

Intérêts de l'hypnose médicale lors d'injections de toxine botulinique, Étude préliminaire.

Dr Stéphane BURLLOT¹, Dr Bénédicte CASALONGA², Dr Claire METIVIER¹, Pr Antoine BIOY³, Dr David LEJEUNE¹, Dr Perrine LESAGE¹, Dr Patrick DEDIEGO¹, Dr Daniel CHANE-TENG¹
(1)CRF Ylang, Clinique du PORT-Jeanne d'ARC, Reunion Island, (2)CHU Bellepierre, Réunion Island, (3)Laboratoire de Psychopathologie et Psychologie Médicale (LPPM - EA 4452) Université de Bourgogne

Objectif :

Notre étude porte sur l'utilisation de l'hypnose en Médecine Physique et Réadaptation (MPR) et spécifiquement lors des injections de toxine botulinique.

La prévention de la douleur liée aux soins permet une diminution de la mémoire de la douleur, et un meilleur vécu pour le même geste s'il a besoin d'être renouvelé, ce qui est souvent le cas des injections de toxine (1,2).

L'hypnose est connue pour avoir un effet amnésique partiel et désormais largement utilisée en médecine pour diminuer l'anxiété et le ressenti douloureux. Peu de publications sont parues en MPR. Son utilisation permet une diminution de l'intensité des douleurs, de la consommation d'antalgiques, de l'anxiété, du recours à l'anesthésie, de la durée et du prix du séjour (3,4). **Page : 1**

Matériel et Méthode :

Dans cette étude préliminaire, ouverte, bi-centrique (CRF Ylang et CHU Bellepierre), les injections sont pratiquées chez des patients adultes spastiques, dans des indications classiques.

2 groupes sont constitués : le groupe "Hypnose" (Standards antalgiques + hypnose) et le groupe "Témoin" (Standards antalgiques +/- anxiolytiques).

Les patients ont librement donné leur accord pour participer à l'étude et participent aux choix des méthodes antalgiques dans tous les cas.

Les injections se font en hospitalisation de jour de MPR, sous stimulation électro-musculaire, avec un personnel formé.

L'évaluation se fait au décours immédiat de la séance et a posteriori lors de la consultation de suivi selon un protocole simple :

- Pendant les injections : EVA douleur, EVA anxiété, réactivité à la pique (0 nulle, 1 modérée, 2 importante), facilité du geste pour le praticien (0 facile, 1 difficile).

- A distance des injections : EVA douleur, EVA anxiété, atteinte des objectifs selon la GAS (Goal Attainment Scaling).

Résultats :

Descriptif de la Population :

Groupe	Hypnose	Contrôle
Nombre	9	8
Age	45	52,25
	19-76	29-70
sexe	3/6	6/2
Pathologies	8 AVC 1 myelopathie	8 AVC

Choix des antalgiques par le patient

paracetamol	5	5
palier 2 OMS	5	3
Anxiolytique	2	3
EMLA	5	4
Geste : facile/difficile	8/1	7/1
réactivité pique :		
nulle/modérée	8/1	7/1
GAS : -2/-1/0/1/2	1/0/2/5/1	0/0/3/3/1

Analyse des résultats :

Groupe	Hypnose	Contrôle
Douleur Moyenne (EVA) min-max	2,4 0-6	4 0-9
Souvenir de la Douleur (EVA) min-max	0,6 0-3	3,5 0-9
Anxiété Moyenne (EVA) min-max	1,6 0-6	3,6 0-9
Souvenirs de l'Anxiété (EVA) min-max	1,5 0-6	4,25 0-9

Discussion :

Ces premiers résultats sont significatifs : la douleur ressentie lors de l'acte et le niveau d'anxiété sont plus faibles dans le groupe Hypnose.

Le souvenir de la douleur et de l'anxiété est variable dans les 2 groupes, mais diminué avec l'hypnose, ce qui devrait faciliter les gestes ultérieurs.

La douleur liée à ce geste justifie l'utilisation de techniques antalgiques. (On ne retrouve pas d'association d'antalgiques ou anxiolytiques plus efficace dans nos échantillons).

La participation du patient au choix des techniques antalgiques et anxiolytiques est indispensable (allergie, intolérance, craintes, effet attendus), nous n'analysons pas les facteurs qui influencent ce choix ni leurs conséquences. Nous observons un rôle positif de l'implication du patient dans ces choix.

L'atteinte des objectifs ne paraît pas modifiée par l'utilisation de l'hypnose.

Les séances sous hypnose nécessitent un personnel disponible et formé, bien que l'injecteur puisse effectuer dans le même temps l'hypnose lors du soin.

Les séances sous hypnose semblent apporter de la sérénité aux professionnels impliqués (non étudié).

D'autres études utilisant l'hypnose sont en faveur d'une diminution des complications, de l'utilisation de médicaments et de gestes plus courts (6).

Dans une étude plus structurée il faudrait : des groupes homogènes de plus grande taille, des choix d'antalgiques plus limités et une étude comparative en « cross-over » (un groupe débute par hypnose, puis fait une deuxième série sans, l'autre groupe selon un processus inverse).

Conclusion

L'hypnose a sa place dans notre pratique en ce qui concerne la douleur et l'anxiété lors des soins, et plus largement en MPR (7,8,9).

Elle nécessite un personnel formé, mais diminue l'utilisation de traitement plus agressifs ou coûteux.

L'hypnose semble diminuer les souvenirs des événements négatifs.

Une étude croisée (avec ou sans hypnose) sur une population plus large permettrait de donner à ces résultats plus de pertinence scientifique.

Bibliographie :

1 - Celestin-Lhopiteau, I. Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins. CNRD- Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, 2004.

2- Benhaïem, J-M. Les applications de l'hypnose dans la douleur aiguë induite par les soins. CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre le Douleur. 2003.

3- Mette M. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *burns* 36 (2010) 639–646

4- Sadaat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006;102:1394 – 6.

5- LynneTurner-Stokes, Goal attainment scaling in rehabilitation: a practical guide *Clin Rehabil* April 2009vol 23 no 4362-370

6- Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al. Adjunctive non pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355:1486—90

- 7- [Manganiello AJ. Hypnotherapy in the rehabilitation of a stroke victim: a case study.](#) Am J Clin Hypn. 1986 Jul;29(1):64-8
- 8- [Crasilneck HB. Hypnosis in the control of chronic low back pain.](#) Am J Clin Hypn. 1979 Oct;22(2):71-8
- 9- [Oakley DA. Hypnotic imagery as a treatment for phantom limb pain: two case reports and a review.](#) Clin Rehabil. 2002 Jun;16(4):368-77.