

Hypnosédation en anesthésie réanimation

Jean Joris, Marie-Elisabeth Faymonville

Service anesthésie réanimation

CHU (Liège)

La prise en charge anesthésique d'un patient vise plusieurs buts : fournir au chirurgien des conditions opératoires adéquates, assurer au patient un confort physique et psychologique durant la période péri-opératoire, maintenir l'homéostasie clinique respiratoire, circulatoire et métabolique, et enfin, préparer la récupération postopératoire en améliorant le confort postopératoire immédiat (diminution des douleurs postopératoires et de l'anxiété, prévention des nausées ou vomissements postopératoires). Le respect de ces consignes permet une reprise des activités professionnelles plus rapide.

L'hypnose et particulièrement l'hypnosédation ont été introduites il y a une vingtaine d'années pour des actes chirurgicaux plus ou moins importants dans notre institution. Voyons comment l'hypnose respecte les critères requis pour une bonne anesthésie.

1. Définition de l'hypnose

L'hypnose est un état de conscience modifiée dont les caractéristiques électrophysiologiques et électro-encéphalographiques la distinguent totalement de l'état de sommeil, de rêve et des hallucinations [1]. Cet état qui s'accompagne d'expériences subjectives et rapportées correspond, en fait, à une aptitude naturelle et une potentialité innée de l'individu. Ce processus psychologique particulier permet une focalisation et une redistribution de l'attention qui facilite l'accès au contenu de la mémoire et augmente fortement la suggestibilité et la créativité. Par contre, les capacités de raisonnement et de jugement sont diminuées. Au cours de ce processus, la perception de soi-même, ainsi que la relation avec l'environnement et le temps sont modifiées. L'hypnose est vécue comme une expérience personnelle, utile et agréable, associée généralement à un état de relaxation intense.

L'hypnose induit de plus une analgésie plus ou moins profonde. Elle diminue non seulement l'intensité de la douleur perçue en cas de stimulus nociceptif, mais également sa charge émotionnelle et son caractère déplaisant [2]. Des études d'imagerie fonctionnelle avec PET-Scan et IRM fonctionnelle démontrent que l'hypnose active toute une série de zones du tronc cérébral, du système limbique (notamment le cortex cingulaire antérieur), mais aussi du cortex frontal qui

interviennent normalement dans le contrôle endogène de la nociception [3,4]. La connectivité entre ces zones est également facilitée [4].

Reprenons les différents buts de l'anesthésie et voyons comment l'hypnosédation les atteint.

2. Confort chirurgical

Pour la chirurgie plastique, l'hypnosédation procure un confort chirurgical supérieur à celui obtenu avec une sédation consciente [5]. Lors de thyroïdectomie, le chirurgien rapporte de bonnes conditions chirurgicales. Plus précisément, le patient reste immobile et les mouvements de déglutition sont rares. L'importance du saignement per-opératoire apparaît moindre qu'au cours d'une anesthésie générale en ventilation contrôlée [6].

3. Confort du patient

La diminution de l'anxiété induite par une hypnose préopératoire en préparation à une chirurgie ambulatoire se manifeste immédiatement après la séance et se prolonge une à deux heures plus tard lors du transfert du patient en salle d'opération [7]. L'hypnose réduit de façon très importante l'anxiété du patient et les douleurs au cours de procédures interventionnelles en imagerie médicale. Les conditions de travail du radiologue s'en trouvent améliorées et la durée de la procédure, raccourcie [8]. Faymonville et coll. ont comparé l'hypnosédation à une sédation classique pour la chirurgie plastique. Ils décrivent une réduction de l'anxiété et des douleurs per- et postopératoires par l'hypnosédation. Ces bénéfices sont obtenus en dépit de l'administration de moins d'anxiolytiques et d'analgésiques [5]. L'hypnosédation dans notre institution est utilisée pour des chirurgies mineures, telles que correction de cicatrices, dents de sagesse, oreille décollée, fracture de nez, adénomectomie de sein, mais également pour des procédures que nous considérons, comme chirurgies plus importantes, telles que chirurgie thyroïdienne,

plastie mammaire, lifting, septo-rhinoplastie, greffe de l'os pariétal, hystérectomie vaginale, TEA de carotide. L'hypnosédation a été testée pour des interventions chirurgicales sous coelioscopie [9]. Sur 35 cholécystectomies, utilisant la technique de laparolift, un tiers des patients ont réclamé la conversion en anesthésie générale pour intolérance du capno-péritoine. Le pourcentage de conversion en cas de cure de hernie inguinale par voie laparoscopique extra-péritonéale est nettement moindre. L'hypnosédation pour les coelioscopies intra-abdominales peut donc être mise en question.

Le recours à l'hypnosédation impose évidemment un anesthésiste formé aux techniques de l'hypnose, mais aussi une équipe chirurgicale convaincue par les bénéfices de cette technique et coopérante pour assurer une atmosphère peropératoire calme et détendue, propice au maintien de l'état hypnotique. Toutes ces conditions limitent malheureusement le recours à l'hypnosédation et son extension. Toutefois, même utilisée uniquement au cours de la période préopératoire, l'hypnose induit des modifications bénéfiques per- et postopératoires : réduction des douleurs per-opératoires, des sédatifs peropératoires, des nausées et de la fatigue postopératoires [10].

L'hypnosédation accélère la récupération postopératoire. Ainsi, après chirurgie plastique, on observe moins de nausées et vomissements postopératoires, les patients se disent plus satisfaits et réclament moins d'analgésiques postopératoires [5]. Des résultats similaires sont décrits après thyroïdectomie avec en prime une reprise de l'activité professionnelle plus rapide [6]. L'hypnose semble également avoir un impact sur le succès des transferts d'embryons en cas de fertilisation in vitro [11].

4. Maintien de l'homéostasie du patient au cours de l'hypnosédation

Les variations hémodynamiques et ventilatoires peropératoires observées lors d'une hypnosédation sont moindres que celles observées en cas de sédation consciente pour la chirurgie plastique [5]. L'hypnosédation atténue les réactions de stress et inflammatoire après thyroïdectomie. Il s'ensuit une récupération plus rapide

et une fatigue postopératoire moindre [6]. L'hypnose permet de plus de réduire la dysfonction immunitaire associée à une situation de stress [12]. On sait que la dysfonction immunitaire secondaire au stress et à la chirurgie induit des conditions qui pourraient faciliter les récurrences tumorales en cas de chirurgie oncologique. Le contrôle du stress par l'hypnose pourrait donc s'avérer bénéfique pour la chirurgie oncologique. Ce point mérite d'être exploré par des études. D'autres bénéfices postopératoires de l'hypnose ou de l'hypnosédation ont été rapportés : cicatrisation accélérée, une reprise du transit intestinal plus rapide [13]. Il faut toutefois souligner les limitations de toutes ces études. La randomisation peut parfois être mise en question. Le maintien du caractère double insu est impossible avec l'hypnose. Ces études incluent en général un petit nombre de patients et il n'existe pas d'étude multicentrique [14].

5. Hypnosédation et l'anesthésiste

L'anesthésiste qui pratique l'hypnose et/ou l'hypnosédation en tire également des bénéfices : compétence en communication, satisfaction pour l'hypnothérapeute, relation patient-médecin intense et amélioration de la coopération entre anesthésiste et chirurgien. L'hypnosédation a néanmoins un coût : elle nécessite une surveillance constante du patient, elle impose un travail plus intense de la part des hypnothérapeutes et requiert un apprentissage spécialisé.

6. En conclusion

L'hypnose et l'hypnosédation assurent des conditions chirurgicales confortables pour le chirurgien. En diminuant les douleurs et l'anxiété peropératoires, elle contribue au confort du patient. L'homéostasie du patient est préservée puisque celui-ci reste conscient en respiration spontanée tout en maintenant ses différents réflexes protecteurs. La réponse physiologique et psychologique au stress chirurgical apparaît réduite avec en corollaire une récupération postopératoires accélérée. Les

bénéfices potentiels d'une réduction de la dysfonction immunitaire secondaire au stress par l'hypnose méritent des études complémentaires. Enfin, une compétence en hypnose procure certainement une valorisation à notre spécialité notamment dans la communication.

Bibliographie

- [1] Hick G, Kirsch M, Brichant JF, Faymonville ME. Hypnose en anesthésie. Conférences d'actualisation 53ème congrès national de la société française d'anesthésie réanimation. 2011.
- [2] Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G, Delguedre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res* 2003;17:255-62.
- [3] Faymonville ME, Laureys S, Deguedre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000;92:1257-67.
- [4] Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E, Schnakers C, Moonen G, Luxen A, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage* 2009;47:1047-54.
- [5] Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997;73:361-7.
- [6] Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, et al. [Hypnosédation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study]. *Ann Chir* 2000;125:539-46.
- [7] Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang SM, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006;102:1394-6.
- [8] Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355:1486-90.
- [9] Sefiani T, Uscaïn M, Sany JL, Grousseau D, Marchand P, Villate D, et al. [Laparoscopy under local anaesthesia and hypnoanaesthesia about 35 cholecystectomies and 15 inguinal hernia repair]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2004; 23:1093-101.
- [10] Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Wertz CR, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst* 2007;99:1304-12.
- [11] Levitas E, Parmet A, Lunenfeld E, Bentov Y, Burstein E, Friger M, et al. Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertil Steril* 2006;85:1404-8.
- [12] Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Atkinson C, Glaser R. Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:674-82
- [13] Wobst AH. Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anesth Analg* 2007; 104:1199-208.
- [14] Tefikow S, Barth J, Maichrowitz S, Beelmann A, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2013;33:623-36.