

L'HYPNOSE ET SON APPLICATION EN CHIRURGIE

M.-E. FAYMONVILLE (1), TH. DEFECHEREUX (2), J. JORIS (3), J.P. ADANT (4), E. HAMOIR (5), M. MEURISSE (6)

RÉSUMÉ : L'hypnosédation est utilisée depuis 1992 dans notre institution et plus de 1.400 patients ont déjà pu être opérés par cette technique. Elle combine l'hypnose à une sédation intraveineuse consciente et la chirurgie est réalisée sous anesthésie locale. Nous voudrions rapporter notre expérience clinique en chirurgie endocrinienne et en chirurgie plastique, ainsi que les premiers résultats de nos recherches fondamentales.

Depuis toujours, les hommes sont fascinés par l'hypnose. Initialement assimilée à la magie, aux phénomènes occultes et/ou à la religion, ce n'est qu'au 20^{ème} siècle que l'hypnose aura réellement gagné ses lettres de noblesse au sein de la communauté scientifique. Elle fut initialement décrite par Franz Mesmer dans les années 1770, sous le vocable de "magnétisme animal". Mesmer était convaincu que ce "magnétisme animal" pouvait expliquer divers phénomènes dits "surnaturels" par une force, une sorte de fluide unissant les êtres vivants, fluide que concentrait son fameux "baquet" autour duquel il rassemblait ses malades (1).

A l'aube du 21^{ème} siècle, des chercheurs renommés se sont penchés sur la question et sont à l'origine d'une littérature riche et abondante (2-6).

Le concept d'hypnose reste bien difficile à définir.

Parmi les diverses définitions proposées, nous retenons celle qui en fait un "état passerager d'attention modifiée". Cet état, de survenue parfois spontanée, est entre autres caractérisé par une suggestibilité accrue, un accès facilité à la mémoire et par divers phénomènes idéo-dynamiques, d'ordre moteur, sensoriel, affectif et/ou cognitif. Il a la caractéristique de pouvoir être induit par une tierce personne à la faveur de stimuli verbaux ou autres.

Une autre définition de l'état hypnotique est celle de Milton Erickson (1901-1980) (7), psychiatre américain, qui définit l'hypnose comme un phénomène naturel auquel chacun d'entre nous à la faculté intrinsèque d'accéder. Selon

HYPNOSIS, ITS DAILY CLINICAL APPLICATION IN SURGICAL SETTINGS

SUMMARY : Since 1992, we have used hypnosis routinely in more than 1400 patients undergoing surgery. We found that hypnosis used in patients as an adjunct to conscious sedation and local anesthesia was associated with improved intraoperative patient comfort, and with reduced anxiety, pain, intraoperative requirements for anxiolytic and analgesic drugs, optimal surgical conditions and a faster recovery of the patient. We reported our clinical experience and our fundamental research.

KEY WORDS : Hypnosis - Surgery - Fundamental research

lui, l'hypnose correspond à un état de concentration mentale et à une focalisation telle de l'attention que le sujet, absorbé dans ses pensées, devient indifférent à toute autre considération. Le sujet en état d'hypnose, concentré et collaborant, focalise son attention sur une expérience personnelle généralement utile et agréable, qui lui est strictement personnelle et qui n'a rien de standard. Les réactions du sujet sont fonction de ses apprentissages antérieurs, de ses attentes et de sa motivation.

Pour d'autres enfin, dont le Petit Larousse 1997, l'hypnose correspondrait à un état de sommeil artificiel provoqué par la suggestion, même s'il est aujourd'hui prouvé par les enregistrements EEG que l'hypnose n'est pas un état de sommeil.

Depuis plus de 50 ans, la discussion fait rage : l'hypnose est-elle bien un état particulier, une authentique réorganisation mentale ou n'est-elle qu'un "jeu de rôle", inconsciemment assumé par le sujet en état d'hypnose ?

En fait, les études neurophysiologiques réalisées en collaboration avec le Dr P. Maquet du Centre de Recherche du Cyclotron Médical de l'ULg permettent d'affirmer que l'état d'hypnose correspond à un processus neurophysiologique spécifique distinct du rêve, des hallucinations schizo-phréniques ou des remémorations autobiographiques. En fait, si les sujets sous hypnose paraissent somnolents, ils n'en expérimentent pas moins une imagerie mentale vivace et polymodale qui s'appuie souvent sur la mémoire et envahit leur conscience (8).

Depuis 1992, plus de 1.400 patients ont ainsi pu bénéficier de cette alternative à l'anesthésie générale qu'est l'hypnosédation associée à l'anesthésie locale. Cette technique d'hypnosédation associe l'hypnose à une sédation intraveineuse consciente utilisant de très faibles doses intraveineuses de midazolam (Dormicum®),

(1) Chef de Clinique, (3) Chef de Clinique Associé, Université de Liège, Service d'Anesthésie-Réanimation.

(4) Consultant, Université de Liège, Service de Chirurgie maxillo-faciale.

(5) Résident-Spécialiste, Université de Liège, Service de Chirurgie Abdominale.

(2) Docteur, (6) Professeur, Université de Liège, Service de Chirurgie des Glandes Endocrines et de Transplantation

d'alfentanyl (Rapifen®) titrées selon les besoins des patients.

QUI DÉCIDE D'UNE OPÉRATION SOUS HYPNOSÉDATION ?

En pratique, le patient, sur le conseil de son médecin traitant, décide de consulter un chirurgien. Celui-ci, en fonction du geste opératoire à envisager, de la pathologie auquel il a à faire et de l'expérience que lui et son équipe ont de la technique, décide s'il peut réaliser cette intervention sous anesthésie locale et hypnosédation. Si cette technique est proposée au patient, celui-ci est alors invité à consulter l'anesthésiste qui lui donnera de plus amples informations sur l'hypnose et la sédation intraveineuse consciente.

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

La consultation d'anesthésie se déroule de la façon suivante :

- une anamnèse "classique" reprenant antécédents médicaux, chirurgicaux, expérience personnelle et vécu du patient par rapport à d'éventuelles anesthésies générales, loco-régionales ou locales antérieures
- une recherche des contre-indications à l'hypnosédation : allergies aux anesthésiques locaux, le décubitus impossible (détresse respiratoire par exemple), les états de démence ou la surdité du patient
- un examen clinique et prescription d'examen préopératoires éventuels
- explication de l'hypnosédation au patient.

TECHNIQUE DE L'HYPNOSÉDATION

- L'hypnosédation est expliquée comme étant une technique anesthésique combinant une sédation intraveineuse consciente à l'état d'hypnose. L'hypnose est définie comme un phénomène naturel et banal, comme une focalisation de l'attention telle que tout un chacun l'a déjà vécue lorsque, absorbé dans ses pensées, il s'extrayait de la réalité. L'anesthésiste insiste toujours sur le fait que c'est le patient lui-même qui se mettra dans cet état particulier : *on entre en état d'hypnose, on n'est jamais hypnotisé.*

- La collaboration et la motivation du patient sont importantes. En effet, celui-ci est informé que l'anesthésiste, au moment de la chirurgie, crée les conditions (par une technique de communication qu'il a apprise) pour permettre au patient d'accéder à l'état d'hypnose spontanément.

- En cours de chirurgie, le patient reste conscient. Son attention est toutefois focalisée sur des souvenirs "revivifiés" stockés dans sa mémoire. L'accès à l'hypnose est facilité par les techniques de communications utilisées par l'anesthésiste. Au cours de l'hypnose, le patient ne parle pas mais il peut néanmoins s'exprimer par des codes voire par la parole en cas de besoin. Cette précision le rassure quant à "l'intégrité de son jardin secret". De faibles doses d'analgésique(s) et/ou anxiolytiques sont administrées par l'anesthésiste en cours de chirurgie pour potentialiser l'effet de l'hypnose sur le confort, l'immobilité et le relâchement musculaire du patient.

L'hypnose induit une distorsion du temps. La durée de la chirurgie paraît raccourcie. En cas d'inconfort peropératoire signalé par le patient à l'aide d'un code convenu avant l'opération, l'anesthésie locale est complétée et/ou une faible dose d'analgésique est administrée par voie intraveineuse.

A la fin de l'opération le patient sort de l'état d'hypnose, rejoint sa chambre, peut boire et manger rapidement et très souvent quitte le jour même l'hôpital avec des prescriptions d'antalgiques.

L'hypnotisabilité du patient n'est pas testée avant l'opération mais l'anesthésiste veille à établir un bon "contact humain", une relation thérapeutique avec le patient.

LE JOUR DE L'OPÉRATION

Dans la majorité des cas, le patient entre à l'hôpital le jour même de l'intervention. Dans tous les cas, un jeûne préopératoire de 6 heures est exigé. Selon les besoins, 0,25 mg à 0,5 mg d'alprazolam (Xanax®) lui sont administrés oralement à titre anxiolytique dans l'attente de l'acte chirurgical.

Dès l'admission en salle d'opération, une perfusion intraveineuse (1/2 litre de solution de Hartman) est mise en place. Les différents capteurs destinés à une surveillance de l'électrocardiogramme, de la fréquence respiratoire (FR), de la pression artérielle, de la saturation sanguine en oxygène et du CO₂ expiré sont installés.

Le patient est alors invité par l'anesthésiste à lui faire part d'un événement vécu agréable (vacances, loisirs, voyage, promenade, sport, ...), événement qu'il voudrait revivre en cours de chirurgie. Quelques précisions sur la façon dont il a vécu cet événement lui seront en général demandées, précisions qui permettront à l'anes-

thésiste de proposer à chaque patient un accompagnement sur mesure.

Le patient, une fois installé en vue de l'acte chirurgical, l'induction hypnotique peut commencer. Il est demandé au patient de fixer du regard un point précis dans son champ visuel ou de fermer les yeux, de focaliser toute son attention sur son propre corps et de laisser s'installer un bien-être dans les muscles de son corps. Il lui est ensuite demandé de fermer les paupières, tandis que l'anesthésiste l'accompagne à revivre l'événement agréable qu'il avait choisi. En général, cette induction dure 5 à 10 minutes.

La désinfection et l'asepsie cutanée, puis la pose des champs opératoires sont réalisées classiquement, le chirurgien infiltre le site opératoire à l'aide d'anesthésique local et l'anesthésiste administre, par voie intraveineuse, les faibles quantités d'anxiolytiques et d'analgésiques (Dormicum®, Rapifen®). L'acte chirurgical peut avoir lieu.

L'anesthésiste surveille bien sûr constamment les paramètres vitaux. Il parle au patient tout en l'observant attentivement afin de déceler immédiatement tout signe d'inconfort que celui-ci pourrait lui transmettre sous la forme du code "convenu à l'avance". Souvent, une ambiance musicale permet de créer une ambiance calme et détendue. Tout inconfort est instantanément signalé au chirurgien qui adapte ses gestes en conséquence.

Cette technique n'est donc réalisable que moyennant une étroite collaboration entre le patient, l'anesthésiste et l'équipe chirurgien-infirmier(e). Cette équipe doit être soudée en vue d'un objectif commun : le bien-être du patient qui reste conscient tout au long de l'acte chirurgical. Les gestes du chirurgien doivent être doux et précis. L'anesthésiste, tout en tenant compte des besoins du chirurgien est attentif à ceux du patient. Enfin, l'équipe infirmier anticipe les besoins des différents intervenants et ce, dans un calme relatif. Durant toute la durée de l'acte chirurgical, l'équipe soignante ne tend qu'à un seul objectif : être attentif aux besoins physiques et psychologiques du patient qui reste conscient du début à la fin. En fin d'intervention, le patient en est averti et est invité à se réorienter dans la réalité, c'est-à-dire la salle d'opération.

Généralement, il peut faire part de son vécu et pose des questions sur la façon dont l'opération s'est déroulée. En règle générale, il regagne sa chambre, boit et mange immédiatement. Seuls les patients qui ont bénéficié d'une chirurgie cervicale sont, par mesure de sécurité, gardés

une à deux heures en salle de réveil, dans le but de déceler toute tendance hémorragique éventuelle.

ECHEC DE LA TECHNIQUE

Dans notre expérience, la conversion d'une hypnosédation en une anesthésie générale fut exceptionnelle (10 fois sur plus de 1.400 interventions). En règle générale, cette conversion était rendue nécessaire par le fait que l'acte chirurgical se révélait plus important que prévu. Rares furent les cas où la conversion fut dictée par un inconfort du patient. A deux reprises, le patient fut incapable de détacher son attention de l'environnement extérieur, avec son accord, l'induction hypnotique fut interrompue avant même le début de l'acte chirurgical. Dans ces deux cas, une anesthésie générale fut entreprise sans que l'on puisse, selon nous, parler d'authentique échec de la technique. Pour ces raisons, toutefois, les exigences d'une anesthésie générale (jeûne de 6 heures, monitoring adéquat, personnel et matériel adéquat à disposition) doivent toujours être impérativement rencontrées. L'hypnosédation sera donc toujours réalisée par un anesthésiste formé à la maîtrise de toutes les techniques anesthésiques. Cette polyvalence et cette adaptabilité de l'anesthésiste sont le garant du confort du patient.

A QUEL TYPE DE CHIRURGIE L'HYPNOSÉDATION EST-ELLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE APPLIQUÉE ?

Tout acte chirurgical pour lequel une anesthésie locale est réalisable, mais néanmoins insuffisante à elle seule, peut être envisagé sous hypnosédation, si le chirurgien se dit d'accord, que le patient est motivé et collaborant et que l'anesthésiste maîtrise les techniques d'hypnosédation.

Parmi les types de chirurgies réalisables sous hypnosédation figurent :

- *maxillo-faciale, chirurgie plastique* : septorhinoplastie, lifting complet (front, face, cou), augmentation mammaire par prothèses, pexie mammaire (petite réduction mammaire), résection tumeur face/cou, kyste thyroïdienne, enlèvement matériel ostéosynthèse face, oreilles décollées;
- *dentisterie* : chirurgie dentaire;
- *O.R.L.* : septoplastie, turbinectomie, tympanoplastie simple, amygdalectomie chez l'adulte;
- *orthopédie* : enlèvement matériel d'ostéosynthèse;
- *chirurgie endocrinienne et chirurgie du sein* : lobo-isthmectomie thyroïdienne, thyroïdectomie totale, hyperparathyroïdie, tumorectomie ou

quadrantectomie du sein, évidemment ganglionnaire, axillaire ou cervical, mastectomie (petits seins);

- *chirurgie abdominale* : hernie inguinale, ombilicale.

Dans les domaines de la chirurgie gynécologique, vasculaire périphérique, ophtalmologique et urologique, il est certainement des cas où l'hypnosédation constituera une alternative intéressante aux anesthésies générale ou locorégionale. Ces équipes chirurgicales doivent néanmoins être motivées et marquer leur accord pour changer certaines de leurs habitudes de travail.

LES ÉTUDES CLINIQUES, RÉSULTATS

Diverses études cliniques, rétrospectives et prospectives, ont été réalisées et publiées. Elles confirment l'intérêt de l'hypnosédation comme technique anesthésique. En chirurgie plastique, les études publiées (9-11) comparaient deux groupes : les patients opérés sous anesthésie locale avec sédation médicamenteuse (groupe 1) et ceux opérés sous anesthésie locale complétée d'une hypnosédation (groupe 2). Ces études ont démontré que le confort peropératoire des patients opérés sous hypnosédation était supérieur, qu'ils éprouaient moins d'anxiété, moins de douleur et que leur stabilité hémodynamique était plus grande comparativement aux patients du groupe 1. Même en postopératoire, les douleurs étaient subjectivement moindres chez les patients du groupe 2. Ceux-ci éprouaient une plus grande satisfaction et les effets secondaires (nausées, vomissements) qu'ils présentèrent étaient moindres.

En chirurgie endocrinienne, une étude rétrospective suivie d'une étude prospective randomisée en cours ont toutes deux permis de confirmer ces observations. Par ailleurs, l'étude rétrospective retraçant notre expérience d'avril 1994 à décembre 1997, a fait l'objet de plusieurs présentations et publications internationales (12-14). Elles confirment, par l'utilisation d'échelles visuelles analogiques, que l'asthénie au 10^{ème} jour postopératoire d'une thyroïdectomie était systématiquement moindre après anesthésie locale et hypnosédation qu'après anesthésie générale. Elle démontre que la satisfaction des patients cervicotomisés sous anesthésie locale et hypnosédation est supérieure et la réinsertion socioprofessionnelle significativement plus rapide après hypnosédation qu'après anesthésie générale. Quant à l'étude prospective randomisée évaluant entre autres la fatigue postopératoire et divers marqueurs psycho-neuro-immunologiques, cette étude est réalisée en

collaboration étroite avec les Drs M. Moutschen, N. Schaaf-Lafontaine, V. Geenen et C. Charlier.

RECHERCHES FONDAMENTALES

En collaboration avec le Dr P. Maquet du Service de Neurologie (Pr. G. Franck) et de l'Unité médicale du Cyclotron, des recherches neurophysiologiques sur le fonctionnement cérébral en état d'hypnose (évaluation des débits sanguins régionaux au sein de l'encéphale par scanner à émission de positon) ont été réalisées chez des volontaires sains.

Les résultats de ces investigations démontrent que le fonctionnement du cerveau de l'individu en état d'hypnose est tout à fait spécifique. Il s'agit d'un premier pas vers une meilleure compréhension des mécanismes cérébraux intrinsèques sous-tendant l'état hypnotique chez l'homme.

D'autres études sur la douleur en cours d'état hypnotique sont actuellement menées chez des volontaires.

En collaboration étroite avec le Service de Psychologie (Pr. De Keyser), D. Leloup et M. Lejeune (psychologues) abordent le niveau cognitif des modifications des perceptions douloureuses chez des volontaires qui utilisent différentes stratégies de distraction mentale, à savoir l'état de conscience, (hypnose vs relaxation) et la nature émotionnelle de l'imagerie utilisée (vécu agréable vs histoire fictive neutre). Les conclusions de ce travail ont été exposées dans le mémoire de D. Leloup (15).

En conclusion, l'hypnosédation, en tant que nouvelle technique anesthésique, fait aujourd'hui partie intégrante de notre arsenal thérapeutique. L'introduction de ce nouvel outil a fondamentalement changé notre appréhension du patient chirurgical : celui-ci ne subit plus une intervention chirurgicale, il y participe activement. Par là, le patient, considéré dans son ensemble corps-esprit, est valorisé.

D'un point de vue plus fondamental, l'introduction et l'utilisation quotidienne de l'hypnosédation dans notre institution nous autorise aujourd'hui à soulever diverses questions quant à sa nature spécifique et ses modes d'action. Bien sûr, ces questions ne pourront être résolues qu'à la faveur de collaborations multidisciplinaires et au recours à des technologies de pointe.

Une compréhension satisfaisante du processus hypnotique ne peut en effet s'envisager qu'à la faveur d'une étroite collaboration entre de multiples disciplines.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tischner R.— Franz Anton Mesmer, Leben, Werke und Wirkungen. Münch Beiträge zur Geschichte und Literatur der Naturwissenschaften und Med, 1928, **9/10**, 541-714.
2. Chaves JF.— *The state of the "state" debate in hypnosis. A view from the cognitive - Behavioral perspective.*
3. Hargadon R, Bowers KS, Woody EZ.— Does conterpain imagery mediate hypnotic analgesia ? *J Abnorm Psychol*, 1995, **104**, 508-516.
4. Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD.— Hpnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain*, 1995, **60**, 39-47.
5. Kihlstrom JF.— Convergence in understanding hypnosis ? Perhaps, but perhaps not quite so fast. *Int J Clin Exp Hypn*, 1997, **45**, 324-332.
6. Laurence JR.— Hypnotic theorizing: spring cleaning is long overdue. *Int J Clin Exp Hypn*, 1997, **45**, 280-290.
7. Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI.— *Hypnotic realities : the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion.* Irvington Publishers Inc, New York, 1976.
8. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, et al.— Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* (in press).
9. Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, et al.— Hypnose, hypnosédation conceptions actuelles et leurs applications en chirurgie plastique. *Rev Med Liege*, 1994, **49**, 13-22.
10. Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, et al.— Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth*, 1995, **20**, 145-151.
11. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, et al.— Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, **73**, 361-367.
12. Meurisse M, Defechereux T, Faymonville ME, et al.— Hypnosis: a new, safe, efficient and economic approach for endocrine surgery. *Acta Chir Belg*, 1998 (in press).
13. Meurisse M, Faymonville ME, Marchal F, et al.— Chirurgie endocrinienne sous hypnose : mythe ou réalité ? *Lyon Chir*, 1995, **91**, 531-535.
14. Meurisse M, Faymonville ME, Defechereux T, et al.— Chirurgie thyroïdienne et parathyroïdienne sous hypnose : de la fiction à l'application clinique quotidienne. *Ann Endocrinol*, 1996, **57**, 494-501.
15. Leloup D.— *Rôles respectifs de l'hypnose et de l'imagerie mentale dans la perception de stimulations douloureuses.* Mémoire présenté pour l'obtention du grade de Licencié en Psychologie. Année 1995-1996.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr M.E. Faymonville. Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU, Sart Tilman, 4000 Liège.