

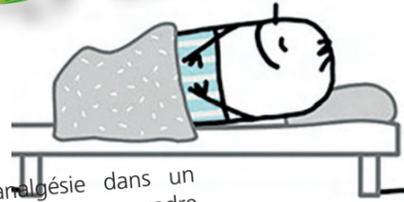
waouh !

Par Rémi Etienne,  
Infirmier référent en soins palliatifs, Hypnothérapeute,  
Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy

# Douleurs chroniques

et

# hypnose



Loin de la représentation populaire de l'hypnose de cabaret et de music-hall, l'hypnose ericksonienne a progressivement trouvé sa place dans le milieu hospitalier. De nombreuses études scientifiques faisant appel aux techniques d'imagerie fonctionnelle sont venues confirmer cet engouement, notamment auprès des professionnels de santé qui l'utilisent dans leurs domaines de compétences respectifs. Les résultats confirment l'existence d'un fonctionnement mental particulier avec une action plurimodale de l'hypnose sur le cerveau. Les études confirment que l'hypnose diminue à la fois l'intensité de la douleur et le « ressenti » (désagrément, seuil de tolérance...). Les zones cérébrales impliquées sont nombreuses et notamment : le cortex préfrontal, le gyrus cingulaire antérieur et le tronc cérébral.

L'application de l'hypnose au champ de la douleur se nomme « **hypno-analgésie** », cette branche spécifique de l'hypnose propose aux patients une approche originale et pédagogique de la modulation du vécu douloureux.

L'hypno-analgésie se compose d'une série de techniques de communication comparables à une « **boîte à outils** », différents outils permettant de s'ajuster à la personnalité et aux ressources du patient. La qualité de la relation créée lors des échanges préalables est essentielle, elle permet de démystifier la pratique et de créer une base de sécurité indispensable au succès de la thérapie.

Le choix des mots, la position du corps, les silences sont autant de paramètres verbaux et non verbaux caractérisant la relation hypnotique. Ce langage particulier est appelé « **hypnose conversationnelle** », il s'apparente à l'aspect sémantique de la pratique, permettant ainsi l'installation progressive du patient en confiance dans sa zone de confort.

La prise en charge en hypno-analgésie dans un contexte de douleur chronique s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire, où l'hypnose est proposée comme un complément aux traitements allopathiques et aux éventuels autres traitements non médicamenteux (kinésithérapie...). Les séances sont définies au préalable avec le patient selon la problématique initiale, et l'objectif tend à autonomiser celui-ci à la pratique. De ce fait, l'apprentissage de l'autohypnose dans un contexte de chronicité est essentiel pour rendre le patient acteur de sa prise en charge et de son ressenti. L'hypnose – dans ce cadre pratique – est considérée comme une **thérapie brève**, elle n'a pas pour vocation de durer. Le nombre des séances varie entre une à dix, il dépend de l'indication initiale. Il est nécessaire de laisser un temps libre entre chaque séance de manière à laisser le changement s'installer.

La comparaison de ce fonctionnement avec des états connus du patient (focalisation de l'attention sur une série télévisée, absorption dans un tricot pour le petit dernier...), sont autant d'exemples permettant de rassurer et d'engager une relation de confiance.

L'objectif de l'hypnose est de faire vivre au patient un état dissociatif, état dans lequel il pourra faire l'expérience d'un changement de perception, et ainsi percevoir différemment la problématique initiale. Les techniques peuvent proposer l'utilisation de métaphores, de phénomènes idéomoteurs, créant par analogie une correspondance inconsciente avec la douleur et ses représentations.

L'approche ericksonienne s'inscrit dans une démarche **permissive, humaniste**, où le patient a toujours le choix de répondre ou non aux suggestions employées. Avec l'hypnothérapie, la douleur est perçue autrement que comme un phénomène figé, elle ouvre au patient des perspectives jusque-là ignorées, en lui donnant la possibilité de reprendre une certaine forme de **contrôle sur ses sensations**.

## Traitement invasif en douleur du cancer

### les pompes intrathécales

### en cancérologie

eurêka

Denis Dupoirron,  
Département d'Anesthésie - Douleur,  
Institut de Cancérologie de l'Ouest - Paul  
Papin, Angers

#### Pourquoi ?

La cancérologie est un domaine où la douleur est particulièrement présente et difficile à soulager. Ainsi, dans une étude publiée par l'INCa en 2010, 53 % des patients se disent douloureux. Ces statistiques ne montrent pas d'amélioration significative au cours des 20 dernières années car une étude similaire de 1995 retrouvait 57 % de patients douloureux. Le traitement repose classiquement sur les 3 piliers de l'OMS. Mais, malgré le développement de l'utilisation des morphiniques avec les formes à libération prolongée, 10 à 15 % des patients ne sont pas soulagés. Pour ces patients, l'alternative thérapeutique repose sur les techniques interventionnelles comme la chirurgie, la radiothérapie, la radiologie interventionnelle et l'analgésie spinale.

#### Pour qui ?

Ce type de traitement permet de soulager les patients qui présentent des douleurs réfractaires malgré de fortes doses d'opioïdes, ou qui présentent des effets indésirables au traitement comme les nausées ou la somnolence. La décision d'implantation de la pompe est habituellement prise après avis d'une réunion multidisciplinaire. Certaines pathologies comme les cancers du pancréas, les cancers pelviens sont les pathologies qui bénéficient le plus souvent de cette technique. Depuis quelques années ces indications se sont élargies aux pathologies thoraciques et ORL.

#### Les médicaments

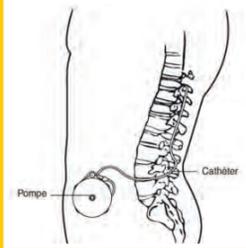
La morphine est le médicament le plus utilisé par voie intrathécale, mais seule elle permet rarement d'obtenir un soulagement complet en cancérologie. On y associe fréquemment des anesthésiques locaux à longue durée d'action qui sont très actifs sur les douleurs neuropathiques. Depuis quelques années on dispose également d'une molécule de la classe des inhibiteurs calciques qui se caractérise par une action puissante sans entraîner de dépression respiratoire et de tachyphylaxie.

#### COMMENT ?

Le principe de l'analgésie intrathécale consiste à délivrer les antalgiques au plus près des récepteurs médullaires situés dans la corne postérieure de la moelle épinière. Son fondement repose sur deux avancées majeures dans la compréhension de la transmission du message nociceptif, d'une part la théorie du « gate control » et d'autre part la découverte des récepteurs morphiniques. Cette voie d'administration permet de diminuer considérablement les doses d'antalgiques. Par exemple, 1 mg de morphine par voie intrathécale est l'équivalent antalgique d'environ 300 mg par voie orale. De plus, certains types de traitements ne peuvent être administrés que par cette voie comme les anesthésiques locaux et le ziconotide. Ce mode d'analgésie a bénéficié de la mise à disposition de pompes totalement implantées qui permettent de distribuer les antalgiques en continu.

La technique repose sur la mise en place d'un cathéter extrêmement fin dans le liquide céphalo-rachidien en arrière de la moelle épinière, en regard des métamères impliqués dans le processus douloureux afin d'être au plus près des récepteurs. Ce cathéter est implanté le plus souvent par une ponction lombaire et guidé jusqu'au niveau souhaité sous contrôle radiologique. L'intervention, réalisée sous anesthésie générale, dure environ une heure et réclame une hospitalisation de quelques jours afin d'adapter le traitement. La pompe est implantée généralement sous la peau de la paroi abdominale. Le cathéter est tunnélisé sur le trajet sous-cutané entre la partie intrathécale et la paroi abdominale. Elle est constituée d'un réservoir, reliée à une pompe péristaltique électrique commandée par un micro-ordinateur. Elle délivre les produits antalgiques en continu et son débit est adaptable en fonction des activités du patient. Ce dernier peut également s'administrer lui-même des bolus pré-programmés par le médecin grâce à une télécommande.

Dans la mesure où les volumes utilisés sont très faibles, de l'ordre du millilitre par jour et où l'on dispose de produits très concentrés, ces pompes ont une autonomie de plusieurs semaines. La recharge est réalisée par une ponction du réservoir à travers la peau, grâce à un site d'accès au réservoir situé sur la face supérieure de la pompe.



Site d'accès pour les remplissages

#### En conclusion

L'analgésie intrathécale est une alternative dans le traitement des douleurs réfractaires en cancérologie. Son développement au cours des dernières années permet d'envisager demain de mieux soulager les patients qui souffrent de douleurs cancéreuses.