



RETOUR D'EXPERIENCE : CHIRURGIE CERVICALE SOUS HYPNOSEDATION AU BLOC MAGELLAN

Dr C. BOISSELIER – MP. SAUTET (Bordeaux)

Retour d'expérience : chirurgie cervicale sous hypnosédation au bloc Magellan.

Dr Clément Boisselier (PH) ; Mme Marie-Paule Sautet (IADE)
*Bloc Magellan - Service d'Anesthésie-Réanimation Sud - Hôpital Haut-Levêque ; Pessac ;
CHU de Bordeaux*

INTRODUCTION

Historique et de définition de l'hypnose

L'hypnose est chose ancienne dont les premières traces écrites remontent aux sumériens, 4000 ans avant J-C. La modernité remonte à Franz Anton Mesmer (1734-1815), qui invente la notion de magnétisme : il existerait un fluide magnétique universel avec un potentiel thérapeutique ; on parle alors de mesmérisme. L'abbé Faria (1756-1819) précise le caractère purement naturel de l'hypnose en décrivant précisément et scientifiquement les méthodes et les effets. L'arrivée de l'anesthésie (Morton, 1846) relègue au second plan l'hypnose médicale.

Cette dernière revient sur le devant de la scène au cours du XXème siècle, en partie grâce au thérapeute nord-américain Milton Erickson (1901-1980). Il définit la transe hypnotique comme « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages. ». L'hypnose dite « ericksonienne » est caractérisée par une approche souple, indirecte (avec l'usage de métaphores) et non dirigiste (à l'inverse typiquement de l'hypnose dite de spectacle).

Aujourd'hui, l'hypnose médicale telle qu'elle est enseignée dans les diplômes universitaires ou les instituts privés est issue de cette approche ericksonienne et ses émanations. Les médecins anesthésistes belges ont amenés la pratique de l'hypnose médicale en anesthésie [1]. La transe hypnotique qui amène à l'hypnosédation se présente classiquement en trois phases : induction, transe et ré-association.

Hypnose au bloc Magellan - Hôpital du Haut-Levêque

Ouvert le 30 mars 2016 , le plateau technique de Magellan a rassemblé du personnel d'horizons différents. Nous sommes passés de petites entités

« familiales » à une seule organisation plus tentaculaire qui réussit malgré tout à travailler en misant sur les atouts et les motivations de chacun. Par là, nous arrivons à une grande équipe assez dynamique dont chaque élément s'investit dans son domaine de prédilection.

Pour pratiquer l'hypnose en bloc opératoire plusieurs impératifs sont à respecter. Tout d'abord il est nécessaire d'avoir un chirurgien impliqué ; ainsi qu'une équipe complète qui adhère au projet. Puis le patient, acteur principal et central doit être au minimum motivé, au mieux demandeur.

Et bien nous avons enfin réuni toutes ces conditions et levé tous les obstacles en 2018, date à laquelle nous avons réalisé la première cervicotomie pour thyroïdectomie sous hypnosédation au bloc Magellan.

A ce jour, nous sommes trois MAR et deux IADE diplômés (DU ou Emergence) ; une IADE prépare le DU et une est en formation au Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé du CHU de Bordeaux (CFPPS), ainsi que d'autres personnels du bloc.

Histoire des cervicotomies sous anesthésie locale et /ou hypnose

La chirurgie thyroïdienne, en particulier des goîtres, remonte aux romains. Au XVIème siècle, Vésale est le premier à décrire la glande thyroïde et Léonard de Vinci en établit les premiers dessins anatomiques. Pierre Joseph Desault effectue la première thyroïdectomie partielle en 1791, donc bien avant l'avènement de l'anesthésie locale ou générale... A l'aube de l'arrivée de l'anesthésie, Halsted, Mayo et Kocher font partie des pionniers de la chirurgie thyroïdienne moderne. A ce titre, dans la revue de la Société Royale Médicale britannique, Kocher écrit en 1912 : « All operation can and should be done under local anaesthesia. (...) there are always two disadvantages [in general anaesthesia] : the recurrent laryngeal nerve cannot be spared with certainty, and the sickness after the operation (...) has a bad general influence. » [« toutes les opérations devraient être réalisées sous anesthésie locale (...) il y a toujours deux inconvénients [sous anesthésie générale] : le nerf laryngé récurrent ne peut pas être épargné avec certitude, et la faiblesse qui suit l'opération dessert le patient » ; traduction personnelle] [2] .

Il décrit d'ailleurs la technique et les produits de l'anesthésie locale avec précision et surtout précise que « It is important to calm the patient before the

operation, not so much with drugs (...), but more by mental influence. » [« Il est important de calmer le patient avant l'intervention, pas tant avec des médicaments (...) qu'avec une préparation mentale » ; traduction personnelle].
Un prémisses de l'hypnosédation ?

Dans son article de 1950 « Thyroidectomy using local anesthesia », Donald E. Ross justifie la pertinence de réaliser cette chirurgie sous anesthésie locale par la surmortalité liée à l'anesthésie générale : « There is a definite mortality from general anesthesia which could be avoided by the use of local anesthesia » [« La mortalité liée à l'anesthésie générale peut être évitée par l'anesthésie locale » (sic) ; traduction personnelle] [3].

On voit donc que la chirurgie thyroïdienne, et par extension les cervicotomies exploratrices et parathyroïdectomies, sont des interventions parfaitement réalisables sous anesthésie locale.

Certaines équipes réalisent d'ailleurs préférentiellement les thyroïdectomies sous anesthésie locale, avec de très bons résultats et peu de conversion à l'anesthésie générale (3,3 % sur 1025 patients dans l'article de Spanknebel *et al.*) (1, 4).

L'utilisation de l'hypnose en complément d'une anesthésie locale est donc quelque chose de connu, réalisable et qui « fonctionne » (1, 4). Pour autant, à notre connaissance, il n'existe pas d'article comparant la chirurgie sous anesthésie locale avec ou sans hypnosédation. Il s'agit là d'un sujet intéressant, mais difficile à traiter (quels seraient les critères de jugement d'une telle étude ?).

RETOUR D'EXPERIENCE

Recrutement / pré-opératoire

L'indication opératoire est confirmée lors de la consultation chirurgicale. Il peut s'agir d'intervention de thyroïdectomie partielle ou totale, avec ou sans curage ganglionnaire ; ou bien de cervicotomie exploratrice pour hyperparathyroïdie.

Il faut distinguer deux populations de patients candidats à une prise en charge sous hypnosédation et anesthésie-locale.

La première population inclue les patients « tout venants », sans lourdes comorbidités (ASA 1, 2), désireux d'être opérés sans anesthésie générale. Les chirurgiens de l'équipe sont sensibilisés à la pratique de l'hypnose médicale, et proposent ou répondent aux questionnements des patients quant à la faisabilité de l'intervention sous anesthésie locale et hypnosédation.

La seconde population concerne des patients avec co-morbidités, contre-indiqués à l'anesthésie générale, ou du moins, à haut risque anesthésique (intubation difficile, cardiopathie avancée, insuffisance respiratoire). Une population fréquemment rencontrée est celle des patients insuffisants cardiaques présentant une thyroïdite à l'amiodarone pour qui une thyroïdectomie totale peut être indiquée.

Le patient est ensuite vu en consultation d'anesthésie. Cette consultation est standard, l'ensemble de l'équipe d'anesthésistes-réanimateurs étant à même de délivrer l'information sur la procédure. Néanmoins, dès que possible, le patient est orienté préférentiellement sur une consultation avec un des médecins anesthésistes-réanimateurs praticiens en hypnose médicale. Dans notre expérience, cela est facultatif et sur notre série de patients nous n'avons pas constaté de différence entre ceux « préparés » en amont par une consultation dédiée et les autres.

La consultation d'anesthésie se déroule de manière habituelle. L'information concernant la prise en charge par hypnosédation et anesthésie locale insiste sur 1/ la sécurité qui est identique (règles de jeûn pré-opératoire, perfusion, surveillance) ; 2/ la possibilité d'intervenir à tout moment pour convertir en anesthésie générale en cas de nécessité (du patient ou bien du chirurgien, en particulier en cas de complication).

Pour ce qui est de l'information sur l'hypnose à proprement parler, après avoir recueilli les connaissances du patient sur ce qu'est l'hypnose médicale, il s'agit de bien rappeler que l'hypnose est un processus naturel, non directif, que le patient reste maître de son corps et de son esprit, et sensible à son environnement.

Si la consultation est réalisée par un médecin praticien en hypnose médicale, et que le temps de la consultation et la volonté commune est là, il est possible de réaliser une séance d'hypnose. Une transe de confort, une technique d'hypno-analgésie (gant magique, foulard magique) peuvent permettre d'effectuer une première approche, en particulier dans le cas d'un patient « naïf ». A minima, la suggestion d'un travail personnel sur le recueil du thème peut être introduite.

Organisation

Le travail en partenariat médecin anesthésiste-réanimateur et infirmier anesthésiste reste la meilleure organisation car il faut garder à l'esprit qu'à tout

moment la procédure peut se transformer en anesthésie générale.

La programmation se fait environ un mois à l'avance, ce qui nous permet de nous organiser afin d'être présents le jour requis (au moins un personnel formé à l'hypnose).

La préparation de la salle respecte les impératifs de sécurité de toute salle d'intervention chirurgicale avec pour notre part le monitoring Analgesia Nociception Index (ANI ; MDoloris Medical Systems, Lille, France) et BIS (Covidien/Medtronic, Dublin, Irlande) systématiques. En effet, l'ANI et le BIS sont modifiés lors de la transe hypnotique, témoins de la modification de l'état de conscience et du confort induit (désactivation du système sympathique) [5, 6]. Le protocole d'anesthésie générale en AIVOC (propofol et rémifentanyl) est prêt et raccordé à la perfusion du patient. L'analgésie post-opératoire est mise en route dès l'incision.

Le soignant qui s'occupe de l'hypnose est équipé d'une ardoise afin de pouvoir communiquer avec le reste de l'équipe sans rompre le lien établi avec le patient. Une caméra lui permet de suivre le déroulement de l'intervention et d'anticiper les temps chirurgicaux en renforçant la transe si nécessaire.

Déroulé

Le patient est hospitalisé la veille ou, au mieux, le matin même de l'intervention. La préparation en secteur est aspécifique. En particulier, nous n'utilisons pas de prémédication (comme à l'habitude de notre équipe). A son arrivée au bloc opératoire, il faut s'enquérir de sa volonté de toujours réaliser l'intervention sous hypnosédation, sa motivation et effectuer le recueil du thème. C'est le moment idéal pour former le lien entre le praticien en hypnose (médecin anesthésiste-réanimateur, infirmier anesthésiste diplômé d'état) et le patient.

L'installation en salle d'intervention est classique, il peut éventuellement être mis de la musique, la lumière est tamisée (pratique habituelle dans notre bloc opératoire). Perfusion et monitoring sont mis en place.

Après installation du patient en présence du chirurgien (billot, position de la tête en hyperextension), le pré-champage puis le champage sont réalisés. Moment idéal pour débiter l'hypnose. Il est difficile de dire « quand » commencer la transe à proprement parler, mais de toute évidence, le patient est déjà dans un état dissociatif. L'approfondissement de la transe, la fermeture des yeux en

particulier, peut n'être induite qu'au dernier moment, au moment du champagne. Cela raccourcit d'autant la durée de l'hypnose.

Le signaling est bien entendu mis en place, mais se limite à un visuel sur le visage (froncement des sourcils, ouverture des yeux), voire à la parole. L'un des avantages de réaliser cette intervention sans anesthésie générale est d'ailleurs de pouvoir demander au patient de parler / chanter pendant l'intervention pour vérifier l'intégrité des nerfs laryngés récurrents.

Chirurgie

La chirurgie débute par l'anesthésie locale. Nous avons fait le choix de ne plus pratiquer d'anesthésie locorégionale cervicale (bloc cervical superficiel / intermédiaire échoguidé) car le bénéfice ne nous semble pas évident. En particulier ce type de bloc ne nous évitait pas la réalisation d'une injection par le chirurgien. [7, 8]

L'anesthésie locale doit être réalisée selon les règles de bonnes pratiques sécuritaires, et l'utilisation des règles classiques d'injection permet une indolence toute indiquée dans cette situation [9]. Il va sans dire que le respect des délais d'action est indispensable au bon déroulé de la suite de l'intervention.

Pour l'anesthésie locale nous avons fait le choix d'un mélange lidocaïne et ropivacaïne afin de bénéficier d'un délai d'installation rapide et d'une analgésie prolongée. Nous tamponnons la solution avec des bicarbonates pour limiter la douleur à l'injection. Le mélange utilisé est : 20mL de lidocaïne 10 mg/mL (soit 200 mg / 20 mL) + 20 mL de ropivacaïne 5 mg/mL (soit 100 mg / 20 mL) + 2 mL Bicarbonates 42‰ (ou 1 mL de 84‰) [9].

L'incision est réalisée à la lame froide, le bistouri électrique est utilisé indifféremment en monopolaire ou en bipolaire, et la thermofusion tissulaire peut être préférée et utilisée librement. Le volume sonore des générateurs est réglable, en gardant en vue le confort chirurgical.

Du point de vue chirurgical, l'infiltration des tissus par l'anesthésie locale modifie les rapports anatomiques et les plans de clivage, imposant une rapide courbe d'apprentissage. Il va sans dire qu'une équipe entraînée est préférable afin d'éviter au maximum la parole « sur le champ opératoire ».

CONCLUSION

Il est capital de rappeler que ce type de procédure ne s'impose pas. Autant la communication positive, le détournement de l'attention pour pose de cathéter peut se pratiquer de façon inopinée, autant la transe hypnotique pour geste invasif ne s'improvise pas. En effet l'organisation de ce type de prise en charge doit être minutieuse et s'adresse à une équipe entraînée et impliquée. De ces impératifs se déduisent les limites et il faut toujours garder à l'esprit que la conversion en anesthésie générale n'est pas un échec.

De nouvelles perspectives s'ouvrent à nous car dans l'éventail diversifié de nos activités beaucoup de procédures vont pouvoir se faire sous hypnose. Nous avons déjà commencé quelques endoscopies digestives, des chirurgies de paroi type hernie inguinale et surtout ce qui nous tient particulièrement à cœur, la prise en charge des greffés pulmonaires quand il est nécessaire de les équiper de tous les capteurs et assistance circulatoire avant de les endormir. Ce moment hyper agressif pour le patient a été beaucoup mieux vécu et pris en charge par l'ensemble des acteurs (personnel médical, paramédical et patient) lorsque nous avons pu le faire sous hypnose.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Faymonville ME, Defechereux T, Joris J, Adant JP, Hamoir E, Meurisse M. [Hypnosis and its application in surgery]. *Rev Med Liege* 1998;53(7):414–8.
- 2 - Kocher A. Discussion on Partial Thyroidectomy under Local Anæsthesia, with Special Reference to Exophthalmic Goitre. *Proc R Soc Med* 1912;5(Surg Sect):89–96.
- 3 - Ross DE. Thyroidectomy using local anesthesia. *Am J Surg* 1950;80(2):211–5.
- 4 - Spanknebel K, Chabot JA, DiGiorgi M, et al. Thyroidectomy using local anesthesia: a report of 1,025 cases over 16 years. *J Am Coll Surg* 2005;201(3):375–85.
- 5 - Boselli E, Musellec H, Martin L, et al. Effects of hypnosis on the relative parasympathetic tone assessed by ANI (Analgesia/Nociception Index) in healthy volunteers: a prospective observational study. *J Clin Monit Comput* 2017;0(0):1–6.
- 6 - Delivet H, Bellon M, Dahmani S. Effet de l'induction hypnotique sur l'évolution de l'index Bispectral chez l'adulte. Congrès SFAR 2015.

2015;1:A155.

7 - Telford RJ, Stoneham MD. Correct nomenclature of superficial cervical plexus blocks. *Br J Anaesth* 2003;92(5):775–6.

8 - Greengrass RA, Narouze S, Bendtsen TF, Hadzic A. Cervical plexus and greater occipital nerve blocks: controversies and technique update. *Reg Anesth Pain Med* 2019;44(6):623–6.

9 - Mustoe TA, Buck DW, Lalonde DH. The safe management of anesthesia, sedation, and pain in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2010;126(4):165–76.