

HYPNOSEDATION

Pour tout renseignement,
n'hésitez pas à contacter le
Dr Michèle FOSTIER au
081/42 39 08
michele.fostier@uclouvain.be

Pourquoi, Pour qui, Comment ?

La technique d'hypnosédation repose sur la personnalisation et l'intensification de la relation patient-anesthésiste. La relation de confiance, instaurée avant l'opération, est prolongée pendant et après la chirurgie. Cette attitude et cette relation sont adaptées aux besoins du patient tout au long de ces trois périodes. La technique d'hypnosédation exige également une **collaboration étroite entre chirurgien, anesthésiste, infirmier(e)s et patient.**

Lors de la consultation chirurgicale, le praticien évoque l'existence de cette technique d'anesthésie dont la réalisation dépendra de plusieurs paramètres : possibilité de réaliser le geste opératoire sous anesthésie locale, volume et doses d'anesthésiques locaux probablement nécessaires pour l'infiltration, expérience chirurgicale et motivation du chirurgien à travailler avec un patient conscient et, bien sûr, désirs du patient.

Les avantages de la techniques sont :

- L'absence d'effets indésirables (nausées, vomissements, sédation, troubles de mémoire ou de concentration, effets hémodynamiques ou dépression respiratoire...) liés à une anesthésie.
- La récupération rapide après l'intervention et la possibilité de se réalimenter dès le retour en chambre.
- Une diminution des douleurs postopératoires à court, moyen et long terme.
- Le vécu d'une expérience agréable.
- Une ambiance détendue et calme favorable à un travail encore plus efficace de l'équipe médico-chirurgicale ayant en charge le patient.

La consultation préanesthésique.

Comme avant toute intervention, le patient est référé à la **consultation préanesthésique** laquelle comporte une anamnèse médicochirurgicale, un examen clinique et la programmation éventuelle d'examens complémentaires. L'anesthésiste-réanimateur présente ensuite au patient l'état d'hypnose comme étant un « état de focalisation de l'attention » permettant au patient de s'extraire de la réalité chirurgicale et de s'évader dans ses propres vécus agréables. L'accent est mis sur la **participation active du patient** : c'est lui qui se place dans cet état, en aucun cas il ne se soumet à la volonté de l'anesthésiste. Dès lors, une collaboration avec l'anesthésiste est indispensable afin que celui-ci puisse créer les conditions favorables à l'instauration de l'état d'hypnose par le patient. La motivation et la confiance du patient dans l'équipe opératoire jouent donc un rôle important. Le patient est informé de l'administration de très faibles quantités d'anxiolytiques et d'analgésiques en fonction des besoins et de l'infiltration de la région opératoire avec un anesthésique local.

La motivation et la confiance du patient dans l'équipe opératoire jouent donc un rôle important.

Les contre-indications.

Les contre-indications à l'hypnosédation sont peu nombreuses : surdité, atteinte cognitive sévère (ex : démence, arriération mentale...) ou graves désordres psychiatriques, allergie aux anesthésiques locaux ou décubitus dorsal impossible. Un stress important chez le patient ne constitue certainement pas une contre-indication.

Pratiquement tout un chacun est capable, à des degrés divers, de se mettre en état d'hypnose. Il est important d'insister aussi sur le fait qu'à tout moment, l'anesthésiste peut approfondir la sédation, voire dans de rares cas passer à l'anesthésie générale.

Aucun test d'hypnotisabilit  ou « d'essai à blanc » n'est réalisé avant la chirurgie.   l'issue de l'entretien, le patient accepte ou récuse l'hypnosédation.

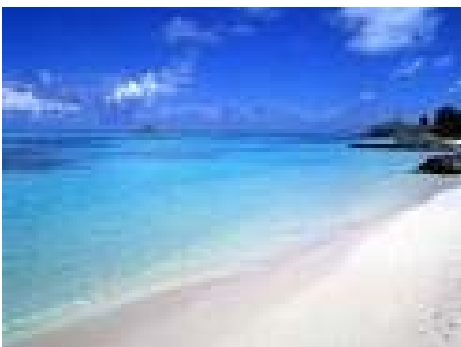
L'intervention chirurgicale.

Dans la majorité des cas, il entre à l'hôpital le jour même de l'intervention chirurgicale. Un jeûne préopératoire de six heures est exigé. Dès son arrivée, il reçoit 0,25 mg à 0,5 mg d'alprazolam (Xanax[®]) par voie orale afin de faciliter l'attente de la chirurgie. En salle d'opération, comme pour toute anesthésie, un abord veineux est mis en place pour permettre l'administration de sédatifs et le traitement de tout incident périopératoire.

Le patient fait l'objet d'une surveillance cardiaque et respiratoire (ECG, PA, SpO₂, fréquence respiratoire) comme pour toute anesthésie. Il est invité à choisir un ou des  v nements agréables qu'il souhaiterait revivre en cours de chirurgie. Quelques précisions concernant ce souvenir et la préférence sensorielle du patient (visuelle, auditive ou kinesthésique) permettent à l'anesthésiste d'adapter l'accompagnement du patient.

Une fois le patient installé pour l'opération, l'induction hypnotique peut commencer. Cette induction comprend en fonction du patient :

- une fixation du regard
- la fermeture des yeux, lesquels peuvent aussi rester ouverts selon le désir du patient
- une relaxation musculaire progressive avec détente agréable et l'accompagnement par l'anesthésiste dans le vécu agréable.



Le patient se focalise sur lui-même et entre dans l'état hypnotique. L'induction hypnotique dure 5 à 10 minutes. Après cette induction, l'anesthésiste commence la sédation intraveineuse consciente : actuellement, administration de bolus de 0,1-0,5 mg de midazolam (Dormicum[®]) IV associés soit à des injections itératives de bolus de 50 μ g d'alfentanil (Rapifen[®]), soit à une perfusion continue 0,02 à 0,08 μ g/kg/min de r mifentanil (Ultiva[®]).

La désinfection de la région opératoire puis la pose des champs sont réalisées de manière classique. Le chirurgien procède à l'anesthésie locale.

Une ambiance musicale « relaxante » aide le patient à se focaliser sur son vécu agréable.

L'anesthésiste reste auprès de son patient, lui parle, afin de l'assister psychologiquement et d'entretenir l'état hypnotique tout en surveillant constamment les paramètres vitaux. L'observation attentive du patient permet de déceler immédiatement tout signe d'inconfort, d'adapter la sédation consciente et d'inviter, en cas de besoin, le chirurgien à faire une réinjection d'anesthésique local au niveau du site opératoire. Une ambiance musicale « relaxante » aide le patient à se focaliser sur son vécu agréable et permet à l'anesthésiste de diminuer son débit de paroles.

Un isolement sensoriel relatif est nécessaire au patient en cours de chirurgie (abaissement des volumes sonores du monitoring, des alarmes et des sonneries téléphoniques, conversation chuchotée). **Cette ambiance calme et détendue est, à l'évidence, favorable à une meilleure concentration de l'équipe médicochirurgicale sur le travail à réaliser.** Cette équipe doit être soudée en vue d'un **objectif commun : le bien-être du patient.** Les gestes du chirurgien doivent être doux et précis. L'anesthésiste, tout en tenant compte des besoins du chirurgien, doit aussi être très attentif à ceux du patient. L'équipe infirmière anticipe les besoins des différents intervenants et cela dans un calme relatif.

En fin d'intervention, le patient est informé de l'achèvement de l'acte et est invité à sortir de l'état d'hypnose.

Le patient peut retourner directement dans sa chambre sauf en cas de chirurgie cervicale où il est observé pendant une heure environ, en salle de réveil (risque hémorragique potentiel). Dès le retour en chambre, il peut s'alimenter et, habituellement, être autorisé à déambuler rapidement.



Les conditions nécessaires à la réalisation de cette technique anesthésique sont :

- une chirurgie permettant une infiltration d'anesthésiques locaux au niveau du site opératoire (tenir compte des quantités maximales d'anesthésiques locaux pour le patient) ;
- un patient désirant rester conscient en cours de chirurgie ;
- une équipe opératoire ayant une bonne expérience chirurgicale et une grande habilité ;
- un anesthésiste formé aux techniques d'hypnose : pour Mont Godinne, il y a actuellement le Dr M. FOSTIER, joignable au 081/42 39 08 ou par mail : michele.fostier@uclouvain.be et qui assure les consultations préopératoires au CMCA à raison d'une journée tous les 15 jours (081/42 36 71) .

Les Principales Indications sont reprises ci-dessous

Différents types de chirurgies ou actes pouvant être réalisés sous anesthésie locale et hypnosédation

Chirurgie mineure	Chirurgie majeure
- correction cicatrices	- lobectomie thyroïdienne
- extraction de dents de sagesse	- thyroïdectomie totale
- correction d'oreilles décollées	- parathyroïdectomie
- turbinoplastie - septoplastie	- prothèses mammaires
- réduction fracture de nez	- ptose et réduction mammaires
- changement pansements de patients brûlés	- lifting visage, cou, front
- plastie de paupières	- résection tumeur visage, cou + plastie par lambeau
- lipoaspiration	- septorhinoplastie
- adénomectomie sein	- greffe os pariétal -> maxillaire
- curetage utérin	- résection polypes utérus
- enlèvement matériel ostéosynthèse	- hernie ombilicale ou inguinale par tomie
- varices membres inférieurs	
- arthroscopie du genou	
- Gastro et Colonoscopie	
- Conisation	
- FIV	
- Cure de canal carpien	
- IRM-CT-PetScan (claustrophobes)	
- Cataracte	

Pour tout renseignement,
n'hésitez pas à contacter le
Dr Michèle FOSTIER au
081/42 39 08
michele.fostier@uclouvain.be.

Pour les consultations
d'anesthésie, formez le
081/42 36 71 (Centre de
Chirurgie Ambulatoire).