

# Chirurgie ambulatoire en cancérologie gynécologique : mythe ou réalité ?

## Ambulatory Surgery in Gynecology Oncology: Myth or Reality?

Catherine Uzan

*Service de chirurgie et oncologie gynécologique et mammaire - Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris.*

### Mots clés

- ◆ Chirurgie ambulatoire
- ◆ Cancer du sein
- ◆ Cancer de l'endomètre
- ◆ Cancérologie gynécologique

### Keywords

- ◆ Ambulatory surgery
- ◆ Breast cancer
- ◆ Endometrial cancer
- ◆ Gynecological cancer

### Résumé

La chirurgie ambulatoire est devenue un enjeu majeur dans la prise en charge des patientes notamment en cancérologie. Elle impose des contraintes pour les équipes qui doivent aboutir à des bénéfices pour les patientes avec une standardisation des circuits. La France a pris du retard dans ce domaine. La chirurgie gynécologique, qui est de plus en plus mini-invasive, est une cible importante. Il est nécessaire comme pour les autres spécialités de mettre en place une organisation dédiée pour élargir les indications. Pour la chirurgie du cancer du sein, les circuits sont bien définis et l'objectif est d'augmenter rapidement les pourcentages de prise en charge en ambulatoire. Au travers de l'exemple d'une étude qui va débiter sur le cancer de l'endomètre (PRME Ambu-Endo, financement INCA 2016), nous montrerons que le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie gynécologique est envisageable, même chez des patientes avec des comorbidités.

### Abstract

Ambulatory surgery has become a major issue in the management of patients including oncology. It imposes constraints for teams that should result in benefits for patients with a standardization of circuits. France has fallen behind in this area. Gynecological surgery, which is more and more minimally invasive, is an important target. It is necessary as for other specialties to set up an organization dedicated to expanding the indications. For breast cancer surgery, the circuits are well defined and the goal is to quickly increase share of ambulatory management. Through the example of a study that will begin in endometrial cancer (PRME Ambu-Endo, funding INCA 2016), we show that the development of ambulatory surgery in gynecologic oncology is possible, even in patients with co-morbidities.

La chirurgie ambulatoire a été définie par la conférence de consensus de mars 1993 comme étant « des actes chirurgicaux programmés réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ».

La chirurgie ambulatoire s'est nettement plus développée dans les pays anglo-saxons et en Europe du Nord qu'en France. De nombreuses différences peuvent être avancées notamment le fait qu'aux États-Unis on parle de SDD (same day discharge, soit moins de 24h à l'hôpital) alors qu'en France, l'ambulatoire implique une hospitalisation de moins de 12h (voire moins selon les horaires de fermeture des unités d'ambulatoire). Cependant, même en tenant compte de ces freins, la France a du retard dans ce domaine.

La chirurgie gynécologique, grâce notamment à l'essor de la chirurgie mini-invasive et à la chirurgie mammaire, est une cible particulièrement importante pour le développement de l'ambulatoire. De façon un peu rapide, on pourrait penser que notre discipline est exemplaire avec un taux en 2015 de 86.6 % d'ambulatoire sur les actes traceurs et une progression de 0.5 % par rapport à 2014. En fait, ces actes traceurs en

gynécologie sont actuellement peu exigeants (ponction d'ovocyte, tumorectomie simple, hystérocopie, conisation, interruption tubaire...), et concernent peu la cancérologie.

Dans les années à venir, le développement de l'ambulatoire est un enjeu majeur en cancérologie. Des objectifs forts ont été annoncés avec au moins 50 % des patientes atteintes de cancer du sein opérées en ambulatoire dès 2020 (Unicancer).

Par rapport aux actes de chirurgie gynécologique bénigne, la cancérologie implique un stress supplémentaire des patientes, ce qui rend encore plus indispensable une prise en charge en amont avec des informations complètes et répétées (chirurgien, infirmière d'annonce, onco-psychologue, infirmières formées d'ambulatoire appelant la veille et le lendemain les patientes).

Nous venons d'obtenir un financement PRME (INCA) pour évaluer la faisabilité et l'impact médico-économique et de qualité de vie de la prise en charge en ambulatoire pour la chirurgie des cancers de l'endomètre (projet AMBU-ENDO). Au travers de la présentation de cette étude, nous exposerons quels sont les leviers qui peuvent permettre de développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie gynécologique, même si les freins sont encore importants.

### Correspondance :

*Catherine Uzan, Chef du service de chirurgie et oncologie gynécologique et mammaire - Hôpital Pitié-Salpêtrière - AP-HP - 83, bd de l'Hôpital - 75013 Paris. - Institut universitaire de cancérologie - UPMC.  
E-mail : catherine.uzan@aphp.fr*

## Spécificités de la prise en charge en ambulatoire

La chirurgie ambulatoire implique une intervention chirurgicale avec sortie du patient le jour même de son intervention. Il doit s'agir d'une chirurgie programmée dans un bloc opératoire (si possible dédié), sous anesthésie générale ou locorégionale suivie d'une surveillance postopératoire dans une unité spécifique avec une sortie dans les 12 heures et sans risque majoré (voire plus faible).

Les bénéfices pour les patients sont liés à la performance des équipes. En effet ce type de prise en charge implique des contraintes avec des délais courts pour le patient (ce qui implique une grande qualité de l'information pré opératoire) et des délais courts pour les équipes (ce qui implique une « standardisation » des procédures).

La performance dépend de trois composantes : des équipes compétentes (formation spécifique, préparation en amont), un équipement adapté et fonctionnel et une organisation spécifique (circuit, procédures, contrôles).

Le patient est ainsi acteur et au centre de sa prise en charge chirurgicale. Cela nécessite une grande communication entre les différents acteurs, notamment avec les médecins de ville. Les étapes clés pour la chirurgie ambulatoire sont de définir les critères d'éligibilité (ou plutôt les critères de non éligibilité qui sont de plus en plus limités), et d'organiser spécifiquement chaque étape pour chaque type d'intervention. On définit ainsi un « chemin clinique », listing de ce qui doit être fait à J-1, J0, J+1 et à distance de la sortie, pour chaque geste chirurgical. Le patient doit être informé par avance de toutes ces étapes. L'information d'amont est d'ailleurs le maître mot de l'ambulatoire. Doivent être informées les équipes soignantes par des formations dédiées, la patiente, sa famille, le gynécologue, le médecin traitant. Plus généralement, il faut informer les usagers sur ce type de prise en charge pour qu'elle rentre dans les mœurs. C'est de plus en plus le cas, car de nombreuses patientes via les media ont entendu parler de ce mode de prise en charge et qu'elle commence même pour certaines à le réclamer.

## L'activité ambulatoire actuelle en gynécologie et plus spécifiquement en cancérologie

Des actes traceurs ont été définis par nos instances organisationnelles. La spécialité peut apparaître actuellement comme une « bonne élève » puisque sur ces actes, le taux de chirurgie ambulatoire était de 86.6 % en 2015 (progression de 0.5 % par rapport à 2014). Cependant ces actes traceurs sont peu astreignants en gynécologie (conisation, ponction d'ovocyte, curetage, hystérocopie, ...). En cancérologie, c'est plus particulièrement la pathologie mammaire qui est concernée. La cible fixée par la collégiale des gynécologues pour les tumorectomie était de 70 %, actuellement à l'APHP le taux est de 55.3 % avec des larges variations selon les centres. Dans les centres de lutte contre le cancer, au total 17 % des cancers du sein sont pris en charge en ambulatoire avec là aussi de grandes disparités selon les centres. Unicancer s'est fixé un objectif de 50 % à l'horizon 2020. Actuellement, il existe de très grandes disparités entre les différentes structures prenant en charge de la pathologie mammaire, qui l'un des principaux marqueurs en cancérologie gynécologique. Certaines structures dédiées comme la Polyclinique de Saint Roch à Montpellier affichent des taux de 96 % pour les tumorectomies ganglion sentinelle et 73 % pour les mastectomies. Cela implique des lieux et équipes dédiées. Toute une infrastructure a été mise en place autour de la patiente avec consultation infirmière et anesthésique avec anticipation des prescriptions

post opératoire, anesthésie locorégionale, coordination ville-hôpital, etc...).

## Exemple de développement en cancérologie gynécologique : projet Ambu-Endo

Le cancer de l'endomètre est le premier cancer gynécologique dans les pays développés. Dans 75 % des cas, il s'agit d'un stade I dont la survie globale est estimée à 95 %. Selon les recommandations françaises et européennes, la prise en charge chirurgicale du cancer de l'endomètre de type I (carcinome endométrioïde) de stade I (limité à l'utérus) consiste en une hystérectomie totale et annexectomie bilatérale associée ou non à une lymphadénectomie (1,2). Cette prise en charge doit se faire par chirurgie mini-invasive en l'absence de contre-indication et la procédure du ganglion sentinelle apparaît comme une option pour les risques faibles et intermédiaires (2). Dans la pratique courante actuelle, pour ce type de chirurgie, une durée d'hospitalisation de un jour après l'intervention est généralement justifiée pour le contrôle de la douleur et des nausées, la gestion d'une sonde vésicale et l'élimination d'éventuelles complications post opératoires (3). En France, d'après les données de la CCAM, moins de 0.2 % des patientes ayant eu une hystérectomie par laparoscopie pour une pathologie cancéreuse en 2012-2013 ont été prise en charge en ambulatoire, et aucune d'entre elles n'était opérée par voie robot-assistée. Plusieurs études rétrospectives ont présenté leurs résultats d'une prise en charge en ambulatoire de patientes opérées notamment d'un cancer de l'endomètre et présentant fréquemment des comorbidités (hypertension artérielle, obésité) (4-8). Leurs taux d'échec d'ambulatoire (i.e. absence de sortie le jour de l'intervention) variaient entre 0 et 22 %. Aucune de ces études ne retrouvait de complication sévère après la sortie ni de taux majoré de ré-hospitalisation secondaire. Les facteurs associés à un échec de l'ambulatoire dans ces études étaient l'âge de la patiente, le chirurgien, une laparoconversion, la réalisation d'une hystérectomie élargie, la durée de la chirurgie, une chirurgie commençant après 13 heures, la douleur en SSPI, les nausées vomissements post-opératoires et enfin la coelioscopie contre la chirurgie robot-assistée. La chirurgie robotique ne doit donc pas être vue comme un frein à cette démarche mais comme un outil supplémentaire permettant de la faciliter. En effet, plusieurs méta-analyses et revues de la littérature ont montré un bénéfice de la chirurgie robot-assistée en comparaison avec la laparoscopie, sur la perte de sang, le taux de laparo-conversion et la consommation d'analgésiques en post-opératoire (9-11). La robotique semblant apporter un bénéfice particulier pour les patientes obèses (BMI>40), population particulièrement à risque de cancer de l'endomètre. Enfin, l'utilisation du robot permet la détection des ganglions sentinelles par la fluorescence, technique prometteuse quant à son taux de détection, sa facilité d'exécution et la diminution du risque allergique au bleu patente (12).

La prise en charge ambulatoire de ces patientes semble donc être une option sûre. Elle nécessite une coordination et une implication forte de l'ensemble des acteurs du parcours de soin. En amont de l'intervention (information, anticipation des ordonnances post-opératoires, consultation d'anesthésie, équipe de médecine nucléaire), le jour de l'intervention (parcours patient, coordination entre les différents intervenants, gestion de la sortie), et en post-opératoire (appel de la patiente, disponibilité 24h/24 et coordination ville-hôpital). A la Pitié Salpêtrière, notre équipe a réalisé récemment l'un des premiers cas français d'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et procédure du ganglion sentinelle par voie coelioscopique robot-assistée réalisé en ambulatoire (13, 14).

## Projet AMBU-ENDO

Circuits de prise en charge

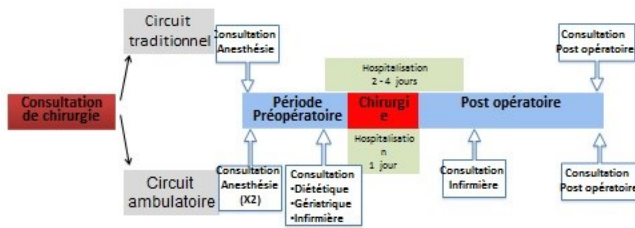


Figure 1 : Schéma des 2 types de parcours patients étudié (Etude AMBU-

## Evaluation économique

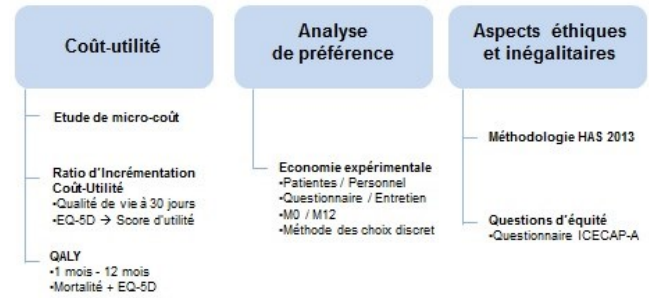


Figure 2 : Objectifs de l'étude AMBU-ENDO.

Cependant, à ce jour, aucune étude prospective n'a évalué la prise en charge en ambulatoire par rapport à un circuit traditionnel des patientes présentant un cancer de l'endomètre. Afin de répondre à cette question nous mettons en place une étude prospective randomisée multicentrique financée dans le cadre d'un programme de recherche médico-économique (PRME 2016, étude AMBU-ENDO (15)).

Il s'agit d'une étude randomisée entre parcours traditionnel et parcours en ambulatoire (avec prise en charge dédiée en pré opératoire Figure 1) dans six centres de référence. L'objectif principal et la comparaison du coût utilité entres les deux types de parcours, on évaluera par ailleurs la faisabilité et la satisfaction des patientes et des équipes (Figure 2). Les patientes atteintes de cancer de l'endomètre, de par leurs facteurs de risque (obésité, âge, diabète), ne sont pas considérées comme les meilleure candidates à l'ambulatoire. Alors que c'est possiblement chez ces mêmes patientes que les avantages de l'ambulatoire pourraient être le plus majeur en terme de qualité de vie (limitation des risques de thrombose, récupération plus précoce, limiter les troubles cognitifs, etc...).

Il est à noter que beaucoup de ces patientes sont plus à risque de mortalité du fait de leurs comorbidités (notamment obésité et diabète), que de leur pathologie oncologique. Certains regretteront donc le temps d'hospitalisation qui pourrait être envisagé comme un moment propice à la prise de conscience de la nécessité d'un changement de mode de vie. Or actuellement, les temps d'hospitalisation de ces patientes pour chirurgie mini-invasives est de deux à trois jours maximum, ce qui n'est à l'évidence pas suffisant pour entamer un « changement ». Par contre l'ambulatoire, par le développement de l'amont, peut permettre de mettre en place des jalons pour envisager ces changements (consultation de nutrition, consultation avec coach sportif, consultation chirurgie bariatrique). Bref, c'est bien plus un parcours de soin adapté qu'une hospitalisation qui permettra d'améliorer la prise en charge de ces patientes.

### Des pistes pour développer l'ambulatoire

Tout d'abord il faut répondre au « pourquoi faut-il le développer » : avant tout pour le bien des patientes et non pas uniquement pour des raisons purement économiques. La plupart des patients interrogés déclarent que si c'était à refaire, ils choisiraient la prise en charge ambulatoire. Celle-ci permet de limiter la coupure sociale liée à la chirurgie et de limiter l'impact psychologique.

Pour le « comment », il faut probablement de plus en plus privilégier des lieux dédiés (ce qui n'implique pas que le bloc mais toute une unité multidisciplinaire indépendante dédiée à la chirurgie et à la prise en charge ambulatoire). Bien sûr, le

bon fonctionnement de l'ambulatoire nécessite l'existence de passerelles étroites et efficaces entre le service d'UCA et le service d'hospitalisation classique, il semble en effet difficile d'opposer les deux car en cas de complications ou d'interrogation les correspondants ou les patients doivent pouvoir se tourner vers le service d'hospitalisation référent leur permettant un accueil et un interlocuteur 24h/24.

Par ailleurs, il faut améliorer les relations entre la ville (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, association de patientes, etc...) et l'unité de chirurgie ambulatoire. Il faut par ailleurs organiser la continuité des soins en amont en sensibilisant tous les intervenants, en partageant l'information, en prévoyant les modes de prise en charge en cas de complication avec accès direct aux professionnels concernés. Enfin, il faut développer une formation spécifique car l'ambulatoire implique un changement de culture. Cette formation pour tous les professionnels de santé touche autant la logistique, l'organisation, l'évaluation et les modes d'information du patient. Au total, il s'agit bien de faire évoluer profondément des modalités de prise en charge.

### Conclusion

La prise en charge ambulatoire présente de nombreux bénéfices pour la patiente, pour le médecin et pour l'hôpital. Pour la patiente, la diminution du séjour hospitalier diminue le risque d'exposition aux infections nosocomiales et favorise une reprise plus rapide des activités quotidiennes sociales et professionnelles.

La chirurgie ambulatoire est une réelle innovation organisationnelle nécessitant des équipes médico-chirurgicales et des équipements performants. Les principaux éléments innovants organisationnels sont une architecture avec « circuit marche en avant », des chemins cliniques avec des contrôles (checklists) et une place centrale du patient devenu acteur de sa prise en charge.

L'ambulatoire peut même avoir un effet « vertueux » car il est très exigeants à toutes ses étapes (information, standardisation, tout doit être organisé en amont).

### Discussion en séance

#### Question de F Dubois

Chirurgie en dehors de l'ambulatoire : chirurgie de mauvaise qualité ?

#### Réponse

Bien évidemment, tel n'est pas le propos.

Par contre, la chirurgie ambulatoire demande toute une série rigoureuse de contrôles pour limiter les risques impliquant

une standardisation, qui à terme peut permettre de limiter les complications.

#### Questions de F Richard

1-Implication du CDS ?

##### Réponse

L'implication des chefs d'établissements est bien sûr essentielle en termes de planification. Il faut notamment réfléchir de plus en plus à des structures dédiées.

2-Communication du ministère lamentable car accentuation sur les économies ?

##### Réponse

Il est certain que le point majeur est que le développement de l'ambulatoire est avant tout dans l'intérêt du patient et non pas pour « faire des économies ». Il faut donc communiquer dans ce sens car cela correspond à une réalité en tout cas en termes de satisfaction des patients. Les études médico-économiques n'ont pas pour objectif de définir ce qui « coûte le moins cher » mais ce qui permet d'utiliser les ressources au mieux pour les patients (étude du coût-utilité). C'est dans cet esprit que nous avons mis en place notre étude ANBU-ENDO en collaboration avec les membres de la Chaire en économie de la santé Hospinnomics, AP-HP/PSE, supervisée par Lise Rochemaix.

#### Question de B Launois

Pathologie de l'uretère ? Risque urétéral minime ?

##### Réponse

Pour les hystérectomies simples par voie coelioscopique, le risque de plaie urinaire (vessie ou uretère) était de 0.8 % dans le large registre français (David-Montefiore E, Rouzier R, Chapron C, Daraï E; Collegiale d'Obstétrique et Gynécologie de Paris-Ile de France. Surgical routes and complications of hysterectomy for benign disorders: a prospective observational study in French university hospitals. Hum Reprod. 2007 Jan;22(1):260-5.). De plus les complications urétérales (notamment par coagulation) se révèlent en général au-delà de deux jours (durée classique d'hospitalisation actuellement pour hystérectomie coelioscopique). L'ambulatoire ne met donc pas ces patientes plus à risque de re-consulter en urgence le soir de leur intervention dans cette indication.

#### Question de JL Ribardièrre

Rôle du médecin de ville ?

##### Réponse

Il est essentiel. Il doit être informé en amont, avoir rapidement les documents concernant la chirurgie et être contacté directement pour être tenu au courant des évolutions. Il doit aussi pouvoir contacter facilement les professionnels en charge de la chirurgie. Ce n'est que par une collaboration étroite avec la ville que l'ambulatoire pourra se développer.

#### Question de J Baulieux

Ce qui change c'est l'environnement. Ne pas compter sur le médecin généraliste.

##### Réponse

L'ambulatoire ne doit pas être source de transfert de responsabilités ou de travail aux généralistes. Par contre ils font partie intégrante du parcours patient et doivent être informés de chaque étape.

#### Question de R Villet

Formation des internes ? Distinguer l'ambu bénin de l'ambu malin... médecine ambulatoire médico chirurgicale.

##### Réponse

La formation à l'ambulatoire est un élément clé pour les internes mais aussi pour toutes les équipes soignantes.

La prise en charge de l'annonce de cancer notamment par la mise en place de dispositif d'annonce dans les services est faite en amont de la chirurgie et nécessite du temps et des moyens humains. Par contre, pour la chirurgie en elle-même,

il n'y a pas de différence fondamentale entre ambulatoire « bénin » et « malin ». Des mesures doivent être prises pour entourer au mieux les patientes mais cela peut être anticipé et ce n'est pas une nuit d'hospitalisation qui change la prise en charge psychologique et sociale de ces patientes. Toutes les mesures d'amont de l'ambulatoire peuvent d'ailleurs permettre de mieux identifier des difficultés des patientes.

## Références

1. Querleu D, Planchamp F, Narducci F, Morice P, Joly F et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with endometrial cancer in France: recommendations of the Institut National du Cancer and the Société Française d'Oncologie Gynécologique. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 2011;21:945-50.
2. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO.* 2016;27:16-41.
3. Yu X, Lum D, Kiet TK, Fuh KC, Orr J et al. Utilization of and charges for robotic versus laparoscopic versus open surgery for endometrial cancer. *J Surg Oncol.* 2013;107:653-8.
4. Gien LT, Kupets R, Covens A. Feasibility of same-day discharge after laparoscopic surgery in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol.* 2011;121:339-43.
5. Rettenmaier MA, Mendivil AA, Brown JV, Abaid LN, Micha JP, Goldstein BH. Same-day discharge in clinical stage I endometrial cancer patients treated with total laparoscopic hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy and bilateral pelvic lymphadenectomy. *Oncology.* 2012;82:321-6.
6. Lee SJ, Calderon B, Gardner GJ, Mays A, Nolan S, Sonoda Y, et al. The feasibility and safety of same-day discharge after robotic-assisted hysterectomy alone or with other procedures for benign and malignant indications. *Gynecol Oncol.* 2014;133:552-5.
7. Penner KR, Fleming ND, Barlavi L, Axtell AE, Lentz SE. Same-day discharge is feasible and safe in patients undergoing minimally invasive staging for gynecologic malignancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212:186.e1-8.
8. Dinesen JGR, Hesselund B, Petersen LK. Discharge less than 6 hours after robot-assisted total laparoscopic hysterectomy—is it feasible? *Gynecol Surg.* 2014;12:77-80.
9. Gaia G, Holloway RW, Santoro L, Ahmad S, Di Silverio E, Spinillo A. Robotic-assisted hysterectomy for endometrial cancer compared with traditional laparoscopic and laparotomy approaches: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1422-31.
10. Scandola M, Grespan L, Vicentini M, Fiorini P. Robot-assisted laparoscopic hysterectomy vs traditional laparoscopic hysterectomy: five metaanalyses. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18:705-15.
11. Leitao MM, Malhotra V, Briscoe G, Suidan R, Dholakiya P, Santos K, et al. Postoperative pain medication requirements in patients undergoing computer-assisted ("Robotic") and standard laparoscopic procedures for newly diagnosed endometrial cancer. *Ann Surg Oncol.* 2013;20:3561-7.
12. Darin MC, Gómez-Hidalgo NR, Westin SN, Soliman PT, Escobar PF, Frumovitz M, et al. Role of Indocyanine Green in Sentinel Node Mapping in Gynecologic Cancer: Is Fluorescence Imaging the New Standard? *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23:186-93.
13. <http://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-1ere-hysterectomie-robot-assistee-en-ambulatoire-realisee-lhopital-pitie-salpetriere>
14. Belghiti J, Marchand E, Nikpayam M, Corsia G, Canlorbe G, Uzan C. Hystérectomie totale avec procédure du ganglion sentinelle par voie coelioscopique robot assistée en ambulatoire : à propos d'un cas et revue de la littérature. 2016 en soumission.
15. PRME: AMBU-ENDO. Coût-utilité, sécurité et faisabilité de la prise en charge en ambulatoire par rapport à un circuit traditionnel des patientes présentant un cancer de l'endomètre : étude multicentrique, prospective et randomisée. (INCA) liste des centres participant : Centre Hospitalier Inter-communal de Creteil, Centre Georges Francois Leclerc, Dijon, Centre Oscar Lambret, Lille, Institut Gustave Roussy, Villejuif, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, Hôpital Tenon, Paris.

## Commentaires

### Commentaire d'Anne-Sophie Bats (Chirurgie oncologique gynécologique et du sein - HEGP, Paris)

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit le développement de la chirurgie ambulatoire (CA), qui offre aux patientes une amélioration de leur confort et de leur satisfaction.

Les principales indications en oncologie gynécologique sont les conisations et les tumorectomie du sein ± biopsie du ganglion sentinelle. L'évaluation préopératoire tumorale et la possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire apparaissent essentielles pour développer la CA en sénologie.

Les indications en oncologie gynécologique pourraient être étendues, notamment à la chirurgie des cancers de l'endomètre de stade précoce. Le traitement des cancers de l'endomètre à bas risque (adénocarcinome endométrioïde de stade IA de grade 1 ou 2) repose sur une hystérectomie simple +/- associée à une procédure du ganglion sentinelle, qui peut être pratiquée par chirurgie robot-assistée. La chirurgie robotique a prouvé son avantage par rapport à la cœlioscopie traditionnelle (durée opératoire plus courte, pertes sanguines moindres, durée d'hospitalisation plus courte, davantage de ganglions prélevés avec un taux de complications identique), et ceci également chez l'obèse. L'évaluation préopératoire des comorbidités par l'équipe d'anesthésie apparaît nécessaire. Il est possible d'envisager cette intervention en chirurgie ambulatoire en coordonnant la prise en charge d'amont et d'aval des patientes.