

Mastectomies en ambulatoire : Réduction maximaliste de l'hospitalisation.

Evaluation du parcours de soins et enquête de satisfaction.

F Dravet , F Boiffard , V Brillaud Meflah, G Selmes , V Bordes , JM Classe
Institut de Cancérologie de l'Ouest Nantes



Etude de faisabilité et de qualité de vie .menée dans le service entre 1^{er} janvier et 31 décembre 2015

→Remise d'un questionnaire rempli par malade et IDE à chaque étape

→Proposition de prise en charge en ambulatoire à toutes les patientes en consultation

Parcours de soins : 3 Phases

•Pré opératoire :

→ Systématique :

- cs chirurgien : remises fiches info et DVD
- cs anesthésiste : remises fiches info et ordonnances

- consultation d'annonce Infirmière (1 heure)

→ En option : psychologue , sophrologie , hypnose

•Jour opératoire :

- Information infirmière avant sortie
- Remise prothèse en mousse
- Remise fiches informations , CROP, AT
- CV autorisation sortie par chirurgien et anesthésiste

•Post opératoire :

→ Systématique :

- Appel du lendemain
- CS infirmière Pansement vers J3
- Cs chirurgien vers J 15

→ En option : : psychologue , sophrologie , hypnose

Protocole opératoire

•Heure arrivée : 07h30 passage au bloc en position 1 : 08heure

•Protocole anti vomitif : dexamethasone +/- drolepan+/- zophren

•Protocole antalgique per opératoire : Paracetamol iv 1 gramme

•Procédure chirurgicale :

- Mastectomie classique +/- geste axillaire (GAS et ou LAF)

- PECS Blocks type II : Ropivacaïne :3,75 / Gd Pectoral et Gd Dentelé

- Capitonage de la loge de mastectomie (fil résorbable 3/0)

- Pas de drainage aspiratif , Pas de pansements compressifs

Résultats : Résultats Globaux (1)

•Taux de malades programmées en ambulatoire : 24,40 % (51/209)

•Taux de conversion : 7,84% (4/51)

•Taux réel de mastectomies en ambulatoire : 22,48% (47/209)

• Causes de conversion

•Médicales (3) : 1 hTA , 1 douleur , 1 douleur + vomissement

•Chirurgicale (1) : ecchymose pré thoracique : pas de reprise

•Appel nocturne : 6,38% (3/47) 2 / adaptation TTT antalgique ; 1/ «problème pansement »

•Ré hospitalisation nocturne : 0%

•CS infirmière : 4,02 jours (1-6)

•Cs post opératoire : 16,2 jours (1-21)

Résultats : Appréciation globale (2)

•Prise en charge globale : 9,43 /10

•Information pré opératoire : 9,32 /10

•Information post opératoire à la sortie:9,03 /10

•Utilité de la cs IDE de pansement : 9,26 /10

•Souhait qu'une infirmière hospitalière passe à domicile : 10,6%

•Regret d'avoir été opérée en ambulatoire : 0%

•Le refaire en ambulatoire : 100%

Points à améliorer

→Améliorer le taux de conversion et taux appels nocturnes

meilleure information , meilleure gestion de la réhabilitation précoce

→ Appel du lendemain :Prévoir de le faire plutôt l'après midi pour avoir un meilleur retour d'information , après passage de l'infirmière de ville

→Meilleure gestion de la douleur +++ :

→Revoir libellé des ordonnances de base

→Mettre en place une fiche explicative / ordonnance

→Mettre en place d'une consultation courte préopératoire d'infirmière pour éducation à la douleur et « compréhension » de l'ordonnance donnée

→Mise en place cs Kinésithérapie le jour consultation d'infirmière post opératoire car la kinésithérapie participe à la prise en charge de la douleur .

Conclusion

La prise en charge des mastectomies en ambulatoire, paraît être raisonnable. Le taux autour de 25% entre dans les seuils des équipes anglo-saxonnes .Le parcours de soins et les consultations infirmières en peri opératoires ont un rôle clé dans le bon déroulement. Doit être discutée, une meilleure éducation à la douleur, probablement en instaurant une consultation infirmière d'éducation avant l'hospitalisation.