

CHIRURGIE AMBULATOIRE ET HYPNOSE RETOURS D'EXPÉRIENCES : CHU NANTES

Dr Cécile Caillard, PH

Chirurgie Digestive et Endocrine



- Hypnose en chirurgie au CHU de Nantes depuis 2002
- Actuellement , pas de MAR formé à l'hypnose mais en Chirurgie Digestive et Urologique, 2 IADE formées sur 14
- Pas de bloc dédié ambulatoire en dehors d'une salle sur 23 qui tourne entre le spécialités/j (hors ophtalmologie)
- Chirurgies concernées par l'hypnose en ambulatoire :
 - Parathyroïdectomie, abord électif ou non, exploration uni ou bilatérale (10 patients /an sur 110 parathyroïdectomies)
 - Thyroïdectomie, le plus souvent partielle, rarement totales : nodule unique ou GHMN (5 patients /an sur 340 thyroïdectomies)
 - Hernie inguinale par abord inguinal (3 patients/an)
 - KT Dialyse Péritonéale (1 à 2 patients/an sur 25)
 - Pose de site implantable (1 à 2 patients/an)
 - Pose de JJ (1 à 2 patients /an)

Modalités de l'hypnose

- Hypnose conversationnelle débutée lors de la consultation :
Dialogue avec le patient en utilisant uniquement des mots positifs, pas de négation, voix calme
- En peropératoire, hypnose formelle : 3 phases
 - Induction : mise en condition du patient
 - Transe : le patient se referme sur lui-même en pensant à un souvenir agréable (voyage, évènement agréable...) :
l'IADE parle pendant l'intervention de ce souvenir
 - Réveil : retour dans le monde réel
- Pb au bloc : stress de l'intervention, patient très sensible aux mots négatifs
- Pas de prise en charge spécifique pour l'UCA

Particularités pour les interventions : du point de vue de l'IBODE

- A l'UCA en préopératoire:
 - En fonction de l'intervention, mise en place d'EMLA sur la zone d'incision
- Au bloc opératoire :
 - Gestion des bruits et alarmes environnantes:
 - Téléphones et DECT, alarmes de la salle
 - Choix du générateur de bistouri
 - Isoler la surface des tables d'intervention et les baquets
- Ambiance de la salle :
 - Température de la salle plus élevée que d'habitude
 - Prévoir couverture chauffante
 - Volets, lumière de salle

- Préparation du matériel :
 - Prévoir eau stérile chaude pour déterision cutanée
 - Anesthésiant local
 - Anticiper ouverture des boites d'instruments et de satellites, sachets de compresses, fils bobines, clips...
- Communication entre IBODE et chirurgien pendant l'intervention :
 - Essentiellement non verbale, regards et gestes

Pour

- Repérer toute nécessité d'effectuer une pause dans le déroulement de la chirurgie
 - Anticiper les besoins en matériel
 - Anticiper les gestes du chirurgien et de son aide au cours de la chirurgie.
- Communication en postopératoire immédiat :
 - Ôter les champs délicatement.
 - S'assurer que le patient se sente bien et évaluer sa douleur.
 - Rassurer le patient, voir le féliciter de sa participation.

En postopératoire

- Passage court par la salle de réveil
- Le patient peut manger immédiatement à son retour à l'UCA
- En général, très bon retour des patients : vraie satisfaction des patients
- Utilisation antalgique simple, rarement morphinique
- Patient revu par le chirurgien pour la sortie



Merci pour votre attention