

HYPNOSE EN ANESTHÉSIE

G. Hick¹, M. Kirsch¹, J.F. Brichant¹, M.E. Faymonville²

¹ Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Liège, Domaine Universitaire du Sart Tilman
B-4000 Liège, Belgique

² Service d'Algologie – Soins Palliatifs, CHU de Liège, B-4000 Liège, Belgique

Auteure correspondant : Gaëtane Hick

gaetane.hick@chu.ulg.ac.be

POINTS ESSENTIELS

- L'hypnose est un état de conscience modifié, différent de la veille et du sommeil.
- Durant cet état de conscience particulier, le débit sanguin est augmenté au niveau des cortex occipital, pariétal, précentral, préfrontal et cingulaire. Du point de vue neurophysiologique, le précunéus et la région mésiofrontale sont désactivés.
- L'état hypnotique est associé à une diminution de la perception douloureuse due à une augmentation de la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire antérieur et un large réseau neuronal de structures corticales et sous-corticales impliquées dans les différentes composantes de la douleur.
- Utilisée en préopératoire, l'hypnose réduit l'anxiété ainsi que les nausées, les vomissements et les douleurs postopératoires.
- L'hypnose peropératoire peut être associée à une sédation consciente intraveineuse et à une anesthésie locale pour permettre la réalisation d'interventions douloureuses. Le terme d'hypnosédation est alors employé. Par rapport à l'anesthésie générale, l'hypnosédation réduit le niveau d'anxiété, les douleurs, nausées et vomissements postopératoires et permet une reprise plus précoce des activités professionnelles.
- L'hypnosédation peut être pratiquée en chirurgie plastique, mammaire, cervico-faciale, ORL, abdominale, en radiothérapie, etc.
- Les contre-indications à intervention sous hypnosédation sont les difficultés de communication (patient dément, sourd ou ne parlant pas la langue de l'anesthésiste), ainsi qu'éventuellement, l'allergie aux anesthésiques locaux. Le patient doit également être averti qu'il est possible de recourir à une anesthésie générale en cours d'intervention (moins de 1% des cas).

INTRODUCTION

Les premières applications médicales de l'hypnose remontent au 18^e siècle et à Mesmer. Il aura cependant fallu attendre la fin du 20^e siècle pour que celle-ci soit utilisée en routine afin de procurer une anesthésie au cours d'interventions douloureuses. C'est notamment en faisant appel à de nouvelles techniques d'imagerie que l'hypnose a pu s'imposer petit à petit dans les milieux scientifiques et universitaires. En effet, dès 1997, des études réalisées à l'aide de TEP (tomographie à émission de positons) et d'IRMf (imagerie par résonance magnétique fonctionnelle) ont mis en évidence des différences d'activation de diverses régions du cerveau entre l'état normal et l'état hypnotique. Il est maintenant admis que l'hypnose est un état de conscience modifié, qui, associé à une sédation intraveineuse consciente et à une anesthésie locale de qualité, permet la réalisation de certains actes interventionnels, notamment chirurgicaux.

PERSPECTIVE HISTORIQUE

Dès la Préhistoire, les guérisseurs chamaniques ont eu recours à l'hypnose. Dans l'Antiquité, les prêtres égyptiens et grecs « guérissaient » leurs patients en interprétant leurs songes et en faisant appel à la suggestion dans les temples du sommeil. Au Moyen-âge, tant en Europe, qu'en Afrique, en Amérique, en Australie ou sur la Banquise, les druides, prêtres ou encore les sorciers pratiquaient des soins et utilisaient des rituels contenant certains éléments que l'on retrouve dans l'hypnose thérapeutique moderne [1].

Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin allemand, a introduit l'hypnose en médecine. Sa théorie repose sur le postulat qu'il existe un fluide magnétique animal (animus = vivant), universel, dans lequel baignent tous les êtres humains. Selon lui, la maladie s'expliquerait par la mauvaise répartition de ce fluide dans le corps. Ce fluide serait susceptible d'être canalisé, emmagasiné et transmis à d'autres personnes, ce qui pourrait provoquer des « crises » chez les malades. Celles-ci permettraient de réinstaurer l'équilibre perdu et donc d'atteindre la guérison. Mesmer a réellement été un pionnier en matière d'hypnose [1]. Les Anglo-Saxons utilisent d'ailleurs le terme « mesmerization » qui signifie « hypnose ».

Après lui, un français, le Marquis de Puysegur (1715-1825), a proposé que l'hypnose soit assimilée à un état de somnambulisme artificiel [1]. A la même époque, au Royaume-Uni, James Braid (1795-1860), a avancé une théorie selon laquelle l'essentiel de l'action hypnotique se passe dans le «sujet hypnotisé lui-même» et pas dans la force magnétique de l'hypnotiseur. C'est lui qui a introduit l'induction hypnotique par fixation du regard [1].

L'hypnose seule est utilisée pour la première fois comme technique anesthésique, en 1830, par un chirurgien français, Jules Cloquet (1790-1867), au cours d'une mastectomie unilatérale. La seule manifestation présentée par la patiente a été des rires lorsque le chirurgien a nettoyé le site opératoire en fin d'intervention [2] ! James Esdaile (1808-1859), un Britannique exerçant en Inde, a pris connaissance de l'expérience française en matière d'hypnose et a eu recours à celle-ci lors de nombreuses interventions en chirurgie urologique. Ceci aurait été associé à une

étonnante baisse du taux de mortalité (de 40 à 5%) [2]. L'hypnose est cependant tombée en désuétude comme technique anesthésique avec l'avènement de l'éther et du chloroforme [1].

A l'inverse, à cette même époque, l'hypnose a été l'objet d'un grand intérêt pour les neurologues et les psychiatres. L'école de Jean-Martin Charcot (1825-1893) à la Salpêtrière et celle d'Ambroise Auguste Liebault (1823-1904), secondé par Hippolyte Bernheim (1840-1919), à Nancy, se sont affrontées dans leur interprétation du phénomène hypnotique. Pour les premiers, l'hypnose est une forme d'hystérie artificielle et expérimentale, avec une étiologie organique et nerveuse. Pour les seconds, l'hypnose est un état psychophysiologique naturel caractérisé par une hypersuggestibilité [1].

Sigmund Freud (1856-1939) s'est lui aussi intéressé à l'hypnose. Cependant, alors qu'il a suivi une formation en hypnose avec Charcot puis Bernheim, il n'a jamais vraiment maîtrisé la technique. Il l'a abandonnée en 1896 pour s'investir dans la psychanalyse, mais son rapport à l'hypnose reste ambigu [1].

Joseph Delboeuf (1831-1896), philosophe scientifique liégeois, a publié plusieurs essais sur l'origine des faits curatifs de l'hypnotisme. Selon lui, c'est « l'hypnotisé » qui serait réellement l'agent de production ou de suppression d'une douleur. C'est son propre esprit qui agirait sur son propre corps [2].

Il faut attendre le milieu du 20^e siècle pour que se produise un renouveau de l'hypnose. Milton Erickson (1902-1980), psychiatre américain considéré comme le père de l'hypnose moderne, a mis au point une nouvelle technique thérapeutique. Il a développé des modes d'induction variés et a insisté sur l'individualité de chaque patient. Ainsi, selon lui, chaque patient doit participer activement à sa mise en condition hypnotique, le thérapeute restant très respectueux de celui-ci. La thérapie doit être brève. Dans cette approche indirecte, le thérapeute utilise des métaphores pour que le patient trouve dans son inconscient la solution à son problème [1].

En 1991, après avoir rencontré Alain Foster qui pratiquait l'hypnose au service des Grands Brûlés de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, Marie Elisabeth Faymonville du CHU de Liège a eu l'idée d'utiliser l'hypnose en association avec une sédation intraveineuse consciente et une anesthésie locale comme alternative à l'anesthésie générale, en chirurgie plastique puis endocrinienne. De nos jours, les indications de cette technique anesthésique sont de plus en plus étendues. La combinaison d'une hypnose et d'une sédation, en complément d'une anesthésie locale du site opératoire, est utilisée pour des chirurgies normalement non réalisables sous anesthésie locale seule.

DÉFINITIONS

Pour le grand public, l'hypnose se définit, d'après le dictionnaire Larousse, comme un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion ». La définition du Petit Robert est un peu plus étoffée : « état voisin du sommeil, provoqué par des suggestions, des actions physiques ou mécaniques, ou par des médicaments hypnotiques ».

Bien que le terme « hypnose » provienne du grec « hypnoûm » qui signifie « sommeil », il est aujourd'hui certain que l'hypnose et le sommeil sont deux états bien distincts. Notamment, les EEG obtenus dans ces deux états sont très différents [3].

Milton Erickson a défini l'hypnose comme un état modifié de conscience, différent de la veille et du sommeil. On sait maintenant qu'elle intègre une dissociation psychique et une activation corticale, tout en privilégiant une relation singulière au praticien [4].

Les sociétés savantes de psychologie, et plus particulièrement, l' « Executive Committee of The American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis », définissent l'hypnose comme une « procédure durant laquelle un professionnel ou un chercheur suggère à un patient ou à un sujet des changements de sensations, de perceptions, de pensées ou de comportements » [5].

Il s'agit d'une expérience au cours de laquelle le sujet a l'impression que le fonctionnement habituel de sa conscience se dérègle et qu'il vit un autre rapport au monde, à lui-même, à son corps, à son identité. Cette expérience est subjective et rapportée. L'hypnose est un processus psychologique particulier, néanmoins une aptitude naturelle, une potentialité innée, dans la mesure où le sujet se place lui-même dans ce processus. La focalisation attentionnelle est particulièrement augmentée, de même que l'accès à la mémoire est grandement facilité. La suggestibilité est élevée, le raisonnement et le jugement diminuent, mais le patient reste maître de sa personne. Il a une perception modifiée de lui-même, de l'environnement et du temps. Il vit cette expérience personnelle comme utile et agréable.

De ces définitions découlent d'autres termes fréquemment utilisés en médecine et plus particulièrement en anesthésie, comme l'hypnoalgésie, l'autohypnose et l'hypnosédation.

L'hypnoalgésie consiste à utiliser les techniques hypnotiques pour prévenir et limiter la douleur lors de certaines situations douloureuses : au cours des soins, en pré-, per- et postopératoire.

L'autohypnose peut-être enseignée au patient qui, lors de soins répétés, pourra se mettre lui-même en état d'hypnose, c'est-à-dire utiliser seul les techniques d'hypnose, et bénéficier ainsi du confort procuré par celle-ci.

L'hypnosédation est une technique d'anesthésie qui associe l'hypnose à une sédation intraveineuse consciente et très souvent à une anesthésie locale. Elle est utilisée comme alternative à l'anesthésie générale ou à la sédation intraveineuse classique, dans de nombreuses indications.

MÉCANISMES D'ACTION

Deux grands courants théoriques s'affrontent à propos de l'hypnose : étatistes et non-étatistes. Pour les non-étatistes, la conscience est normale, et la suggestion joue un rôle important : le patient veut plaire à son médecin. Il est cependant difficilement imaginable que les bénéfices attribués à l'utilisation de l'hypnose et plus particulièrement de l'hypnosédation [6,7], ne sont

que le fait de la volonté du patient d'être agréable envers son chirurgien. Pour les étatistes, l'hypnose est un état de conscience modifié, avec un processus de fonctionnement cérébral spécifique. L'individu, dans ce dernier cas, vit réellement une conscience particulière de lui-même et de son environnement. Toute la difficulté est de définir alors ce qu'est la conscience humaine. Ainsi, la communauté scientifique n'a commencé à admettre les résultats cliniques qu'après la publication d'études en imagerie ayant identifié les mécanismes d'action de l'hypnose.

Jusque-là, les critères objectifs identifiés (asymétrie du fonctionnement hémisphérique, paramètres vitaux, EEG, potentiels évoqués) n'étaient pas spécifiques de l'hypnose et aucune signature particulière du processus hypnotique n'était disponible.

Ainsi, l'équipe de P. Maquet, M.E. Faymonville et S. Laureys s'est intéressée au mode de fonctionnement cérébral chez des volontaires en état de conscience normale et en état d'hypnose, en analysant, grâce à la TEP, les modifications de distribution du débit sanguin cérébral.

Durant l'hypnose, une importante augmentation du débit sanguin est observée dans les cortex occipital (vision), pariétal, précentral (mouvement), préfrontal et cingulaire (élaboration de l'image mentale et effort d'attention nécessaire pour générer cette image mentale) [8]. C'est ainsi que le patient en état d'hypnose est acteur et observateur de ce qu'il vit. Par contre, en état de conscience normale (en imagerie mentale autobiographique), le débit sanguin cérébral régional augmente dans la partie antérieure des deux lobes temporaux, l'encéphale basal droit et gauche et la région mésiotemporale gauche [8]. Le réseau neuronal dans ces deux états ne se chevauche pas.

Contrairement à l'état d'éveil (imagerie mentale autobiographique), le processus d'hypnose désactive le précuneus et la région mésiofrontale. Ces deux structures semblent jouer un rôle important dans les processus de conscience altérée [9].

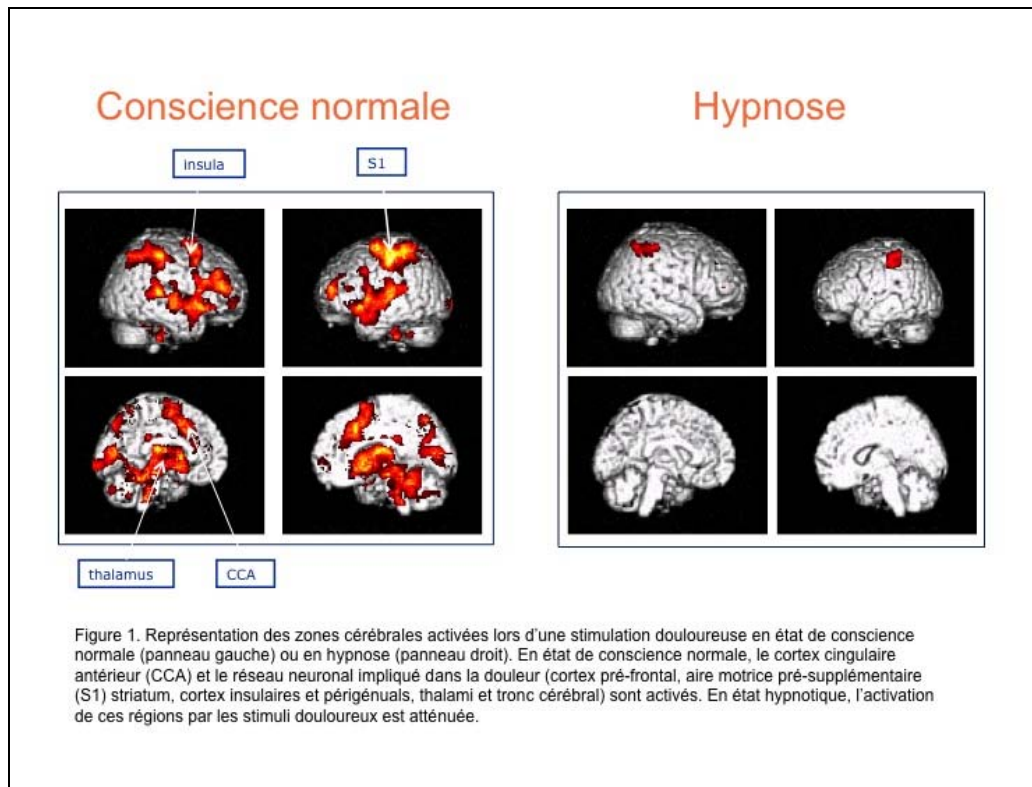
Donc, l'hypnose peut être considérée comme un processus de conscience particulier où le sujet, qui semble somnolent, expérimente une imagerie mentale vivace, cohérente et multimodale. Cette imagerie envahit la conscience du sujet.

Le mécanisme d'action de l'hypnose sur la douleur a également été investigué par la suite.

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes ». Cette définition prend en compte deux aspects : l'intensité (expérience sensorielle) et l'affectif (expérience émotionnelle).

De nombreuses études cliniques qui s'intéressent à l'utilisation de l'hypnose en préopératoire [10-14], en peropératoire [6,7,15-17], lors de l'accouchement [18], ... démontrent que l'hypnose est associée à une réduction significative de la consommation des drogues antalgiques tant en per- qu'en postopératoire. Cet effet de l'hypnose a été confirmé, notamment par des études utilisant la TEP [19] et l'IRMf [20]. Il a été démontré que les patients sous hypnose qui étaient invités à revivre un souvenir agréable, sans aucune référence à la perception douloureuse, ressentaient moins les stimuli nociceptifs. L'intensité douloureuse (composante sensorielle) et le caractère désagréable de la stimulation (composante affective) étaient abaissés.

Les différentes études faisant appel à l'imagerie ont démontré que la réduction de la perception douloureuse observée en état d'hypnose est corrélée avec l'activité du cortex cingulaire antérieur (partie médiane/ aire 24'a) [20-23]. Cette diminution de la perception douloureuse sous hypnose est liée à l'augmentation de la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire antérieur et un large réseau neuronal de structures corticales et sous-corticales impliquées dans les différentes composantes de la douleur (sensitives, affectives, cognitives et comportementales). Ce réseau comprend le cortex préfrontal, l'aire motrice présupplémentaire, le striatum, les cortex insulaires et périépileptiques, les thalami et le tronc cérébral (**figure 1**).



D'une part, ces variations de la connectivité entre le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal, induites par l'état d'hypnose, peuvent traduire une modification des processus attentionnels des stimuli nociceptifs perçus. D'autre part, l'augmentation de la connectivité fonctionnelle du cortex cingulaire antérieur avec l'aire motrice supplémentaire et le striatum, durant l'hypnose, permet d'organiser les réponses comportementales (motrices) les plus adaptées aux stimuli douloureux.

La connectivité entre le cortex cingulaire antérieur et l'insula module aussi la perception de la douleur, car l'insula reçoit les influx du système sensori-moteur et elle est également impliquée dans les processus affectifs et émotionnels. Différentes études histologiques montrent une connexion entre la région du cortex cingulaire et la substance grise périaqueducatale, région riche en endorphine, jouant un rôle important dans le système inhibiteur descendant de la douleur.

Cela renforce l'idée que les stratégies psychologiques peuvent moduler le réseau de la douleur, au même titre que le font les techniques pharmacologiques classiques.

INDICATIONS DE L'HYPNOSE EN ANESTHÉSIE

De nombreuses études cliniques s'intéressant à l'hypnose ne comportent qu'une faible cohorte de patients et sont souvent mal conçues sur le plan statistique. Il faut reconnaître que dans ce domaine, une étude en double aveugle est impossible à réaliser si on désire un accompagnement en hypnose personnalisé, car l'anesthésiste sait qu'il utilise cette technique. Enfin, l'interprétation des résultats des différentes études est aussi compliquée par le manque de standardisation des procédures [24].

Néanmoins, malgré ces limites, l'hypnose a fait ses preuves, qu'elle ait été intégrée à la chirurgie en pré- ou en peropératoire. Dans le premier cas, deux procédures peuvent être utilisées: soit le patient est mis en état d'hypnose quelques minutes ou quelques jours avant la chirurgie par un praticien, soit le patient est invité à écouter un enregistrement audiophonique, spécialement conçu dans ce but. Après une induction en transe hypnotique, l'hypnothérapeute ou l'enregistrement suggère des sensations de bien-être, d'analgésie, de confort abdominal. Avant l'acte chirurgical, le patient sort de cet état et subit son intervention sous anesthésie générale, de manière classique. Le bénéfice de cette technique a été largement démontré en chirurgie du sein : réduction des douleurs, des nausées et des vomissements postopératoires [10, 11], mais aussi diminution de l'anxiété postopératoire en chirurgie cardiaque [12], en chirurgie pédiatrique [13] et en chirurgie ambulatoire [14].

Lorsque l'hypnose est utilisée en peropératoire, elle est associée à une sédation consciente intraveineuse et une anesthésie locale (si chirurgie) et ainsi elle constitue une alternative à la sédation inconsciente ou à l'anesthésie générale. En chirurgie plastique, il a été démontré à plusieurs reprises [6,15] que les patients opérés sous hypnosédation consomment moins d'antalgiques et de sédatifs en postopératoire, présentent moins de nausées et de vomissements aussi. Lors d'une thyroïdectomie, les patients opérés sous hypnosédation sont plus stables hémodynamiquement, tout en présentant moins d'anxiété, moins de douleurs, de nausées postopératoires, moins de fatigue et reprennent leurs activités professionnelles plus rapidement que ceux opérés sous anesthésie générale [7]. Des résultats similaires ont été rapportés lors d'actes de radiologie interventionnelle pratiquée sous hypnose par rapport à un groupe contrôle [16]. Plus récemment encore, lors d'extractions de dents de sagesse, les patients sous hypnosédation sont moins algiques que les patients qui écoutent de la musique. Ils consomment moins de sédatifs et d'antidouleurs en postopératoire [17].

Si plusieurs études ont montré l'intérêt de l'hypnosédation en chirurgie plastique (lifting), maxillo-faciale (extraction de dents de sagesse), cervico-faciale (thyroïdectomie)... celle-ci peut se pratiquer aussi, suivant les équipes chirurgicales, pour d'autres types d'interventions: curiethérapie de sein, chirurgie vasculaire (endartériectomie de carotides, cure de varices des membres inférieurs), gynécologique (hystérectomie par voie vaginale), orthopédique

(arthroscopie genou), ORL (septorhinoplastie), abdominale (hernie inguinale ou ombilicale...), etc.

L'hypnosédation, en chirurgie, a cependant ses limites : appliquée lors des cholécystectomies par voie laparoscopique, 4,55% des interventions ont dû être converties en anesthésie générale pour inconfort du patient [25].

Enfin, l'hypnose peut être également utilisée, seule, pour la prise en charge de différents soins douloureux. Elle est particulièrement intéressante en pédiatrie, car les enfants sont facilement hypnotisables. On peut leur proposer cette technique d'analgésie pour la pose de cathéters centraux [26], les ponctions de moelle ou pour les pansements au centre des brûlés. Chez les adultes, elle peut être pratiquée aussi en endoscopie digestive, chez les brûlés ou lors des accouchements [2,18].

UTILISATION EN PRATIQUE CLINIQUE : DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE À LA CHIRURGIE SOUS HYPNOSÉDATION, PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

L'hypnose conversationnelle, ne nécessitant pas une transe hypnotique classique, peut être employée comme outil de communication. Elle consiste à mobiliser l'inconscient du sujet tout en conversant avec lui. Cette approche va permettre au patient d'accéder à ses propres ressources tout en les utilisant de la façon la plus adaptée pour lui.

La technique en est simple. L'emploi de la négation est à éviter. Lors d'un examen radiologique, par exemple, si vous dites à un patient : « ne pas bouger », il ne pensera qu'à remuer. Il est plutôt recommandé de dire : « restez calme, fixe, immobile, comme si vous étiez dans votre lit ». Si vous prétendez à un patient : « cela ne fait pas mal », le cerveau n'entendra que « mal » et c'est l'effet inverse qui sera obtenu.

De plus, il peut être proposé au patient de se projeter dans le futur. Ce dernier peut alors imaginer une action qu'il pourrait avoir le plaisir d'effectuer lorsque le soin ou le pansement sera terminé.

La régression en âge est également utilisée en hypnose conversationnelle afin de rééduquer, par exemple, un membre handicapé. L'hypnothérapeute porte l'attention du patient sur ce que la main, la jambe étaient capables de faire auparavant, afin de réapprendre à se servir de celle-ci.

Et enfin, lors de la prescription d'un médicament, une suggestion peut être insérée afin d'initier déjà un début de confort et de bien-être dès la première prise du médicament [1].

A la portée de tous, l'hypnose conversationnelle est une technique qui demande peu de moyens, mais a de grands effets, notamment pour la prise en charge de la douleur de différents actes comme la pose de voie veineuse, de cathéter péridural ou encore la réalisation d'anesthésie locorégionale. Il s'agit de communiquer autrement, au quotidien [27].

Lors d'un acte chirurgical, l'hypnosédation est utilisée, en association avec une anesthésie locale, comme alternative à une anesthésie générale. Les contre-indications de cette technique sont peu nombreuses. La première est simplement le refus du patient de participer activement. Ensuite, l'intervention doit pouvoir se réaliser sous anesthésie locale, le patient ne devant pas être allergique aux anesthésiques locaux. Le patient doit aussi être capable de rester couché, il ne doit pas souhaiter « dormir » lors de la chirurgie, ni être sourd. Il doit comprendre la langue parlée par l'anesthésiste et ne pas présenter de déficit cognitif important. De plus, l'hypnose nécessite un anesthésiste formé aux techniques hypnotiques et une équipe opératoire motivée. Cette façon de travailler implique que l'anesthésiste et son équipe doivent adapter leurs habitudes de travail : l'anesthésiste doit apprendre à gérer l'inconfort de son patient conscient. Le bruit de fond qui règne en salle d'opération doit être diminué, mais une collaboration étroite et une communication continue entre infirmiers, anesthésistes et chirurgiens doivent toujours être assurées. Malgré ces légères contraintes, l'équipe toute entière en retire un bénéfice, car un environnement calme augmente les performances et permet d'améliorer aussi la relation patient-équipe opératoire. Le patient est considéré ainsi dans son ensemble : corps et esprit.

La consultation préopératoire est menée classiquement. L'anesthésiste détaille au patient les trois grandes composantes de l'hypnosédation, à savoir, la sédation intraveineuse consciente, l'hypnose et l'anesthésie locale réalisée par le chirurgien. Il le prévient qu'il est toujours possible de passer en anesthésie générale que ce soit pour des raisons chirurgicales ou pour échec de la technique. Cette conversion est extrêmement rare (0,23% dans notre expérience) si l'indication de l'hypnosédation est bien posée.

Le jour de l'intervention, le patient doit respecter les règles de jeûne et reçoit, en général, une préanesthésie à base d'alprazolam 0,5 mg. A son arrivée en salle d'opération, un monitoring adéquat est installé (mesure de la fréquence cardiaque, de la saturation en oxygène et de la capnométrie en continu, de la pression artérielle) et une perfusion intraveineuse est mise en place. De l'oxygène lui est administré. Lors de l'installation, le patient révèle à l'anesthésiste le sujet du vécu agréable qu'il a choisi de revivre. L'anesthésiste pose quelques questions afin d'avoir quelques renseignements supplémentaires pour accompagner le patient le plus correctement possible. Du midazolam (0,25-0,5 mg) est parfois injecté, ainsi que du rémifentanyl (0,03 à 0,1 µg/kg/min). De la clonidine y est parfois associée.

L'induction hypnotique peut alors commencer. Elle prend 5 à 10 minutes. L'anesthésiste va fixer l'attention du patient sur un point du plafond ou bien sur la respiration et petit à petit, le patient va se détendre et se relâcher, ce qui va lui permettre de retrouver dans sa mémoire des souvenirs agréables. Une musique calme et douce, souvent des bruits de la nature, est lancée et l'anesthésiste prend une voix monotone. Cette voix va accompagner le patient dans ce vécu agréable tout en lui répétant de nombreuses suggestions positives de bien-être, en parlant de préférence au cours de l'expiration du patient.

Pendant la chirurgie, l'anesthésiste va observer étroitement son patient et le monitoring. Il va adapter la sédation et collaborer avec le chirurgien, par exemple, en anticipant certains gestes plus douloureux. Lors de l'induction hypnotique un code « inconfort » est établi avec le patient (froncer les sourcils, serrer la main, ...) et c'est l'anesthésiste qui répercute le message de gêne

au chirurgien qui de son côté peut réinjecter de l'anesthésique local ou réduire la traction sur les tissus. Les antalgiques sont administrés en peropératoire de manière classique.

La fin de l'hypnosédation coïncide avec la fin de la chirurgie. L'anesthésiste signale au patient que l'intervention est terminée, il lui propose d'ouvrir les yeux quand il le souhaite et lui suggère de se sentir « frais et dispos », dans le lieu où s'est passée la chirurgie. Le rétablissement du contact avec le monde extérieur se fait en 30 secondes. Le séjour en salle de réveil, n'est pas utile sauf si la chirurgie le nécessite (surveillance de saignement post thyroïdectomie par exemple). Dans la majorité des cas, les patients peuvent rentrer dans leur chambre directement.

Il s'agit donc d'une technique qui permet de réaliser des actes douloureux tout en laissant le patient conscient, mais distrait. Cette technique est sécurisante, sûre et reproductible. Elle est peu coûteuse et demande peu d'investissement en matériel. Les équipes qui acceptent de travailler avec cette technique doivent être motivées et prêtes à changer leur habitude de travail et leur prise en charge des patients.

CONCLUSION

L'hypnose est un état de conscience modifié entraînant une diminution de la perception douloureuse par une augmentation de la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire antérieur et un large réseau neuronal de structures corticales et sous-corticales impliquées dans les différentes composantes de la douleur (sensitives, affectives, cognitives et comportementales). Cette modification de l'état de conscience est associée à une augmentation de débit sanguin au niveau des cortex occipital, pariétal, précentral, préfrontal et cingulaire avec désactivation du précunéus.

Bien que connue de longue date, ce n'est que depuis peu que l'hypnose est utilisée couramment comme technique anesthésique ou analgésique lors de procédures interventionnelles douloureuses. Le recours à cette technique plutôt qu'à une anesthésie générale permet, en peropératoire, d'obtenir une stabilité hémodynamique et respiratoire plus importante, de diminuer la consommation d'antalgiques et de sédatifs. En postopératoire, moins de nausées et de vomissements, de douleur, d'anxiété et de fatigue sont observés. L'hospitalisation est raccourcie et la reprise des activités professionnelles est accélérée dans le groupe « hypnosédation ».

Pour augmenter le nombre de patients pouvant bénéficier de cette technique, il serait utile de l'enseigner au cours de la spécialisation en anesthésie-réanimation comme l'est par exemple l'anesthésie locorégionale.

RÉFÉRENCES

- [1] Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Paris: Maloine; 2007.
- [2] Hammond DC. Hypnosis as sole anesthesia for major surgeries: historical and contemporary perspectives. *Am J Clin Hypn* 2008; 51:101-21.
- [3] Gorton BE. The physiology of hypnosis. *Psychiatr* 1949; 23: 317-43, 457-85.
- [4] Demertzi A, Soddu A, Faymonville ME, et al. Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. *Prog Brain Res* 2011; sous presse.
- [5] The Executive Committee of the American Psychological Association. Division of Psychological Hypnosis: Definition and description of hypnosis. *Contemp Hypnosis* 1994; 11: 142-62.
- [6] 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: 361-67.
- [7] Defechereux T, Degauque C, Fumal I, et al. Hypnosedation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study. *Ann Chir* 2000; 125: 539-46.
- [8] Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 327-33.
- [9] Laureys S, Goldman S, Phillips C, et al. Impaired effective cortical connectivity in vegetative state: Preliminary investigation using PET. *Neuroimage* 1999; 9: 377-82.
- [10] Enqvist B, Björklund C, Engman M et al. Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. A prospective, randomized and blinded study. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41: 1028-32.
- [11] Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, 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.
- [12] De Klerk JE, Du Plessis WF, Steyn HS et al. Hypnotherapeutic ego strengthening with male South African coronary artery bypass patients. *Am J Clin Hypn* 2004; 47: 79-92.
- [13] Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Ped Anesth* 2005; 15: 275-81.
- [14] Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006; 102: 1394-6.
- [15] Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, et al. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth* 1995; 20: 145-51.

- [16] Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG et al. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol* 2008; 19: 897-905.
- [17] Mackey EF. Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: A randomized, blind, controlled study. *Int J Clin Exp Hypn* 2010; 58: 21-38.
- [18] Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *Br J Anaesth* 2004; 93: 505-11.
- [19] Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000; 92: 1257-67.
- [20] Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage* 2009; 47: 1047-54.
- [21] Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999; 11: 110-25.
- [22] Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cogn Brain Res* 2003; 17: 255-62.
- [23] Faymonville ME, Vogt B, Maquet P, et al. Hypnosis and cingulate-mediated mechanisms of analgesia. In: Vogt B, editor. *Cingulate Neurobiology and Disease*. Oxford University Press; 2009. p 381-400.
- [24] Wobst AH. Hypnosis and surgery: past, present and future. *Anesth Analg* 2007; 104: 1199-208.
- [25] Séfiani T, Uscain M, Sany JL, et al. Cœlioscopie sous anesthésie locale et hypnosédation, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernies. *Ann Fr Anesth Reanim* 2004; 23: 1093-101.
- [26] Von Ungern-Sternberg BS, Habre W. Hypnosis as an alternative to avoid general anesthesia in a child with severe pulmonary arterial hypertension. *Pediatr Anesth* 2009; 19: 182-3.
- [27] Faymonville ME, Bejenke C, Hansen E. Hypnotic Techniques. In: Cyna AM, editor. *Handbook of communication in anesthesia and critical care*. Oxford University Press; 2010. p 249-61.