

Type of the Paper (Article)

THYROIDECTOMIE SOUS HYPNOSE : Intérêt et faisabilité A propos d'une série de dix-neuf patients opérés

D. Ouaret^{1*} – M. N. Baazizi¹- F. Boutarene² – K. Chaou¹;

Université d'Alger Ben Youcef Benkhedda, Faculté de médecine

1 : Clinique Chirurgicale B ; CHU Mustapha, Place du 1^{er} Mai, Alger. Algérie

2 : Département d'anesthésie-réanimation, CHU Mustapha, Place du 1^{er} Mai Alger Algérie

*Corresponding authors Ouaret Djamel, Clinique chirurgicale B, CHU Mustapha, Place du 1^{er} Mai, Alger, Algérie.
ouaretjamel@gmail.com

Résumé :

Introduction :

L'hypnose, comme technique anesthésique, a été utilisée en chirurgie pour différentes interventions mais pas de manière courante. Quelques équipes, notamment celle du professeur Faymonville de Liège, l'ont mis en pratique en chirurgie thyroïdienne.

Nous avons commencé à utiliser cette technique à la clinique chirurgicale B du CHU Mustapha à partir de l'année 2016.

Matériel et méthode :

Nous rapportons les résultats d'une série de 19 patients opérés sous hypnosédation de 2016 à 2018 avec la collaboration du docteur Fatima Boutarene, médecin anesthésiste réanimateur, titulaire d'un diplôme universitaire (DU) en hypnose de l'université de Liège sous la direction du professeur Faymonville.

Nous avons évalué la faisabilité de l'hypnosédation par rapport au respect des impératifs de la chirurgie thyroïdienne.

Résultats :

Nos dix-neuf patients ont été opérés sous hypnosédation, sans aucune conversion à l'anesthésie générale. La technique habituelle de chirurgie thyroïdienne a été respectée chez tous les patients opérés. Aucune complication peri-opératoire n'a été enregistrée.

Discussion :

L'hypnosédation comme technique anesthésique est utilisée de manière courante par plusieurs équipes dont celle du professeur Faymonville de Liège, en Belgique, depuis 2002. Elle se présente comme une alternative à l'anesthésie générale tout en garantissant des résultats équivalents en termes de respect des impératifs de la chirurgie thyroïdienne. Notre étude rétrospective n'a pas retrouvé de différences significatives en termes de difficultés opératoires et de complications peri-opératoires par rapport à l'anesthésie générale.

Conclusion :

L'introduction de l'hypnosédation dans notre pratique de la chirurgie thyroïdienne n'a pas modifié la qualité de nos résultats. Cette technique anesthésique est utilisable en pratique courante par des équipes habituées à la chirurgie thyroïdienne et trouve sa principale indication chez les patients ne pouvant subir une anesthésie générale.

Mots-clés : Chirurgie thyroïdienne, hypnosédation, hypnose, douleur, anesthésie générale, satisfaction.

Introduction :

L'hypnose connue depuis l'antiquité, a été décrite d'abord par Franz Anton Mesmer [1] (1737-1815) dans les années 1770 utilisant le terme de magnétisme, puis introduite dans la sphère médicale par Milton Erickson [2,3], psychiatre américain (1901-1980), au XX^{ème} siècle. Il définit la transe hypnotique comme « un état de conscience dans lequel

Citation: To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name Last name

Received: date:02/02/2025

Revised: date:12/04/2025

Accepted: date:20/06/2025

Published: date:22/06/2025

Copyright: © 2024 by the authors. Submitted publication under the terms and conditions of the Creative Commons

vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages. ». L'hypnose s'impose actuellement comme une alternative à l'anesthésie générale en chirurgie.

L'hypnose dite « éricksonienne » est caractérisée par une approche souple, indirecte (avec l'usage de métaphores) et non dirigiste (à l'inverse typiquement de l'hypnose dite de spectacle). Aujourd'hui, l'hypnose médicale telle qu'elle est enseignée dans les diplômes universitaires (DU) ou les instituts privés est issue de cette approche ericksonienne.

Nous avons mis en pratique cette technique dans notre service pour quelques patients sélectionnés. Pour Theodor Kocher [4] prix Nobel de médecine en 1909 pour ses travaux sur la thyroïde, « Toutes les opérations devraient être réalisées sous anesthésie locale. Il y a toujours deux inconvénients sous anesthésie générale : le nerf récurrent ne peut pas être épargné avec certitude, et la fatigue qui suit l'opération dessert le patient ». L'hypnose est un « état de conscience modifiée caractérisé par une réceptivité augmentée pour la suggestion, ce qui permet le contrôle de la douleur [5] »

Marie Elisabeth FAYMONVILLE [6], spécialiste en anesthésie-réanimation au CHU de Liège a travaillé sur l'hypnose depuis 2002 et a contribué à son utilisation en pratique quotidienne. Dans sa thèse publiée en 2002, « Introduction de l'hypnosédation : technique anesthésique combinant une sédation intraveineuse consciente, une anesthésie locale et un état d'hypnose », elle développe sa technique et présente ses résultats. La transe hypnotique qui amène à l'hypnosédation se présente classiquement en trois phases : induction, transe et réassociation.

Méthodes :

Nature de l'étude et échantillon :

Etude rétrospective et analytique monocentrique réalisée de janvier 2016 à décembre 2018. Notre étude a inclus 19 patients pour lesquels une indication opératoire de thyroïdectomie été posée, pour une pathologie bénigne ou maligne.

Critères d'inclusion :

Tous les patients présentant une pathologie thyroïdienne bénigne ou maligne sont éligible à une hypnosédation. Les patients ont été inclus volontaires et motivés pour la chirurgie sous hypnosédation une fois qu'une information claire sur la procédure leur a été délivrée.

Critères de non-inclusion :

Refus de l'hypnose, une surdité importante, des troubles psychiatriques.

Critères d'évaluation :

- Durée d'intervention
- Respect des règles de la chirurgie thyroïdienne
- Pertes sanguines
- Ressenti des patients opérés : confort per-opératoire, douleur post-opératoire.
- Taux de complications post-opératoires.

Comment se déroule l'hypnose : L'hypnosédation est réalisée par le docteur Fatima Boutarene

Première étape : relaxation musculaire (Méditation) 5 à 10 mn ; Ce temps est mis à profit pour pratiquer l'asepsie du cou et la mise en place des champs opératoires. L'anesthésiste avec une voix basse et monocorde suggère au patient de se concentrer sur son propre corps, d'avoir une respiration ample et lente, ce qui va entraîner un relâchement musculaire, et une fréquence cardiaque ralentie. L'objectif, c'est d'aboutir à un détachement de la réalité.

Deuxième étape : dissociation [7] : Le patient choisi préalablement un élément (une « Safe place »), associé à des connotations positives ou à des souvenirs agréables avec pour objectif une « transe positive »

Troisième étape : Anesthésie locale sur le trajet de l'incision par un mélange de marcaine (3 ml à 2,5 mg/ml) et de xylocaïne à 2% (3 ml).

Pour quelques patients, il a été nécessaire d'injecter de l'Hypnovel (1 ml/5 mg) en IVD.

Quatrième étape : La thyroïdectomie est faite selon la technique habituelle.

En cas de besoin, le patient signale tout éventuel inconfort ou douleur par un signe préétabli à l'avance avec l'anesthésiste : un complément d'anesthésie locale ou d'analgésie intra-veineuse sera rajouté au protocole d'anesthésie.

Fin d'intervention : sortie de la transe hypnotique une fois le pansement terminé.

Dernière étape du procédé : c'est celle de la suggestion post-hypnotique pour pérenniser les effets positifs de l'hypnose



Photo 1 : Initiation de l'hypnose par le Dr Boutarene



Photo 2 : Entretien et l'hypnose pendant L'intervention



Photo 3: Anesthésie locale

Résultats :

Caractéristiques des patients opérés :

- Sexe : Nous avons pris en charge 16 femmes et 03 hommes

Tableau 1: Répartition selon le sexe

Sexe	Nombre
Féminin	16
Masculin	03

- Age :

Tableau 2: Répartition selon l'âge

Tranches d'âge	Nombre
21-30 ans	02
31-40 ans	05
41-50 ans	03
51-60 ans	06
61-70 ans	02
71-80 ans	01

Diagnostics préopératoires (Echographie et cytoponction) :

Tableau 3 : Répartition selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic	Nombre
Goitre bénin en euthyroïdie	08
Goitre bénin en hyperthyroïdie	05
Goitre suspect (TIRAD-Bethesda)	05
Carcinome papillaire	01

Toutes les interventions ont été pratiquées sous hyposédation sans aucune conversion en anesthésie générale.

1. Durée d'intervention :

La durée minimale d'intervention a été de 60 mn, la durée maximale a été de 180 mn. La durée moyenne a été, elle, de 95 mn.

En 2016, nous avons pratiqué 112 thyroïdectomies pour lesquelles la durée minimale d'intervention a été de 60 mn, la durée maximale de 240 mn et la durée moyenne de 130 mn.

Tableau 4: Durée d'intervention

DUREE D'INTERVENTION	NOMBRE DE PATIENTS (19)
60 minutes	03
90 minutes	11
120 minutes	04
180 minutes	01

2. Respect des règles de la chirurgie thyroïdienne :

L'impératif de laisser l'accès à la tête du patient à l'anesthésiste restreint le champ opératoire et de ce fait nous avons dû nous adapter à cette exposition réduite. De même, les gestes chirurgicaux ont été plus précautionneux et plus atraumatique.

Nous avons ainsi respecté toutes les étapes de la chirurgie thyroïdienne, identification du nerf récurrent, recherche et préservations des glandes parathyroïdes.

3. Pertes sanguines : Evaluée sur la quantité de compresses utilisées

Nous n'avons pas utilisé plus de compresses que pour les interventions sous anesthésie générale et aucun patient n'a été transfusé.

4. Ressenti des patients opérés : confort per-opératoire, douleur post-opératoire :

En per opératoire, un complément d'anesthésie locale a été fait sur quatre patient qui nous ont signalé une douleur.

Le séjour en réanimation a été évité du fait du non recours à l'anesthésie générale et tous les patients ont réintégré leur lit dans le service.

5. Complications :

a/ Per opératoire : Transfusion

Aucun patient n'a présenté de perte sanguine nécessitant une transfusion, confortant ainsi le caractère exsangue de la chirurgie thyroïdienne.

b/Post opératoire :

Aucun patient n'a présenté d'hématome de la loge thyroïdienne

Aucun patient n'a signalé de fourmillements des extrémités.

Aucun patient n'a signalé de douleur post-opératoire.

6. Durée du séjour.

La durée de séjour minimale du séjour a été de 02 jours. Trois patients ont séjourné 8 jours du fait de pathologies associées, deux patients sous antivitamine K et un patient présentant une myasthénie. La durée moyenne a été de 4,2 jours.

Tableau 5: Durée du séjour

DUREE DE SEJOUR	NOMBRE DE PATIENTS
02 JOURS	01
03 JOURS	15
08 JOURS	03

7. Anatomico-pathologie :

Diagnostic histologique sur pièce opératoire :

Tableau 6: Diagnostic histologique

Diagnostic	Nombre
Goitre bénin	17
Carcinome papillaire	02

8. Complications post-opératoires à distance :

Une calcémie et une phosphorémie ont été demandée dans le cadre du bilan préopératoire et nous recherchons une modification éventuelle en post opératoire. Tous les bilans de contrôle se sont révélés sans anomalies, concordant avec l'absence de manifestations cliniques d'hypoparathyroïdie chez tous nos patients. Un examen ORL visualisant les cordes vocales est demandé en préopératoire et un contrôle est fait après l'intervention à la recherche d'une lésion récurrentielle. Une paralysie récurrentielle unilatérale a été retrouvée lors du contrôle ORL post-opératoire. Le patient a été orienté en consultation d'orthophonie et a bien évolué.

Aucune paralysie récurrentielle bilatérale n'a été objectivée lors du contrôle ORL post opératoire.

Discussions:

Plusieurs études ont montré que la douleur n'était pas assimilable à un simple stimulus nociceptif mais à un phénomène complexe mêlant compréhension cognitive, émotion et mémoire [8]. Le processus hypnotique induit plusieurs modifications de la conscience associant une dissociation, une distorsion du temps, une modification de la perception douloureuse et des modifications du tonus musculaire. L'hypnose permet de diminuer la composante affective et la composante sensorielle de la stimulation nociceptive.

Les études de neuro-imagerie montrent que l'état d'hypnose correspond à un état de conscience modifiée distinct de l'état d'éveil et du sommeil, associé à l'activation d'un noyau particulier : le cortex cingulaire antérieur [9]. Ce dernier joue un rôle clé dans la régulation des interactions entre les composantes perceptionnelles, émotionnelle et cognitive de la douleur . Le cerveau sous l'effet d'une suggestion hypnotique peut dissocier et moduler les dimensions sensorielle et affective de la sensation douloureuse.

Avantages de l'hypnosédation par rapport à la sédation IV [7]

- 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 :

- Anesthésique local adrénalinés.
- Préservation de la ventilation spontanée et meilleur retour veineux,
- Absence de vasoplégie observée dans les AG.

Le 12 avril 1829, Jules Germain Cloquet (1790-1883), chirurgien français, effectua la première intervention sous hypnose en pratiquant l'ablation d'un sein pour cancer sous sommeil magnétique (hypnose réalisée par M. Chapelain). La patiente ne manifesta aucun signe de douleur.



Photo 4 : Mastectomie sous hypnose

Photo 5 : Jules Cloquet

Jorge Abia, chirurgien brésilien, auteur de 26 manuels d'enseignement de l'hypnothérapie éricksonienne, réalise la première cholécystectomie sous hypnose en 1988[10].

La chirurgie thyroïdienne sous hypnose débute en 1994, avec le professeur Faymonville initiatrice de l'hypnosédation et le professeur Defechereux, chirurgien de l'université de Liège [11].

Tous les patients de notre série ont été opérés en respectant les techniques habituelles de la thyroïdectomie.

L'hypnosédation a été pratiquée telle que décrite dans la littérature, hypnose avec sédation à la demande.

Il existe quelques contraintes dues à l'hypnosédation. La position opératoire en premier lieu, le cou n'est pas en hyperextension étant donné qu'il n'y a pas d'intubation oro-trachéale et que l'accès à la tête du patient est primordial pour l'hypnose.

En second lieu, les gestes opératoires doivent être plus mesurés et moins traumatisants pour ne pas perturber l'hypnose et déclencher une éventuelle douleur.

De ce fait, la durée opératoire est plus longue. Mais entre les premières interventions et les suivantes, nous avons constaté que les temps opératoires se sont rapprochés de ceux des interventions sous anesthésie générale.

Nous n'avons eu aucune complication péri-opératoire, notamment dysphonie ou signes d'hypoparathyroïdie.

Une seule paralysie récurrentielle a été retrouvée lors du contrôle ORL post-opératoire et confiée à l'orthophoniste.

Tous les patients ont rejoint leur lit d'hospitalisation à la sortie du bloc opératoire et ont repris une alimentation orale le jour même.

La durée de séjour est identique à celle des patients opérés sous AG. Pour notre série de 112 thyroïdectomies faites en 2016, la durée minimale a été de 03 jours, la durée maximale de 12 jours et la durée moyenne a été de 04 jours. Notre étude a montré une bonne satisfaction globale des patients pour une sécurité opératoire et un taux de complications équivalents à l'anesthésie générale. L'hypnosédation permet une diminution des douleurs post-opératoires à 48 heures ainsi qu'une réduction significative des nausées et vomissements post-opératoires. Elle s'accompagne d'une réhabilitation post-opératoire et une reprise des activités quotidiennes plus précoces.

Dans une étude prospective datant de 2000 [12], l'équipe de Faymonville a mesuré les modifications métaboliques post-chirurgicales chez un groupe de 20 patients opérés de lobectomie thyroïdienne sous hypnose et ont comparé les résultats à un autre groupe de 20 patients opérés sous AG, confirmant l'amélioration significative de divers paramètres biologiques et cliniques dans les suites post-opératoires : Le traumatisme inflammatoire généré par la chirurgie a été estimé par la mesure du taux d'interleukine-6 et de CRP postopératoires.

L'asthénie post-opératoire et la réponse neuroendocrine ont été analysées par des valeurs biologiques (Sodium, pré-albumine, transferrine pour l'asthénie et catécholamines et cortisol aux trois temps principaux de l'intervention pour la réponse endocrine). L'étude confirmait un rétablissement plus rapide et une meilleure convalescence en cas d'hypnosédation : les scores douloureux, la fatigue et l'anxiété étaient moindres avec une réponse inflammatoire abaissée (IL-6 et CRP).

Conclusion :

Notre équipe chirurgicale s'est initiée à la chirurgie sous hypnosédation sous l'impulsion de notre médecin anesthésiste, elle-même diplômée de l'université de Liège dans ce domaine, avec de l'appréhension, comment opérer un patient qui ne dort pas ? Mais en fait, l'hypnosédation est une technique anesthésique à part entière et après des débuts hésitants, nous avons opéré nos patients de la même manière que sous anesthésie générale.

La thyroïdectomie sous hypnosédation est faisable en pratique courantes, dans le respect des règles de la chirurgie thyroïdienne et ce quel que soit le diagnostic préopératoire.

Des équipes chirurgicales habituées à la chirurgie thyroïdienne peuvent la pratiquer au grand bénéfice des patients chez qui il existe une contre-indication à l'anesthésie générale.

L'hypnosédation devrait trouver sa place comme une alternative à l'anesthésie générale et devrait donc être enseigné à l'instar de toutes les autres techniques.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des photos

HOTOS	LEGENDE	PAGE
hoto 1	Initiation de l'hypnose par le Dr Boutarene	5
hoto 2	Entretien de l'hypnose pendant l'intervention	5
hoto 3	Anesthésie locale	5
hoto 4	Mastectomie sous hypnose	10
hoto 5	Jules Cloquet	10

Annexe 2 : Liste des tableaux

TABLEAUX	LEGENDE	PAGE
Tableau 1	Répartition selon le sexe	5
Tableau 2	Répartition selon l'âge	6
Tableau 3	Répartition selon le diagnostic préopératoire	6
Tableau 4	Durée d'intervention	7
Tableau 5	Durée de séjour	8
Tableau 6	Diagnostic histologique	8

Declaration of links of interest

The authors declare having no conflicts in interests

Références :

- [1] A. Mesmer Précis historique des faits relatifs au magnétisme animal. L'harmattan (Réédition); 2005.
- [2] M. H. Erickson, Hypnotic Realities : The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion, Har/Cas. New York: Irvington Publishers Inc., U.S., 1976.
- [3] J.C. Erickson The use of hypnosis in anesthesia: a master class commentary. Int J Clin Exp Hypn 1994.
- [4] Kocher A. Discussion on Partial Thyroidectomy under Local Anæsthesia, with Special Reference to Exophthalmic Goitre. 1912
- [5] Poliakov Oleg : Douleur et hypnose 2005.
- [6] M. Faymonville et al ; « L'hypnose et son application en chirurgie. », Rev. Médicale Liège,1998.
- [7] P. Rault, « Hypnose ericksonnienne et anesthésie », Bolus, no 65, janv. 2005
- [8] A. Vanhauzenhuyse et al. « Hypnose et perception de la douleur », Rev Med Liège, p. 5.
- [9] P. Rainville, G. H. Duncan, D. D. Price, B. Carrier, et M. C. Bushnell, « Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex », Science, vol. 277, no 5328, p. 968-971, août 1997
- [10] P. Rault, Hypnose Ericksonienne Et Anesthésie, Service d'Anesthésie Réanimation 1, CHU Pontchaillou
- [11] M.E. Faymonville, Th. Defechereux, J. Joris, JP. Adant, E. Hamoir, M. Meurisse L'hypnose et son application en chirurgie, Rev Med Liège 1998.
- [12] T. Defechereux et al., « L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée », Ann. Chir., vol. 125, No 6, p. 539-546, juill. 2000.