



Chirurgie ambulatoire en onco-gynécologie


Le cas de l'hystérectomie totale pour cancer de l'endomètre

Eric Leblanc, Fabrice Narducci, Lucie Bresson
Les anesthésistes, les infirmières

Centre Oscar Lambret Lille

Faire progresser la CA

	Avantages	Inconvénients
Hôpital	Financier: Augmentation recrutement possible ? Moins de j d'hospitalisation complete Suppression de postes infirmiers de nuit	Remboursement des actes à réévaluer → rentabilité ?
Equipe soignante	Gain en lits d'hospitalisation longue ? Gain temps médecin ?	Organisation spécifique de cette « filière »
Malade	Retour rapide en milieu familial Moins de pathologies nosocomiales	Crainte de complications à domicile / douleurs



La chirurgie ambulatoire en onco-gynécologie indications courantes

- Examen sous AG
- Conisation
- Hystéroscopie curetage
- [Pose/changement endoprothèses urétérales]

Cas clinique

- 54ans, G0, ménopausée, vivant en couple dans la banlieue lilloise
 - métrorragies minimales depuis 2 mois
 - BMI 26
 - Cholécystectomie laparoscopique en 2006
 - Hanches bloquées bilatérales (pos gynéco impossible => accès vaginal impossible)
 - ASA1
- Biopsie: Adénocarcinome endométrioïde grade1
- IRM: infiltration myomètre < 50%
- RCP: HTAB simple sans lymphadénectomie (accord recos INCa e SFOG 2013)
- Revue en cs chir + anesth: explication de l'intervention et de sa réalisation possible en CA



SINGLE PORT TOTAL HYSTERECTOMY
WITH BILATERAL SALPINGO-OOPHORECTOMY
FOR
STAGE IA GRADE 1 ENDOMETRIAL CARCINOMA

E. Leblanc, L Bresson, F Narducci
Lille France

Suites

- Duree chir: 72minutes,
 - Pertes insignifiantes
- Douleur EVA: 1h 0, 3h 1, 6h 1
- Sortie le jour même
 - Durée hospitalisation: 9h
- Appel le lendemain: EVA 4 (antalgiques antiinflammatoires, HBPM isocoagulable pour 3 sem)
- AP: adénocarcinome endométrioïde IAg1: pas de TT complémentaire, phenotype RER en recherche
- Revue à 7 semaines: RAS; cic ombilicale RAS, cic vaginale obtenue, reprise rapports autorisée
 - A refaire ?: oui



Discussion: 1. Autres alternatives

- Chirurgie vaginale
 - Impossible dans ce contexte mais à envisager
- Chirurgie laparoscopique multiport +++
 - 4 trocarts conventionnels
 - Possibilité aussi de travailler avec instruments 3mm
 - Mais ici: pb d'extraction de la pièce

Outpatient Vaginal Hysterectomy

Optimizing Perioperative Management for Same-Day Discharge

Mark A. Zakaria, MD, and Barbara S. Levy, MD

- Série rétrospective 2000-2010: 1096 Hystérectomies totales vaginales
 - Age moyen: 46 ans
 - 100 ptes: G0
 - 228 ptes: antécédent de chir pelvienne
 - Uterus: 160g (25-1300)
- 96% en CA
 - 0,5% réadmission
- Faisable sans risque majeur pour les patientes



Philippe Laberge¹, Madeleine Lemyre², Sarah Maheux-Lacroix³

Département d'Obstétrique Gynécologie, CHU de Québec, Pavillon CHUL.

2705 Boul. Laurier, Local S-768, Québec, QC, Canada G1V 4G2

¹MD FRCSC ACGE, professeur titulaire de clinique, ²MD FRCSC, professeur adjoint de clinique,

³MD, MSc, résidente en obstétrique-gynécologie



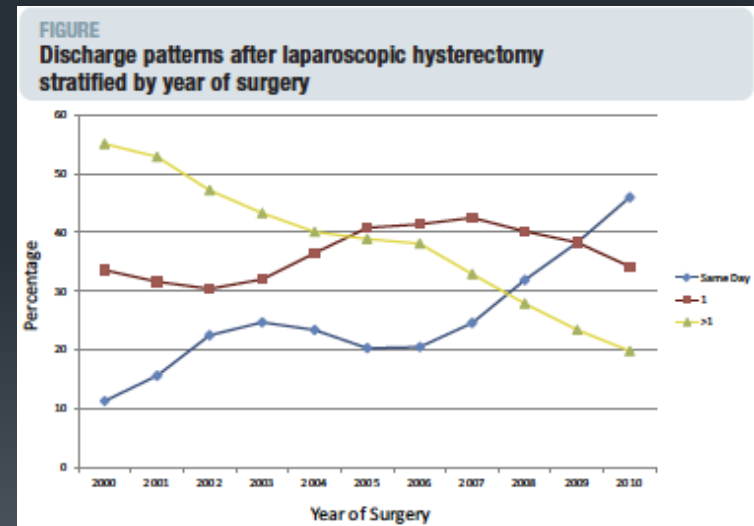
Hystérectomie totale par coelioscopie en ambulatoire : Tendance bien fondée ou risque inutile ?

- Série québécoise 2010-2011: 148 HTAB pour lésion bénigne
 - Hospit: 83% < 24h et **38% CA vraie**: pas de différence entre les 2 groupes
 - Taux réadmission : 3,5% si CA, vs 6,6% si > 24h
- **Succès si conditions techniques favorables et adhésion de la patiente à l'idée**

Feasibility and economic impact of same-day discharge for women who undergo laparoscopic hysterectomy

Maria B. Schiavone, MD; Thomas J. Herzog, MD; Cande V. Ananth, PhD, MPH; Elizabeth T. Wilde, PhD; Sharyn N. Lewin, MD; William M. Burke, MD; Yu-Shiang Lu, MS; Alfred I. Neugut, MD, PhD; Dawn L. Hershman, MD; Jason D. Wright, MD

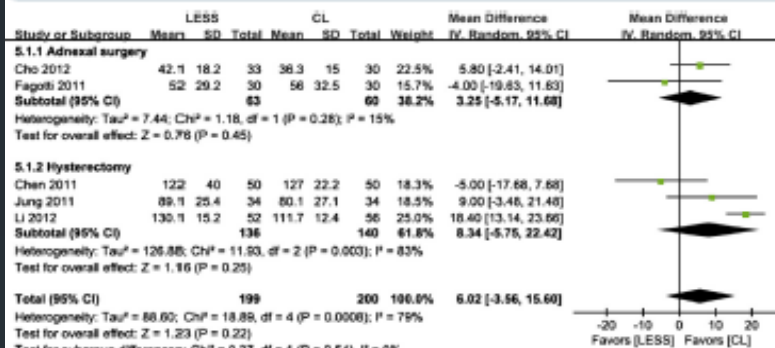
- Revue de 128 634 HT laparoscopiques 2000-2010 aux USA
 - 26% en CA
 - 11,3% en 2000 → 46,6% en 2010
 - Réadmissions: 4% si CA vs 3.6 si 1 nuit et 5,1% si ≥ 2 nuits
 - Moins de réadmission si 1 nuit mais surcoût de 200\$
- HT en CA est sûre et économiquement intéressante



Laparoendoscopic single-site versus conventional laparoscopic gynecologic surgery: a metaanalysis of randomized controlled trials

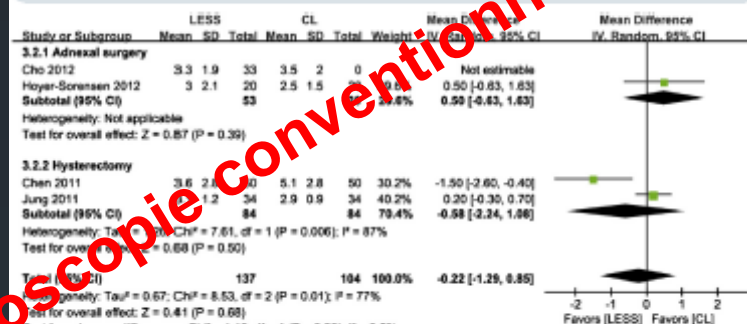
Taejong Song, MD; Mi-La Kim, MD; Yong Wook Jung, MD; Bo Sung Yoon, MD; Won Duk Joo, MD; Seok Ju Seong, MD

FIGURE 5
Forest plot and metaanalysis of operative time



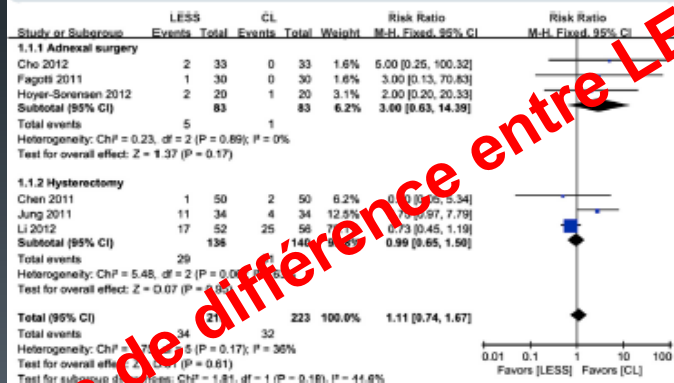
CI, confidence interval; CL, conventional laparoscopy; LESS, laparoendoscopic single-site surgery.
Song. LESS vs conventional laparoscopy: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

FIGURE 3
Forest plot and metaanalysis of pain measured by VAS at 1h post-surgery



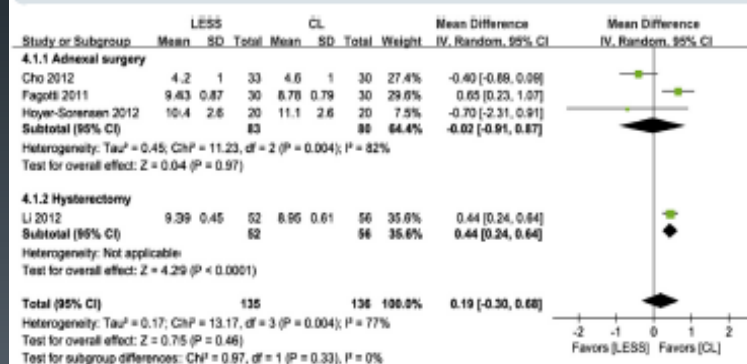
CI, confidence interval; CL, conventional laparoscopy; LESS, laparoendoscopic single-site surgery; VAS visual analog scale.
Song. LESS vs conventional laparoscopy: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

FIGURE 2
Forest plot and metaanalysis of perioperative complication rates



CI, confidence interval; CL, conventional laparoscopy; LESS, laparoendoscopic single-site surgery.
Song. LESS vs conventional laparoscopy: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

FIGURE 4
Forest plot and metaanalysis of cosmetic satisfaction



CI, confidence interval; CL, conventional laparoscopy; LESS, laparoendoscopic single-site surgery.
Song. LESS vs conventional laparoscopy: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

Same-Day Discharge in Clinical Stage I Endometrial Cancer Patients Treated with Total Laparoscopic Hysterectomy, Bilateral Salpingo-Oophorectomy and Bilateral Pelvic Lymphadenectomy

Mark A. Rettenmaier Alberto A. Mendivil John V. Brown, III Lisa N. Abaid
John P. Micha Bram H. Goldstein

Oncology 2012;82:321-326

- 28 candidates: HTAB-lympho pelvienne coelio pour adk endom
 - Durée op moyenne : 118 min
 - 21 cas (75%) en CA vraie
 - Présence 6h35 à l'hôpital
 - 7 cas de sortie le lendemain
 - douleurs, nausées, choix
 - Pas de complications ni réadmission
- **Faisable en cancérologie pour cas sélectionnés (75% des cas)**

Table 3. Stage I endometrial cancer patients' surgical characteristics (n = 21)

Patient	ASA	Surgery length, h	Hospital stay, h	Readmission reason
1	2	1.64	4.17	none
2	2	1.48	3.85	none
3	2	1.52	7.00	none
4	3	1.95	12.27	none
5	2	1.25	6.95	none
6	2	1.30	7.47	none
7	2	1.40	4.38	port-site infection
8	2	1.87	10.72	none
9	3	1.30	6.25	none
10	2	1.70	3.85	port-site skin separation
11	2	1.72	8.18	none
12	2	1.35	4.03	lymphedema
13	2	1.35	8.77	none
14	2	1.72	8.18	none
15	2	1.20	4.00	none
16	2	1.27	6.45	none
17	2	1.95	4.93	none
18	2	1.40	4.93	none
19	2	1.20	3.93	none
20	2	1.40	4.93	none
21	2	1.20	3.93	none

Feasibility of same-day discharge after laparoscopic surgery in gynecologic oncology

Lilian T. Gien*, Rachel Kupets, Allan Covens

Division of Gynecologic Oncology, Odette Cancer Centre, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontario, Canada

Gynecologic Oncology 121 (2011) 339–343

Baseline characteristics (n = 303).

Age (years) (mean)	54.4 ± SD 15.1	range: 23–91
Body Mass Index (BMI, kg/m ²) (mean)	26.9 ± SD 5.9	range: 16.1–47.3
ASA	n	%
1	82	27.1
2	153	50.5
3	62	20.5
4	6	2.0
Preoperative diagnosis	n	%
Endometrial cancer	150	49.5
Cervix cancer	78	25.7
Ovarian cancer or pelvic mass	48	15.8
Benign/preinvasive disease	27	8.9
Surgical procedure	n	%
TLH + BSO +/- omentectomy	116	38.3
TLH/BSO/pelvic nodes or simple trachelectomy/cone biopsy + pelvic nodes	51	16.8
TLH/BSO/pelvic + para-aortic nodes +/- omentectomy	51	16.8
BSO/omentectomy, appendectomy +/- nodes	16	5.3
TLRH or radical trachelectomy, pelvic +/- para-aortic nodes	69	22.8
Stage (based on final pathology)	n	%
Endometrial cancer		
1	91	60.7
2	31	20.7
3	22	14.7
4	6	4.0
Cervix cancer		
1A1	13	16.9
1A2	22	28.5
1B1	43	55.1
Ovarian cancer		
1	29	72.5
2	3	7.5
3	8	20.0

Reasons for postoperative admission (n = 156).

	Number of patients
Surgeon choice	33 (21.1%)
Comorbidities (e.g., cardiac issues, elderly)	31 (19.9%)
Converted to open laparotomy	21 (13.5%)
Nausea/vomiting	15 (9.6%)
Bleeding or monitoring of injury	12 (7.7%)
Oxygen requirement	11 (7.1%)
Pain	10 (6.4%)
Not ready for discharge by 8 PM	10 (6.4%)
Urinary retention	6 (3.8%)
Patient preference	4 (2.6%)
Other	3 (1.9%)

147/303 ptes (48,2%) en CA vraie

4,8% readmission si CA vs 13,8% si 1 nuit

Multivariate analysis for factors associated with postoperative admission.

	Odds ratio (95% confidence interval)	p-Value
Age (70 years vs 50 years)	1.76 (1.30–2.22)	0.001
Surgeon	6.91 (3.58–13.34)	<0.0001
Radical hysterectomy or radical trachelectomy	3.43 (1.58–7.46)	0.002
Length of surgery (4 hours vs 2 hours)	2.94 (2.32–3.64)	<0.0001
Operative start time (after 1 PM)	3.77 (1.93–7.39)	0.0001
BMI	0.70 (0.39–1.28)	0.25
ASA (≥3)	1.59 (0.77–3.26)	0.21
Conversion to open surgery ^a		<0.0001

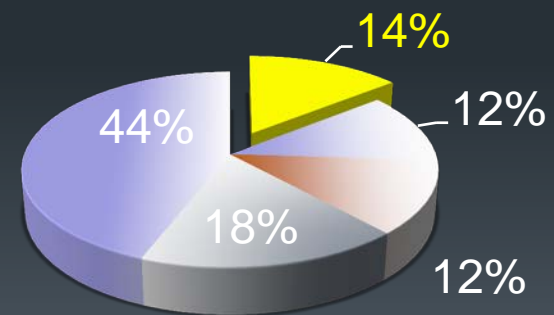
Experience COL de la chirurgie ambulatoire en onco-gynécologie

Période: Janv – Nov 2013

- Activité en réflexion: 14% de l'activité totale (GHM-C): 93/652 actes ont été réalisés en CA
- Définition d'actes possiblement réalisable en CA
 - Conisation
 - Hystérocopie curetage (*acte marqueur CCAM*)
 - Coelioscopie diagnostique +/- DVP
 - Annexectomie/ ovariectomie seule prophylactique ou non
 - Pose/changement endoprothèse urétérale (*acte marqueur CCAM*)
 - Hystérectomie totale simple avec ou sans annexectomie prophylactique ou cancer endomètre débutant (2 cas)

nombre de séjours

- 0 nuit
- 1 nuit
- 2 nuits
- 3 nuits
- 4 nuits et plus



Activité de CA en onco-gynéco au COL

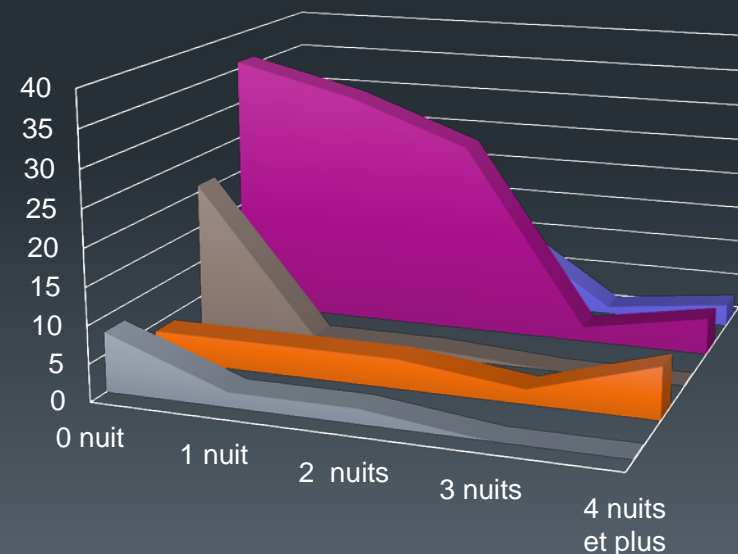
période Janv – Nov 2013

- **Sur les 244 actes possiblement réalisables, 93 ont été effectivement réalisés en CA (38%)**

- Refus de sortie de la patiente
 - Douleurs
 - Insuffisamment réveillée
- Refus médical
 - Etat patiente /environnement jugé non favorable
- Réadmission hospitalière: 1/93 à j7-> douleurs
 - -> Bilan TDM négatif => TT médical RAS
- Avis des patientes revues en cs
 - Douleurs coelio svt mal gérées à domicile
 - A refaire ? Non pour ~30% (mais enquête non exhaustive !)
- Education du public ++++
 - Meilleure écoute
 - Meilleure préparation psychologique
 - Meilleur accompagnement

Repartition 5 actes réalisables e CA et effectivement réalisés en CA

- Hysteroscopie curetage (66%)
- Endoprothèse urétérale (19%)
- Conisation (91%)
- Coelioscopie diagnostique (35,6%)
- Annexectomie (34%)



Conclusions

- La coeliochirurgie en condition ambulatoire stricte peut se développer en onco-gynécologie
 - Diagnostic
 - Annexectomie prophylactique ou non
 - Hystérectomie simple ? Radicale ???
- Hospitalisation d'une nuit → gestes plus complexes / plus longs
 - Stadification ganglionnaire
 - Chirurgie radicale utérine
 - Permet d'opérer des patientes à plus haut risque
- Nécessaire maîtrise des coûts de santé, mais sans sacrifier une pratique médicale sécuritaire
- Adhésion à CA => Plus d'information du public



L'hospit' systématique,
c'est plus automatique!