

Cancer du sein et chirurgie ambulatoire

Breast Cancer and Ambulatory Surgery

Sylvia Giard

Mots clés

- ◆ Cancer du sein
- ◆ Chirurgie ambulatoire

Keywords

- ◆ Breast cancer
- ◆ Ambulatory surgery

Résumé

La chirurgie conservatrice du cancer du sein (60 à 70 % des interventions) semble une bonne indication pour une prise en charge ambulatoire avec des patientes le plus souvent asymptomatiques et des interventions de courte durée, à faible risque de complications « suraiguës », relativement peu douloureuses et peu invalidantes. Mais en France, 5 % seulement de cette chirurgie serait effectivement réalisée en ambulatoire. Les freins étaient d'abord économiques pour les établissements (mais suppression des bornes basses au 1^{er} mars 2014). Le nombre d'intervenants (repérages préopératoires, examen extemporané) peuvent également rendre l'organisation difficile sur une période courte. Enfin la symbolique lourde du mot cancer peut heurter soignants et patients, qui peuvent considérer cette hospitalisation courte comme un risque de défaut d'attention de la détresse psychologique. Le développement de l'ambulatoire dans cette chirurgie passe par une organisation rigoureuse de toutes les étapes : avant et après l'hospitalisation pour assurer l'information tant matérielle que psychologique, l'organisation du geste pour une fluidité de tous les intervenants, enfin par un changement de mentalités de tous, soignants et patients, afin de dissocier dans le temps le geste technique des mesures de soutien et d'accompagnement (information, soutien psychologique...) sans pour autant négliger ces dernières.

Abstract

Ambulatory breast cancer surgery is not well developed in France. Only 5 per cent of breast cancer patients undergoing surgery were offered surgery as an ambulatory procedure. However, breast conserving surgery seems a good indication for this procedure with short operative time, few morbidity, few pain and many asymptomatic patients. The principal limiting factors were the non-motivating reimbursement policy (before March 2014), the complexity of patient's management for small breast tumors (several practitioners involved) and the psychological environment inferred by cancer diagnosis. A strong organization before, during and after operative procedure, but also a large public advertisement are necessary to improve ambulatory in breast cancer surgery.

L'hospitalisation ambulatoire est, en dehors de la France, un mode de prise en charge majoritaire pour la chirurgie des cancers du sein dans les pays dits développés. Déjà en retard pour le développement de l'ambulatoire en général, notre pays ne s'est, pour l'instant, que peu intéressé au développement de ce mode de prise en charge dans le domaine de la cancérologie. Quels sont les éléments favorables pour ce type de prise en charge dans le cas particulier de la chirurgie du cancer du sein ? Quelle est la réalité actuelle en France ? Comment peut-on améliorer et développer ce type de prise en charge ?

La chirurgie pour cancer du sein : une bonne indication de prise en charge ambulatoire ?

Du fait des patientes

Quatre-vingt-dix pour cent des 50 000 nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués par an seront des patientes sans tumeur

localement évoluée, ni métastases à distance, du fait du dépistage organisé. L'âge médian de ces patientes est de 61 ans. Cependant, nous ne disposons pas de données permettant d'évaluer l'état général de ces femmes, en particulier le taux de patientes avec des comorbidités importantes, susceptibles de faire récuser une prise en charge ambulatoire.

Du fait de l'acte chirurgical à réaliser

La chirurgie serait le premier acte thérapeutique dans le cancer du sein chez 80 à 85 % des patientes, hors contexte de comorbidité et cette chirurgie serait dans 60 à 70 % des cas un geste conservateur, associé le plus souvent (cancer invasif) à une évaluation ganglionnaire, qu'elle soit faite par ganglion sentinelle ou par curage.

Cette chirurgie conservatrice semble particulièrement adaptée à l'ambulatoire puisqu'il s'agit de gestes opératoires de courte durée (moins de deux heures), à faible risque de complications « suraiguës » (moins de 1 % d'hématomes expansifs nécessitant une reprise chirurgicale urgente). Elle est également relativement peu douloureuse, y compris après curage, une antalgie per os de niveau 1 étant le plus souvent suffisante dans les suites. Elle est aussi peu invalidante, les patientes

Correspondance :

Sylvia Giard

Département de sénologie - Centre O. Lambret - 3 rue F. Combemale - 59020 Lille cedex

E-mail : s-giard@o-lambret.fr

pouvant se lever le soir de leur intervention et reprenne rapidement leur activité normale autonome, au moins à domicile. Le faible taux de conversion (<10 %) en hospitalisation conventionnelle pour les équipes pratiquant l'ambulatoire dans ce type de chirurgie est également un argument en faveur de l'ambulatoire. Enfin dans les établissements ayant un important recrutement, la durée moyenne de séjour pour la chirurgie conservatrice est déjà faible, ne dépassant guère deux nuits (1).

Quelle est la réalité de la prise en charge ambulatoire de la chirurgie des cancers du sein en France ?

Des chiffres fiables sont difficiles à obtenir, les données mélangeant parfois toute la chirurgie sénologique (pour tumeur maligne ou bénigne, voire geste esthétique) ou les différents types de geste sans autre précision (conservateur, mammo-plastie thérapeutique, avec ou sans geste axillaire, totale,...). Cinq pour cent de la chirurgie pour cancer du sein serait réalisée en ambulatoire, 23 % s'il s'agit d'un geste mammaire seul, 1 % en cas de geste ganglionnaire associé, avec des variabilités très importantes dans les pratiques. Ainsi, 15 % des actes de chirurgie pour cancer du sein seraient réalisés en ambulatoire dans les établissements privés (qui réalisent 50 % des actes de chirurgie sénologique toutes indications confondues), 13 % dans les établissements publics (30 % des actes de chirurgie sénologique), 9 % dans les centres de lutte contre le cancer (20 % de la chirurgie sénologique). Dans les CLCC, les disparités sont également importantes : sur les 20 centres, trois ont un taux de chirurgie ambulatoire qui dépasse 20 %, dans 11 centres, ce taux est inférieur à 5 % (2-4).

Quels sont les freins pour une prise en charge ambulatoire ?

Des freins économiques pour les établissements

Jusqu'au 1^{er} mars 2014, les tarifs de remboursement pour une « mastectomie subtotale pour tumeur maligne de niveau 1 » étaient de 1 362.91 euros pour 0 nuit, de 2 038.36 euros pour une nuit, de 2 713.81 euros pour deux nuits et plus. Le rapport coût de productivité/remboursement semblait pour beaucoup de directions financières en faveur de deux nuits... Depuis le 1^{er} mars 2014, la suppression des bornes basses pour ce type de geste amène à un tarif unique (2 353.70 euros) qu'il y ait 0,1 ou deux nuits et plus. Il est probable que cela sera déterminant pour que les établissements encouragent le développement de l'ambulatoire dans leurs structures (5).

Des freins par la « complexité » autour de l'acte ambulatoire

Le dépistage organisé amène un nombre croissant de cancer du sein au stade infra-clinique, nécessitant alors la réalisation d'un repérage en imagerie de la lésion avant de l'opérer. La pratique du ganglion sentinelle nécessite elle-aussi un repérage préalable. Ces repérages en imagerie et en médecine nucléaire sont à faire quelques heures avant l'intervention. Pour les patientes opérées tôt, ces repérages peuvent être faits la veille, elles doivent alors retourner chez elles la nuit précédant leur intervention, problème d'hébergement pour celles qui habitent loin de l'établissement sanitaire. Le développement de maisons d'hébergement à coût modéré à proximité des établissements hospitaliers peut être une réponse à ce problème. Pour les patientes opérées plus tard dans la jour-

née, une organisation stricte des repérages préalables doit être mise en place pour « faire tenir » l'ensemble de la prise en charge dans les 12 heures d'hospitalisation qui définissent l'ambulatoire en France. Au CLCC de Nantes (ICO) (6), 32 % des actes de chirurgie sénologique (hors chirurgie totale et reconstruction immédiate) sont réalisés en ambulatoire. Le taux est de 30.5 % pour les mastectomies partielles seules, de 25.9 % lorsqu'un repérage est nécessaire, de 14.7 % quand deux repérages (imagerie + médecine nucléaire) sont associés, traduisant bien les difficultés d'organisation même dans une structure pourtant leader du développement de l'ambulatoire dans le cancer du sein !

L'examen extemporané du ganglion sentinelle peut éviter la nécessité d'une reprise secondaire, augmente le temps de l'intervention, et peut déboucher sur une conversion immédiate en curage. Cette information doit au mieux être donnée à la patiente avant sa sortie, mais suffisamment réveillée pour en comprendre le sens. Le développement probable de l'irradiation peropératoire dans l'avenir sera également source de « complexification » de la prise en charge sur une durée aussi courte. Tout cela est certes possible en ambulatoire mais nécessite une organisation complexe, stricte mais fluide des différents intervenants.

Des freins par la symbolique forte de la pathologie prise en charge

La mythologie sociétale du mot cancer fait que celui-ci reste synonyme de maladie grave et de mort, même si actuellement 90 % des patientes nouvellement diagnostiquées sont asymptomatiques et si 85 % des patientes nouvellement traitées seront vivantes à 10 ans.

Pour les soignants hospitaliers, outre l'empathie qu'ils ressentent vis-à-vis de ces femmes traumatisées par l'annonce du « mot » cancer, il existe aussi une multitude d'obligations : consultation d'annonce, prise en charge psychologique, consultations d'informations diverses, accès aux soins de supportqui peut leur sembler peu compatible avec une hospitalisation courte. Là encore une organisation est nécessaire pour ne pas diminuer la qualité de la prise en charge et frustrer les soignants de leur apport relationnel, en dissociant notamment le soutien psychologique (consultation infirmière avant l'hospitalisation, appel du lendemain après la chirurgie...) de l'acte chirurgical « purement technique ».

Pour les patientes aussi, cette hospitalisation courte peut sembler brutale, « se sentir jeter dehors et se retrouver seule avec leur détresse face au mot cancer ». L'organisation pério-hospitalisation doit faire en sorte de prendre en charge tous ces aspects, l'hospitalisation courte pouvant, a contrario, être montrée comme une « dédramatisation » du geste chirurgical à défaut de celle du diagnostic.

Pour les soignants de ville, la brièveté du séjour les confronte à des situations psychologiques et médicales jusque-là gérées en hospitalisation. Leur information et leur formation sont indispensables pour éviter des recours et retours trop fréquents.

Comment peut-on évoluer ?

Par une organisation du parcours patient

Comme pour toute prise en charge ambulatoire, il faut « régler tout ce qui est possible avant l'hospitalisation ». Les informations médicales orales et écrites doivent être reprises et complétées (et non remplacées !) par une consultation infirmière pré-hospitalisation qui permettra de reformuler les aspects pratiques de l'ambulatoire.

Les repérages préopératoires lorsqu'ils sont nécessaires doivent être organisés pour certains en externe, la veille de l'intervention avec retour à domicile ou dans une structure d'hébergement non médical. « L'après » doit être anticipé, avec notamment la délivrance dès la consultation d'anesthésie, d'une ordonnance d'antalgiques adaptés pour le postopératoire.

Les chirurgiens doivent repenser la pertinence de certaines de leurs habitudes : s'interroger sur la nécessité d'un drainage systématique qui peut être remplacé par des techniques de capitonnage, ou drainage dont la gestion peut être relayée en ville (formation des infirmières), mise en place pendant l'intervention d'antalgiques *in situ*...

Après la sortie, des modalités de liens patient-hôpital doivent être mises en place : appel du lendemain, organisation du dispositif d'appel et de gestion de « l'urgence ».

Par un changement des mentalités

De l'ensemble des acteurs, médecins et soignants, en ville comme en hospitalisation et surtout du public et des « futures » patientes. Une communication grand public est nécessaire pour faire comprendre que la chirurgie du cancer du sein en ambulatoire est réalisable dans de nombreux cas sans risque et sans perte de l'environnement empathique.

L'ambulatoire n'est pas une perte de qualité dans la prise en charge chirurgicale du cancer du sein mais une délocalisation dans le temps et dans l'espace des différents temps de cette prise en charge, avec une qualité égale voire meilleure que l'hospitalisation conventionnelle.

Discussion en séance

Question de G Bontemps

La Fédération Unicancer a inscrit récemment la chirurgie ambulatoire comme un axe majeur de son plan stratégique. Il a notamment été évoqué 50 % de chirurgie du sein en ambulatoire. Cet axe a été repris récemment dans le 3^{ème} Plan Cancer 2014-2019, que pensez-vous de ce chiffre de 50 % ? Réalisez ou pas ?

Réponse

50 % de quoi ? Il semble avant tout indispensable de définir cela : toute la chirurgie du sein, toute la chirurgie du cancer du sein, certains gestes seulement et lesquels ? Cinquante pour cent de chirurgie ambulatoire pour les « mastectomies subtotaux pour tumeur maligne de niveau 1 » ne semble pas un objectif déraisonnable...si une communication grand public a préparé les esprits.

Question de P Lasser

La technique isotopique du ganglion sentinelle est un frein à l'ambulatoire. Qu'en est-il de la technique utilisant le bleu patenté ?

Réponse

Les recommandations internationales conseillent en général la pratique d'une technique combinée (isotope + bleu) pour la procédure du GS afin d'avoir le meilleur taux d'identification et le moindre risque de faux-négatifs. La technique de repérage par le bleu seul n'est pas recommandée. L'écueil majeur du bleu est le risque de réaction anaphylactique qui l'a même fait abandonner par certains au profit du seul repérage isotopique. L'avenir me semble plus au développement de techniques utilisant des marqueurs injectables en début d'intervention (isotopes à progression rapide, nanoparticules magnétiques, techniques de fluorescence...). Il reste à montrer que ces nouvelles techniques de repérage sont aussi fiables (taux d'identification et TFN) que la référence actuelle.

Question de M Germain

Vous vous interrogez sur l'éventualité de remplacer la lymphoscintigraphie par un autre examen. La lympho-IRM répond à cette question. C'est un examen non irradiant et ne nécessitant aucune injection. Le principe est basé sur la visualisation des liquides à progression lente, tel est le cas de la lymphe, de la bile, du liquide pancréatique. Pourquoi cet examen est-il peu connu ? L'équipement IRM est une imagerie trop peu présente dans notre pays. La France occupe en effet l'avant dernière position des pays européens en matière d'IRM.

Réponse

Je ne connais pas cet examen. Mais en ce qui concerne la procédure du ganglion sentinelle (GS), la problématique n'est pas d'avoir une imagerie (la scintigraphie n'est d'ailleurs pas toujours réalisée selon les équipes). Le principe du GS repose sur l'injection d'un produit lymphophile qui migre du sein vers le ganglion, ce dernier pouvant alors être détecté dans le champ opératoire soit de visu (méthodes colorimétriques), soit à l'aide de sondes (Geiger, magnétique, à fluorescence...) qui reconnaissent ainsi les ganglions marqués et donc à prélever. La problématique pour la réalisation du GS en ambulatoire est le temps de progression entre l'injection et son arrivée dans le ganglion. Les radio-isotopes actuels nécessitent quelques heures entre l'injection et le prélèvement opératoire, alors que d'autres produits, pour la plupart encore à l'étude, peuvent être injectés au moment de l'induction anesthésique.

Références

1. InCA. <http://les.donnees.e-cancer.fr>.
2. Réunion FNCLCCsur la chirurgie ambulatoire.Paris 25 mars 2010.
3. Unicancer. Benchmarking interne p55-57.
4. Journée Nationale de Chirurgie ambulatoire 3 janvier 2014. AFCA. <http://www.chirurgie-ambulatoire.org>.
5. Suppression des bornes basses en chirurgie. ATIH. Notice technique n°CIM-MF-249-1-2014.
6. Dravet F, Peuvrel P, Robard S, et al. Facteurs limitant le développement de la chirurgie sénologique ambulatoire dans le système hospitalier français. J Chir Viscérale. 2011;148:148-52.