

# HYPNOSE ERICKSONIENNE ET ANESTHÉSIE

*Dr Philippe Rault*

*Anesthésiste, Hypnothérapeute*

*Service d'Anesthésie Réanimation 1, CHU Pontchaillou, 35033 RENNES cédex 9*

*philippe.rault@chu-rennes.fr ; www.adrenaline112.org/hypnose*

## BREF RAPPEL HISTORIQUE

---

**F**ranz Anton Mesmer (1734-1815), médecin autrichien, pense qu'il existe un fluide magnétique corporel dont le dérèglement provoque les maladies. James Braid (1795-1860), chirurgien anglais, popularise le terme hypnotisme.

John Elliotson (1791-1868) et James Esdaille (1818-1859) mettent en évidence une amélioration de la survie des patients en post-opératoire lors de l'usage de l'hypnose pour les interventions chirurgicales.

Jean Martin Charcot (1825-1893) présente l'hypnose comme un symptôme de l'hystérie

Antoine Liébault (1823-1904) et Hippolyte Bernheim (1827-1919) pensent que l'hypnose est le résultat de la suggestion : l'hypnose intègre le champ des psychothérapies.

Sigmund Freud (1856-1936) utilise puis abandonne l'hypnose et développe sa théorie psychanalytique.

Milton H. Erickson (1901-1980), psychiatre américain, est à l'origine du courant éricksonien dont l'influence est décisive dans la pratique de l'hypnose contemporaine.

Jorge Abia réalise une transe hypnotique permettant la première cholécystectomie avec hypnose.

Marie-Elisabeth Faymonville (CHU de Liège) développe la technique d'hypnosédation avec laquelle elle réalise plus de 3500 interventions chirurgicales.

## PROCESSUS HYPNOTIQUE

---

Processus dynamique dans lequel le sujet modifie son orientation à la réalité avec focalisation vers le vécu intérieur et mise entre parenthèses des éléments extérieurs non pertinents. Nous évoluons plusieurs fois par jour dans cet état naturel et spontané : c'est un état d'éveil nommé "éveil paradoxal" par certains auteurs. Cet état familier n'est pas individualisé dans le cours de nos activités quotidiennes du fait principalement de son extrême banalité.

### SIGNES CLINIQUES

Le processus hypnotique s'accompagne de phénomènes originaux :

- **Distorsion du temps** : disparition de la notion précise du temps
- **Modifications des perceptions douloureuses** : la composante émotionnelle de la douleur est modifiée et la sensation douloureuse est davantage analysée comme un inconfort.
- **Modifications du tonus musculaire** : hypotonie et immobilité sont souvent observées mais certaines parties du corps peuvent expérimenter une catalepsie (spasticité) voire une lévitation qui correspond à un mouvement idéomoteur automatique.
- **Dissociation** : une partie du sujet est vécu comme absent ou le sujet entier se trouve en observateur de lui-même.
- **Amnésie post-hypnotique** : spontanée ou favorisée par le thérapeute.

Distorsion temporelle, modification de la perception douloureuse, hypotonie sont les phénomènes intéressants pour un anesthésiste car ce sont ceux recherchés lors d'une anesthésie chimique (nar-

cese, analgésie, curarisation) : on peut donc indiquer que l'état hypnotique est variation sur le thème de l'anesthésie générale, une anesthésie générale physiologique générée par le patient lui-même. C'est ce qui nous permet de l'envisager comme technique alternative entre les mains des anesthésistes soit utilisée seule soit en complément d'une anesthésie générale (hypnosédation) ou locoré-gionale.

### **SIGNES PARACLINIQUES**

L'EEG renforce la certitude clinique que l'état d'hypnose n'est pas un sommeil.

Les premières explorations de neuroimagerie fonctionnelle ont montré que l'effort cognitif qui crée un état d'hypnose s'accompagne d'une augmentation de débits sanguins corticaux. L'avancée principale concernant le contrôle de la douleur est la découverte d'une corrélation entre l'activité du cortex cingulaire antérieur (aire 24 de Brodmann) et la modulation des composantes affective et nociceptive de la douleur par l'hypnose.

## **L'HYPNOSÉDATION**

---

### **DÉFINITION**

Introduite à Liège en 1992 par le Docteur M.E. Faymonville, elle combine hypnose et sédation consciente intra-veineuse. Initialement développée pour les interventions de chirurgie plastique sous anesthésie locale, elle a été inspirée par l'utilisation de l'hypnose chez les grands brûlés par l'équipe d'Alain Forster à Genève.

### **RÉALISATION**

\* Elle débute par la fixation du regard, la fermeture des yeux, la suggestion de relaxation musculaire puis l'accompagnement dans un souvenir agréable défini lors de la consultation préanesthésique : cette induction dure entre 5 et 10 minutes.

\* Sédation intraveineuse (IV) consciente :

- Midazolam par bolus de 0.25 à 0,5 mg IV
- Rémifentanyl 0,02 à 0,08 µg/kg/mn en perfusion continue ou
- Alfentanyl par bolus de 50 à 100 µg.

Les doses moyennes utilisées sont de l'ordre de 2 mg de Midazolam et 800 µg d'Alfentanyl.

\* anesthésie locale (AL) :

- Prilocaine 2% adrénalinée ou
- Ropivacaïne à 7,5 mg/ml associées ou non à
- Bupivacaïne 0,5% adrénalinée

\* Isolement sensoriel par diminution du volume des "bip" du scope ou de la saturation en oxygène, diminution des conversations, musique contribuent à un environnement confortable pour le patient et aussi pour l'équipe en général. Le patient signalera tout inconfort par un signe mis au point avant l'intervention (signaling), ce qui permettra à l'anesthésiste de réagir de façon adaptée.

\* La surveillance fait appel aux paramètres usuels : cardioSCOPE, saturation en oxygène, pression non invasive.

\* Les antalgiques sont débutés en per-opératoire

\* En fin d'intervention, le patient est invité à sortir de la transe hypnotique.

Dans l'expérience liégeoise, le taux de conversion de l'hypnosédation en anesthésie générale (AG) est de 0,5% pour douleur, inconfort ou intervention plus complexe que prévue.

## CONTRE-INDICATIONS

Surdité, troubles majeurs du comportement contre indiquent l'usage de l'hypnose.

L'allergie aux AL ou aux produits de la sédation représente une contre-indication à la technique.

## AVANTAGES DE L'HYPNOSÉDATION PAR RAPPORT À LA SÉDATION IV

Patient calme, immobile et coopérant.

Stabilité des paramètres hémodynamiques.

Conditions opératoires excellentes.

Faibles doses d'analgésiques et anxiolytiques.

Diminution des douleurs post-opératoires (24 premières heures)

Diminution des nausées et vomissements post-opératoires.

Récupération post opératoire accélérée.

Durée réduite de l'hospitalisation.

Reprise plus précoce des activités professionnelles.

Il a parfois été rapporté une réduction du saignement sur certaines interventions. Ceci peut s'expliquer par plusieurs paramètres :

- Hypnose elle-même : rien ne corrobore cette idée,
- AL adrénalinés : probablement,
- Préservation de la ventilation spontanée et meilleur retour veineux,
- Absence de vasoplégie observée dans les AG.

L'hypnosédation modifie les comportements des équipes chirurgicales, nécessite d'accroître la communication entre les intervenants en favorisant l'emploi de la communication non verbale.

## ORGANISATION

---

### LES PERSONNES IMPLIQUÉES

#### - *Le patient*

L'information des patients a pour but de bien cerner leur demande et éventuellement redéfinir l'hypnose thérapeutique. Le patient doit être motivé, confiant dans le thérapeute.

#### - *L'équipe soignante*

Les partenaires médicaux doivent adhérer au projet, ainsi que l'équipe dans son ensemble, du service de soins au bloc opératoire : ainsi chaque intervenant devient acteur à part entière de l'acte, chacun dans sa fonction spécifique, ce qui constitue un lien puissant au sein de l'équipe.

### AVANT L'INTERVENTION, LES CONSULTATIONS

- L'anesthésiste aura une double consultation à mener : la consultation pré-anesthésique et la consultation "pré-hypnose". Le thérapeute recherche l'orientation sensorielle de son patient pour adapter sa communication aux canaux préférentiels du patient. Il recherche également ses centres d'intérêt et également les sujets qu'il ne souhaite pas aborder. L'intérêt d'une transe préalable n'est pas établi. Enfin, l'éventualité d'une conversion en AG est évoquée.

- L'opérateur pourra être celui qui propose la réalisation de son intervention avec hypnose : il pourra aussi avoir à répondre aux questions du patient concernant l'hypnose d'où l'intérêt de son information préalable.

## **LE JOUR DE L'INTERVENTION**

Le patient est généralement admis le matin de l'intervention, à jeun. La prémédication fait souvent appel à l'hydroxyzine.

Dans le bloc on utilisera de préférence tout ce qui peut suggérer le calme, la confiance en soi, la détente.

Installation du monitoring et induction de la transe hypnotique.

En fin d'intervention, le patient est ou non dirigé vers la salle de réveil en fonction de l'acte réalisé puis retourne dans sa chambre où il pourra s'alimenter.

## **INDICATIONS**

---

### **APPLICATIONS EN ANESTHÉSIE**

D'une manière générale, l'hypnosédation ou l'hypnose seule peuvent être indiquées :

- A la demande du patient
- Sur proposition de l'anesthésiste
- Sur proposition du chirurgien
- En cas de contre-indication à l'anesthésie générale chez des patient ASA IV.

Chirurgie cervicale et ORL :

- thyroïdectomie totale,
- lobectomie thyroïdienne,
- parathyroïdectomie,
- septorhinoplastie,
- otoplastie,
- réduction de fracture du nez,
- plastie de paupières,
- extraction de dents de sagesse.

Chirurgie digestive et gynécologique :

- hernie inguinale,
- hernie ombilicale,
- ligature de trompes,
- curetage utérin.

Chirurgie plastique :

- prothèses mammaires,
- mammectomie et curage axillaire.
- lifting cou

Autres indications : correction de cicatrices, adénectomie du sein, ablation de matériel d'ostéosynthèse, varices, dilatation oesophagienne, ablation de naevus, de lipome, mise en place de site implantable.

Colonoscopies longues.

Participation au contrôle des douleurs de l'accouchement.

Intérêt comme technique de prémédication chez l'enfant.

## APPLICATIONS LORS DES SOINS

- Pansements, pansements de brûlures
- Mobilisation de patients douloureux,
- Pose de voie veineuse,
- Pose de sondes,
- Préparation à un examen douloureux,

Chez l'enfant : ablation de drains thoraciques, changement de sonde, réfection de plâtre, myélogramme, ponction lombaire, pose de voie veineuse.

## CONCLUSION

---

L'usage de l'hypnose en anesthésie et en chirurgie se développe et, aussi bien lors du dernier congrès mondial d'anesthésie qui s'est tenu à Paris en 2004, que lors du congrès anesthésie et douleur aiguë de Quiberon en 2008, de nombreux conférenciers rapportent régulièrement l'intérêt des techniques d'hypnose et d'hypnosédation au bloc opératoire ainsi qu'en salle de réveil.

Ces techniques sont destinées à être utilisées par un praticien dans son domaine de compétence habituel et ce, dans le but d'optimiser la prise en charge de ses patients. C'est en s'interrogeant sur sa pratique que l'anesthésiste pourra étendre les indications d'un outil qui enrichit autant celui qui pratique que celui qui en bénéficie. L'usage de l'hypnose nécessite une formation initiale spécifique ainsi qu'une formation continue.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- . **Bierman S.F.** Hypnosis in the emergency department. *Am J Emerg Med* 1989; 7: 238-242
- . **Defechereux Th., Faymonville M.E., Joris J., péritonéale E.** La chirurgie sous hypnosédation *Annales de Chirurgie*, 1998, 52, n°5
- . **Defechereux Th., Degauque C., Fumal I., Faymonville M.E., Joris J., péritonéale E.** L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. *Ann Chir* 2000 ; 125 : 539-46
- . **Erickson J.C.** The use of hypnosis in anesthesia: a master class commentary. *Int J Clin Exp Hypn* 1994; 42: 8-12
- . **Faymonville M.E., Mambourg P.H., Joris J.** Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomize study. *Pain* 73 (1997) 361-367
- . **Faymonville M.E., Laureys S., Degueldre Ch.** Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology*, V92, N°5, May 2000
- . **Kenneth V.** Hypnosis for pediatric fracture reduction. *J Emerg Med.* 1999; 17: 53-6
- **Lucas-Poloméni M.M., Calipel S., Wodey E., Azzis O., Ecoffey C.** Hypnosédation chez l'enfant. Evaluation des troubles du comportement en post-opératoire. *AFAR* 2002 ; 21 : R 234
- . **Marchand Ph.** Quelle place pour l'hypnose en anesthésie ? *Cahiers d'Anesthésiologie* 1998, 56 (6): pp 415-418
- . **Meurisse M., Faymonville M.E., Marchal F., Louis O., péritonéale E.** Chirurgie endocrinienne sous hypnose : mythe ou réalité. *Lyon Chir.*, 91/6, 1995