C16 : PARCOURS SoPAM (Sortie Précoce Après Mastectomie) : ÉTUDE PROSPECTIVE MONOCENTRIQUE À L'INSTITUT BERGONIÉ (IB)

Maëliss Bonnefille[1] , Clémence Marro[1], Marion Fournier[1], Sophie Auriol[1], Julie Babin-Commeny[1], Mathilde Mairé[1], Sophie Hezer[1], Camille Manivit[1], Julien-Aymeric Simmonet[1],Hélène Charitansky[1]
[1]Institut Bergonié, Bordeaux France

INTRODUCTION

- Mastectomie : 30 % de la chirurgie carcinologique mammaire.
- Centres spécialisés : 50 % de RMI. Institut Bergonié : 80 % de RMI par prothèse siliconée
- DMS mastectomie : 3,59 (0-9) / DMS mastectomie + RMI : 4,99 (1-13)

- RAAC : Récupération améliorée après chirurgie :
  → Optimisation de la prise en charge péri opératoire
  → réduire la morbidité postopératoire, raccourcir la durée d'hospitalisation, améliorer la satisfaction des patients. (1)

PARCOURS SoPAM : permettre une sortie anticipée (J0–J1) après mastectomie, avec ou sans RMI par prothèse.
→ Protocole structuré = pré habilitation, coordination ville-hôpital, télé-suivi, et programme pédagogique pour infirmer(e)s libéraux(ales) (IDELs).

OBJECTIFS

- Évaluer la sécurité et la faisabilité du parcours SoPAM après mastectomie, avec ou sans RMI.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

- Étude observationnelle prospective monocentrique, MR0004
- Patients atteints d'un cancer du sein ou présentant un risque génétique prédisposant au cancer du sein, et ayant une indication de mastectomie curative ou prophylactique, avec ou sans RMI par prothèse ou lipofilling.
- Période d'inclusion = 12 mois, suivi de 6 mois par patientes.

L'évaluation du parcours SoPAM s'appuie sur :

Critères de sécurité :
- Adhésion
- Complications, type, liens avec le parcours

Critères de faisabilité (pour les patients et professionnels):
- Acceptabilité
- Recueil du vécu

Qualité de vie des patients :
(QLQ-C30 + BR-23)

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	N = 112 (%)
Âge (moyenne)	54,4
Tabac	18 (16,1)
Alcool	2 (1,8)
Diabète	1 (0,9)
HTA	22 (19,6)
IMC > 25	52 (46,4)
Score ASA 3	17 (15,2)
Eloignement géographique > 50 km	61 (54,5)
Indication chirurgicale	
Curative	99 (88,4)
Prophylactique	13 (11,6)
Type de chirurgie	
Mastectomie simple	52 (46,4)
Mastectomie + RMI pré pectorale avec matrice	12 (10,7)
Mastectomie + RMI pré pectorale sans matrice	26 (23,2)
Mastectomie + RMI rétro pectorale	19 (17)
Mastectomie + RMI lipofilling	3 (2,7)
Sortie	
J0	16 (15)
J1	91 (85)

CRITÈRES DE SÉCURITÉ

- **Adhésion**

Pré opératoire →

	N = 112 (%)
Consultation IDE de parcours	112 (100)
HDJ PROMAS	75 (67)

Post opératoire →
Consultation post opératoire J3 : 100 %
Taux de remplissage du suivi connecté en post opératoire > 85 %

- **Complications**

	N = 112 (%)
Patientes ayant présenté au moins une complication	71 (63,4)
Type de complication	
Cicatrisation	43 (40,2)
Hématome	8 (7,5)
Infection	12 (11,2)
Lymphocèle	44 (41,1)
Grade Clavien Dindo	
Grade I	74 (69,2)
Grade II	9 (8,4)
Grade IIIa	4 (3,7)
Grade IIIb	20 (18,7)

	N = 20 (%)
Type de complication grade IIIb	
Retard de cicatrisation	8 (40)
Retard de cicatrisation + exposition	2 (10)
Retard de cicatrisation + infection	3 (15)
Retard de cicatrisation + infection + lymphocèle	1 (5)
Retard de cicatrisation + exposition + hématome	1 (5)
Hématome	2 (10)
Infection	2 (10)
Infection + syndrome de Lyell	1 (5)

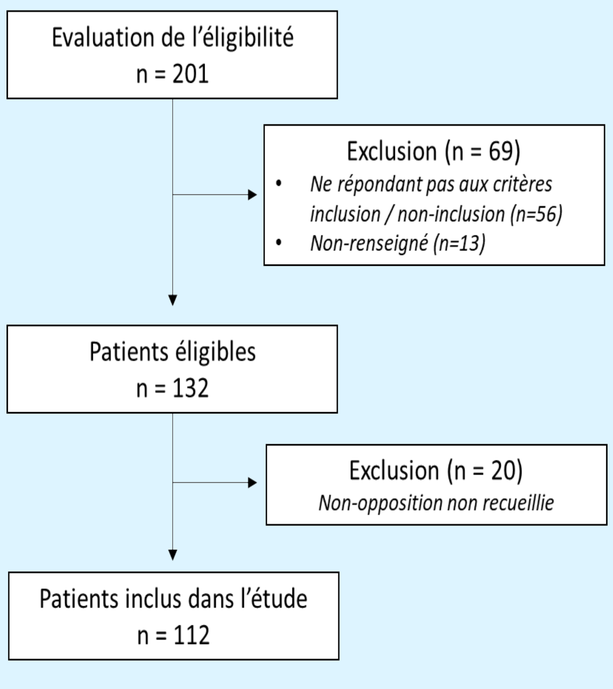
	N = 112 (%)
Echec de reconstruction	6 (5,4)

Une seule complication lié au parcours (mauvaise gestion drains à domicile)

- Aucun retard à la prise en charge des complications
- Traitements adjuvant initiés avec un retard : 34,6 % dont 33,3 % liés à des complications postopératoires

CRITÈRES DE FAISABILITÉ

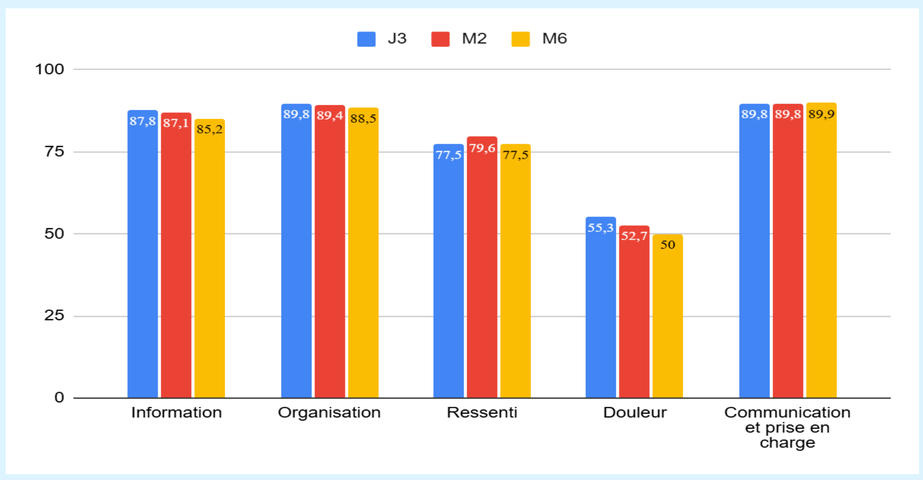
- **Acceptabilité**



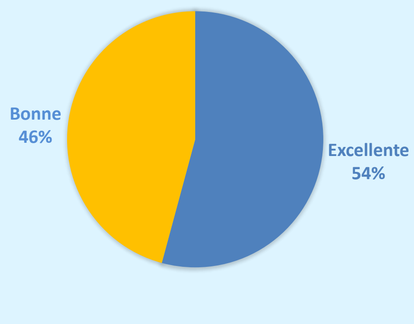
Taux d'acceptabilité = 85%

Cause refus :
- Refus de sortie précoce
- Isolement
- Anxiété
- Eloignement géographique

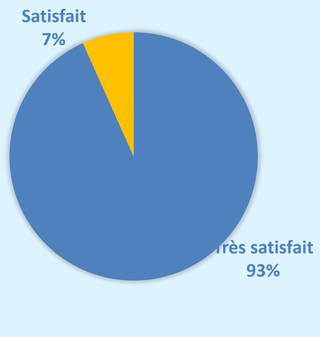
- **Recueil vécu patients**



- **Recueil vécu IDEL**



- **Recueil vécu chirurgiens**



CONCLUSION

- Stratégie de sortie précoce après mastectomie +/- RMI : sécurité avec taux de complication semblable à la littérature (2)
  → Sélection rigoureuse des patients
  → Préparation pré opératoire optimisée
  → Coordination étroite ville-hôpital, via outils de télé suivi

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. Am J Surg. juin 2002;183(6):630-41.
2 - Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. Int J Surg. 2009;7(4):318-23.

Maelissbonnefille1@gmail.com