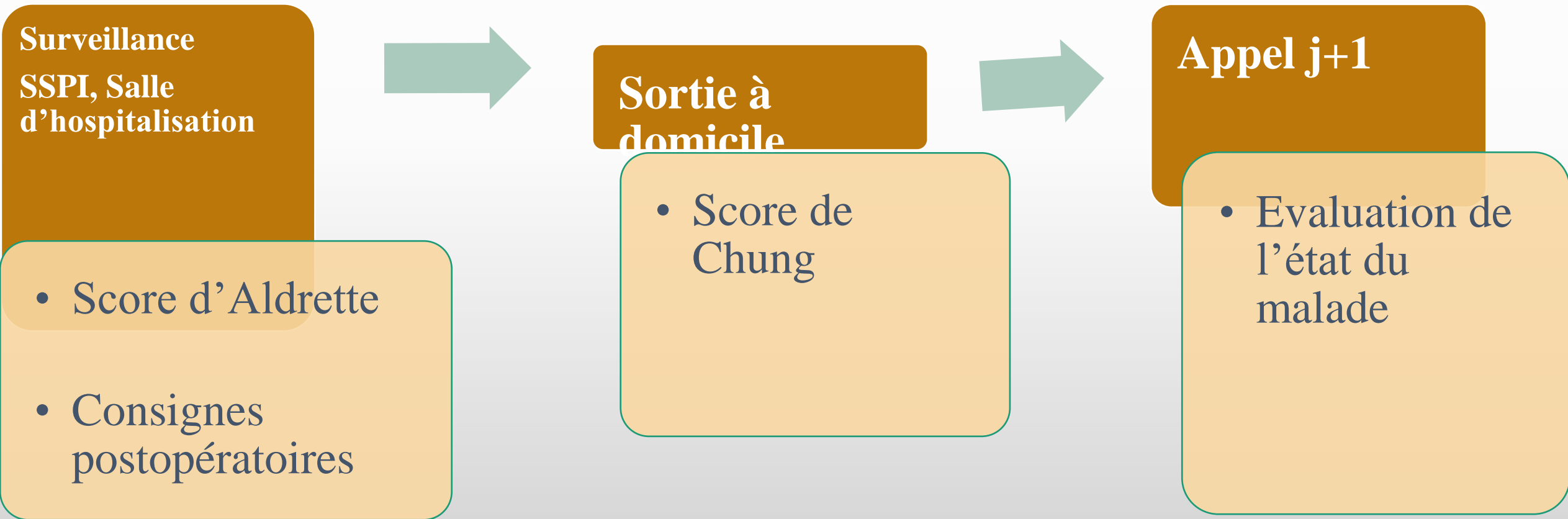
- Bloc de l'érecteur du rachis



Analgésie par voie orale

- Paracétamol
- AINS

Suivi postopératoire







Résultat

Il s'agit d'une population féminine : **20** patientes

D'âge moyen est de **46 an**

Patientes classées en ASA I : **85%** et en ASA II **15 %**

Resultat:

Taux de malades programmées en ambulatoire: **8%**

Taux d'admission non programmée: **0%**

Taux d'hospitalisation non programmée: **10%** (causes: hématomes nécessitant reprise chirurgicales)

Appel nocturne: **5%** (adaptation de traitement anti vomitif)

Taux de satisfaction globale: **85%**

Discussion et perspectives

La chirurgie du sein est particulière tant pour la technicité de l'acte que par la charge émotionnelle qui lui est associé.

La prise en charge psychologique optimale de nos patientes et la gestion des risques postopératoires étaient la clef de la réussite de ce mode de prise en charge.

Le taux de notre activité était de 8% (faible par rapport à la littérature, selon J Formet le taux d'activité en France entre 2015 et 2017 était de 56,2%)

Le développement de l'ambulatoire repose sur la conviction des professionnels de santé de l'intérêt de cette pratique non seulement pour le patient mais aussi pour l'établissement.

Conclusion

La prise en charge ambulatoire pour une chirurgie carcinologique mammaire semble faisable avec une organisation rigoureuse permettant une meilleure préparation du retour à domicile des patientes avec un degré de satisfaction élevé.

Merci pour votre attention