

L'utilisation de l'hypnose en anesthésie, l'expérience de l'endoscopie digestive

Docteur Philippe Rault

Anesthésiste Réanimateur

Praticien en hypnose (IMHERB*)

Service d'Anesthésie Réanimation 1

Professeur Yannick Mallédant

CHU Pontchaillou

Rue Henri Le Guilloux

35033 Rennes – France

philippe.rault@chu-rennes.fr

*Institut Milton Erickson Rennes-Bretagne

Points essentiels

- 1 – On doit à Milton H. Erickson l'approche et l'usage moderne de l'hypnose médicale.
- 2 – L'hypnose associée à une sédation intraveineuse, hypnosédation, permet la réalisation d'examen complémentaires et de certains actes chirurgicaux dans de bonnes conditions techniques.
- 3 – La transe est un processus dynamique naturel dans lequel le sujet modifie son orientation à la réalité avec focalisation vers le vécu intérieur.
- 4 – Les techniques d'hypnoses, basées sur une communication particulière verbale et non verbale, permettent de générer un état de transe.
- 5 – L'état de transe hypnotique s'accompagne d'une indifférence aux sensations douloureuses, d'une immobilité et d'une hypotonie
- 6 – L'accompagnement dans un vécu agréable est la modalité la plus fréquente d'accès à l'état de transe hypnotique.
- 7 – Surdité, troubles majeurs du comportement, allergie aux anesthésiques et antécédents de chirurgie abdominale représentent les contre-indications les plus habituelles à l'usage de l'hypnosédation pour les coloscopies.
- 8 – Lors de la consultation pré-anesthésique, l'information au patient concerne l'anesthésie générale et l'hypnosédation. La conversion de l'hypnosédation en anesthésie générale est évoquée.
- 9 – L'information concerne également les intervenants de la structure dans laquelle se pratique l'hypnosédation.

1 - Historique

Au XVIII^e siècle Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin autrichien, pense qu'un fluide magnétique corporel dérégulé est susceptible de provoquer une maladie. Mesmer utilise son fluide pour recréer l'harmonie et ainsi soigner ses patients.

Par la suite, John Elliotson (1791-1868) et James Esdaille (1818-1859) mettent en évidence une amélioration de la survie des patients lorsque l'hypnose est utilisée lors des interventions chirurgicales. Le protoxyde d'azote, l'éther et le chloroforme réduiront progressivement l'usage anesthésique de l'hypnose.

Au XX^e siècle, 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 médicale contemporaine. Elle se place dans le champ des psychothérapies en général et dans celui des thérapies brèves en particuliers.

Depuis les années 1980, l'hypnose suscite de nouveau l'intérêt des anesthésistes et, en septembre 1988 au Mexique, Jorge Abia réalise une transe hypnotique permettant la première cholécystectomie avec hypnose. Dans les années 1990 au CHU de Liège (Belgique), le Dr Marie-Elisabeth Faymonville développe la technique d'hypnosédation (hypnose associée à une sédation intraveineuse) avec laquelle elle réalise plus de 3500 interventions chirurgicales dont une très grande proportion de thyroïdectomies. Enfin une équipe française utilise l'hypnosédation pour la réalisation de cholécystectomies.

A la lumière de ces pratiques, certains anesthésistes se sont interrogés sur l'opportunité d'offrir une alternative à l'anesthésie générale pour la réalisation des endoscopies digestives. L'hypnose représente une réponse possible pour la réalisation des coloscopies longues.

2 – Le processus de transe hypnotique

21 - La transe est un 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. C'est de cela dont il s'agit lorsque, concentré sur une pensée spécifique, notre environnement immédiat disparaît de notre champ de conscience : notre corps est "ici" mais notre esprit est "ailleurs". Cet état se rencontre aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant dont on dit alors qu'il est "dans la lune".

22 – L'hypnose, une technique d'accès à la transe.

L'hypnose moderne est issue de la pratique de Milton H. Erickson analysée par les fondateurs de l'Ecole de Palo Alto – Californie. Ces auteurs ont mis en évidence les techniques communicationnelles utiles à l'induction d'un état de transe.

23 – Clinique de la transe hypnotique

Le processus de transe s'accompagne de phénomènes particuliers :

- Distorsion du temps : l'évènement vécu par le patient peut lui paraître plus long ou plus court que dans la réalité,

- Modifications des perceptions douloureuses : la composante émotionnelle de la douleur est modifiée et la sensation douloureuse est d'avantage analysée comme un inconfort. Une analgésie parfaite est parfois observée.

- Modifications du tonus musculaire : hypotonie et immobilité sont fréquentes mais certaines parties du corps (les membres supérieurs) peuvent être le siège d'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.

Ces phénomènes sont intéressants pour un anesthésiste car ce sont ceux recherchés lors d'une anesthésie chimique (narcose, analgésie, curarisation) : on peut donc indiquer que l'état de transe est une variation sur le thème de l'anesthésie générale, une anesthésie générale physiologique générée par le patient lui-même : distorsion temporelle/narcose, modification des perceptions douloureuses/analgésie, hypotonie/curarisation. La transe hypnotique est donc une alternative éthique entre les mains des anesthésistes soit utilisée seule soit en complément d'une anesthésie générale ou locorégionale.

24 – Signes paracliniques

L'électro-encéphalogramme (EEG) a été utilisé dans le but d'obtenir des tracés caractéristiques de transe : si aucun tracé spécifique n'a été enregistré, l'EEG apporte la preuve que l'état de transe hypnotique n'est pas un sommeil.

La 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.

3 – La transe hypnotique

31 – Les suggestions

La transe hypnotique est obtenue par la parole et principalement par l'emploi de suggestions indirectes : celles-ci permettent de provoquer les modifications de l'état de conscience d'une manière élégante et efficace en respectant le rythme et les valeurs du patient. Elles n'ont rien à voir avec

les suggestions directes de l'hypnotiseur de spectacle : ainsi, là où ce dernier martèlera "vos paupières sont lourdes, vos yeux se ferment et vous aller dormir", l'hypnothérapeute énoncera "lorsque vous le désirerez ..., à votre rythme ..., vos paupières pourront s'abaisser". L'induction de la transe hypnotique débute souvent par la fixation du regard, la fermeture des yeux, la suggestion de relaxation musculaire puis l'accompagnement dans un souvenir agréable définit lors de la consultation préanesthésique : cette induction dure entre 5 et 10 minutes. Elle se déroule au mieux dans un environnement calme.

32 - La grammaire de l'hypnose

321 - Le comportement verbal

Comprend tout ce qui concerne le choix des mots et expressions employées : ainsi on utilisera tout ce qui peut suggérer le calme, la confiance en soi, la détente et on évitera les expressions comme "je vous pique, vous n'aurez pas mal" ou des phrases comme "ce colon est mal préparé" ou "le colonoscope est encore détraqué" qui peuvent procurer un sentiment d'insécurité.

322 - Le comportement paraverbal

Concerne la manière d'exprimer les mots. Les mots s'accordent si possible sur le rythme respiratoire du patient et sur l'expiration et certains sont mis en évidence en les entourant d'une courte pause : "vous aurez la surprise de ressentir une ... détente ... s'installer progressivement". Enfin le ton de la voix plutôt monotone incite le patient au calme, à la rêverie.

323 - Le comportement non verbal

Fait référence à nos attitudes et nos comportements ainsi qu'à notre manière de nous déplacer. Une ambiance agitée dans un bloc opératoire ou dans une salle d'examen remplie de personnes allant et venant en tous sens, s'apostrophant d'une porte à l'autre n'incitent ni à la sérénité ni au calme. Comment dans ces conditions pouvons nous demander à notre patient de "rester calme" !

4 – L'hypnosédation

Associe hypnose et sédation intraveineuse consciente. Le choix des produits est laissé au choix de chaque praticien en fonction de ses habitudes. Les produits suivants ont été employés avec succès :

- Rémifentanyl 0,02 à 0,075 µg/kg/mn sur pousse seringue électrique
- Alfentanyl par bolus de 50 à 100 µg
- Midazolam par bolus de 0.25 à 0,5 mg IV
- Propofol en utilisant la technique de sédation autocontrôlée : bolus de 10 mg, injection sur 1 minute, période réfractaire de 1 minute. Dans notre expérience, les doses varient de 0 à 20 mg de propofol par coloscopie.

5 – Indications – Contre-indications

51 - L'hypnosédation ou l'hypnose seule peuvent être indiquées :

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

52 - Contre-indications

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

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

Les antécédents d'intervention abdominale à l'origine d'adhérences coliques rendent l'examen plus difficile et souvent très douloureux.

6 - La coloscopie

61 – La consultation pré-anesthésique

Comprend la consultation prévue par la loi de décembre 1994 qui s'associe à la description de la technique d'hypnose et d'hypnosédation. A l'issue de la consultation il est demandé au patient de réfléchir sur un

thème de promenade ou de souvenir agréable qui sera le moyen de générer la transe hypnotique.

Il est aussi expliqué au patient que, si cela s'avère nécessaire, une anesthésie générale est possible.

62 – Le jour de l'examen

621 - Le patient est à jeun, prémédiqué (Atarax® 100 mg), une voie veineuse est posée ainsi que le matériel de surveillance paraclinique adapté.

Le personnel de la salle d'examen observe un calme rassurant, de la musique peut accompagner le patient.

622 - L'induction de la transe hypnotique utilise un ou plusieurs de ces éléments:

- Prise de conscience de la respiration dans ses 2 composantes d'inspiration et d'expiration. Ceci a l'avantage de permettre de focaliser l'attention du patient et de créer une dissociation.
- Relaxation corporelle qui débute des pieds à la tête (ou l'inverse).
- Le thème de la transe est alors évoqué et l'examen peut commencer.

Si un inconfort survient pendant l'examen, le patient le signale à l'anesthésiste par un code évoqué lors de la consultation pré-anesthésique : ce code est en général un signe de la main ou une parole. Le coloscopiste en est alors averti et une sédation intraveineuse peut être administrée en fonction des habitudes de chaque anesthésiste.

Les biopsies sont envisageables, elles sont le plus souvent totalement indolores.

En cas de douleur incontrôlable, la conversion en anesthésie est réalisée.

Dans notre expérience, le pourcentage peut être estimé à environ 5%.

623 – Lorsque l'examen se termine, le patient est invité à sortir progressivement de transe, à se réorienter dans l'espace de la salle d'examen, à retrouver ses sensations corporelles habituelles.

Il convient de préciser au coloscopiste de rester "sobre" dans l'évocation des conclusions de son examen. En effet le patient se trouve dans un état psychologique tel que tous ses processus de habituels de protection sont encore partiellement altérés par la transe : certaines informations peut alors être mal interprétées.

Le patient est ensuite dirigé en salle de réveil avant de regagner rapidement sa chambre et y prendre une collation. La sortie est ensuite possible en fonction de l'organisation de chaque structure.

7 – Stratégie de mise en place

71 – Sélection des patients

Nous avons indiqué que l'état d'hypnose est un état naturel et d'apparition spontané dans la vie quotidienne. Le médecin qui pratique laisse s'exprimer puis entretient la transe hypnotique pendant toute la durée de la coloscopie. A condition de respecter les contre-indications (surdité et troubles majeurs du comportement), la technique est applicable à tout patient à condition que celui ci soit demandeur et motivé.

Ceci explique :

- l'importance de l'entretien "pré-hypnose" lors de la consultation d'anesthésie pendant laquelle les motivations du patient sont explorées,
- l'inutilité d'une transe d'essai préalable puisque "tout le monde est hypnotisable".

72 – Information de l'équipe

Si le patient et le thérapeute doivent être motivés, il en va de même de l'équipe au sein de laquelle la coloscopie est effectuée. D'où la nécessité de mettre en place une réunion d'information au cours de laquelle seront expliqués non seulement l'hypnose elle même, mais aussi l'importance du cadre de calme et de sérénité propices au succès de la technique. Ainsi, chaque élément de l'équipe devient un acteur de la coloscopie avec, comme élément central, le patient.

73 – Qui peut pratiquer l'hypnose?

La pratique de l'hypnose requiert un savoir faire enseigné dans des centres de formation. Ensuite, l'hypnose peut être effectuée :

- par le médecin anesthésiste : c'est la cas le plus habituel,
- par l'Infirmière Anesthésiste (IADE),
- par un médecin non anesthésiste : ce peut être le coloscopiste lui même, un psychiatre ou un médecin généraliste,
- par un non médecin : psychologue par exemple.

Il nous semble que ce qui peut limiter l'extension de la technique d'hypnose est l'isolement du praticien qui serait le seul à exercer dans sa structure : le partage d'expérience est dynamisante.

8 – Conclusion

L'hypnosédation représente une technique alternative crédible et éthique pour la réalisation des coloscopies longues. Si la durée de l'examen est en général allongée, la durée du passage en salle de surveillance post-interventionnelle est réduite et la sortie de l'établissement accélérée.

Enfin, les patients dont l'état nécessite une autre coloscopie sont prêts à envisager de nouveau l'hypnosédation comme technique d'analgésie.

Il reste probablement à favoriser la formation de nouveaux praticiens pour développer un savoir faire qui débouchera assurément sur de nouvelles indications.

Bibliographie, références bibliographiques

Publications

Defechereux Th., Degauque C., Fumal I., Faymonville M.E., Joris J.
L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie
endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. Ann Chir 2000;
125: 539-46

Sefiani T., Uscaïn M., Sany J.L et al. Laparoscopy under local anesthesia
and hypnoanesthesia about 35 cholecystectomies and 15 inguinal repair.
Ann Fr anesth Reanim 2004; 23(11):1093-1001

Cadranel J.F., Benhamou Y., Zylberberg P. et al. Hypnotic relaxation: a new
sedative tool for colonoscopy? J Clin Gastroenterol. 1994;18(2):127-9

Faymonville M.E. L'hypnose en anesthésie-réanimation : de l'application
clinique aux mécanismes cérébraux – Thèse : Université de Liège, Faculté
de médecine 2002; 242p

Faymonville M.E., Laureys S., Degueldre Ch. Neural Mechanisms of
Antinociceptive Effects of Hypnosis. Anesthesiology 2000;92(5) :257-67

Faymonville M.E., Mambourg P.H., Joris J. Psychological approaches during
conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a
prospective randomized study. Pain 1997; 73: 361-67

Marchand Ph. Quelle place pour l'hypnose en anesthésie ? Cahiers
d'Anesthésiologie 1998;56(6):415-18

Rodney WM, Dabov G, Orientale E, Reeves WP. Sedation associated with a
more complete colonoscopy. J Fam Pract. 1993;36(4):394-400

Salmon P, Shah R, Berg S, Williams C. Evaluating customer satisfaction
with colonoscopy. Endoscopy 1994;26(4):342-46