



**Gilda PARDEY BRACHO, Jacques GUYOTAT**

*Hôpital neurologique Pierre Wertheimer, France*

Email : [gildapardey@gmail.com](mailto:gildapardey@gmail.com)

## Hypnose et craniotomie en condition éveillée

### Objectifs

Description de l'utilisation de l'hypnose pour la craniotomie en condition éveillée

### Contenu

La chirurgie en « état éveillé » consiste en l'ablation des lésions ou l'implantation de dispositifs intracérébraux proches ou envahissant les aires éloquentes pendant que le patient est éveillé, pour permettre son évaluation avant, pendant et après le geste, améliorant le pronostic et sa survie. Cependant, elle n'est pas dénuée de risques chirurgicaux et anesthésiques (convulsions, oedème cérébral, gestion des voies aériennes, risque d'inhalation, inconfort, accès limité à la tête, etc). En 2016 Zemmoura et Forunier décrivent l'utilisation de l'hypnose pour la résection des gliomes de bas grade en condition éveillée. La présente étude a regroupé 11 patients de >18 ans bénéficiant d'une craniotomie en condition éveillée pour exérèse tumorale ou d'un foyer épileptogène de janvier à septembre 2018, avec l'hypnose comme coadjuvant pour la première phase (monitoring invasif, ALR, pose de la têtère, installation) afin de minimiser les besoins de médicaments anesthésiques et faciliter le réveil intraopératoire. Puis protocole anesthésique standard dit "asleep-awake-asleep". Amorçage de l'alliance thérapeutique lors de la CPA/VPA avec les explications de l'hypnose à l'aide de la communication thérapeutique. Le patient rédige le scénario/sujet à développer pendant l'hypnose la veille de la chirurgie (prescription d'une tâche), et "joue" le rôle au coucher, (focalisation sur une activité anxiolytique), permet de repérer le VAKOG du patient et son langage. Aucun patient n'a reçu de pré-médication anxiolytique. Une première induction hypnotique à l'entrée du bloc opératoire (catalepsie, induction par la respiration et/ou lieu de sécurité) à l'aide du pacing respiratoire et les LV, LPV en LNV précédés du VAKOG, les consignes d'usage et le signaling. Plusieurs interruptions de la transe pour l'approfondir tout de suite après. Suggestions post-hypnotiques: préparation pour le changement (avenir, traitements complémentaires, modifications du schéma corporel, cicatrisation), minimisation du saignement, bonne performance pendant la phase d'évaluation (éveillée). Intégration des bruits de l'environnement au discours hypnotique. L'ALR (bloc des nerfs du scalp) est installée à l'aide de la métaphore du "chapeau protecteur". Evaluation en SSPI au réveil complet, puis contact téléphonique (>1 mois après la chirurgie) pour recueillir le vécu du patient. Aucun patient n'avait pratiqué l'hypnose avant la chirurgie. 3/11 patients continuent la pratique (apaisement, assurance, anxiolyse). Un volontaire souhaite partager son expérience avec d'autres patients. Moyenne de l'échelle de confort 8/10. Limitations : le personnel du bloc opératoire n'est pas formé à l'hypnose.

### Mots clés

Hypnosédation, neurochirurgie, bloc des nerfs du scalp, chirurgie éveillée