

**C08 : Mastectomie totale en ambulatoire : état des lieux et faisabilité depuis la mise en place du Dispositif Infirmier d'Accompagnement et de Suivi Post Ambulatoire à Domicile, une série de plus de 1000 patients.**

## Titre

- Français :** Mastectomie totale en ambulatoire : état des lieux et faisabilité depuis la mise en place du Dispositif Infirmier d'Accompagnement et de Suivi Post Ambulatoire à Domicile, une série de plus de 1000 patients.
- Anglais :** Outpatient total mastectomy: status and feasibility since the implementation of the Nursing Support and Post-Ambulatory Home Monitoring System, a series of more than 1000 patients.

## Auteurs

M Ottaviani (1), F Forestier (1), F Desmarest (1), A Dupont (1), Y David (1), M Gilles-Barray (1), D Georgescu (1)  
(1) Chirurgie, Centre Henri Becquerel, 1, Rue D'amiens, 76000, Rouen, France

## Responsable de la présentation

**Nom :** Ottaviani  
**Prénom :** Marie  
**Adresse professionnelle :** 1 rue d'amiens  
**Code postal :** 76000  
**Ville :** Rouen  
**Pays :** France  
**Newsletter :** 1

## Mots clés

- Français :** cancer du sein, ambulatoire, chirurgie.  
**Anglais :** breast cancer, outpatient surgery, ambulatory, surgery.

## Spécialité

**Principale :** Chirurgie  
**Secondaire :** Gynécologie

## Texte

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France. Si la prise en charge chirurgicale du cancer du sein en ambulatoire est réalisable sans altération de la qualité ni de la sécurité des soins ; la réalisation d'une mastectomie totale ou la pose d'un drain sont des facteurs limitants identifiés dans la littérature. Dans ce contexte, le Centre de Lutte Contre le Cancer Henri Becquerel (CHB) a développé un Dispositif Infirmier d'Accompagnement et de Suivi Post Ambulatoire à Domicile (DIASPAD) sécurisant le retour à domicile des patients, organisé par l'infirmière pivot. Le suivi post opératoire comporte une visite quotidienne à domicile d'un infirmier libéral (IDEL), formé par le CHB, dès le premier soir puis quotidiennement jusqu'à J3 où une consultation est prévue au CHB pour ablation du drain. L'objectif de cette étude était d'étudier l'impact de la mise en place du DIASPAD sur la pratique de la mastectomie totale en ambulatoire.

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique. Elle concernait tous les patients opérés d'une mastectomie totale, associée ou non à un geste axillaire, au CHB depuis la mise en place du DIASPAD en 2017 jusqu'à 2021, sans reconstruction mammaire associée, quel que soit le mode d'hospitalisation. En cas de non-éligibilité à l'ambulatoire (HA), le patient était pris en charge en hospitalisation conventionnelle (HC) et le séjour était programmé le plus souvent en J+1 avec sortie le lendemain de l'intervention. Les données pré et post opératoires ont été comparées selon le mode d'hospitalisation.

Depuis la mise en place du DIASPAD au CHB, 1216 patients ont été pris en charge pour mastectomie totale, 418 en HC et 798 HA. Le taux d'ambulatoire a progressé jusqu'à 75,2% en 2021, s'accompagnant d'une réduction de la durée de séjour en HC grâce aux sorties J+1. Les taux moyen de conversion d'HA vers HC était de 6,6% ; de reprise chirurgicale pour hématome de 3,3% en HA vs 2,2% en HC ; de ré hospitalisation à 30 jours de 3,4% en HA vs 1,2% en HC. Sur l'échantillon 1er semestre 2021 (n=102), aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes concernant la production du drain à J1 ou l'EN moyenne déclarée à J1, à 0,64/10.

La mastectomie et le drainage peuvent provoquer la réticence du chirurgien quant à une prise en charge ambulatoire, mais la surveillance du redon à domicile est possible, et est entrée dans la nomenclature des actes infirmiers depuis 2021. Par ailleurs, la nécessité d'un drainage prolonge la durée de séjour lorsque qu'une HC est nécessaire. Pour nous, le DIASPAD a permis une réduction de la durée de séjour grâce aux sorties en J+1. Ces données renforcent celles de la littérature qui retrouve peu d'études similaires concernant la chirurgie non conservatrice du sein. Notre étude présente des limites méthodologiques dont la principale est son caractère rétrospectif. Un biais de sélection est engendré par l'absence de randomisation. Le caractère unicentrique ne permet pas la généralisation des résultats.

Pour conclure, la mastectomie en ambulatoire est réalisable sans altération de la qualité et de la sécurité des soins. Le succès de la mastectomie en ambulatoire est largement influencé par l'adaptation de l'anesthésie au mode ambulatoire et la préparation des patientes au retour à domicile avec un drain. Sa faisabilité réside dans la conviction, la collaboration et la coordination des professionnels de santé.