

Sommaire

Mastectomies partielles avec curage axillaire en ambulatoire : Création d'un réseau ville-hôpital

1. INTRODUCTION.....	3
11. Présentation du centre hospitalier de BOURG EN BRESSE	3
12. L'unité de chirurgie ambulatoire.....	3
2. CONTEXTE AMBULATOIRE ET CANCER DU SEIN.....	5
21. Les chiffres du cancer du sein en France (3)	5
23. Etat des lieux du cancer en ambulatoire en France.....	5
231. Selon l'institut National du cancer	5
Figure 1 : Evolution du cancer mammaire de 2010 à 2015	5
232. Selon Association française de Chirurgie Ambulatoire	6
233. Selon les régions en France selon l'Agence Nationale de la Santé (ARS) : 1 ^{er} semestre 2017 ..	6
26. Incitations politiques.....	7
27. Intérêts de la chirurgie ambulatoire en sénologie.....	7
29. La chirurgie mammaire conservatrice.....	8
291. Les différentes chirurgies.....	8
282. Le curage axillaire et la technique du Ganglion Sentinelle	10
3. ENQUETE STATISTIQUE SUR L'ACTIVITE AMBULATOIRE POUR LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DU SEIN	
31. Introduction	13
32. Méthodes.....	13
33. Les résultats.....	14
331. Le diagramme des flux : comparatif de l'activité ambulatoire et l'activité hospitalière des mastectomies partielles sur 2015 et 2018.....	14
332. Résultats des indicateurs sur l'année 2015 et 2018	17
334. Discussion de l'activité ambulatoire des mastectomies partielles	20
4. LE CHEMIN CLINIQUE DE LA MASTECTOMIE AVEC CURAGE AXILLAIRE	21
41. La phase préopératoire	23
42- La journée ambulatoire.....	25
43. La phase postopératoire	27
5. LA PRISE EN CHARGE DES MASTECTOMIES AVEC CURAGE AXILLAIRE	28

6- GESTION DE LA CONTINUITE DES SOINS ET ORGANISATION D'UN RESEAU EN VILLE	29
621. Etablissement de procédures de soins spécifiques	29
422. Le suivi de la continuité des soins par l'unité de chirurgie ambulatoire	30
623. Création d'une consultation infirmière préopératoire	31
624. Le choix des acteurs en ville.....	32
625. L'organisation des soins et coordination avec les intervenants en ville.....	32
626. Sensibilisation des différents intervenants en ville	34
627. Le nouveau chemin clinique 2019	34
628. Evaluation du nouveau chemin clinique des curages axillaires et de la continuité des soins en ville.....	37
7. CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	42

1. INTRODUCTION

11. Présentation du centre hospitalier de BOURG EN BRESSE

Le Centre Hospitalier de BOURG-EN-BRESSE est un établissement public situé dans le département de l'AIN. Il dessert un bassin de santé de près de 300 000 habitants.

L'Hôpital regroupe la totalité des 483 lits de court séjour, tous les services médico-techniques, administratifs et logistiques ainsi que 3 écoles professionnelles. Il a été complété par la construction du Pôle Mère-Enfant, mis en service en avril 2006.

L'activité hospitalière repose sur :

- **258 lits de médecine à orientation** : cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gériatrie, oncologie-hématologie-radiothérapie, hépato-gastro-entérologie avec une unité d'addictologie (tabac, alcool...), infectiologie, néphrologie, neurologie, pneumologie, rhumatologie, médecine interne.
- **93 lits de chirurgie générale** prenant en charge la chirurgie digestive et thoracique, orthopédique et traumatologique, gynécologique et chirurgie plastique, urologique, vasculaire, endocrinologique et des spécialités chirurgicales : ophtalmologie, ORL (Oto-rhino-laryngologie), stomatologie et odontologie et endoscopie digestive.
- **51 lits d'obstétrique qui englobe**: gynécologie, obstétrique (maternité), orthogénie (IVG),

Le plateau médico-technique couvre notamment le bloc opératoire avec 9 salles d'interventions polyvalentes avec un mélange d'activités ambulatoire et d'hospitalisation conventionnelle. La salle de surveillance post interventionnelle(SSPI) propose seize postes et un poste technique.

12. L'unité de chirurgie ambulatoire

L'unité de chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier de BOURG-EN-BRESSE a été créée en 2008. Elle fonctionne comme un centre intégré au Centre Hospitalier. Sa capacité d'accueil est de 20 postes répartis sur deux circuits : le circuit long avec 15 postes pour les patients ayant bénéficié d'une anesthésie générale, locorégionale des membres inférieurs ou rachianesthésie et 5 postes pour le circuit court pour les anesthésies locales, locorégionale des membres supérieurs sans sédation. L'UCA fonctionne avec une marche en avant de l'accueil du patient jusqu'à sa sortie. Les patients sont acheminés debout au bloc opératoire et accompagnés d'un soignant.

L'unité accueille plusieurs spécialités chirurgicales et le nombre d'actes éligibles est en constante évolution.

Le ministère de la santé nous incite à augmenter le taux de chirurgie ambulatoire avec un objectif pour 2022 de 70 % de taux de recours national en chirurgie ambulatoire en 2022, contre 58 % aujourd'hui (1).

Notre taux de chirurgie ambulatoire augmente et notre questionnement porte sur la faisabilité d'atteindre ce taux avec un case mix varié.

La sénologie est un axe de progression possible.

Dans cette étude, nous nous intéresserons uniquement à la chirurgie mammaire conservatrice.

En France, le taux de chirurgie ambulatoire pour les mastectomies partielles en 2017 était de 47.2 % selon l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire. (2)

Nous avons débuté cette activité prudemment sur un mode ambulatoire en 2015. Seulement deux chirurgiens réalisent cette intervention chirurgicale dans notre établissement.

L'activité ambulatoire en chirurgie sénologique évolue mais les curages axillaires sont un frein avec la pose d'un système de drainage du site opératoire. Les patientes sont alors transférées en hospitalisation conventionnelle.

Nous émettons l'hypothèse pour rendre possible la chirurgie conservatrice du sein en ambulatoire, nous devons envisager de créer un réseau en ville pour assurer la continuité des soins de redons à domicile après un geste axillaire.

QUESTION :

Comment organiser la prise en charge en ville des mastectomies partielles avec curage axillaire suite à une journée d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire.

2. CONTEXTE AMBULATOIRE ET CANCER DU SEIN

21. Les chiffres du cancer du sein en France (3)

En 2017, l'Institut National du Cancer comptait 58 968 nouveaux cas et 11 883 décès.

Le cancer du sein est au premier rang des cancers féminins et au deuxième rang de tous les cancers en termes de fréquence.

23. Etat des lieux du cancer en ambulatoire en France

231. Selon l'institut National du cancer (4)

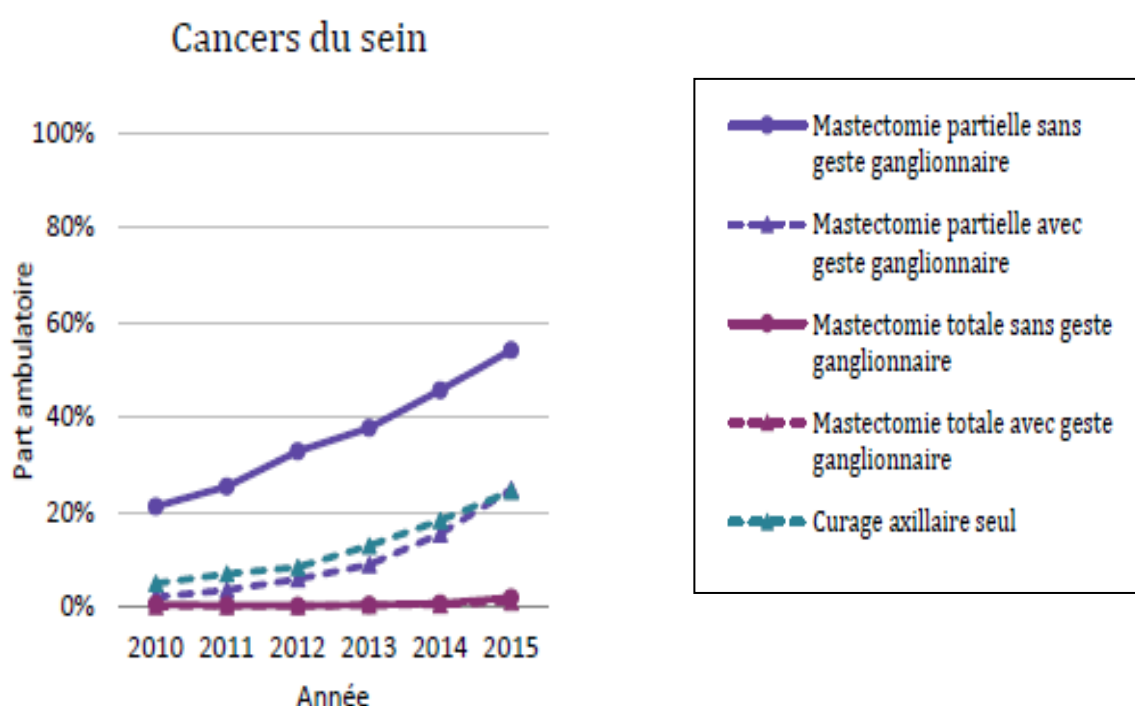


Figure 1 : Evolution du cancer mammaire de 2010 à 2015

En 2015, 22,3 % (16 827/75 327) des séjours d'exercice de cancer du sein étaient réalisés en ambulatoire, avec une forte progression pour les mastectomies partielles (de 21,1 % en 2010 à 54,1 % en 2015 en l'absence de geste ganglionnaire – curage axillaire ou ganglion sentinelle – 2,0 % à 24,5 % en cas de geste ganglionnaire). Les mastectomies totales restent essentiellement réalisées en hospitalisation complète (environ 2 % des séjours).

Le taux des mastectomies avec un geste axillaire reste encore timide en 2015.

232. Selon Association française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)

Actes	Taux ambulatoire 2016	Taux ambulatoire 2017	Evolution
Tumorectomies du sein	51.3 %	54.4 %	+ 3.1 %
Mastectomies partielles	41.4 %	47.2 %	+ 5.8 %
Mastectomie totales	2.2 %	3.2 %	+ 1 %

Tableau 1 : Evolution de l'activité ambulatoire entre 2016 et 2017 pour les actes marqueurs internationaux

La part ambulatoire entre 2016 et 2017 a augmenté significativement de 5.8 % pour les mastectomies partielles alors qu'elle est plus faible pour les tumorectomies du sein. La prise en charge ambulatoire pour les mastectomies totales reste faible mais la prise en charge ambulatoire commence à se développer.

233. Selon les régions en France selon l'Agence Nationale de la Santé (ARS) : 1^{er} semestre 2017

Régions	taux	rang
Alsace – Champagne- Ardenne – Lorraine	36.6 %	12
Aquitaine- Limousin- Poitou- Charentes	38.7 %	10
Auvergne- Rhône- Alpes	36.2 %	13
Bourgogne- Franche – Comté	50.4 %	3
Bretagne	48.2 %	6
Centre- Val de Loire	22.3 %	14
Corse	20 %	15
Guadeloupe	13.8 %	16
Guyane	0 %	17
Ile de France	45.7 %	7
Languedoc – Roussillon- Midi- Pyrénées	42.1 %	8
Martinique	51.6 %	2
Nord- Pas de Calais- Picardie	40.3 %	9
Normandie	48.5 %	5
Pays de la Loire	53.3 %	1
Provence- Alpes- Côte d'Azur	37.4 %	11
Réunion	49.3 %	3
France	41.6 %	

Tableau 2 : Taux régional des mastectomies partielles pour le cancer selon ARS en 2017

Nous notons une disparité entre les régions qui ne correspond pas à l'économie de la région mais certainement plus à la volonté de faire progresser l'activité ambulatoire.

Le Centre Hospitalier dans lequel nous travaillons se situe dans la région Auvergne- Rhône-Alpes avec un taux de 36.2 % ce qui nous place au 13^e rang/ 17. Par conséquent, nous sommes plutôt vers le bas du tableau. Cela signifie qu'il nous reste une marge de progression importante pour développer les prises en charge ambulatoire pour le cancer du sein.

26. Incitations politiques

Trois dispositifs sont actuellement en application en France :

- ✚ l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière : depuis 2004, la plupart des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire, déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM),
- ✚ la mise sous accord préalable par l'assurance maladie de cinquante-cinq gestes chirurgicaux marqueurs en 2015 : lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte de la liste en hospitalisation classique, il doit demander l'autorisation à la caisse d'Assurance maladie,
- ✚ des incitations tarifaires :
 - l'instauration d'un tarif identique pour un ensemble de « couples » de GHM (ambulatoire-classique),
 - diminution du différentiel de tarifs pour certains « couples » de GHM entre la chirurgie ambulatoire et traditionnelle, suppression de la borne basse pour d'autres et revalorisation de certains tarifs à hauteur des coûts ajustés.

En 2011, les pouvoirs publics ont fixé pour la première fois un objectif chiffré pour inciter le développement de la chirurgie ambulatoire : dépasser les 50 % pour 2016 (5). Il est de 70 % pour 2022 (2).

En 2013, la Cour des Comptes estimait que 5.5 milliards d'économies pourraient être réalisées si 70 % des actes chirurgicaux étaient réalisées en ambulatoire. (6)

27. Intérêts de la chirurgie ambulatoire en sénologie

L'objectif 3 du Plan Uni cancer 2014-2019 (9) est de développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie pour approcher un taux de 54 % d'ici 2024, grâce à un dépistage de plus en plus précoce. Le dépistage est sur invitation. La France est le premier pays de l'Union Européenne en volume de mammographies de dépistage annuel. La population estimée éligible au programme de dépistage s'élève à plus de 10 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans, pour un dépistage tous les deux ans. Or seulement 5 091 348 femmes ont été invitées en 2017.

La chirurgie du cancer du sein est adaptée à l'ambulatoire car il s'agit d'une chirurgie réglée, de courte durée opératoire et peu douloureuse. Son taux de complications est faible et concerne des patientes

avec peu de comorbidités (7). Par contre, elle se heurte à des contraintes organisationnelles qui nécessitent l'intervention d'autres spécialités comme la médecine nucléaire pour le repérage du ganglion sentinelle, les radiologues pour le repérage de la tumeur mammaire et du médecin anatomopathologiste pour les examens extemporanés avec une logistique de précisions.

Les avantages de la chirurgie ambulatoire sont doubles : tout d'abord du point de vue de la patiente, diminuer les infections nosocomiales en diminuant la durée d'hospitalisation et pour cette situation, des études montrent des taux élevés de satisfaction de la patiente (7). GUINAUDEAU a mené une étude sur 155 patientes pour évaluer la satisfaction après une chirurgie mammaire conservatrice et une biopsie du ganglion sentinelle pour le cancer du sein en ambulatoire. Elle a révélé un degré élevé de satisfaction chez les patientes ambulatoires et hospitalisées sur l'enquête réalisée sur une durée de trente jours après leurs sorties (8).

D'autre part, l'ambulatoire permet à la patiente de rentrer à son domicile le soir de l'intervention ce qui lui évite une coupure familiale avec des conditions de sécurité et de qualité des soins.

La prise en charge ambulatoire nécessite un accompagnement en amont sur le plan psychologique avec le rôle majeur de la consultation d'annonce et d'un diagnostic formel pour ne passer la place au doute et à l'angoisse. Le dispositif d'annonce(12) est construit autour de quatre temps correspondant à quatre étapes de prise en charge du patient par des personnels médicaux ou soignants et répond aux recommandations du Plan Cancer 2003-2007 (9) et encadré par le Décret no 2007-388 du 21 mars 2007 (13) relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et la circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (décision de stratégie thérapeutique en réunion de concertation pluridisciplinaire (14).

29. La chirurgie mammaire conservatrice

291. Les différentes chirurgies

La chirurgie du cancer du sein conservatrice consiste en une exérèse de la tumeur plus ou moins associée à une chirurgie axillaire. La chirurgie conservatrice : la mastectomie partielle, la quadrantectomie et la tumorectomie. Aujourd'hui c'est le traitement standard des tumeurs non infiltrantes et de petites tailles. La chirurgie conservatrice consiste en une incision directe en regard de la tumeur, avec exérèse large, passant en tissu macroscopiquement sain, en allant jusqu'au fascia du muscle pectoral. Cette marge de sécurité permet de limiter les récives.

La quadrantectomie consiste en une exérèse de la tumeur avec une marge macroscopique de 2 cm minimum, ce qui correspond le plus souvent à l'ablation d'un quadrant.

La tumorectomie consiste à enlever la tumeur ainsi qu'une quantité suffisante de glande avoisinante pour que la résection de la tumeur soit complète. (17)

Lors de la mastectomie partielle, la tumeur est retirée avec une marge de sécurité en préservant le volume et la forme du sein et elle s'associe à un « remodelage » de la glande afin d'éviter les déformations postopératoires. Cependant, selon la morphologie des patientes, le volume de la lésion, sa localisation et le volume initial du sein on peut constater une asymétrie entre les deux seins. Cette déformation ne peut se juger avec précision que 3-4 mois après l'intervention. (17)

Il est important de préciser que la radiothérapie est obligatoire dans tout traitement conservateur en raison de son effet potentialisateur des effets secondaires liés à la chirurgie. Il n'y a pas d'exception à cette règle.

Si une rechute se produit dans le sein conservé, une mastectomie secondaire dite de rattrapage est alors réalisée.

L'enquête randomisée de Ng YY, Chang PM et al. de 2014, (10) portant sur un échantillon de 1742 patients, a comparé les taux de complications postopératoires et de réadmissions à 30 jours entre l'ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle.

Echantillon n= 1742 patients	Ambulatoire n= 1207	Hospitalisation conventionnelle N= 535
Saignement ou hématome	15 soit 1.2 %	7 soit 1.3 %
Infection	13 soit 1 %	9 soit 1.6 %
Désunion de cicatrice	0 soit 0 %	4 soit 0.7 %
Douleur	3 soit 0.2 %	0 soit 0 %
Autres	6 soit 0.4 %	0 soit 0 %
Sous total	37 soit 3 %	20 soit 3 %
Réadmissions à 30 jours	37 soit 3 %	25 soit 4.6 %
Réopération	10 soit 0.8 %	5 soit 0.9 %
Réopération pour hémostase	8 soit 0.6 %	1 soit 0 %
Réopération pour débridement	2 soit 0.1 %	1 soit 0 %
Réopération pour suture	0 soit 0 %	3 soit 0.5 %

Tableau 3 : Complications postopératoires en chirurgie sénologique de 2014 de l'étude randomisée de de Ng YY

Les résultats nous montrent qu'il n'y avait pas de différence entre ces deux formes de prises en charge. Les complications postopératoires dont les plus courantes sont les saignements/hématomes et les infections évoquent un taux global de 3 %. Les complications de plaie n'étaient pas plus fréquentes chez les patients opérés en ambulatoire et il convient de noter, aucune réadmission hospitalière pour les problèmes liés à un drain. La chirurgie ambulatoire n'a pas été associée à une réadmission dans les 30 jours qui ont suivi la chirurgie et elle n'a pas augmenté le risque de réintervention pour complications postopératoires. Le taux ambulatoire de réadmissions est de 3%.

282. Le curage axillaire et la technique du Ganglion Sentinelle (GS)

Les ganglions axillaires restent la première voie de drainage des tumeurs mammaires. L'atteinte de ces ganglions est un des facteurs pronostiques des plus importants dans le cancer du sein et détermine les stratégies thérapeutiques complémentaires.

L'état des ganglions axillaires est un élément pronostic essentiel.

L'exérèse du ganglion sentinelle

La technique du ganglion sentinelle consiste à mettre en évidence le drainage lymphatique de la tumeur et localiser le(s) ganglion(s) sentinelle(s), par l'injection d'un traceur radioactif. La lymphoscintigraphie consiste à injecter un traceur radioactif, quelques heures voire la veille de l'intervention, dans un service de Médecine Nucléaire. Deux à trois heures après ces injections, des clichés sont réalisés montrant la localisation du ganglion sentinelle. Ce traceur se concentre dans le ganglion sentinelle qui peut ainsi être prélevé.

Le bleu Patenté® est injecté au début de l'intervention, sous anesthésie générale, en supplément lorsque la lymphoscintigraphie n'est pas de qualité. Il diffuse en quelques minutes vers le(s) ganglion(s) sentinelles. Le chirurgien, guidé par une sonde de détection de radioactivité effectue une petite incision dans l'aisselle et retire un à trois ganglions sentinelles radioactifs et/ou coloré en bleu. Ce ganglion est analysé au bloc opératoire pendant l'intervention. L'examen extemporané est réalisé par un médecin anatomopathologiste qui détermine la présence ou non de cellules cancéreuses après avoir analysé le ganglion sentinelle.

Si le(s) ganglion(s) sentinelle(s), ne contient pas de cellules cancéreuses (ganglion dit « négatif »), le risque que des cellules cancéreuses soient présentes dans les autres ganglions est faible (taux inférieur à 5 %). Les autres ganglions sont laissés en place (17).

Si l'analyse est positive et montre la présence de cellules cancéreuses au niveau du ganglion sentinelle, il faut alors faire un curage axillaire.

Au total, la technique du ganglion sentinelle est une technique intéressante, qui permet d'éviter le curage axillaire mais elle nécessite un environnement pluridisciplinaire (médecins nucléaires, chirurgiens, anatomopathologistes).

L'examen extemporané ne remplace pas l'examen anatomopathologique définitif qui est systématiquement réalisé après l'intervention. Ses résultats parfois rendent nécessaires une seconde intervention chirurgicale.

Le curage axillaire (16)

En cas d'invasion ganglionnaire axillaire, le chirurgien pratique un curage axillaire.

En moyenne, 8 à 10 ganglions sont retirés pour être analysés. Tous les ganglions de l'aisselle ne sont pas retirés. Les études montrent que retirer l'ensemble des ganglions n'améliore pas la survie et accroît la possibilité d'effets secondaires tels que des douleurs.

Une des conséquences de l'élimination de tout ou partie de ces ganglions lymphatiques est qu'une collection de liquide appelée lymphocèle peut se développer dans les aisselles. Cela peut être inconfortable et nécessiter un drainage. Les autres complications comprennent les risques d'infection, de saignement et de lymphœdème du bras qui apparaissent plus tardivement et correspondent à l'augmentation chronique du volume du bras par stase lymphatique et apparaît dans les mois suivant l'intervention.

Une stratégie largement utilisée pour tenter de minimiser ces complications consiste à insérer un système de drainage dans l'aisselle lors de la chirurgie, ce qui permet à tout liquide accumulé dans l'aisselle de s'écouler. Cependant, les chirurgiens s'interrogent sur la valeur de ces drains car ils peuvent être douloureux et gênants et peuvent retarder la sortie de l'hôpital.

A ce moment, deux techniques s'opposent soit le drainage après dissection de ganglions axillaires ou le capitonnage pour éviter le drainage.

Une méta-analyse de la COCHRANE Dactabase (18) de 2013, qui englobe 7 études randomisées (n=960) sur l'intérêt du drainage après la dissection axillaire après une chirurgie conservatrice, pour le traitement du carcinome du sein, démontrait :

- Une diminution de l'incidence du lymphocèle si le drainage était réalisé après mastectomie avec curage axillaire
- Après un drainage, il n'y avait pas de différence de taux de complications (infection, hématome, lymphœdème), un peu moins de ponctions mais une augmentation de la durée d'hospitalisation
- Un peu moins de ponctions de lymphocèle
- Une augmentation de la durée d'hospitalisation.

En fin d'intervention, un drainage aspiratif peut être mis en place dans le creux axillaire dans l'objectif d'évacuer la lymphocèle et de limiter le risque infectieux. Le drain est ôté quand la production de lymphes est de moins de 50 ml par 24 heures. La cicatrice peut être laissée à l'air libre dès le lendemain de l'intervention.

Par contre, l'étude clinique randomisée comparant le rembourrage axillaire au drainage par succion fermé pour la plaie axillaire après lymphadénectomie pour le cancer du sein publié en 2006 de J-M CLASSE ET AL, sur un échantillon de 100 femmes, démontrait que cette technique opératoire était faisable et sûr, sans drain et permettait une durée d'hospitalisation plus courte et diminuant les complications postopératoires de la douleur mais n'influaient pas sur la mobilité de l'épaule et la qualité de vie (19).

Plusieurs auteurs ont développé des techniques de capitonnage musculaires (21) (technique douloureuse en postopératoire) ou aponévrotique (20) afin de réduire la durée d'hospitalisation des patientes. Ce geste est fait pour les ganglions sentinelles et les curages axillaires.

La littérature (18) a montré que ni le drainage aspiratif, ni les colles biologiques, les pansements compressifs ou les essais de réduction des mouvements de l'épaule n'ont permis de réduire significativement la lymphocèle axillaire. Les techniques de fermeture des espaces morts par capitonnage ont montré, une réduction de la production de lymphocèle autorisant, en cas de chirurgie

conservatrice, une réduction de la durée d'hospitalisation à 24-48 heures, voire à un séjour ambulatoire sans impact négatif sur les risques infectieux, ni sur la douleur.

Les complications postopératoires du curage axillaire sont essentiellement caractérisées, à court terme, par des lymphocèles, des abcès et des douleurs.

La morbidité à long terme fait place à une limitation des mouvements de l'épaule, une sensation de bras lourd et de moindre force, des douleurs chroniques et un lymphœdème du membre supérieur. Le taux de lymphocèles axillaires après curage axillaire est très variable, variant de 4 à 90 %. Avec la technique du capitonnage axillaire, une ponction pour lymphocèle est réalisée chez une patiente sur cinq. La douleur chronique affecte la qualité de vie quotidienne de la moitié des patientes traitées par curage axillaire. Les paresthésies surviennent dans 80 % des cas. Dans les suites immédiates du curage axillaire, la douleur, la fatigabilité et la limitation des mouvements de l'épaule touchent près de 70 % des patientes (18).

Actuellement, le lymphœdème est devenu plus rare grâce à la réalisation d'un curage axillaire fonctionnel où seuls les ganglions qui drainent le sein sont enlevés en respectant les petits nerfs pour préserver la sensibilité sous le bras.

La prévention est la kinésithérapie et la mobilisation active de l'épaule sans provoquer de douleur.

3. ENQUETE STATISTIQUE SUR L'ACTIVITE AMBULATOIRE POUR LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DU SEIN

31. Introduction

F. DRAVET a démontré que la chirurgie sénologique a sa place en chirurgie ambulatoire sans altération de la qualité ou de la sécurité des soins avec un bénéfice en termes de satisfaction des patientes ainsi qu'en termes économiques (22).

La chirurgie mammaire conservatrice avec ou sans technique de repérage du ganglion sentinelle est une chirurgie à faible risque périopératoire, éligible à la chirurgie ambulatoire. (7)

Nous avons débuté cette activité sur ce mode ambulatoire en 2015.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'évolution de cette procédure ambulatoire après trois années de pratique avec des indicateurs d'activité et identifier les freins pour proposer des axes d'améliorations. Le critère de jugement principal est de mesurer le taux d'activité pour les mastectomies partielles.

32. Méthodes






Nous allons réaliser un relevé rétrospectif, monocentrique sur le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Nous allons comparer l'année 2015 à celle de 2018 avec un période de recueil qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Il est important de rappeler que ces chiffres émanent de deux praticiens qui sont sensibilisés à l'intérêt de ce mode de prise en charge. La prise en charge ambulatoire des mastectomies partielles a été réalisée dans les mêmes conditions d'éligibilité, de préparations pré, per et postopératoires.

Le recueil de données a été fait à partir des éléments présents dans les dossiers médicaux des patients programmés pour ces deux années. Le relevé porte sur tous les actes chirurgicaux conservateurs du sein avec les pathologies suivantes : carcinome mammaire infiltrant, carcinome mammaire in situ. Sont exclues les interventions pour pathologie bénigne.

Les chiffres proviennent aussi du département des données informatiques médicales et sont enregistrés suite à la cotation médicale des actes chirurgicaux mais aussi à partir du logiciel de gestion de bloc appelé « OPERA ».

Le critère de jugement principal est de mesurer le taux de chirurgie ambulatoire pour les tumorectomies et les mastectomies partielles. Les caractéristiques démographiques, chirurgicales des patientes et les indicateurs de performance à l'activité ambulatoire recueillis sont les suivants :

-  L'âge moyen des patients et le sexe
-  Le type d'anesthésie et leur classification par ASA
-  Le taux de conversion en hospitalisation conventionnelle
-  Les consultations postopératoires non programmées à 30 jours
-  Les appels du lendemain

Les appels du lendemain selon les recommandations de l’HAS (Haute Autorité de Santé) et de l’ANAP (Agence Nationale d’Appui à la Performance des établissements) de 2012 (11) et de la SFAR (Société Française d’Anesthésie et de Réanimation) en 2009 sont réalisés le lendemain ou 3 jours après l’intervention si celle-ci a eu lieu le vendredi. Un questionnaire standardisé est rempli par une infirmière à chaque appel téléphonique et il est tracé sur le dossier médical informatisé. Ce questionnaire permet d’évaluer les douleurs postopératoires, les nausées ou les vomissements postopératoires, l’état du sommeil pour la première nuit ainsi que l’état général. Il nous informe aussi si le patient a fait appel à un médecin traitant ou aux urgences durant la nuit (24)

Les patientes ayant subi une anesthésie locale sont exclues ainsi que celles qui ne donnent pas leur accord pour cet appel. La décision de la patiente est tracée dans le dossier de soins ambulatoire.

33. Les résultats

331. Le diagramme des flux : comparatif de l’activité ambulatoire et l’activité hospitalière des mastectomies partielles sur 2015 et 2018

Sur ces deux années, nous avons enregistrées 128 interventions en 2015 et 135 en 2018 qui correspondent aux critères d’éligibilité des chirurgies en ambulatoire.

L’organigramme de répartition des interventions en chirurgie mammaire conservatrice est enregistré selon l’année de recueil et le mode d’hospitalisation est présenté en figure 4.

Cet organigramme nous permet de visualiser les flux ambulatoires et d’hospitalisation conventionnelle.

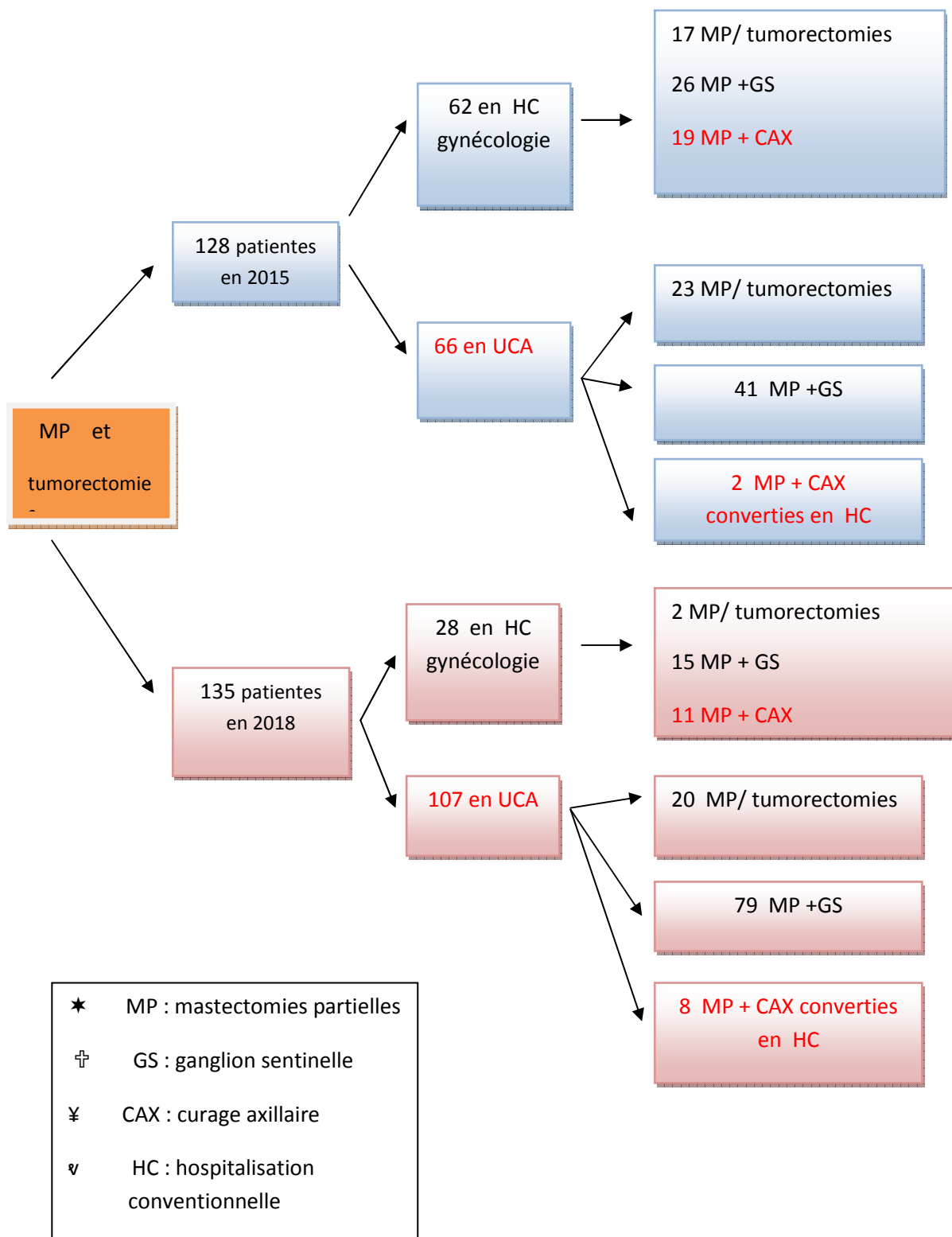


Figure 2 : Le diagramme des flux des mastectomies partielles en 2015 et 2018 au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

L'activité totale des interventions chirurgicales conservatrices du sein est sensiblement la même avec 128 patientes opérées en 2015 et 135 en 2018.

En 2015, le flux ambulatoire était pratiquement identique à celui des hospitalisations conventionnelles. Par contre en 2018, le changement se porte sur le flux ambulatoire qui a fortement augmenté avec 107 interventions ambulatoires contre 28 en hospitalisation conventionnelle soit une différence de 79 interventions.

Ces chiffres nous confirment que cette prise en charge est fiable dans notre établissement et répond à la faisabilité des études (22) et (10). Mais il nous reste encore une marge de manœuvre de 11 curages axillaires en 2018 restant en hospitalisation conventionnelle que nous pourrions certainement intégrer à la chirurgie ambulatoire pour 2020 lorsque nous aurons créé un réseau en ville pour la continuité des soins de redons. Ceci nous donne une estimation de 19 (11 + 8) CAX/année. Si nous regardons 2015, le nombre total de CAX était aussi de 20.

Pour les chiffres de 2018, nous pensons que les MP + GS (en HC) étaient des personnes soit isolées socialement soit habitant à plus de 50 km de l'hôpital. L'hôpital n'est pas doté d'une maison-hôtel pour que les patientes puissent passer la nuit après leur chirurgie ambulatoire.

Les mastectomies partielles avec ganglions sentinelles sont les plus pratiquées sur 2015 avec 41 interventions et 76 interventions en 2018 pour l'ambulatoire.

Par contre, toutes les mastectomies partielles avec curage axillaire ont été converties en hospitalisation conventionnelle. Nous comptons 2 conversions en 2015 et 8 en 2018. Les deux chirurgiens posent un système de drainage à chaque curage axillaire.

332. Résultats des indicateurs sur l'année 2015 et 2018

UCA	2015	2018
Nombre séjours de chirurgies ambulatoires/ année	3639	4226
Taux global de chirurgies ambulatoires / année	47,8%	52 %
Total MP±GS * †	128	135
Total MP±GS ambulatoire * †	66 soit 50 %	107 soit 72 %
AGE MOYEN	56.7	58.2
sexe	Femme uniquement	Femme uniquement
Anesthésies Générales	62	105
Anesthésies locales	4	2
ASA	ASA 1 pour 34 patientes ASA 2 pour 30 patientes ASA 3 stable pour 2 patientes	ASA 1 pour 49 patientes ASA 2 pour 55 patientes ASA 3 stable pour 3 patientes
conversions en hospitalisations conventionnelles	2 pour CAX soit 3 %	9 patientes dont 8 pour CAX et 1 pour douleur thoracique soit 7 %
motifs consultations post op entre 1 et 30e jours	7 patientes (de J3 à J20)	11 patientes (de J6 à J20)
	désunion cicatrice = 0	désunion cicatrice = 3 à (J6, J14 J19)
	hématome = 2 (J8 et J12)	hématome = 2 à (J9 et J11) soit 1.8 %
	inflammation cicatrice = 2 (J15 et J30)	inflammation cicatrice = 2 à (J16 et J30)
	lymphocèle = 0	lymphocèle = 1 (J14)
	abcès = 1 (J10)	abcès = 2 (J8 et J9)
	douleur = 2 (J3 et J7)	douleur = 0
		nécrose cicatrice = 1 (J18)
Réadmissions imprévues à 30 jours	0	0

* MP : mastectomies partielles

† GS : ganglion sentinelle

‡ CAX : curage axillaire

∇ HC : hospitalisation conventionnelle

TABLEAU 4 : Indicateurs de suivi d'activité ambulatoire sur les années 2015 et 2018

Les indicateurs de suivi et d'évaluation de la chirurgie ambulatoire sont une recommandation HAS de l'Axe 5 : Indicateurs, suivi et évaluation. Les travaux, déjà réalisés par la HAS et les indicateurs déjà développés par l'ANAP, ont été mis à profit afin de déployer un socle des connaissances de 2012 et il correspond à un guide de sécurité pour le patient ambulatoire (11).

Si nous nous référons au taux des mastectomies partielles de 2017 donné par AFCA, il était estimé à 47.2 %, nous constatons que nous sommes au-dessus ce taux pour 2015 avec 50 % et l'évolution a continué en 2018 avec 72 % (2).

Nous dépassons aussi le taux moyen de 36.2 % de 2017 au niveau de la région Rhône-Alpes Auvergne, ce qui nous conforte dans l'engagement de l'équipe à développer cette activité.

Nous avons répondu à l'objectif d'Unicancer d'arriver à 54 % de prises en charge ambulatoires en ce qui concerne la chirurgie mammaire conservatrice.

L'âge moyen, le sexe et la répartition se situent entre les classes ASA 1, 2 et 3 stabilisé et ils sont comparables entre 2015 et 2018.

Les complications chirurgicales sont faibles et ont été traitées médicalement en consultations externes, sans nécessité de réhospitalisation dans le mois suivant. Nous n'avons aucune réadmission et ceci correspond aux chiffres de l'étude de NG YY (10) où le taux était de 3 %. La désunion de cicatrice est passée de 0 en 2015 à 3 en 2018. Je n'ai pas d'explication mais elle ne concerne pas les patientes avec les 2 abcès.

En 2015, 7/66 patientes ont consulté de façon non programmée entre le troisième jour et au vingtième jour postopératoire alors que 11/97 ont consulté entre quatrième et le vingtième jour postopératoire.

L'axe de progression est sur la douleur où nous sommes passés de 2 complications pour 2015 à aucune pour 2018 dans un délai de 30 jours postopératoires.

L'échec ambulatoire se situe lors de la prise en charge des curages axillaires car un système de drainage est installé. Ceci entraîne systématiquement une conversion en hospitalisation conventionnelle car nous n'avons pas organisé la continuité des soins en ville avec la surveillance et l'ablation des redons. Deux solutions s'offre à nous soit un changement de technique opératoire pour permettre cette intervention chirurgicale sans pose de redon soit la création d'une continuité de soins en ville.

DRAVET F. a précisé dans son étude (23) que :

« pour la chirurgie mammaire avec curage axillaire avec un capitonnage aponévrotique dispense de la pose de drainage. Ce mode de prise en charge est possible à condition que la patiente ait une information claire et ait accepté la surmorbidity mineure car une femme sur cinq développe un lymphocèle sur les suites opératoires »

ce qui demandent une surveillance ou une ponction, geste médical réalisé en consultation.

« Cette technique augmente le taux de lymphocèle de 27.4 % au lieu de 16.1 % mais satisfait les patientes qui préfèrent rentrer chez elles sans drains ».

L'étude de Ng YY (2) a démontré qu'il n'y a pas plus de complications avec la pose de redons pour les curages à domicile si celui-ci est organisé.

Pour les appels du lendemain, les résultats sont les suivants :

Appels du lendemain en ambulatoire	2015	2018
Nombre de patients joignables	35/64	66/105
Bon état général	31/35 soit 88%	64/66 soit 96%
Sommeil de bonne qualité	23/35 soit 65 %	56/66 soit 84 %
Douleur selon l'échelle numérique de la douleur	33/35 soit 94 % EVA entre 0 et 3 2/35 soit 6 % EVA entre 4 et 7	65/66 soit 98 % EVA entre 0 et 3
Taux de nausées/vomissements postopératoires	6/35 soit 17,0% sur 24h	2/66 soit 2,0% sur 24h
Appel à un médecin traitant avant appel du lendemain	0	0

Tableau 5 : Résultats par items pour l'appel du lendemain

L'appel du lendemain permet, lui, de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi (par exemple suivi des douleurs postopératoires, tolérance à la nourriture, capacité de déambulation, état d'anxiété) et de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une réhospitalisation. Il répond aux recommandations HAS-ANAP de 2012 et entre dans le guide de sécurité pour le patient ambulatoire (11).

L'appel du lendemain a abouti auprès de 35 patientes en 2015 et 66 patientes en 2018.

Sur ces deux années, le taux de patientes joignables reste faible. Les autres patientes avaient soit refusé l'appel, soit elles demeuraient injoignables lors de l'appel téléphonique. Nous devons réfléchir à une nouvelle organisation pour augmenter la réussite du taux des appels du lendemain et la qualité du suivi. Un axe d'améliorations pourrait être un appel sur « Smartphone » mais l'investissement pour ce projet est important et il me semble difficile dans un contexte de budget restreint du Centre Hospitalier.

88 % des patientes en 2015 et 96 % en 2018 ont rapporté un bon état général lors du premier jour postopératoire. Il n'y a eu aucun appel au médecin traitant pour ces deux années donc nous sommes stables sur la prise en charge ambulatoire.

Sur le plan des complications postanesthésiques, les patientes présentent peu de douleurs avec une évaluation numérique entre (0 et 3) /10 qui est stable sur ces deux années entre 33/35 en 2015 et 65 /6 en 2018. Une nette progression au niveau des nausées/vomissements postopératoires qui ont sensiblement diminué car en 2015 nous avons 6/35 patientes qui présentaient cette complication contre 1.8 / 66.

334. Discussion de l'activité ambulatoire des mastectomies partielles

Après trois années de pratique, la chirurgie carcinologique conservatrice du sein en chirurgie ambulatoire a connu une progression significative de 72 % dans notre Centre Hospitalier et en particulier sur la qualité des suites postanesthésiques.

Le taux des complications postopératoires et les réadmissions sont faibles pour cette chirurgie et en référence avec l'étude Ng YY. Cela confirme sa faisabilité et sa sûreté dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Afin de poursuivre cette évolution, l'élargissement de cette prise en charge pour les patientes bénéficiant d'un curage axillaire doit passer par le développement d'un réseau hôpital-IDE libérales ou par un changement de technique opératoire. L'une ou l'autre de ces deux solutions nous permettrait de diminuer le taux de conversion en hospitalisation conventionnelle et d'augmenter le taux de réussite ambulatoire sur la chirurgie mammaire conservatrice. Nous pourrions espérer faire 20 curages axillaires en ambulatoire (chiffre global de cette chirurgie faite en HC et Ambulatoire) en incorporant l'ensemble des CAX.

Dans cette étude des indicateurs de suivi, la dimension psychologique de la prise en charge du cancer n'a été prise en compte.

Pour comprendre la prise en charge globale des patients, nous allons nous intéresser au chemin clinique des mastectomies partielles.

4. LE CHEMIN CLINIQUE DE LA MASTECTOMIE AVEC CURAGE AXILLAIRE

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel qui centré sur la patient. Le patient devient acteur principal et actif dans sa prise en charge ambulatoire. Le résultat médical est primordial est mais aussi le bien être, la satisfaction du patient, deviennent des objectifs à part entière de l'intervention de santé. Le chemin est un outil qui répond aux bonnes pratiques professionnelles et modalités de fonctionnement du « socle de connaissances » comme une recommandation HAS et ANAP (11).

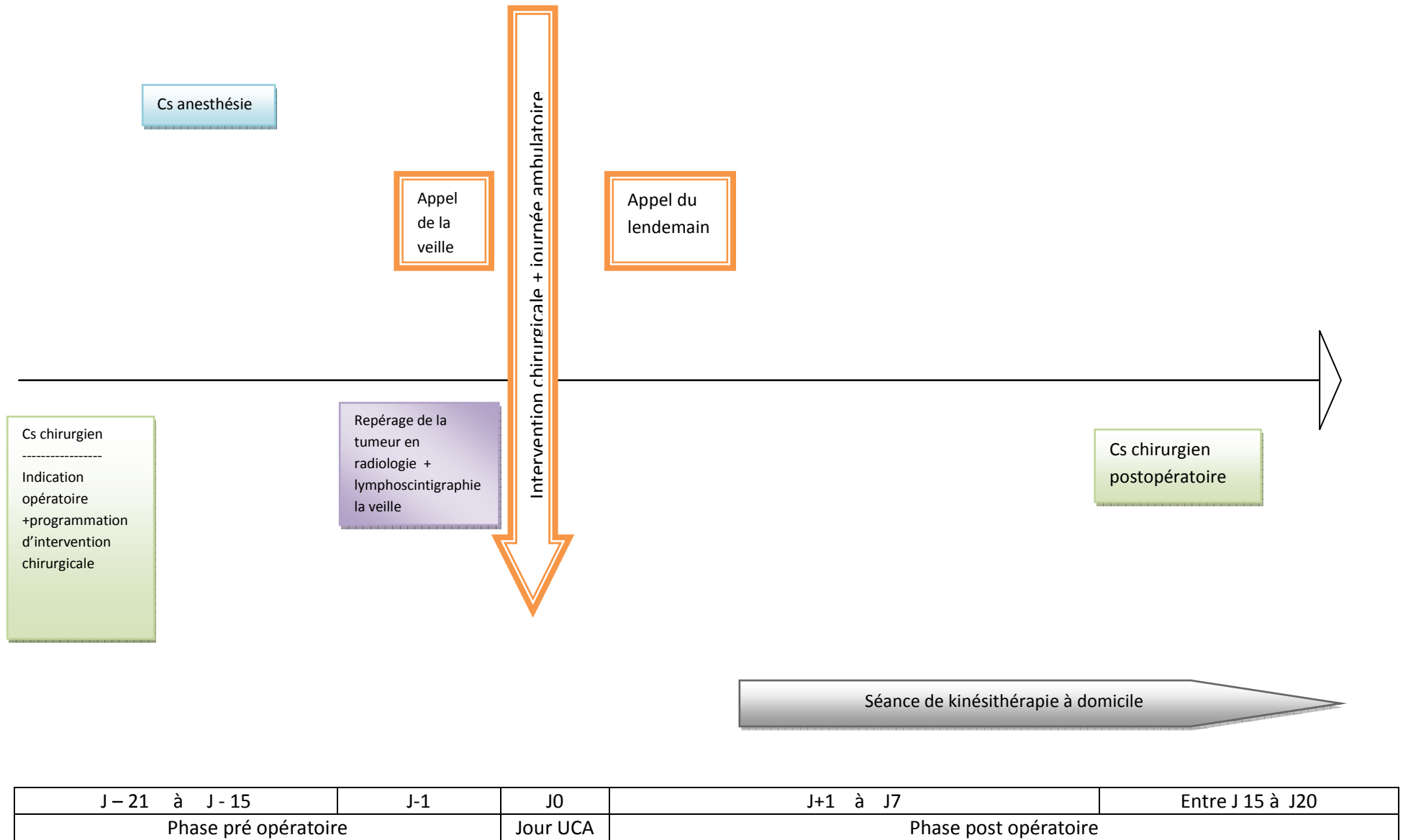
Le chemin clinique décrit une organisation planifiée pas à pas de la prise en charge globale du patient, tenant compte de la pertinence et des objectifs de chaque action de soins et sa prise en charge ainsi que la maîtrise des flux des patients opérés en ambulatoire.

Son organisation est anticipée et sa conception et sa formalisation pré établies nécessitent une réflexion et des choix qui doivent être définis de façon fondée sur un travail d'équipe pluridisciplinaire et multidisciplinaire.

Les choix dans l'équipe sont décidés en fonction de leur pertinence et reflètent la meilleure pratique du moment en cohérence avec l'Evidence Based Medecine : les références partagées doivent relever des données les plus actuelles de la science et des consensus professionnels validés (25).

Le chemin clinique des mastectomies partielles avec curage axillaire est conceptualisé et formalisé dans le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse et il s'organise selon le schéma ci-dessous en figure 8 et il se décline selon les étapes pré, per et postopératoires.

Figure 3 : Schéma du chemin clinique ambulatoire des mastectomies partielles avec curage axillaire en 2015



41. La phase préopératoire

Chirurgien

1. **Indication opératoire** suite consultation médicale et informations orales pour la patiente sur la stratégie thérapeutique décidée en RCP et recherche consentement de la patiente

→ IQPASS 2019- HAS: Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire- **Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire** » **Indicateur 2 : Consentement du patient précisé « Consentement obtenu le (date) suite à l'information délivrée lors de la consultation » : Tracé dans le dossier médical + article L 1111-4 du code de la santé Publique**

→ **Informations claires et compréhensibles données à la patiente : formulaire signé**

Recommandation plan Cancer 2014-2019 **Garantir une prise en charge adaptée aux malades nécessitant un traitement complexe**

→ **Fiche d'informations** écrites sur la prise en charge du cancer du sein de l'établissement. **Annexe 1**

Information patient sur l'organisation des soins la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (décision de stratégie thérapeutique en réunion de concertation pluridisciplinaire)

2. **Informations orales sur la prise en charge ambulatoire MP + GS et extension CAX, sur les modalités et les risques de complications chirurgicales.**

Recommandation HAS-ANAP « socle des connaissances » informations centré sur le patient

3-**Evaluation anxiété** après avoir donné les informations sur la stratégie thérapeutique et les modalités de prise en charge ambulatoire

4. **Eligibilité de la chirurgie en ambulatoire. Annexe 2**
Recommandations SFAR 2009 ET HAS- ANAP

Chirurgien (suite)

→ **Check List de « Confirmation d'éligibilité » rempli et tracé dans dossier médical. Annexe 3- IQPASS 2019 - CA : Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire- Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire** » **Indicateur 1 : Évaluation de l'éligibilité du patient à l'admission.**

5-Programmation de la chirurgie sur **OPERA** → Plateau partagé au bloc opératoire soumis à la validation des coordonnateurs du bloc en adéquation avec les règles de la charte de fonctionnement du bloc opératoire

Article D.712 - 42 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. Recommandations HAS-ANAP Programmation

6 - Informations orales sur les consignes ambulatoires : accompagnant pour retour UCA + nuit, la douche préopératoire selon protocole EOHH de l'établissement et selon protocole ambulatoire : .la veille (shampooing et douche) et le matin (douche) avec un savon neuf

→ **Fiche informations douche préopératoire. Annexe 4**
7- RDV anticipés pour radiologie :

→**Convocation et préparations aux examens** : pose fil guide. **Annexe 5** et Lymphoscintigraphie. **Annexe 6**

→**Convocation pour l'hospitalisation ambulatoire**

8- Compte-rendu de la consultation écrit sur dossier médical informatisé + Courrier au médecin traitant pour information sur le diagnostic + date de la chirurgie - Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 sur le dossier médical + Recommandation plan Cancer 2014-2019 avec médecin traitant

9- Convocation d'anesthésie donnée

→**Questionnaire médical à compléter par le patient**

8- Feuille de désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées à remplir par patient

MAR

1. **Indication d'une Anesthésie générale** suite à la consultation médicale et informations orales sur les modalités et les risques de complications : **obligatoire pour les AG (article D. 712-40 code de santé publique du Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994. Doit avoir lieu plusieurs jours avant l'intervention (article D. 712-40 code de santé publique du Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994**

→**Fiche informations écrites et donnée à la patiente- sur modalité et complications et gestion des risques postanesthésiques. Annexe 7- Recommandations SFAR**

2- Vérification des antécédents et l'observation médicale tracés sur dossier d'anesthésie **Recommandations SFAR**

→**Feuille de consentement à l'anesthésie oral et écrit par le patient pour le protocole proposé + IQPASS 2019: Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire- Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire** » **Indicateur 2**

3- Eligibilité anesthésique du patient en ambulatoire. **Annexe 2**

→ **Check List de « Confirmation d'éligibilité » rempli et tracé dans dossier médical. Annexe 3**

→ **IQPASS 2019 - HAS : Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire- Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire** » **Indicateur 1 : Évaluation de l'éligibilité du patient à l'admission**

→**Check List d'éligibilité sur l'ensemble des critères et classification ASA tracée sur OPERA et sur dossier d'anesthésie** **Recommandations SFAR**

MAR (suite)

4. Explications orales du jeûne moderne, aliments solides arrêtés pendant 6 heures et liquides clairs jusqu'à 1 heure avant la convocation UCA, patient debout + marche en avant

→ **Passeport ambulatoire remis au patient avec informations écrites et notification du traitement médicamenteux à prendre si besoin avant l'intervention. Annexe 8 - Recommandations HAS-ANAP 2012**

→ Pas de prémédication avant l'intervention chirurgicale car le patient va debout au bloc opératoire

5- Evaluation de la douleur :

→ **Ordonnance d'antalgiques anticipée et donnée en main propre au patient**

KETOPROFENE LP 100mg : 1-0-1 cp/jour

TRAMADOL LP 100 mg : 1-0-1 cp/jour

PARACETAMOL 500 mg : 2 cp / 6h

→ **IQPASS 2019-HAS : Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire**- Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire » **Indicateur 5 : Anticipation de la prise en charge de la douleur**

6-Evaluation des risques thromboemboliques :

Pas de risques pour cette intervention sauf antécédents patiente

→ **IQPASS 2019-HAS : Recommandation HAS 2018 : «**

Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire »

Indicateur 4 : prévention des risques thromboemboliques

Recommandations SFAR 2009

7- Compte-rendu de la consultation tracé sur dossier anesthésie et dans le dossier médical du patient

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 sur le dossier médical

IDE UCA

Préparation du dossier de soins ambulatoire

→ **Traçabilité écrite sur dossier de soins ambulatoire**

Vérification si pré admission faite + préparation étiquettes patient + bracelet d'identification

Vérification dossier UCA soit complet sinon les éléments manquants sur dossier pour les demander à l'appel de la veille + check List complétée sur dossier soins UCA.

Annexe 9. Dossier de soins ambulatoire

Recommandations HAS-ANAP 2012 limitations déprogrammation, annulation ou retard

Vérification que le consentement soit signé ainsi que la feuille de Creutzfeld Jacob remplie et signée

→ **Vérification des critères sur check list. Annexe 3**

Secrétaire UCA

- Appel téléphonique de la veille : horaire de convocation UCA et rappel des examens radiologiques à amener : mammographie + lymphoscintigraphie + des consignes du jeûne moderne + vérification si présence d'un accompagnant

Recommandations HAS-ANAP 2012

→ **Traçabilité sur dossier de soins ambulatoire avec check List**

« appel de la veille » intégrée dans le dossier. Annexe 9

42- La journée ambulatoire

BLOC OPERATOIRE

Accueil UCA

- 1- Accueil du patient et de son accompagnant et traçabilité du n° Téléphone de l'aidant et explication du déroulement de la journée et continuité des soins sur dossier UCA. **Annexe 9**
- 2- Traçabilité des documents présents dans le dossier : radiologiques, personne de confiance, consentement patiente si, directives anticipées → **check List intégrée dossier de soins ambulatoire. Annexe 9**
- Vérification : du jeûne opératoire, des traitements pris et autorisés par MAR, pose bracelet d'identité, du coté à opérer, recherche accord du patient pour appel du lendemain, du jeûne, de la douche préopératoire → **check List intégrée au dossier de soins ambulatoire « accueil patient »**. Annexe 9
- 3- Bracelet identification posé, vérification de la préparation préopératoire → **check list. Annexe 9**
- 4- Habillement de la patiente en tenue de bloc opératoire dans le vestiaire : short pantalon, chemise fendue et kimono, chausson avec semelle anti dérapante, charlotte et les effets personnels du patient rangées dans un vestiaire fermé à clé et identification du numéro vestiaire
- 4- Préparation préopératoire :
Vérification état clinique du patient et pas de prémédication car patient debout
Prise des constantes ; pouls TA T° Dextro si patiente diabétique, évaluation de douleur préopératoire, vérification épilation, marquage du site opératoire selon protocole hôpital, vessie vidée
→ **check list dossier de soins ambulatoire. Annexe 9**
- 5- Acheminement du patient debout au bloc par un

Accueil BO

- 1- Accueil par AS bloc : vérification identité, type de chirurgie installation sur un fauteuil dans un box d'accueil
- 2- Accueil IADE + IBODE
→ 1^{er} étape de la check list : côté à opérer + marquage du site opératoire
- 3- Consultation pré anesthésique avec MAR dans le box → visite pré anesthésique obligatoire décret CSP 2018 AU MOINS 48 H AVANT. MAR se présente, vérification état du patient, les traitements, la biologie +
→ **Check List 1^{er} étape de la check List de l'HAS**
- 4- Installation du patient sur la table d'opération avec aide AS d'accueil du bloc
- 5- Acheminement de la patiente en salle d'intervention par IADE et IBOD

- 1- Visite pré anesthésique dans les 24h précédent la chirurgie - **Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique (rectificatif). Journal Officiel du 10 novembre 2018-**
 - 2- Entrée du patient dans la salle d'intervention : patient est installé sur table opération
 - 2- IADE explique à la patiente ses gestes : monitoring standard obligatoire avec Sat O2 par oxymétrie du pouls, TA et cardioscope, hémodynamique systématique (sat en O2, pouls TA et pose VVP + Préparation matériel et produits injectables pour AG
IBOD préparation de la salle et du matériel pour l'intervention
 - 3- En présence du chirurgien et MAR : **check List 2^e étape** avant intervention et anesthésie pour donner le feu vert (identité patient et côté à opérer) **tracés sur OPERA et le dossier médical Recommandations HAS**
 - 4 - **Induction / AG**
Induction PROPOFOL + MORPHINIQUE (SUFENTANIL ou REMIFENTANIL) + entretien SEVOFLURANE et surveillance monitoring + ventilation artificielle **Recommandations SFAR 2009**
 - 5- Prévention hypothermie avec réchauffement patiente et T°,
6. ANTIBIOPROPHYLAXIE : 2g CEFAZOLINE - Recommandations SFAR
 - 7- Analgésie multimodale**
En IV puis per os / PARACETAMOL, AINS et +/- **Recommandations SFAR**
Morphinique faible NEFOPAM + anesthésie locale par le chirurgien infiltration locale de longue durée ROPIVACAINE
 - 8- **Prévention nausées vomissements**
Score Apfel les si > 2 : DEXAMETHAZONE 4 MG iv et DROPERIDOL 1.25 mg IV et si >3 ONDANSETRON 1mg à renouveler toutes les 6h si nécessaire tracée **Recommandations SFAR antiémétiques multimodale 2009 + SFAR 2007, Conférence d'experts. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires**
- Traçabilité sur dossier anesthésie IQPASS 2019 : Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire- Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire » Indicateur 3 : prévention des risques de nausées et vomissements**
- 9 – Intervention opératoire avec ablation de la tumeur mammaire + ablation ganglion(s) sentinelle(s)
Extemporaneé → indication de curage axillaire si envahissement de cellules cancéreuses

SSPI

1-Patiente acheminée en SSPI et extubation quand reprise respiration spontanée

2- Evaluation de douleur : si nécessaire paracétamol IV puis opioïde- [Recommandations SFAR](#)

→**Traçabilité dossier anesthésie**

3- Evaluation nausées vomissements et protocole avec Zopren si besoin 6 h après si < 3

→**Traçabilité dossier anesthésie**

4 –Surveillance paramètres vitaux (conscience, pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, SpO2, température), N.V.P.O, Echelle numérique douleur, pansement/drainage, évaluation vésicale avec blader scan, calcul du score d'Aldrete à l'accueil puis toutes les 10 minutes

→**Traçabilité dossier anesthésie**

5- Surveillance des risque infectieux (T° + aspect pansement) et hématome ou saignement sur site opératoire, (aspect du pansement et douleur) surveillance redons avec étanchéité, aspiration, couleur et aspect de la lymphorrhée et chaque redon quantifié en ml →**traçabilité dossier anesthésie**

5- Sortie score d'Aldrete = 9 ou 10, si absence de N.V.P.O., E.N.de la douleur = 0 à 3, température > ou = 36°C, pansement et drainage sans complications, Sortie après validation par le MAR responsable de la patiente, vérification des ordonnances et signature anticipée selon le score de CHUNG [Recommandations SFAR](#)

→**Traçabilité dossier anesthésie**

6- Acheminement du patient en brancard par un soignant à l'UCA suite à l'appel de l'IDE de SSPI

UCA

1- Installation de la patiente en box

2- Evaluation et traçabilité du score PADSS et CHUNG toutes les 30 mn : score sur 10

- Signes vitaux (pouls, TA, T°, FR) : 0= >40% 1= de 20 à 40 % 2 =20% des valeurs préopératoires
- Ambulation et statut mental : 1= orienté ou déambulation assurée 2= orienté et déambulation assurée
- Douleur Nausées vomissements : 0= sévère 1= modéré 2= minime
- Saignement chirurgical : 0= sévère 2= minime
- Apports per os : 1 = apport per os ou miction 2 = apport per os et miction (miction pas obligatoire)
- Surveillance des risques infectieux (T° + aspect pansement) et hématome ou saignement sur site opératoire, (aspect du pansement et douleur) surveillance redons avec étanchéité, aspiration, couleur et aspect de la lymphorrhée et chaque redon quantifié en ml
- Si soins post opératoires prescrits à réalisés

→**Traçabilité dossier de soins ambulatoire**

- 1^{er} Collation donnée
- Vérification état de somnolence
- Aspect des pansements car le risque de complication immédiate est l'hématome
- Quantité collectée/redon car le risque de complication immédiate est l'hématome /saignement
- Evaluation de son anxiété à la sortie

3- Lorsque si score total de PADSS et CHUNG est égal à 10, il autorise la sortie selon protocole de sortie

UCA - appel du chirurgien - [IQPASS 2019 : Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire- Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire](#) » Indicateur 6« Evaluation du patient à la sortie de la structure » avec score Chung ou autre.

4- Non Validation de la sortie par le chirurgien et conversion en hospitalisation conventionnelle car présence de redons. Mutation de la patiente en gynécologie.

Rappel des consignes et détection des complications précoces : hémorragie/hématome, anxiété, abcès sur site opératoire + quantification en ml du volume collecté/ chaque redons

Au niveau anesthésique : nausée/vomissement, douleur

→**Traçabilité dossier médical informatisé**

43. La phase postopératoire

IDE UCA

1-Pas d'appel du lendemain car patiente a été mutée en hospitalisation conventionnelle
IQPASS 2019 : Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire- Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire » Indicateur 8 : « Contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3 dans le cadre du parcours du patient en chirurgie ambulatoire »
→Traçabilité de la mutation sur le tableau de suivi des indicateurs informatisé de chirurgie ambulatoire

Chirurgien

1-Consultation postopératoire à 15 jours

Recherche des complications : retard cicatrisation, abcès, hématome, douleur, lymphocèle et anxiété
Reformule les stratégies thérapeutiques suite au RCP
Renouvellement du traitement antalgique multimodal et médicamenteux

→ **Compte-rendu de la consultation tracé dans dossier médical informatisé**
Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 sur le dossier médical

→ **Lettre d'informations au médecin traitant**

5. La prise en charge des mastectomies avec curage axillaire

Nous avons vu dans la synthèse des indicateurs de suivi que deux possibilités de prises en charge s'offraient à nous, soit la création d'un réseau en ville soit un changement de technique opératoire avec dans les deux cas, un changement des organisations ambulatoires.

Les chirurgiens se sont orientés vers une gestion de la continuité des soins avec le réseau en ville. La deuxième solution n'a pas été retenue car, selon l'étude de F. DRAVET, le capitonnage aponévrotique augmente le risque de formation de lymphocèles par cinq. Ils craignent que ces ponctions itératives créent de l'inconfort pour les patientes.

Nous allons nous intéresser à l'organisation d'un réseau hôpital- ville pour les soins de drainage.

6- GESTION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ET ORGANISATION D'UN RESEAU EN VILLE

Tous les curages axillaires curages sont convertis en hospitalisation conventionnelles depuis 2015. Les deux chirurgiens posent un système de drainage après chaque curage axillaire. Pour permettre la réussite ambulatoire de cette chirurgie, nous devons créer un réseau en ville pour assurer la continuité des soins postopératoires. Cette dernière repose sur responsabilité de l'équipe médicale avec le couple chirurgien/anesthésiste qui l'organise conjointement avec la cadre de santé et elle est coordonnée par l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'assurer une prise en charge personnalisée du patient. La chirurgie ambulatoire s'inscrit dès lors dans une continuité entre la ville et l'UCA, avant et après l'acte opératoire afin de permettre une complémentarité entre les professionnels tels que les médecins traitants, les infirmiers libéraux et les kinésithérapeutes. Cette perspective répond aux recommandations organisationnelles « N » de l'HAS et l'ANAP de 2013 : « Améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire ». (26)

La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour les équipes hospitalières et celle de la ville. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et en incluant le patient pour qu'il reste un acteur majeur de sa santé.

Les clés pour la réussite de la gestion des soins à domicile impliquent :

- la formation et l'accompagnement des équipes,
- l'amélioration continue des processus et des organisations,
- l'établissement de procédures de soins spécifiques.

621. Etablissement de procédures de soins spécifiques

Le couple chirurgien et médecin anesthésiste prennent en charge la réhabilitation postopératoire ainsi que la gestion des risques postopératoires (C. VONS sur les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire - DIU CHIRURGIE AMBULATOIRE). Ces soins infirmiers identifiés comprennent :

- les pansements de redons avec leurs surveillances ainsi que l'ablation des redons
- le pansement de la plaie chirurgicale et l'ablation du pansement compressif cas échéant
- les signes de gravité devant donner l'alerte.

Ces soins infirmiers sont planifiés sur sept jours maximum (délai maximum jusqu'à l'ablation des redons) et sont explicités sur la feuille « Prise en charge des redons à domicile dans le cadre de la chirurgie du sein après une hospitalisation en chirurgie ambulatoire ». **Annexe 10.**

Cette feuille sert de lien entre le domicile et l'ambulatoire et son utilité sera explicitée dans le paragraphe suivant.

Les soins de redons ne sont pas répertoriés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) infirmiers à domicile (27). Ils ne peuvent apparaître que sous forme de pansements chirurgicaux

nécessitant une irrigation cotés « AMI 4 » avec une possibilité d'ajouter une « Séance de surveillance clinique hebdomadaire avec séance de soins infirmiers » cotée « AIS 3 » non cumulable avec un AMI. Lorsque la cotation d'un « AMI 4 » est utilisée, le deuxième pansement est divisé par deux.

Actuellement, nous développons le réseau en ville avec des soins de redons mais ils ne figurent pas dans la « NGAP ». Il y a un vide qu'en à la correspondance des actes infirmiers demandés et le développement des soins postopératoires ambulatoires.

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire s'engage à fournir les redons car ils sont réservés comme matériel à usage hospitalier. Après un accord passé avec la pharmacie de l'hôpital, nous pouvons fournir des redons mais ils restent ensuite la propriété de la patiente. Ils ne peuvent pas repassés dans le circuit hospitalier.

Des protocoles de soins infirmiers sont édités et délivrés pour chaque soin postopératoire à domicile. Ils portent sur :

- « les généralités sur les pansements concernant les plaies chirurgicales simples et les pansements complexes avec drainage ». ». **Annexe 10** (p 65)
- « Pansement de plaie chirurgicale de la mastectomie partielle avec un curage axillaire » ». **Annexe 10** (p 66)
- « Pansement complexe avec redons » ». **Annexe 10** (p 67)
- « Changement de flacon de drainage ». **Annexe 10** (p 68)
- « Ablation du drain de redon » ». **Annexe 10** (p 69)

Ces protocoles permettent la réalisation de soins de qualité en uniformisant les bonnes pratiques de soins infirmiers et sont délivrés au cabinet libéral en charge des soins postopératoires ainsi que la feuille de suivi des redons.

422. Le suivi de la continuité des soins par l'unité de chirurgie ambulatoire

Etre responsable de la continuité des soins signifie que nous devons nous donner les moyens de suivre les soins à domicile. Par conséquent, une fiche de suivi des soins est élaborée et nommée « feuille de suivi des soins de redons de la mastectomie partielle avec curage axillaire ».

Elle est remplie par les infirmières libérales sur la deuxième partie et précise pour chaque redon la quantité/jour collectée et le jour de leur ablation. Cette traçabilité est envoyée tous les deux jours par mail groupé sur une messagerie sécurisée, à partir du premier jour des soins à domicile. Les récepteurs de ce mail sont les deux chirurgiens sénologues, le médecin coordinateur de l'UCA, la cadre de santé, les infirmières.

Cette fiche de suivi est intégrée au dossier médical informatisé de la patiente. Elle permet de sécuriser et de suivre les soins de drainage « à domicile » et d'être vigilant en cas de collection trop importante pour un redon et pallier au risque de complication de l'hématome ou du saignement. Cette lecture

hospitalière permet aussi de sécuriser aussi les équipes d'infirmières libérales. Nous pouvons être sollicitées par les professionnelles du réseau via la messagerie sécurisée ou par téléphone pour toutes demandes d'informations complémentaires. Dans ce cas, une traçabilité sera aussitôt réalisée informatiquement par l'équipe ambulatoire et s'inscrira aussi dans le dossier médical de la patiente et permettra une lecture transversale pour l'équipe pluridisciplinaire intervenant sur le Centre Hospitalier et participant à cette prise en charge.

Un circuit est identifié pour les signes d'alerte. Dès qu'un symptôme est identifié par l'infirmière ou la patiente, cette dernière peut se rendre directement aux urgences gynécologiques du Centre Hospitalier ouvert 24h/24h, tous les jours de la semaine, y compris le week-end. Ce service se situe dans le pôle Mère-Enfant. En cas de doute, un appel téléphonique peut être passé aux urgences gynécologiques ou à dans l'unité ambulatoire et les numéros sont notés sur le document de « Prise en charge des redons à domicile » cité ci-dessus. Ce document sera laissé au domicile de la patiente. **Annexe 10.**

Il est primordial que l'information soit continue et accessible pour la réussite de la continuité des soins d'où l'accès au dossier de soins et la traçabilité facilités par l'ensemble des professionnels hospitaliers dont l'esprit d'équipe est essentiel à la réussite de ce suivi.

Le patient est un acteur essentiel dans la continuité des soins et pour cela il doit avoir accès à l'ensemble des documents de la continuité des soins après avoir reçu des informations claires et explicites sur les suites opératoires normales, sur les risques de complications mais aussi sur la conduite à tenir en cas de signes de gravité.

Pour atteindre cet objectif d'éducation de la patiente, nous mettons en place une consultation infirmière préopératoire qui se réalisera après la consultation anesthésique. Celle-ci est dédiée uniquement aux patientes où l'indication opératoire d'un curage axillaire est diagnostiquée et formelle. Pour les autres patientes qui bénéficieront en première intention opératoire d'une exérèse de ganglion sentinelle et d'un curage axillaire suite à l'extemporané, ces informations seront données à la sortie de l'UCA.

623. Création d'une consultation infirmière préopératoire

Cette consultation préopératoire sera effectuée par une infirmière de l'UCA et elle se déroulera après la consultation d'anesthésie. Cette professionnelle délivrera des informations suivantes et une fiche écrite sur remise à la patiente sur chacun des thèmes suivants :

- sur le déroulement de la journée ambulatoire et sur l'organisation des soins à domicile ; la fiche correspondante se nomme « Informations sur les MP avec CAX en ambulatoire » en **Annexe 11**,
- les consignes après un CAX et quand prévenir son chirurgien devant une infection de plaie et un lymphœdème avec la fiche nommée « Consignes après un CAX » en **Annexe 12**
- les exercices de rééducation à faire après un CAX avec la fiche nommée « Exercices de rééducation après un CAX » en **Annexe 13**,

L'infirmière va pouvoir reformuler les consignes préopératoires (douche, jeûne moderne-patient debout, présence accompagnant pour le retour + nuit, les examens radiologique à apporter) ainsi que les informations non comprises par la patiente.

Une visite de l'Unité sera proposée si la patiente le désire.

L'infirmière demandera le nom et l'adresse du cabinet d'infirmières libérales et de la pharmacie que la patiente aura choisi. Elle insistera sur le rendez-vous avec kinésithérapeute à prendre le plus tôt possible car les délais sont longs.

Suite à cette consultation infirmière, toutes ces informations seront consignées par écrit sur des fiches et remises à la patiente en fin de séance. Les informations complémentaires recueillies auprès de la patiente seront tracées dans le dossier informatisé du patient ainsi que l'ensemble des informations données.

Cette consultation concernera peu de patientes, environ 20 femmes/an et est dédiée seulement pour celle où le diagnostic de curage axillaire est posé.

624. Le choix des acteurs en ville

Notre choix se porte d'emblée sur les prestataires de soins car trouver un cabinet d'infirmières libérales, dans un délai de moins de six heures, pour assurer la continuité des soins après la sortie ambulatoire semblait compliquer sans avoir sensibilisé auparavant les différents intervenants de la ville. De plus, le département de l'AIN et du groupement hospitalier territoriaux (GHT) pourvoit à une demande ambulatoire des patientes habitant au-delà de soixante kilomètres ce qui nous fait un périmètre important à couvrir pour informer l'ensemble des professionnels à domicile. La troisième raison est que nous ne pouvons pas proposer d'emblée une formation hospitalière pour ces professionnels de ville non formés sans avoir formalisé un projet de formation continue.

Les avantages du prestataire de soins sont :

- de fournir le matériel stérile de pansements adaptés à l'ensemble des soins ce qui nous offre une garantie sur les conditions d'hygiène et d'asepsie,
- de trouver un cabinet d'infirmiers libéraux en quelques heures ce qui permet de sécuriser la continuité des soins ambulatoire pour les MP avec CAX,
- de former les professionnels de ville pour des soins de qualité et notamment sur les soins de redons
- d'assurer un suivi des soins et informer l'hôpital de l'évolution des soins

Cette organisation de soins a été formalisée par une convention passée entre le Centre Hospitalier et un prestataire de soins.

Pour celle où, les ganglions sentinelles sont détectés à l'improvvisé lors de l'intervention et qui bénéficieront d'un curage axillaire, ces informations seront données avant la sortie ambulatoire.

625. L'organisation des soins et coordination avec les intervenants en ville

La prise en charge doit se réaliser en moins de 6 heures le jour de l'hospitalisation dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) suite à la décision de l'extension de la chirurgie en curage axillaire.

Elle comprend les soins suivants en respectant le protocole de prise en charge cité ci-dessous :

- la surveillance quotidienne du bon fonctionnement du ou des redons avec le maintien du vide et de l'étanchéité, le changement du flacon si besoin, jusqu'à l'ablation des redons s'ils produisent moins de 50 ml ou jusqu'au 7^e jour postopératoire (J7) où le redon sera enlevé en systématique
- la quantification du volume en ml/jour émis par chaque redon et leurs transcriptions sur la feuille de suivi citée ci-dessous. La transmission de cette traçabilité sera envoyée par la messagerie SISRA à J1, J3, J5 et J7 postopératoires par mail groupés aux chirurgiens, Dr A et Dr B, au Dr C (médecin coordinateur de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire, secrétariat de gynécologie, à la cadres de santé ambulatoire, Mme R (cadre de santé de l'UCA) et enfin aux infirmières de l'unité ambulatoire
- la réfection des pansements de redons,
- l'ablation du pansement compressif,
- la réfection du pansement de la plaie chirurgicale,
- la surveillance des signes de gravité. Si un de ces signes est avéré, le prestataire nous informe rapidement et appelle le service de gynécologie au tél : **04 74 45 43 01** pour déclencher une consultation en urgence. Ces signes sont décrits dans le protocole de la « prise en charge des redons à domicile dans le cadre de la chirurgie du sein après une hospitalisation en chirurgie ambulatoire ».

La prise en charge sur la continuité des soins à domicile sera déclenchée par le chirurgien qui commencera dès lors le curage axillaire en salle d'intervention au bloc opératoire.

Le cadre de santé de chirurgie ambulatoire ou l'infirmière de l'unité ambulatoire appellera, à ce moment, le prestataire de soins par téléphone, pour l'informer de cette prise en charge.

Le prestataire de soins s'engagera à donner une réponse dans l'heure qui suit, au cadre de santé, de la possibilité de garantir la continuité des soins à domicile.

Suite à l'accord du prestataire de soins :

- Par la messagerie SISRA, la cadre de santé remplira la première partie de la feuille de suivi de la mastectomie partielle avec curage axillaire, pour donner l'identité, l'adresse complète de la patiente et son numéro de téléphone ainsi que le nom du chirurgien. Si la patiente a pu avoir une consultation préopératoire avec l'infirmière de coordination, l'UCA donnera le nom et l'adresse du cabinet infirmier et de la pharmacie choisis par la patiente,
- Le prestataire de soins s'engagera à rencontrer la patiente dans l'après-midi, en suivi postopératoire à l'UCA, pour se présenter et expliquer l'organisation des soins à son domicile et le rôle du prestataire de soins et celui de l'infirmière si elle n'a pas eu cette information en consultation infirmière préopératoire.

La prise en charge débutera, dès lors que la patiente donnera son accord qui sera recueillie, conjointement par le prestataire de soins et la cadre de santé.

Les obligations du prestataire de soins seront d'organiser la prise en charge des soins à domicile en respectant les protocoles et les prescriptions médicales et fournir les sets de pansements stériles, le

matériel nécessaire pour les soins en privilégiant la pharmacie du patient et d'assurer la livraison de ce matériel. Il veillera aussi que la feuille de suivi des soins à J1, J3, J5 et J7 postopératoires soit bien transmise par SISRA avec des mails groupés. Il assurera, si besoin, la formation des infirmières à domicile pour dispenser des soins de qualité.

L'UCA fournira, un à deux flacons de drainages ainsi que les tubulures de raccord en fonction du nombre de redons posés, pour pouvoir les changer si besoin.

Le cadre de santé de l'UCA ou l'infirmière ambulatoire s'engagera à donner toutes les informations nécessaires au prestataire de soins pour assurer le retour à domicile de la patiente, dans de bonnes conditions. Les ordonnances seront délivrées à ce dernier, dès la validation de la sortie de la patiente de l'unité et après la signature du chirurgien. Seules les ordonnances de sets de pansement et produits antiseptiques seront envoyées par mail avec SISRA au prestataire de soins.

Ce suivi protocolisé est donné aux infirmiers libéraux, par l'intermédiaire du prestataire de soins.

626. Sensibilisation des différents intervenants en ville

Chaque année, le service de gynécologie organise une matinée sur les nouveaux projets chirurgicaux ou sur des interventions chirurgicales évoluant nécessitant une coordination avec les différents professionnels (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, sage-femme...) de ville. Ils sont invités afin de partager l'information et échanger sur les nouvelles prises en charge.

En juin 2020, l'unité de chirurgie ambulatoire expliquera le nouveau chemin clinique des mastectomies partielles avec curage axillaire en ambulatoire.

Cette information permettra de dynamiser la coordination entre la ville et l'unité ambulatoire.

627. Le nouveau chemin clinique 2019

La création d'un réseau en ville, nous donne un nouveau chemin clinique pour les mastectomies partielles avec curages axillaires. Il est retranscrit dans la figure 9.

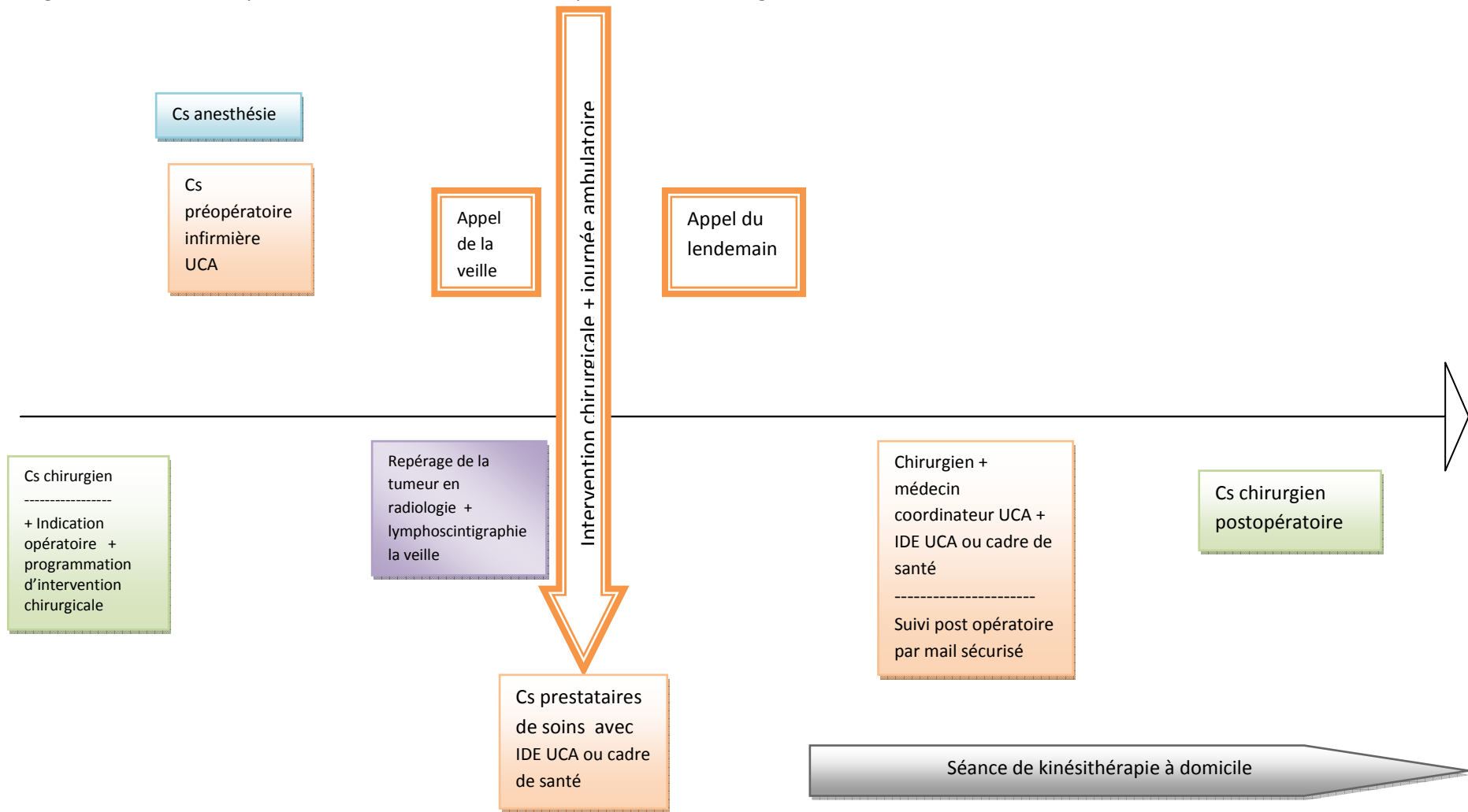
Il a permis de trouver de nouveaux axes d'amélioration et être plus performant que l'hospitalisation conventionnelle avec une prise en charge centrée sur le patient.

L'amélioration s'est portée sur :

- la création d'une consultation infirmière préopératoire pour informer et éduquer la patiente sur le déroulement de la journée ambulatoire, sur l'organisation des soins à domicile, sur les consignes postopératoires et les exercices de rééducation à commencer à la maison. Toutes ces informations sont retranscrites sur trois fiches d'informations données à la patiente en fin de consultation. La consultation est tracée sur le dossier médical ainsi que les fiches qui sont scannées aussi dans le dossier.

- une convention signée entre l'unité de chirurgie ambulatoire et un prestataire de soins pour organiser les soins à domicile et coordonner les soins entre l'UCA et les différents intervenants de la ville.
- la présentation et l'intervention du prestataire de soins en fin de journée ambulatoire pour réexpliquer la gestion des soins à domicile et le rôle de chacun. Il donnera à cet instant sa carte de visite avec ses coordonnées pour être joignable,
- une feuille de suivi des soins de redons envoyée sur la messagerie sécurisée avec la possibilité d'être consultée par tous les intervenants hospitaliers,
- une prise en charge entièrement protocolisée pour permettre aux infirmières libérales d'avoir une information sur l'ensemble des soins et pouvoir les consulter en cas de besoin et avant leurs réalisations
- une information orale et écrite donnée à la patiente sur une sécurisation des soins grâce aux services d'urgences ou aux consultations non programmées ouvert 24/24h dans le service de gynécologique où la patiente peut téléphoner ou se rendre en cas de complications postopératoires de sa propre initiative ou sur conseils de l'infirmière libérale ou en cas de doute,
- un nouveau chemin clinique qui s'ouvre aussi pour les patientes avec indication de MP ET GS avec extension sur un curage axillaire qui auront les mêmes informations orales et écrites et qui pourront bénéficier du même réseau postopératoire à domicile avec la gestion du prestataire de soins,
- la possibilité pour les patientes d'être opérée en ambulatoire et de bénéficier d'un suivi coordonné et entre la ville et l'hôpital.

Figure 4 : Chemin clinique ambulatoire des mastectomies partielles avec curage axillaire de 2019



J - 21 à J - 15	J-1	J0	J+1 à J7	Entre J 15 à J20
Période pré opératoire		Jour UCA	Continuité des soins après la sortie ambulatoire	

628. Evaluation du nouveau chemin clinique des curages axillaires et de la continuité des soins en ville

Cette nouvelle gestion de la continuité des soins avec la création d'un réseau en ville implique une évaluation. Il est indispensable à l'amélioration des soins et permet à la coordination entre l'ambulatoire et le domicile. Cette démarche qualité entre dans la recherche de la satisfaction des patients et réalisée sous forme d'enquête pour laquelle chaque patient répondra aux différents items, après un curage axillaire.

Cette enquête de satisfaction sera donnée à la sortie de la journée ambulatoire à la patiente qui pourra la compléter et nous la renvoyer par mail au secrétariat de l'unité ambulatoire après la consultation post opératoire ou la déposer au secrétariat de gynécologie. **Annexe 14**

Tous les deux mois, les résultats seront discutés en équipe ambulatoire et conduiront à des actions d'amélioration des pratiques.

Le deuxième indicateur de suivi qui permettra d'évaluer la réussite des curages axillaires est la surveillance du taux de conversion en hospitalisation conventionnelle. L'objectif est que chaque patiente entre dans la continuité des soins en ville avec ce réseau coordonné.

Le troisième indicateur porte sur complications postopératoires afin de vérifier que cette nouvelle gestion à domicile des curages axillaire ne crée pas de nouvelles complications. Ceci permettra de confirmer le résultat de l'étude Ng YY qui n'avait pas eu de complications suite à la prise en charge des soins de drains en ville à condition que celui-ci soit organisé.

Cette gestion d'indicateurs permettra de vérifier l'atteinte de nos objectifs qui est de diminuer le taux de conversion en dessous de 3%, de satisfaire les patientes pour cette prise en charge en ville.

Donc non seulement les meilleures pratiques sont recherchées mais un mécanisme d'amélioration continue se met en place en créant une organisation qui permet un circuit sécurisé des soins et en proposant une qualité dans le suivi des soins à domicile et dans la coordination des soins hôpital-ville.

7. CONCLUSION

Cette étude sur la chirurgie mammaire conservatrice montre que cette chirurgie est faisable et fiable en ambulatoire. Après trois années de pratique, que cette chirurgie a connu une progression significative dans notre établissement, en particulier sur la qualité des suites postopératoires et notamment anesthésiques.

Afin de poursuivre cette évolution, l'élargissement de cette prise en charge aux patientes bénéficiant d'une mastectomie partielle avec un curage axillaire (programmé ou réalisé suite au résultat du ganglion sentinelle) passe par le développement d'un réseau hôpital-infirmières libérales afin de gérer le système de drainage à domicile et permettent aux patientes de rentrer à domicile.

L'organisation choisie par les médecins chirurgien et anesthésiste, responsables en ambulatoire est la coopération avec un prestataire de soins, pour assurer la continuité des soins en ville avec qui nous avons signé une convention pour cette chirurgie.

La mise en place de ce programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour les équipes hospitalières et celle de la ville, avec une réorganisation du chemin clinique et la création d'une consultation infirmière préopératoire en ambulatoire pour informer la patiente sur le déroulement de sa prise en charge ambulatoire et à domicile. Eduquer la patiente pour qu'elle puisse faire face aux signes d'alerte ou de gravité postopératoires et qu'elle devienne l'acteur principal et active dans sa prise en charge ambulatoire.

L'objectif principal est de commencer cette nouvelle prise en charge, de l'expérimenter pour acquérir de la maturité pour les professionnels et dans les organisations.

Les clés pour la réussite de la gestion des soins à domicile impliquent une formation et un l'accompagnement des équipes et la prochaine étape serait que nous établissions un programme de formations à l'hôpital pour la réalisation des soins spécifiques postopératoires après une chirurgie ambulatoire. Ce programme nécessite aussi la sensibilisation de tous les intervenants en ville par des réunions d'informations et d'explications. L'information passe aussi par des outils accessibles à tous et notamment par les smartphones, par les e-mails avec les appuis vidéo... qui restent à développer.

Toute démarche d'amélioration nécessite une évaluation continue des procédures, des organisations et des nouveaux outils d'informations ou de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Le Ministère des Solidarités et de la Santé : La chirurgie ambulatoire -une alternative à l'hospitalisation conventionnelle
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire>
- 2- Taux de chirurgie ambulatoire de 2017 : un ralentissement de sa croissance qui interroge sur l'objectif de 70% en 2022. Repéré à :
[file:///C:/Users/win/Downloads/TauxChirAmbu_20171%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/win/Downloads/TauxChirAmbu_20171%20(1).pdf)
- 3- Institut National du Cancer -Cancer du sein : du diagnostic au suivi plan cancer 2014-2019
<https://www.e-cancer.fr>
- 5- Institut National du Cancer -Cancer du sein : la chirurgie ambulatoire dans le cancer – Evolution de 2010 à 2015
Repéré à : <https://www.e-cancer.fr>
- 6- Rapport de la Sécurité Sociale de 2013 : Chirurgie ambulatoire 1.pdf.at
Repéré à :
http://www.ifrap.org/sites/default/files/SPIIMG/pdf/rapport_securite_sociale_2013_chirurgie_ambulatoire_1
- 7- LAURENT A-C, MOUTTET D, RENO M. et al : La chirurgie du cancer du sein en ambulatoire est faisable et fiable de nos jours : étude portant sur 396 patientes – Institut Curie –Bulletin du cancer, tome 103 n°11, novembre 2016.
- 8- GUINAUDEAU F, Beurrier F, Rosay H, Carrabin N, Faure C, Ferraioli D, et al. Satisfaction in ambulatory patients with breast-conserving surgery and sentinel node biopsy for breast cancer]. Gynecol Obstet Fertil 2015; 43 (3): 213–8.
- 9- Rapport UNICANCER- plan cancer 2014-2019 . Repéré à : <https://www.unicancer.fr>
- 10- Ng YY, Chan PM et al.: Adopting Ambulatory Breast Cancer Surgery as the Standard of Care in an Asian Population. International Journal of Breast Cancer-Volume 2014, Article ID 672743, 8 pages - <http://dx.doi.org/10.1155/2014/672743>
- 11- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire (2012). Repéré à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire Socle de connaissances 2012 -
- 12- Annonce du diagnostic. Plan Cancer 2003-2007.Repéré à : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Un-temps-fort-du-parcours-de-soins>

- 13- Décret no 2007-388 du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique . Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000275848>
- 14- Circulaire du 22 février 2005 N° DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Repéré à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/2005>
- 15- Institut National du Cancer – les stades du cancer – cancer du sein - Repéré à : <https://www.e-cancer.fr>
- 16- Institut national du cancer : « Accélérons les progrès face aux cancers » - curage axillaire- chirurgie Repéré à : <https://www.e-cancer.fr>
- 17- Qu'est-ce qu'une mastectomie - Repéré à : <https://www.monreseaucancerdusein.com/dossiers/mieux-comprendre/chirurgies/tumectomie-ou-mastectomie-partielle/questce-quune-mastectomie-partielle>
- 18 – CLASSE J.M. LEFEBVRE C. DEJODE M. BORDES V. CATALA L. JAFFRÉ I. DRAVET F. DESCAMPS P. (Nantes, Angers). : Les principes du traitement chirurgical initial du cancer infiltrant du sein. Repéré à : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GM_343_classe.pdf
- 19- COCHRANE Database de 2013, « Would drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast (review) ». Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24158902>
- 20- CLASSE J.-M, BERCHERY L, CAMPION R, PIOUD F, DRAVET F, ROBARD S : Essai clinique randomisé comparant le rembourrage axillaire au drainage par succion fermé pour la plaie axillaire après lymphadénectomie pour le cancer du sein : 14 juin 2006 Repéré à : <https://doi.org/10.1002/bjs.5433>
- 21- GARBARY J-. PICONE Q, BARON-MERLE G. YACOUB S. MISSANA M-C et Al : « Le curage de l'aisselle avec capitonnage musculaire sans drainage. Gynecol Obstet Fertil 2004, 32: 1039-46
- 22- CLASSE J-M, DUPRE P-F, ROBARD S, THEARD J-L, DRAVET F, «Axillary padding as an alternative to closed suction drain for ambulatory axillary lymphadenectomy : a prospective cohort of 207 patients with early breast cancer. Arch surg 2002 ; 137 :169-72. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11822954>
- 23- DRAVET F., BELLOIN J., DUPRE P-F., FRANCOIS T., ROBARD S., THEARD J-L. et Al. « Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénologique ». Etude prospective de faisabilité. Annales de chirurgie 2000 ; 125-668-76.
- 24- Appel du lendemain : « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »- HAS et ANAP - AVRIL 2012. Repéré à : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2012:04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_QUESTIONS.pdf
- 25- Définition et conception d'un chemin clinique – VONS C. 2019 – Cours DIU de chirurgie Ambulatoire.
- 26- Recommandations organisationnelles de mai 2013 de l'HAS et de l'ANAP. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ». Repéré à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf

27 -Nomenclature Générales des actes professionnels. https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide-ngap-infi_cpam-cote-d-or.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'informations écrites sur la prise en charge du cancer du sein de l'établissement (P 43)

Annexe 2 : Eligibilité de la chirurgie en ambulatoire. (p 48)

Annexe 3 : Check List de « Confirmation d'éligibilité » (p 49)

Annexe 4 : Fiche informations pour la douche préopératoire. (p 50)

Annexe 5 : Convocation et préparations aux examens : Lymphoscintigraphie (p 51)

Annexe 6 : Convocation et préparations aux examens : pose fil guide (p 52)

Annexe 7 : Fiche informations du patient suite une anesthésie. SFAR. (p 53)

Annexe 8 : Passeport ambulatoire (p 55)

Annexe 9 : Dossier de soins ambulatoire (p 59)

Annexe 10 : Prise en charge des redons à domicile dans le cadre de la chirurgie du sein après une hospitalisation en chirurgie ambulatoire. (p 63)

Annexe 11 : Informations sur les MP avec CAX en ambulatoire (p 70)

Annexe 12 : Consignes après un CAX en ambulatoire (p 71)

Annexe 13 : Exercices de rééducation après un CAX en ambulatoire (p 73)

Annexe 14 : Enquête de satisfaction pour les patientes suite au curage axillaire en ambulatoire. (p 75)

Annexe 1

Fiche d'Informations sur la prise en charge du cancer du sein au centre hospitalier de BOURG EN BRESSE

Nom de la patiente :

Date :

CHIRURGIEN :

Prise en charge du cancer du sein au centre hospitalier de BOURG-EN- BRESSE

Madame X née (nom de jeune fille) le :

Vous allez être prise en charge par l'équipe de cancérologie du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse.

Aujourd'hui, en France, le cancer du sein est **le cancer le plus fréquent** chez la femme.

50 000 nouveaux cas sont estimés en France en **2015**.

Beaucoup de progrès ont été réalisés ces dernières années (technique du ganglion sentinelle, thérapies ciblées...).

Le diagnostic nécessitera un bilan complet (examen clinique et mammographie des deux seins souvent associée à une échographie mammaire).

La biopsie permettra de poser un diagnostic de certitude et d'orienter la prise en charge. Elle sera réalisée par le chirurgien en cas de tumeur palpable ou par le radiologue pour les tumeurs non palpables.

La prise en charge à 100% sera réalisée par votre médecin traitant.

Sur l'hôpital, vous pouvez bénéficier de soins sans dépassement d'honoraires.

Les traitements du cancer du sein sont coûteux pour l'assurance maladie. Pour préserver une bonne qualité de soins, la prise en charge des transports n'est pas systématique notamment pour les consultations.

Le traitement du cancer du sein :

Trois types de traitements sont utilisés pour traiter le cancer du sein :

- La **chirurgie**
- La **radiothérapie**
- Les **traitements médicamenteux : chimiothérapie, hormonothérapies, thérapies ciblées.**

La chirurgie est souvent le traitement de **première intention** des cancers du sein.

L'ensemble des spécialistes du pôle de cancérologie de l'hôpital de Bourg-en-Bresse (chirurgiens, radiothérapeutes, oncologues, pathologistes...) se réunissent toutes les semaines lors de réunion

appelée réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin d'établir un protocole thérapeutique individuel ciblé pour chaque patiente.

La chirurgie :

La chirurgie consiste à enlever la tumeur ainsi que les ganglions axillaires (ganglions situés sous l'aisselle).

L'ablation de la tumeur peut se faire :

- Soit en conservant le sein (ablation de la tumeur uniquement avec une marge de sécurité):
- Soit en enlevant la totalité de la glande mammaire y compris l'aréole et le mamelon.

Le choix de l'une ou de l'autre de ces techniques sera fonction de la taille de la tumeur, de sa localisation, du nombre de tumeur dans le sein et du volume du sein de la patiente.

Elle pourra être suivie par une **reconstruction mammaire à distance**.

La nécessité de mastectomie n'est pas forcément en relation avec l'importance de la maladie.

Le repérage mammaire :

Avant une chirurgie conservatrice, si l'anomalie n'est pas palpable, un **fil guide** sera mis en place la veille de la chirurgie sous anesthésie locale. Ce repérage permettra de localiser le cancer afin que le chirurgien le retrouve facilement au bloc opératoire. Il s'agit le plus souvent d'un fil métallique fin qui sera localisé dans la tumeur à l'intérieur du sein.

L'ablation des ganglions axillaires peut se faire :

- Soit par **la technique du ganglion sentinelle** : il s'agit d'enlever de façon sélective le ou les premiers ganglions lymphatiques axillaires drainant le sein.

Pour localiser le ou les ganglions sentinelles, deux produits peuvent être utilisés: un produit radioactif sans danger pour la patiente qui sera injecté la veille de l'intervention (lymphoscintigraphie) et un colorant (Bleu patenté) qui sera injecté au bloc opératoire (responsable d'un tatouage bleu de la peau qui s'estompera en 1 an).

Une analyse peut être faite en cours d'intervention: il s'agit d'un examen extemporané réalisé par un pathologiste.

Si un ou plusieurs ganglions sont positifs: on réalisera alors dans le même temps opératoire un curage axillaire.

Si les ganglions sont négatifs, un examen anatomopathologique plus complet sera réalisé secondairement. Si des cellules cancéreuses étaient mises en évidence, une deuxième intervention sera programmée pour réaliser un curage axillaire.

- Soit par l'ablation d'un ensemble de ganglions lymphatiques de l'aisselle: il s'agit alors d'un **curage axillaire**.

La durée d'hospitalisation :

Si la chirurgie est conservatrice et que l'état général de la patiente le permet, le traitement peut-être ambulatoire. Une infirmière à domicile assurera les soins locaux à la maison si nécessaire.

Une consultation de contrôle sera prévue 2 à 3 semaines après la chirurgie pour l'annonce des résultats et le contrôle de la cicatrisation.

Les effets secondaires possibles :

- Une collection de lymphes sous la peau au niveau de l'aisselle. Des ponctions peuvent alors s'avérer nécessaires (Evacuation indolore de la lymphe accumulée sous le bras en consultation).
- Rarement un hématome ou une infection du site opératoire: des soins locaux et/ou des antibiotiques seront nécessaires. Parfois, une nouvelle opération sera envisagée.
- Une perte de mobilité / une raideur du bras ou de l'épaule du côté opéré. Ces complications apparaissent principalement après un curage axillaire. Une kinésithérapie précoce sera alors envisagée.
- Des troubles de la sensibilité de la face interne du bras. Ces troubles disparaissent en partie en 6 à 12 mois.
- Un lymphœdème du membre supérieur. Le curage axillaire peut entraîner dans 5% des cas une accumulation de lymphes au niveau du bras responsable d'une augmentation du volume du bras (on parle aussi de "gros bras").

Pour réduire le risque de lymphœdème, il faudra respecter quelques précautions après un curage axillaire: éviter de porter des objets lourds, éviter les prises de tension et les prises de sang du côté opéré, porter des gants lors des travaux ménagers ou pour jardiner, désinfecter correctement les blessures du membre supérieur.

La reconstruction mammaire :

Elle est le plus souvent réalisée secondairement à la chirurgie.

La reconstruction mammaire est prise en charge à 100% dans le cadre de l'ALD (affection de longue durée).

Un chirurgien plasticien réalise des reconstructions mammaires par prothèses, lambeau du grand dorsal ou lipomodélage si la patiente fait le choix d'une reconstruction.

La chimiothérapie :

Ce peut-être le premier traitement du cancer du sein (chimiothérapie néoadjuvante) ou le complément d'un traitement chirurgical.

La chimiothérapie est un traitement général qui agit sur tout l'organisme en s'attaquant aux cellules en division de l'organisme. Son but est de détruire les cellules cancéreuses.

Elle a pour but de réduire les récives.

Les cures ont généralement lieu par voie intraveineuse en hôpital de jour du service d'oncologie.

Une infirmière sera disponible pour vous expliquer le traitement et sa tolérance.

Pour réaliser ces injections, un boîtier (chambre implantable) sera positionné sous la peau sous anesthésie locale.

La radiothérapie :

La radiothérapie utilise des rayons pour détruire localement les éventuelles cellules cancéreuses résiduelles.

Elle est systématique après un traitement conservateur pour diminuer le risque de récive locale.

Généralement, elle se déroule sur 5 à 6 semaines.

Hormonothérapie :

Ce traitement est indiqué si le cancer du sein est hormonodépendant. Cette hormonodépendance est confirmée par l'analyse histochimique des cellules cancéreuses qui présente des récepteurs hormonaux.

Il s'agit plutôt d'un traitement antihormones: l'hormonothérapie empêche l'action des hormones sur les cellules mammaires et évite donc le développement des cellules cancéreuses.

Ce traitement est un traitement au long cours (5 ans minimum).

Il a pour but de réduire le risque de récurrence.

Soins de support :

Une équipe de psychologues, diététiciennes, assistantes sociales sont disponibles pour vous aider en cas de besoin.

La surveillance après cancer du sein :

Le suivi est primordial après un cancer du sein afin de détecter précocement des éventuels signes de récurrence ou pour mettre en évidence des effets secondaires liés aux traitements.

Le suivi sera réalisé en alternance avec les différents spécialistes ayant participé au traitement du cancer et le médecin traitant.

Il consiste en une consultation médicale plusieurs fois par an pendant 5 ans puis annuel ensuite associée à une mammographie annuelle.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé www.has-sante.fr
- Cancer info (Inca) www.e-cancer.fr/cancer-info

ligne téléphonique : 08 10 81 08 21 (prix appel local)

- AIDEA: Conseils juridiques et accompagnement pour le droit à l'emprunt www.aidea-ligue.net

Ligne téléphonique : 08 10 11 11 01 (prix d'un appel local)

- Vivre avec: Accompagnement pour faciliter l'accès à l'assurance de prêt

www.vivreavec.org

ligne téléphonique : 08 21 21 80 08 (0,12 euros /mn)

- Europa Donna Forum France

Informe et soutient les personnes concernées par le cancer du sein. www.europadonna.fr

Ligne téléphonique : 01 44 30 07 66. Du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures.

Coordonnées du service :

- Pour la prise de rendez-vous :

Secrétariat: 04 74 45 42 81.

Mail: segyn@ch-bourg01.fr

- Pour les urgences :

Service de gynécologie et urgences gynécologiques: 04 74 45 43 01

L'équipe chirurgicale est composée de 4 chirurgiens spécialisés en cancérologie :

- Dr A : chirurgie sénologique et gynécologique.
- Dr B : chirurgie sénologique et gynécologique.
- Dr C: chirurgie gynécologique.
- DR E : chirurgie gynécologique
- DR F : chirurgie gynécologique

Un chirurgien plasticien assure les reconstructions mammaires :

- Dr D : chirurgien plasticien effectuant les reconstructions mammaires.

Tous nos chirurgiens sont adhérents au réseau régional de cancérologie Rhône-Alpes.

Pensez à rapporter l'ensemble de votre dossier (mammographies, résultats des biopsies...) lors des consultations et lors de votre hospitalisation.

Nous restons à votre écoute, n'hésitez pas à nous faire part de vos interrogations.

Annexe 2

Critères d'éligibilité à la prise en charge d'un patient dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire du règlement intérieur du CH de BOURG-EN-BRESSE

1- Interventions éligibles

- réglées, proposées au patient en dehors de tout contexte d'urgence thérapeutique (sauf intervention dans le cadre de la prise en charge des urgences différées)
- de durée habituellement limitée à 90 minutes
- peu handicapantes, c'est-à-dire provoquant des répercussions physiologiques mineures et **temporaires**
- **n'entraînant que peu d'effets secondaires (notamment nausées et vomissements)**
- **dont le taux de complications post-opératoires prévisibles est faible: saignement, infection, douleur, risque sur les voies aériennes**
- **permettant une stabilité des patients en période post-opératoire suffisante pour une prise en charge par un entourage non-médical**

2- Patients éligibles

Critères d'état de santé général :

- Le patient est classe ASA 1 – 2 ou 3 stabilisé
- Le grand âge n'est pas une contre-indication
- Il n'y a pas d'antécédent ou de risque d'Hyperthermie Maligne
- Il n'y a pas d'obésité morbide accompagnée de problèmes cardiaques et/ou respiratoires
- Il n'y a pas de Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS) non appareillé
- Le patient ne prend pas de traitement IMAO non sélectif (Iproniazide –Marsilid°)
- Pas de toxicomanie active










Critères psycho-sociaux :

- Compréhension orale et écrite des instructions préopératoires
- Absence d'anxiété excessive
- Conditions de logement correctes (ascenseur)
- Entourage prévu pour le retour à domicile et la surveillance de la première nuit
- Téléphone accessible








Annexe 3

Check-list pour confirmation d'éligibilité d'un patient en chirurgie ambulatoire

Partie chirurgicale

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
|  Eligibilité du patient pour une chirurgie en ambulatoire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Consentement du patient pour une prise en charge ambulatoire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Patient informé pour prévoir un accompagnant pour la sortie UCA + la nuit - si AG et ALR | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Compréhension orale et écrite des consignes préopératoires | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Si troubles psychiatriques, présence d'un accompagnant à l'UCA sur toute la journée ambulatoire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Téléphone en état de marche à domicile : vérification N° tél | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Conditions de logement correct (avec ascenseur et douche) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Si enfant mineur et autorité monoparentale ou si un des parent déchu de son autorité parentale, informer le parent présent qu'il doit apporter la photocopie du jugement | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Si tutelle : pour les majeurs en incapacité de s'exprimer, Demander la photocopie du jugement de tutelle
Lettre d'indication opératoire envoyée au tuteur pour obtenir l'autorisation d'opérer et d'anesthésier | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Partie anesthésiste

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
|  Eligibilité du patient pour une anesthésie en ambulatoire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Accompagnant prévu pour la sortie UCA + la nuit - si AG et ALR | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Justificatif de l'autorité monoparentale ou si un des parents déchu de l'autorité parentale | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Justificatif du jugement de tutelle obtenu | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Autorisations d'opérer et d'anesthésier signées | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Ordonnance d'antalgiques donnée au patient ou anticipée | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|  Gestion des anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires
Ordonnance anticipée pour la sortie UCA | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Annexe 4

**CENTRE HOSPITALIER DE FLEYRIAT
01012 BOURG EN BRESSE
Unité de CHIRURGIE AMBULATOIRE
Secrétariat : 04.74.45.45.14
Fax :04.74.45.45.20**

Madame X

Le : (date)

SAVON DOUX LIQUIDE

La veille de l'intervention à votre domicile : douche et shampoing avec un flacon neuf

Le matin de l'intervention à votre domicile : douche

La veille de l'intervention, vous devez :

- enlever le vernis de vos mains et de vos pieds.
- enlever vos bijoux, montre, piercings et ne pas les remettre.
- prendre votre douche au savon doux liquide la veille au soir.
- dormir dans des draps propres.

Le matin de l'intervention, vous devez :

- prendre une douche au savon doux liquide.
- mettre des vêtements lavés mais non portés la veille, ni les jours précédents.

Annexe 5

CONVOCATION FIL GUIDE ECHO

Rédacteur : DR

*POLE MERE ENFANT
SERVICE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
Tél. Secrétariat : 04.74.45.42.81
Fax : 04.74.45.41.07.*

POSE D'UN FIL GUIDE (REPERAGE SOUS ECHOGRAPHIE)

Madame X née (nom de jeune fille) le

Votre rendez vous est fixé le :

(date) à Heures

CABINET DE RADIOLOGIE DU CENTRE

8 Avenue du Champ de Foire

01000 BOURG EN BRESSE

TEL : 04.74.22.90.60

CONSEILS AVANT LA POSE :

Vous allez avoir une intervention chirurgicale au niveau du sein.

Avant l'intervention vous allez bénéficier de la pose d'un fil guide destiné à repérer la zone concernée.

Pour ceci, il faut prévoir :

- EPILER L'AISELLE DU BRAS CONCERNE AVANT DE VOUS RENDRE AU CABINET DE RADIOLOGIE, (par précaution faire une touche d'essai avant)
- 1 tube de crème dépilatoire acheté en pharmacie.
- PORTER LE JOUR DE LA POSE UN SOUTIEN GORGE AYANT UN BON MAINTIEN,
- PORTER UN VETEMENT OUVERT SUR LE DEVANT, TYPE CHEMISE AFIN DE NE PAS LEVER LES BRAS EN VOUS HABILLANT.

**- BIEN RAPPORTER VOS CLICHES DE MAMMOGRAPHIES ET ECHOGRAPHIES
LORS DU REPERAGE AUPRES DU RADIOLOGUE.
CONVOCATION HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE**

Rédacteur :

Annexe 6

CONVOCAION RDV LYMPHOSCINTIGRAPHIE

Rédacteur :

*POLE MERE ENFANT
SERVICE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
Tél. Secrétariat : 04.74.45.42.81
Fax : 04.74.45.41.07.*

RENDEZ VOUS POUR LYMPHOSCINTIGRAPHIE

Madame

le

Votre rendez vous de lymphoscintigraphie est fixé :

le

à Heures

**Imagerie Nucléaire de l'Ain
Clinique CONVERT
62, Avenue de Jasseron
01000 BOURG EN BRESSE
TEL : 04.74.23.43.17
FAX : 04.74.23.50.14**

Avant de vous rendre à ce rendez vous :

- Il faut prévoir DE VOUS EPILER A LA CREME DEPILATOIRE (achetée en pharmacie) L'AISELLE DU BRAS CONCERNE (par précaution faire une touche d'essai avant).
- PENSEZ A APPORTER VOTRE CARTE VITALE ET VOS MAMMOGRAPHIES

Annexe 7

QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant la douleur provoquée pendant et en l'atténuant après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments par la perfusion, et/ou par la respiration. Ainsi, l'anesthésie générale vous fait perdre conscience pendant la réalisation de l'acte.

L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Vous êtes conscient mais vous ne ressentez aucune douleur. Son principe est de bloquer les nerfs en injectant un produit anesthésique local. Il est donc possible d'endormir un avant bras ou une jambe isolément par exemple. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière dans votre dos. Elles permettent d'endormir les deux jambes et le bas ventre par exemple. L'anesthésie locorégionale peut vous être proposée seule ou associée à une anesthésie générale.

Toute anesthésie générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance. Le médecin anesthésiste-réanimateur vérifiera votre état de santé et vous proposera la ou les techniques d'anesthésie possible(s) et adaptée(s) à votre situation. Il vous informera sur leur déroulement, les avantages et les inconvénients. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles et exprimer vos préférences.

Les éléments recueillis au cours de la consultation seront consignés dans votre dossier médical afin que le médecin qui pratiquera l'anesthésie dispose de l'ensemble des informations utiles vous concernant.

COMMENT SERAIS-JE SURVEILLÉ (E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À MON RÉVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

En fin d'intervention, vous serez surveillé (e) de manière continue dans une salle de surveillance postinterventionnelle, SSPI (salle de réveil). Durant l'anesthésie et votre séjour en SSPI, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares. En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'événements désagréables.

QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES À L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Ils sont devenus beaucoup moins fréquents ces dernières années depuis la mise en place de mesures pour les éviter.

Les dispositifs utilisés pour assurer votre respiration pendant l'anesthésie générale peuvent provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. Il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière lors de la consultation.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe.

Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister.

Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie. Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter.

Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées. Il est habituellement recommandé de ne pas absorber d'aliments dans les 6h qui précèdent l'anesthésie. Jusqu'à deux heures avant l'anesthésie, il est autorisé de boire de l'eau, du café ou du thé sans lait ou encore un jus de fruit sans pulpe. Le médecin anesthésiste vous rappellera ces consignes.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES AUX ANESTHÉSIES LOCORÉGIONALES ?

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale.

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, une difficulté à uriner peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des maux de tête peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement spécifique. Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition, ou un trouble de vision.

Il existe des risques spécifiques aux autres anesthésies locorégionales. Ainsi, au cours de l'anesthésie de l'oeil, des complications, telles une diplopie (le fait de voir double) ou plus rarement une plaie oculaire, peuvent survenir. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une baisse ou une perte de la vision, peuvent en résulter. Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.

Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche.

LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE

Limiter la douleur postopératoire est une de nos priorités. Nous disposons de médicaments ou de techniques permettant de soulager la douleur postopératoire. Votre participation pour quantifier cette douleur mais aussi pour la contrôler peut vous être proposée en utilisant des dispositifs que vous commandez par un bouton (analgésie contrôlée par le patient).

* Relecteurs du CISS IDF

Mmes Micheline Bernard-Harlaut et Catherine Ollivet, M. Jean-Luc Plavis.»



Passeport

CHIRURGIE AMBULATOIRE

La Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie est un mode d'approche de l'intervention chirurgicale qui vous permet de retrouver rapidement votre autonomie.

DOC-COM 0893 - Juillet 2019

#3 LE CENTRE HOSPITALIER DE NANTES 

Ce document est à lire impérativement et à rapporter le jour de l'intervention

Ouvert du lundi au vendredi de 7h à 20h
Tél. 04 74 45 45 14

DÉROULEMENT

Une prise en charge ambulatoire m'a été proposée par le chirurgien et confirmée par l'anesthésiste : cela signifie que l'admission et la sortie se dérouleront le même jour que l'acte entre 7 h et 20 h.

Attention : Une hospitalisation ne peut être exclue

En effet, si vous ne remplissez pas les critères de retour à domicile avant la fermeture de l'unité de Chirurgie Ambulatoire, vous serez dirigé(e) vers un service d'hospitalisation complète pour la nuit.

Obligatoire : Prévoir un accompagnant majeur

Vous devez obligatoirement avoir un accompagnant adulte pour la sortie, jusqu'au lendemain matin (2 pour un enfant). Cette personne doit être joignable par téléphone tout au long de la journée. Les enfants doivent être accompagnés par au moins un des 2 parents pendant la journée d'hospitalisation. Pour les personnes majeures protégées ou en institution, il est indispensable de prévoir les documents de tutelle et un accompagnant sur la journée.

La veille de l'intervention



Le secrétariat de chirurgie ambulatoire me contactera la veille de l'intervention (le vendredi précédent si l'admission est prévue un lundi) entre 9h et 13h.

(Si toutefois vous n'avez pas été contacté à 13h, merci de joindre le secrétariat au numéro suivant : 04 74 45 45 14)

Cet appel permet :

- de confirmer mon intervention
- de connaître mon heure d'arrivée à l'UCA
- de prévenir toute modification de mon état de santé (fièvre, allergie...)



Je prends une douche pré-opératoire la veille et le matin de l'intervention à la maison (après dépilation : seulement si elle vous a été demandée par le chirurgien) **avec des produits neufs !**

Après le rinçage : je me sèche avec une serviette propre sans marcher pieds nus et je m'habille avec des vêtements propres. J'effectue un brossage des dents et je viens sans maquillage ni crème corporelle.

Avant de venir : j'enlève mes bijoux, montres, piercing, vernis à ongles et faux ongles.

Le jour de l'intervention



Les médicaments suivants doivent être interrompus en vue de l'intervention ou de l'examen :

-
-
-



Le jour de l'intervention, je peux prendre les médicaments suivants :

-
-
-



Pour un enfant, pensez au doudou (propre) ou au jouet préféré

LE JOUR DE L'INTERVENTION

Consigne de jeûne

- Si l'acte sous anesthésie est prévu dans la matinée entre 8h et 13h, **le dernier repas sera pris la veille au soir** (repas normal ou respect du régime prescrit selon le type d'intervention).
- Si l'acte sous anesthésie est prévu dans l'après-midi entre 13h et 17h, le repas de la veille au soir devra être normal ou respectant le régime prescrit selon le type d'intervention.
Le matin avant 7h le jour de l'intervention, un petit déjeuner léger peut être pris. (thé, café, eau, biscottes+beurre)



Une boisson est autorisée jusqu'à 1 heure avant l'hospitalisation : eau plate, eau plate + sirop, café noir, thé ou tisane sans lait, jus de pomme, jus de raisin en quantité souhaitée.



Sont interdits : (très important ! risque de report de l'intervention)

Le lait, le chocolat, les jus de fruits avec pulpe, nectar, boissons gazeuses, aliments solides
Il est interdit de manger des aliments solides et de fumer pendant les 6 heures avant l'anesthésie.



Ma journée dans l'unité



- Je me présente directement dans l'unité
- J'apporte mes résultats d'examens radiologiques et sanguins prescrits
- Je viens sans argent ou bijoux ou objets de valeur. En effet, la responsabilité des hôpitaux est limitée en cas de perte, de vol ou de dégradation aux «seuls objets dont la nature justifie la détention à l'hôpital».
- Afin de respecter les soins et le repos nécessaires aux patients, et afin de garantir la confidentialité des patients, **les visites des accompagnants sont STRICTEMENT INTERDITES dans le secteur d'hospitalisation post-opératoire** (à l'exception des mineurs).
- J'attends l'arrivée de mon accompagnant dans l'unité.

MA SORTIE

Lors de mon départ

Je sortirai de l'UCA avec les documents suivants qui me seront remis lors de mon passage au secrétariat avec mon accompagnant au moment de mon départ :

- les consignes post opératoires
- les ordonnances (antalgiques et soins locaux)
- le compte-rendu d'hospitalisation
- un arrêt de travail et un bon de transport sur prescription médicale selon nécessité.

Consignes de sortie

Madame , Monsieur,

Vous avez bénéficié ce jour d'un acte / intervention sous anesthésie. Pendant les 24 heures qui suivent l'intervention vous devez respecter scrupuleusement les recommandations qui vous ont été délivrées.

Vous devez en particulier :

- être accompagné la première nuit par une personne majeure
- vous reposer
- respecter rigoureusement les traitements prescrits et les indications de soins post-opératoires
- éviter de consommer de l'alcool et de prendre des somnifères

Après l'anesthésie : **pendant les 24 heures suivantes**, il est recommandé d'éviter de conduire un véhicule, éviter d'utiliser un appareil potentiellement dangereux (scie, couteau électrique...), éviter de prendre une décision importante car votre vigilance peut être abaissée sans que vous ne vous en rendiez compte.

Si vous avez bénéficié d'une **intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou locorégionale**, et sauf refus de votre part, une infirmière de l'unité de chirurgie ambulatoire vous téléphonera le lendemain pour faire le bilan de la première nuit au domicile (un seul appel sera réalisé entre 8h30 et 11h).



Annexe 9



CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

ETIQUETTE	Téléphone domicile:..... Portable:..... Travail:.....
Préparation du dossier par :	APPEL DE LA VEILLE <input type="checkbox"/> Appel du patient avant 13 heures <input type="checkbox"/> Appel de l'UCA <input type="checkbox"/> Message Remarques :.....

Date de l'intervention:.....
 Intervention/côté à opérer :.....
 Nom du chirurgien/médecin:..... Le patient doit se présenter à:.....
 Documents à apporter : Bilan biologique Rx IRM Scanner Doppler Autres.....
 Autorisations d'anesthésie et d'opérer

ACCUEIL DU PATIENT

Nom de l'accompagnant:..... N° de tél de l'accompagnant:.....
 Documents présents dans le dossier : bilan biologique Rx IRM Scanner Doppler
 Personne de confiance Autorisations d'anesthésie et d'opérer Autres.....
 Le patient a reçu la fiche d'information des directives anticipées : oui non
 A jeun depuis.....heures (pas d'aliment solide, pas de boisson autres que liquides clairs, pas de cigarette,)
 Dernière prise de liquide clair à.....heures
 Dernière cigarette àheures
 Prise de médicaments personnels ce jour àheures
 Préparation coloscopie oui non Nombre de litres de préparation absorbé :
 Divers / Observations :

Bracelet d'identification posé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Douche préopératoire conforme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ablation
Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ablation
Lunettes, verre de contact	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ablation
Bijoux, percings	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ablation <input type="checkbox"/> impossible
Vernis	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ablation

Vérification avec le patient du côté à opérer droit gauche NA (non adapté)

Rx pré-op prévues oui non
 Rx post-op prévues oui non

Le patient donne son accord pour l'appel téléphonique du lendemain : oui non
 Téléphone :

Nom Prénom Fonction :
 Date Heure : Signature:

DOC-COM-286-2018

SOINS PRÉ OPÉRATOIRE

Prémédication : oui non Prélèvements sanguins : oui non
Constantes : TA _____ Pouls _____ T° _____ Dextro _____
Evaluation douleur : _____
Pose de catheter court : oui non Pose perfusion selon protocole (coloscopie) oui non
n°:..... localisation :.....
Dépilation préopératoire conforme oui non
Marquage site à opérer oui non refus patient marquage impossible
Divers :
Vessie vide : oui non
Nom Prénom Fonction : Date Heure :
Signature:.....

PER-OPERATOIRE

Type d'intervention :.....
Prélèvements per-opératoires:
 anapath extemporané cytologie bactériologie
Drainages:.....
Sutures :
Contention :
Attelles :
Pansement :
Gestion des anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires
Nom Prénom de l'IDE/BODE :
Signature :
Consignes médicales : consignes sur cassette
(pansements, antalgiques, rdv post-op, dispense, arrêt de travail,.....)
.....
.....

SOINS POST OPÉRATOIRE

Soins, traitements	Nom Prénom Fonction Signature
.....
.....
.....
.....

Nom Prénom Fonction :
Date Heure : Signature:.....

SORTIE DE L'UCA

ce jour oui non Si mutation : unité destinataire:
visite du chirurgien oui non motif de la mutation :
visite du M.A.R. oui non heure de transfert :
Ordonnances données et expliquées : oui non par IDE par secrétaire
Nom Prénom Fonction :
Date Heure : Signature:.....

SURVEILLANCE POST OPÉRATOIRE

Heure d'arrivée:

Nom de l'IDE :

HEURE									
Signes vitaux									
TA									
Pouls									
T°									
Pansements									
Dextro									
Glaçe									
Evaluation douleur									
Sensibilité									
Motricité									
Redon									
Ambulation									
Douleurs									
Nausées/vomissements									
Saignement chirurgical									
Apports per os									
Mictions									
Bladder Scan (selon protocole)		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	heure :	quantité en ml :				
Diurèse (S.A.D.)									
Score PADS									
Nom IDE									

Annexe 9 (suite)

Score de sortie de l'U.C.A. (PADSS, F.CHUNG J Clin Anesth 1995)

SIGNES VITAUX (TA, FC, FRESP, T°)

2: +/- 20% par rapports aux valeurs pré-op 1: +/- 20 à 40% 0: > 40%

AMBULATION ET STATUT MENTAL

2: orienté et déambulation assurée 1: orienté ou déambulation assurée

DOULEURS, NAUSÉES ET/OU VOMISSEMENTS

2: minimales 1: modérés, ont nécessité un traitement 0: sévères, nécessitent un traitement

SAIGNEMENT CHIRURGICAL

2: minime 0: sévère

APPORTS PER OS - MICTIONS

2: apports per os + et miction + 1: apports per os + ou miction +

Le score est établi toutes les 30 min.

Un score > ou = 10 autorise la sortie de l'UCA selon protocole

Annexe 10



PROTCOLE DE PRISE EN CHARGE DES REDONS A DOMICILE DANS LE CADRE DE LA CHIRURGIE DU SEIN APRES UNE HOSPITALISATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les soins de redons comprennent de :

- toujours laisser les redons en aspiration et vérifier l'étanchéité du système
- tracer en ml/jour la quantité émise par les redons, le matin à la même heure, sur la feuille de suivi : envoyer 1 mail groupé aux chirurgiens J.CLERC et JR LAMBERT, aux cadres de santé de chirurgie ambulatoire C. ROZIER et A. MAISONNEUVE, M. CATTENOZ médecin coordinateur de la chirurgie ambulatoire et enfin au secrétariat de gynécologie du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse à J1 J3 J5 J7 (jours postopératoires)
- ne pas enlever les redons avant J2 postopératoire
- J2 : effectuer la réfection des pansements de redons (**à renouveler toutes les 48h jusqu'à l'ablation**)
- l'ablation des redons s'effectuent dès que ceux-ci produisent moins de 50 ml ou à J7 post opératoire, en systématique, y compris ceux qui sont toujours productifs

La réfection de pansement de la plaie chirurgicale comprend :

- d'enlever impérativement au 1^{er} jour soit J1 le pansement compressif,
- J2 : faire la réfection du pansement de la plaie chirurgicale et laisser à l'air (ne pas le refaire avant J2 et s'il se décolle, le pansement doit être renforcé pour limiter le risque infectieux aigu avant J2

La surveillance des signes de gravité englobe :

- la survenue d'un malaise inexplicé
- un redon donnant plus de 300 ml/ 24h de sang très rouge
- une température > 38°5
- des douleurs importantes résistantes aux antalgiques
- un hématome collecté douloureux
- des saignements importants persistants
- une rougeur ou une chaleur anormale de la peau
- la réouverture de la cicatrice.

Si un de ces signes survient, appeler le service de gynécologie au 04 74 45 43 01 ou la cadre de l'UCA : 04 74 45 46 75. Le but est d'organiser une consultation médicale dès la détection d'un de ces signes de gravité, dans le service de gynécologie qui est doté d'un service d'urgence ouvert 24h/24H tous les jours de la semaine, y compris le week-end (1^{er} étage du pôle mère-enfant du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, à droite en sortant de l'ascenseur.

**FEUILLE DE SUIVI DE LA MASTECTOMIE PARTIELLE
AVEC CURAGE AXILLAIRE**

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance :

Adresse de la patiente et téléphone :

Type de chirurgie :

Date d'intervention :

Dr CLERC	Dr LAMBERT
-----------------	-------------------

Prestataires de soins en charge du suivi :

Nombre de redons :

Localisation du redon 1 :

Localisation du redon 2 :

Date d'ablation du redon 1 :

Date d'ablation du redon 2 :

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Quantité/ jour en ml Redon 1							
Quantité/ jour en ml Redon 2							
Changement de redon N° 1 ou 2 à préciser							
Ablation redon N°							

Mails par messagerie SISRA:

jessica.clerc @aura.mssante.fr

mathilde.cattenoz@aura.mssante.fr

agnes.maisonneuve@aura.mssante.fr

jean-robert.r Lambert@aura.mssante.fr

catherine.crozier@ aura.mssante.fr

GENERALITES SUR LES PANSEMENTS CONCERNANT LES PLAIES CHIRURGICALES SIMPLES ET LES PANSEMENTS COMPLEXES AVEC DRAINAGE

Définitions

- Plaie simple : plaie chirurgicale fermée.
- Plaie complexe : plaie chirurgicale avec drainage (redon).

Généralités

Prise en charge de la douleur sur prescription médicale avant la réfection du pansement.

Les pansements sont réalisés après la toilette, la réfection du lit, portes et fenêtres fermées

	HYGIÈNE CORPORELLE	CHOIX DES PRODUITS POUR PANSEMENT
Plaie simple chirurgicale	Douche pansement protégé	Chlorure de Sodium
Plaie complexe avec redon	Toilette au gant	Antiseptiques

PROTOCOLE DE REFECTION DU PANSEMENT DE LA PLAIE CHIRURGICALE POUR LES MASTECTOMIES PARTIELLES AVEC CURAGE AXILLAIRE

Utilisation uniquement du Chlorure de Sodium J2 deuxième jour postopératoire

1. Préparation du matériel

Se laver les mains au savon doux.

PRODUITS

- 1 set de pansement + additifs si besoin (tampons, compresses, pinces et ciseaux...),
- 1 guéridon de soins ou une table propre préalablement désinfectée
- 1 flacon de S.H.A. (solution hydro alcoolique)
- 1 protection
- 1 poubelle DASRI

Se laver les mains.

Disposer le matériel et les produits de réfection du pansement sur le guéridon

2) Technique de soin

Pour la plaie chirurgicale propre (plaie chirurgicale non infectée) : commencer par la plaie pour finir par le pourtour

- faire une désinfection des mains par S.H.A.
- mettre des gants non stériles de protection
- ôter le pansement avec les gants non stériles.
- retirer le gant en le retournant sur le pansement souillé avant d'être jeté dans le sac poubelle,
- pratiquer une deuxième désinfection des mains par S.H.A.
- ouvrir le set de pansement par pelage
- imbiber les tampons dans le plateau,
- une des pinces est réservée au soin de la plaie, l'autre reste dans le plateau et ne touche que ce qui est propre.

ATTENTION : Les tampons ne passent jamais plusieurs fois au même endroit,

- nettoyer la plaie avec les tampons imprégnés,
- procéder de manière identique pour le pourtour de la plaie,
- sécher par tamponnement avec des compresses stériles,
- **laisser la plaie à l'air libre** - faire une désinfection des mains par S.H.A. en fin de réfection de la plaie chirurgicale

PROTOCOLE DE REFECTION DU PANSEMENT DE REDON

Utilisation des antiseptiques pour le pansement de redon

Premier pansement à J2 (2^e jour postopératoire) sauf si le pansement est à saturation ou s'il est décollé, le refaire avant.

A renouveler toutes les 48h jusqu'à ablation des redons.

Les redons sont quantifiés tous les matins (même horaire) afin de déterminer la quantité journalière (à soustraire de la quantité de la veille)

1) Préparation du matériel

Se laver les mains au savon doux.

PRODUITS :

- 1 set de pansement + additifs si besoin (tampons, compresses, pinces et ciseaux...),
- 1 guéridon de soins ou une table propre préalablement désinfectée
- 1 flacon de S.H.A.,
- 1 protection
- 1 poubelle DASRI
- Disposer le matériel et les produits de réfection du pansement sur le guéridon

2) Technique de soin

Pour la plaie chirurgicale propre (plaie chirurgicale non infectée) : commencer par la plaie pour finir par le pourtour

- faire une désinfection des mains par S.H.A.
- mettre des gants non stériles de protection
- ôter le pansement avec les gants non stériles. Retirer le gant en le retournant sur le pansement souillé avant d'être jeté dans le sac poubelle,
- pratiquer une deuxième désinfection des mains par S.H.A.
- ouvrir le set de pansement par pelage
- une des pinces est réservée au soin de la plaie, l'autre reste dans le plateau et ne touche que ce qui est propre.
- imbiber les tampons dans le plateau,
-
- **ATTENTION : Les tampons ne passent jamais plusieurs fois au même endroit,**
-
- nettoyer le redon avec le savon antiseptique dilué (environ 1/3 de Povidone iodée (Bétadine scrub®) + 2/3 de Chlorure de Sodium),
- procéder de manière identique pour le pourtour de la plaie,
- rincer avec le sérum physiologique et sécher réaliser l'antisepsie de la plaie et du pourtour avec la solution antiseptique,
- recouvrir d'un pansement stérile adhésif ou d'une compresse avec un pansement adhésif
- faire une désinfection des mains par S.H.A
- noter la traçabilité du soin sur la feuille de suivi de la mastectomie partielle avec curage axillaire.

PROTOCOLE POUR UN CHANGEMENT DE FLACON DE DRAINAGE

DEFINITION

Changement du flacon d'un système servant à drainer des liquides physiologiques provenant d'une plaie.

Le drainage permet de prévenir les hématomes et les suppurations secondaires possibles.

Il existe 2 sortes de flacons de redon pouvant être changés :

- ✦ en plastique type Drainobag 150ml
- ✦ en plastique type Drainobag 600

INDICATION

Chaque fois que le flacon est plein ou qu'il n'y a plus de vide si drainage aspiratif

MATERIEL

Pratiquer un lavage des mains au savon doux

- 1 guéridon de soin
- 1 pince Kocher ou Kelly
- 1 flacon de redon de 150ml ou de 600ml
- Compresses stériles + bétadine jaune
- 1 paire de gants non stérile

TECHNIQUE

Prévenir la patiente et lui expliquer le soin

- faire une désinfection des mains par S.H.A.
- clamper la tubulure et le flacon avec les clamps prévus à cet effet
- dévisser l'ancien flacon avec une compresse imprégnée de Bétadine et à l'aide d'une pince si besoin
- revisser le nouveau flacon avec une autre compresse bétadinée
- décamper la tubulure et le flacon
- vérifier le vide
- mettre le flacon usagé dans le sac poubelle DASRI
- nettoyer et ranger le matériel
- faire une désinfection des mains par S.H.A.
- Tracer le soin et la quantité de liquides drainés sur la feuille de suivi de la mastectomie partielle avec curage axillaire.

PROTOCOLE POUR L'ABLATION DU DRAIN DE REDON

MATERIEL

Préparation : se laver les mains au savon doux

- pansement de protection urgopore® ou compresse stérile et pansement adhésif
- 1 lame stérile
- 1 champ stérile
- 1 paire de gants non stériles

Expliquer le soin à la patiente.

- faire une désinfection des mains par S.H.A
- enlever le pansement avec les gants non stériles
- Mettre le tout dans le sac poubelle DASRI
- faire une 2^e désinfection des mains par S.H.A
- poser le champ
- nettoyer la plaie opératoire et refaire le pansement
- désinfecter les points de sortie du ou des drains
- couper les fils avec la lame stérile en clampant le drain avec une pince
- poser une compresse stérile à proximité pour prévenir un éventuel écoulement
- tirer le drain en demandant à la patiente d'inspirer profondément
- déposer drain et flacon dans le sac poubelle DASRI
- refaire le ou les pansements de redon
- réinstaller la patiente et ranger le matériel
- faire une désinfection des mains par S.H.A
- noter le soin et la quantité de liquide recueilli sur la feuille de suivi de la mastectomie partielle avec curage axillaire.

ANNEXE 11



Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

INFORMATIONS SUR LA MASTECTOMIE PARTIELLE AVEC CURAGE AXILLAIRE EN AMBULATOIRE

Vous allez être hospitalisée pour une intervention chirurgicale au niveau de votre sein. Ce document est destiné à vous permettre de mieux comprendre votre prise en charge ambulatoire. [La mastectomie partielle avec curage axillaire](#)

➤ La mastectomie partielle

Exérèse d'un nodule du sein avec un peu de glande autour.

➤ La détection du ganglion sentinelle

Isolement des premiers ganglions qui drainent la tumeur du sein par injection d'un produit isotopique et parfois d'un colorant appelé « bleu patenté » en complément si besoin et qui s'estompera sur un an. L'analyse des ganglions par un examen extemporané réalisé par un pathologiste pour confirmer la positivité des ganglions.

➤ Le curage ganglionnaire

Prélèvement de ganglions sous le bras. Ce prélèvement est fait pour mieux connaître votre maladie et pour juger de la nécessité ou non de compléter votre traitement chirurgical par un traitement médical. Ce curage est réalisé lorsque le ganglion sentinelle est malade.

[Le déroulement de l'intervention chirurgicale](#)

Durée : L'intervention dure 88 minutes, elle se fait sous anesthésie générale. Après l'exérèse du ganglion sentinelle, un examen extemporané est réalisé pour avoir des renseignements et confirmer si le ganglion sentinelle est malade : si tel est le cas, un curage axillaire est réalisé.

Cicatrices : Elles sont faites le plus souvent autour du mamelon ou sous le sein. Parfois, il peut être nécessaire de faire une cicatrice directe (en regard de la tumeur). Dans ce cas, le chirurgien vous en aura parlé en consultation. La cicatrice sera faite de manière à ce qu'elle soit cachée par le soutien-gorge.

Drainages : Suite au curage axillaire, un à deux redons seront installés sous le bras.

Pansements en retour de bloc : Vous aurez un pansement simple au niveau du sein et un pour chaque redon installé. Parfois un pansement compressif peut être mis pour diminuer le saignement.

[Le type d'hospitalisation](#)

L'intervention est réalisée en ambulatoire, entrée et sortie le jour même, en sachant qu'au moindre souci, une hospitalisation le soir de l'intervention est possible pour surveillance.

L'hospitalisation ambulatoire est possible seulement si, vous avez prévu un accompagnant présent pour le retour à domicile et durant toute nuit suite à l'anesthésie générale.

Un prestataire de soins, avec qui nous avons signé une convention, vous rencontrera l'après-midi avec un membre de l'équipe ambulatoire pour vous expliquer la gestion de vos soins à votre retour à domicile.

Vos soins seront réalisés avec le respect du cabinet infirmier et de la pharmacie de votre choix. Le prestataire de soins organise, coordonne vos soins à domicile et fournit le matériel. Ce dernier nous informe de l'évolution des soins pendant une semaine.

[Déroulement postopératoire](#)

Après une intervention chirurgicale du sein, il est préférable de porter un soutien-gorge jour et nuit pour diminuer le risque de survenue d'hématome et de ne pas avoir d'activité sportive pendant une quinzaine de jours.

Si vous avez un pansement compressif au niveau du sein, il sera enlevé le lendemain de l'intervention par l'infirmière libérale.

Vous pouvez prendre une douche (pas de bain) le deuxième jour, en gardant les pansements avant le passage de votre infirmière à domicile. Le pansement du sein sera enlevé le deuxième jour par l'infirmière libérale et la cicatrice sera laissée à l'air.

Après la chirurgie, le sein peut prendre un aspect induré au niveau de la région opérée avec une « ecchymose » (« bleu ») sur la peau. Ceci est normal et il est lié au décollement de la peau et de la glande. Quand tout va bien, le sein est peu douloureux et il retrouvera un aspect normal au bout de 6 à 8 semaines.

Suite au curage axillaire, un à deux redons (flacons de drainage) en aspiration seront installés sous le bras. Les flacons seront contrôlés tous les jours par l'infirmière libérale et les pansements de redons seront refaits tous les deux jours jusqu'à ce qu'ils soient enlevés. Ces soins dureront au maximum 7 jours sauf si la quantité journalière recueillie est inférieure à 50 ml, le redon sera alors enlevé.

Si un redon ou la tubulure se désadapte, il faut clamber le redon (serrer le clamp au plus près de la peau) et appeler l'infirmière libérale en journée. Sinon vous vous présentez directement aux **urgences gynécologiques** au pôle Mère-Enfant (PME) après avoir enveloppé l'extrémité avec une compresse stérile.

Si un redon donne plus de 300ml de sang rouge en une journée, vous devez consulter **les urgences gynécologiques téléphone 04 74 45 43 01**

Il est fréquent de ressentir une douleur sous le bras et de la partie interne du bras ainsi qu'une gêne à la mobilisation du bras. Cette douleur est traitée avec des antalgiques simples (comprimés agissant contre la douleur).

Une consultation de contrôle sera prévue 2 à 3 semaines après la chirurgie.

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire ouvert du lundi au vendredi de 7h à 20 h

04 74 45 48 10 - infirmières

04 74 45 45 14 - secrétariat

ANNEXE 12



Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

CONSIGNES APRES UN CURAGE GANGLIONNAIRE AXILLAIRE EN AMBULATOIRE

Vous venez d'être opérée d'une tumeur du sein.

Pendant l'intervention chirurgicale, un curage axillaire a été réalisé c'est-à-dire que « des ganglions ont été retiré sous le bras ». Il est important de faire l'analyse de ces ganglions car les résultats vont définir votre traitement complémentaire : radiothérapie, chimiothérapie ou hormonothérapie.

Seuls, les ganglions drainant le sein ont été enlevés et les ganglions du bras ont été préservés.

Cependant le curage ganglionnaire peut être responsable de l'apparition avec le temps d' «un gros bras » appelé lymphœdème à moyen ou long terme. Grâce à l'amélioration des techniques chirurgicales, cette complication est rare : moins de 5 % des patient(es).

La meilleure des préventions est une kinésithérapie précoce, après la chirurgie, elle est efficace, ainsi que la reprise de l'activité physique régulière de votre choix.

Le lymphœdème est dû à un mauvais retour de la lymphe dans le bras.

Par conséquent, il est essentiel de bien suivre les consignes citées ci-dessous afin d'éviter la survenue d'une infection.

L'infection abîme les vaisseaux lymphatiques qui essaient de compenser le déficit.

Les consignes

Eviter les agressions du membre supérieur, **adoptez de nouvelles habitudes de vie :**

- Utilisez des gants pour le jardinage, le bricolage, le ménage
- Evitez les applications chaudes, les bains chauds, les brûlures du soleil et les brûlures domestiques afin de limiter les plaies. Mettre des gants pour retirer les plats du four et attention au fer à repasser
- Attention aux griffures de chat, aux piqûres d'insectes ...
- N'utilisez pas de rasoirs mécaniques, préférez la crème dépilatoire
- Utilisez un dé à coudre si vous cousez à l'aiguille
- Ne portez pas de bijoux trop serrés sur le côté opéré, bagues, bracelets
- **Il est important de bien désinfecter rapidement et de surveiller l'aspect de la plaie**
- Le surpoids augmente le risque de lymphœdème d'où la nécessité d'équilibrer son poids
- La mobilisation régulière de l'épaule : sport de votre choix
- **Evitez lors des soins :** les prises de sang, les perfusions ou la pose de brassard pour la prise de tension artérielle du côté opéré

Ce que vous pouvez faire :

- Entretenez votre peau avec une crème hydratante
- Au repos, surélevez le bras sur un coussin
- Reprendre une activité sportive en douceur

Quand prévenir son chirurgien

Il ne faut hésiter à consulter les urgences gynécologiques, au 1^{er} étage du pôle mère-enfant (PME) ou téléphoner au 04 74 45 43 01 pour demander des conseils en cas de :

Plaies qui surinfectent

Apparition d'une rougeur autour de la plaie, des traînées rouges et douloureuses au niveau du bras, témoin d'une lymphangite, de la fièvre.

Il est indispensable de prendre des antibiotiques.

Les signes précoces de lymphœdème

- Lourdeur et fatigabilité anormale du bras
- Apparition de sensation de « vêtement serrés »
- Changement de bagues de doigt car elles sont trop serrées
- Ils sont favorisés par la chaleur et la position du bras

Ces signes peuvent évoquer un début de lymphœdème.

Il est important d'en parler à votre médecin et de faire de la kinésithérapie avec drainage lymphatique, aussi rapidement que possible.
Un matériel de compression peut être prescrit par votre kinésithérapeute.

En cas de lymphœdème

Le traitement du lymphœdème est basé avant tout sur la kinésithérapie avec :

- Le drainage lymphatique
- La compression élastique par bandage ou manchon

Votre assiduité à la compression est très importante pour obtenir de bons résultats.

Le meilleur des traitements est le retour à une vie la plus normale que possible.

Qui appeler :

Chirurgie Ambulatoire au 04 74 45 48 10 du lundi au vendredi de 7h à 20h

Secrétariat de gynécologie : 04 74 45 42 81

Urgences gynécologiques : 04 74 45 43 01 ouvert 24h/24h et week-end compris

ANNEXE 13



Centre hospitalier de Bourg-en Bresse

EXERCICES DE REEDUCATION APRES UN CURAGE AXILLAIRE

EN AMBULATOIRE

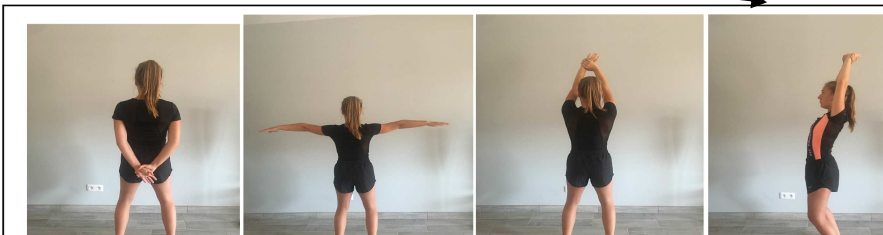
Vous venez d'être opéré d'une mastectomie avec un curage axillaire. La mobilisation active, précoce de l'épaule, est indispensable pour éviter toute raideur et limitation de celle-ci.

En attendant votre rendez-vous chez kinésithérapeute, nous vous proposons de réaliser des exercices simples au moins une fois par jour, pendant 15 à 20 minutes à la maison, dès le lendemain de l'intervention chirurgicale.

Pour chaque exercice, les mouvements doivent être faits 10 fois, **lentement et sans provoquer de douleur.**

Exercice 1 : « le cercle »

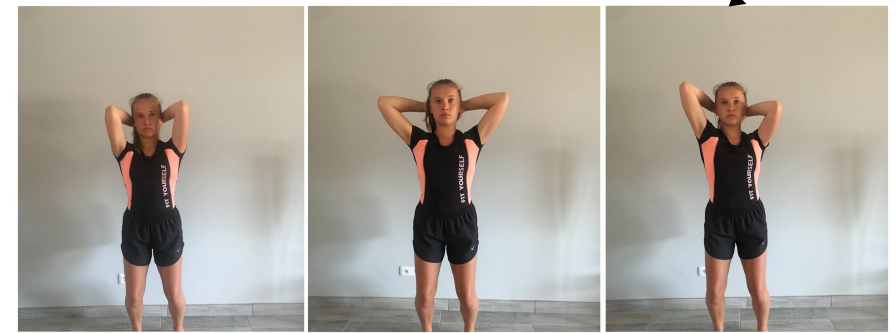
Positionnez-vous debout, pieds écartés, les genoux légèrement fléchis. Les bras tendus les mains croisées sur les fesses, écartez les bras tendus sur les côtés jusqu'à joindre les mains au-dessus et devant la tête. **Ne pas cambrer le dos**



Exercice 2 : « demi-cercle épaule-coude »

Positionnez-vous de bout, les pieds écartés et les genoux légèrement fléchis. Les mains derrière la tête, les doigts croisés, rapprochez puis écartez vos coudes en les gardant à la même hauteur.

ATTENTION de ne pas décoller les épaules du mur.



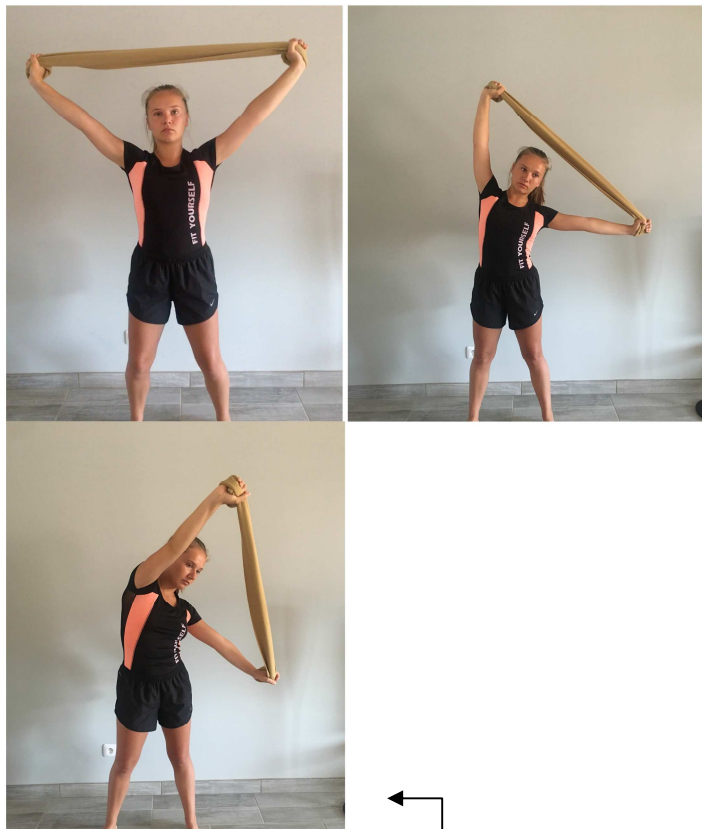
Exercice 3 : « le buste »

Positionnez-vous dos au mur

les pieds écartés et les genoux légèrement fléchis.

Les bras écartés et tendus, tenez une serviette au-dessus de vous.

Inclinez le buste d'un côté puis de l'autre en gardant le contact des deux épaules sur le mur.



Ne pas décoller les épaules du mur

Exercice 4 : « la bouteille d'eau »

Munissez-vous d'une bouteille d'eau, vide ou pleine selon votre possibilité.

Vous pouvez faire cet exercice avec les deux bras en même temps ou une bouteille d'eau dans chaque main.

Positionnez-vous face au mur à distance d'un bras tendu.

Les pieds écartés et les genoux légèrement fléchis.

Amenez la bouteille d'eau au niveau de votre épaule puis tendez le bras vers le haut pour aller toucher le mur au-dessus de votre tête.

ATTENTION de ne pencher vers l'arrière.

Gardez bien votre dos droit.





Unité de Chirurgie Ambulatoire tél 04 74 45 48 10

Enquête de satisfaction suite à la chirurgie mammaire conservatrice avec curage axillaire

Votre avis nous intéresse pour mieux répondre à vos attentes et améliorer la qualité des soins.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire et de le donner au chirurgien lors de votre visite postopératoire.

😊😊 Très satisfait 😊 Satisfait 😐 Peu satisfait 😞 Insatisfait

LES CONSULTATIONS AVANT LA CHIRURGIE

	😊😊	😊	😊	😊	😊
Explications et réponses du chirurgien (claires et compréhensibles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications et réponses du médecin anesthésiste (claires et compréhensibles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications et réponses de l'infirmière (claires et compréhensibles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilité de la consultation infirmière préopératoire en ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'insatisfaction, merci de préciser :

PENDANT VOTRE HOSPITALISATION

	😊😊	😊	😊	😊	😊
Utilité de la présentation du prestataire de soins dans l'unité ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications et réponses du prestataire de soins (claires et compréhensibles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations à votre sortie de l'unité ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'insatisfaction, merci de préciser :

SOINS A DOMICILE AVEC LE CABINET D'INFIRMIERES LIBERALES

	😊😊	😊	😐	😞
Explications et réponses de l'infirmière dans la surveillance après l'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régularité dans le suivi des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins reçus pour les pansements du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins reçus pour pansement de redons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du matériel médical fourni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sensation d'inconfort ressenti à domicile</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'insatisfaction, merci de préciser :

	😊😊	😊	😐	😞
Efficacité du traitement antalgique à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS) EN 5 POINTS APPRÉCIANT L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent?

Tableau 1

- 0 Pas de douleur
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense

Entourer le chiffre correspondant

📌 Au niveau du sein

- au premier jour, si pansement compressif 0 1 2 3 4 5

- au 2^e jour 0 1 2 3 4 5

📌 Au retrait des redons 0 1 2 3 4 5

En cas d'insatisfaction, merci de préciser :

ORGANISATION DES SOINS

	😊😊	😊	😐	😞
Prise en charge globale ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge globale à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité sur la coordination des soins entre les différents intervenants hôpital-ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des réponses ambulatoires par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge d'un signe de Gravité par les urgences gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des réponses téléphoniques des urgences gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge d'un signe de Gravité par les urgences gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos suggestions d'amélioration :

Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses, à notre volonté d'améliorer la prise en charge des usagers de l'Unité de chirurgie ambulatoire.

A redonner à votre chirurgien lors de la visite après votre intervention chirurgicale

