

**Xavier DELTOMBE**

Docteur en chirurgie dentaire

Claude VIROT

Médecin psychiatre

Sophie LE GALL

Docteur en chirurgie dentaire

Myriam CORNÉE

Assistante dentaire

À propos de la chirurgie implantaire sous hypnose

■ L'hypnose est une thérapie peu pratiquée aujourd'hui en France dans le domaine de l'odontologie. Elle est considérée souvent seulement comme une aide aux soins pédiatriques, quand le praticien dispose de temps et de patience supplémentaires. Mais elle est au contraire très développée dans d'autres pays depuis de nombreuses années : Allemagne, Pays nordiques, Royaume-Uni, États-Unis, Québec. Si de nombreuses études anglo-saxonnes décrivent l'intérêt de l'hypnose au cabinet dentaire, la pose d'implants n'a pas fait l'objet de publication. Nous avons choisi de décrire cette expérience de chirurgie implantaire réalisée en auto-hypnose accompagnée.

L'attention et la transe spontanée

Pour décrire le processus hypnotique, nous devons d'abord nous intéresser au système attentionnel. L'attention est ce qui nous permet d'observer et de mieux percevoir, que ce soit une image, un son ou une sensation corporelle. Habituellement, notre attention est très mobile, passant d'une perception à une autre très rapidement pour prendre conscience de l'ensemble de la situation dans laquelle nous sommes à un moment donné. Dans certaines circonstances, lorsque quelque chose nous intéresse tout particulièrement, notre attention peut se focaliser et se fixer sur cette partie limitée de la réalité. De manière agréa-

ble lors d'une lecture, d'une activité manuelle précise, d'une activité artistique, d'une discussion avec des amis. Nous « oublions » alors le reste de ce qui nous entoure, mais mémorisons précisément ce qui attire notre attention. Le temps semble passer plus vite et nous pouvons être surpris de l'heure qu'il est.

Ce phénomène attentionnel banal est appelé une transe spontanée. Dans la modalité émotionnelle que nous décrivons ici, le vécu est très agréable.

Cette focalisation et fixation de l'attention va aussi se produire quand nous percevons un danger ou quand nous ressentons une douleur. Notre conscience passe en mode d'alerte et notre intérêt immédiat est de nous protéger. Il se crée aussi une transe spontanée qui, cette fois est émotionnellement désagréable, voire pénible. C'est ce qui se produit de manière très habituelle lorsqu'un patient doit recevoir un soin douloureux, ou imaginé comme douloureux. Le résultat est une augmentation de la peur ou de la douleur perçue, une augmentation de la mémorisation de cette peur ou de cette douleur. Cette mémoire sera réactivée et amplifiée à chaque fois qu'une situation similaire se produit.

Ce processus d'alerte génère une activation du système ortho-sympathique : tension musculaire, accélération cardio-respiratoire, augmentation de la tension artérielle. L'ensemble de l'organisme se met en position de fuite ou de combat. D'autres modifications corporelles apparaissent comme les sueurs ou une salivation épaisse et muqueuse.

Tous les professionnels de santé savent que cette transe d'alerte peut perturber les soins, les ralentir, et parfois même en empêcher la réalisation.

L'hypnose

L'objectif d'une induction hypnotique est de provoquer, volontairement, une transe de confort et de sécurité par focalisation et fixation de l'attention du patient sur une expérience agréable, dans un cadre protégé. Le patient va évidemment rester physiquement présent dans le lieu de soin mais va s'en éloigner mentalement en activant la mémoire d'une expérience ou d'un lieu dans lequel il s'est senti particulièrement bien. Il s'agit de dissociation « corps-esprit ». Cette dissociation est très difficile à réaliser pour la plupart des patients qui vont, au contraire se focaliser sur la menace.

C'est ici qu'intervient le soignant qui, en activant un ensemble de techniques verbales (des mots spécifiques), non-verbales (des attitudes spécifiques) et para-verbales (une voix spécifique) va aider le patient à se focaliser sur une expérience de son choix et favoriser la dissociation qui va maintenir l'attention vers cette expérience. Le patient est alors en transe hypnotique, ou transe provoquée, accompagné par le thérapeute qui l'aide à prolonger cette transe autant que nécessaire. Une telle transe peut se maintenir de manière stable pendant plusieurs heures si besoin.

Le patient

Une telle modification de conscience ne peut se faire qu'avec un patient qui le souhaite. Trois critères doivent être réunis. Il doit être motivé par l'aide que l'hypnose peut lui apporter. Soit parce qu'il est intéressé pour vivre le soin de manière plus confortable, pour l'anticiper en restant plus détendu ou parce qu'il sait que les suites opératoires sont meilleures. Dans certains cas, comme ici, la motivation vient d'une intolérance majeure à l'analgésie chimique. Il doit être coopérant. C'est à lui de choisir l'expérience agréable qui va être utilisée. Il doit aussi informer le praticien s'il ressent un inconfort, mais aussi répondre aux demandes éventuelles du praticien.

Rappelons ici que le patient reste éveillé pendant tout le soin, à chaque fois que c'est nécessaire, son attention peut revenir ici. Il pourra de nouveau se dissocier très facilement l'instant d'après. Le troisième critère est la confiance avec le praticien. Cette confiance va se nouer lors de la phase fondamentale de tout geste thérapeutique : la phase d'alliance. Cette compétence élémentaire que doit maîtriser tout soignant est très développée par les techniques de communication hypnotique acquises lors des formations en hypnose.

Psycho-physiologie

Toute transe, qu'elle soit spontanée ou provoquée (hypnose) génère des modifications psychiques et corporelles. Depuis une douzaine d'années, des observations du cerveau par pet-scan ont permis de mettre en évidence des modifications de l'activité de certaines zones lors des trances hypnotiques.

- Sur le plan psychique : focalisation et fixation de l'attention, accès à la mémoire explicite et impli-

cite, mémorisation de l'évènement, amplification des émotions, sentiment de sécurité ou d'insécurité... Cette dimension est depuis toujours utilisée par les spécialistes des troubles psychologiques.

- Sur le plan physique vont apparaître des processus qui seront mis à profit dans la dimension corporelle du soin.
- Au niveau de la motricité : relaxation, immobilité, maintien des attitudes (catalepsie des muscles de la bouche par exemple).
- Au niveau de la sensibilité : augmentation du seuil de la douleur pouvant aller jusqu'à une analgésie complète. Cet aspect est l'objet de recherches fondamentales dans plusieurs pays, tant au niveau des douleurs aiguës que des douleurs chroniques.

Deux types d'analgésie vont se combiner chez un patient. Une analgésie générale par la dissociation corps-esprit. Une analgésie locale par la dissociation de la zone à soigner. Elle peut être très complète et très précise, au centimètre près, ce qui suppose que la zone d'intervention soit très bien définie dès le départ.

Au niveau neuro-végétatif, la transe hypnotique thérapeutique active le système para-sympathique. Ceci se traduit par une régulation respiratoire, hémodynamique, sécrétoire. Ceci augmente le confort du patient comme du soignant pendant le soin et pourrait expliquer les suites opératoires plus favorables observées : réduction de la douleur et des œdèmes et meilleure cicatrisation.

L'auto-hypnose

L'auto-hypnose consiste dans l'auto-induction par le patient d'une transe agréable avec dissociation. Elle devient possible après apprentissage de l'hypnose auprès d'un thérapeute, puis entraînement personnel du patient. Dans un cas clinique présenté dans cet article, une patiente a fait une séance préparatoire d'hypnose et s'est entraînée régulièrement en vue de ce soin précis.

Ceci suppose un patient particulièrement motivé et acteur de sa santé. Ceci suppose aussi que le praticien ou son assistante connaisse des bases de communication hypnotique pour accompagner le patient : utiliser les bons mots, une gestuelle plus calme, une voix plus lente et plus basse. On pourra

ainsi vérifier l'intensité de la transe, renforcer la dissociation ou au contraire interroger le patient, utiliser des suggestions qui vont permettre de réduire la salivation ou d'adapter l'intensité des saignements.

Présentation d'un cas clinique

Madame H. vient en consultation, et elle présente une intolérance majeure aux anesthésiques locaux. Malgré une couverture antalgique importante, les soins précédents sur des dents vitales, ou des actes de chirurgie, ont été réalisés par plusieurs praticiens avec difficultés, et parfois ce fut impossible, à cause de l'absence totale de sédation de la douleur. Deux solutions alternatives sont alors possibles : les soins sous anesthésie générale, ou sous hypnose.

La phase de traitement à réaliser chez cette patiente en une séance est la suivante :

- lambeau et extraction de la seconde prémolaire supérieure droite (la 15),
- forage et mise en place d'un implant sous sinusien, en lieu et place de la 15,
- pose de matériaux de comblement,
- pose d'une membrane,
- suture.

1) Protocole opératoire

La décision est prise, en accord total avec la patiente, de réaliser ces actes sous auto-hypnose assistée, plutôt que sous hypnose directe : en effet il est difficile pour le praticien de se concentrer, à la fois sur un acte de chirurgie implantaire, et sur une maintenance sous hypnose. De plus, nous ne disposons d'aucun recul clinique sur la chirurgie implantaire sous hypnose, contrairement aux soins sous hypnose. Le seul recul des praticiens en cabinet ont été des soins dentaires chez des enfants, des extractions, et des tailles de piliers prothétiques sur dents vitales.

Quatre conditions sont à remplir

- La coopération totale patient-praticien.
- L'absence totale de douleurs (analgésie).
- Cette analgésie totale doit être continue tout le temps de l'intervention qui est estimée au maximum à 45 minutes.
- L'intervention peut être interrompue à tout moment.



FIGURE 1 : Phase a de l'induction : installation confortable de la patiente. Le praticien est près d'elle. Pendant les 4 phases de l'induction, il garde le silence.



FIGURE 2 : Phase b et c de l'induction : phase d'approfondissement de la transe hypnotique par le mouvement idéo-moteur appelé « lévitation ». Cette phase permet aussi à la patiente de produire dans sa main une sensation d'analgésie. Cette phase a duré environ 4 minutes.

Deux séances préparatoires ont été nécessaires : l'une pour la formation de la patiente à l'hypnose, et une autre, de 15 minutes, la veille de l'intervention pour une « répétition générale ».

L'hypnose va permettre au patient de focaliser son attention ailleurs que sur la douleur. Il n'est pas en sommeil, il ne perd pas le contrôle, il est juste ici et ailleurs, et cet ailleurs est un lieu où il se trouve en sécurité. Il peut entendre ou ne pas entendre les bruits qui l'entourent. Le patient va laisser le contrôle des soins au chirurgien-dentiste, l'aider dans trois domaines essentiels de l'intervention chirurgicale.

- Prise en charge totale de sa douleur par une analgésie hypnotique, et il n'y a donc :
 - aucune prémédication ni sédation,
 - aucune anesthésie de contact,
 - aucune anesthésie locale ou loco-régionale.

- Prise en charge totale du temps nécessaire de cette analgésie, pour que l'intervention puisse se dérouler sans douleur.

- Prise en charge de son hémostasie pendant l'intervention, en fonction des besoins.

Comme il n'y a pas de vasoconstricteur, le site chirurgical saigne plus que lors d'une intervention identique sous anesthésie locale avec vasoconstricteur. Il s'en suit une gêne pour la lecture de jauges implantaire. Il suffit alors de demander à la patiente de « retenir son saignement » pour obtenir une réponse en une minute environ, ce qui a été réalisé quatre fois lors de l'intervention. Le grand intérêt est de demander, à l'inverse, un relâchement du saignement pour obtenir la pose d'un implant dans des conditions idéales d'un site implantaire qui saigne.

2) L'intervention

La totalité de l'intervention chirurgicale et implantaire a été séquencée en deux parties :

La phase d'induction

Elle permet toutes les conditions d'un état hypnotique : le praticien a défini avec précision, en entretien pré-opératoire, la zone d'intervention. L'analgésie sera alors totale sur cette zone, à un centimètre près, et la sensation douloureuse au-delà.

Induction de la transe hypnotique.

Pendant toute l'auto-induction hypnotique, le praticien reste en silence à côté de la patiente.

- La patiente s'installe confortablement sur le fauteuil, ferme les yeux et devient immobile. L'équipe réduit au maximum les bruits et mouvements pour qu'elle se concentre plus facilement (figure 1).

- La patiente a appris à focaliser son attention sur une sensation de légèreté de son bras gauche, sensation amplifiée en imaginant que des ballons colorés gonflés à l'hélium sont fixés à cette main. Progressivement, la main gauche se soulève. Il s'agit d'un processus idéo-moteur appelé « lévitation » qui traduit l'installation de l'état psycho-physiologique spécifique. Ce niveau hypnotique génère une analgésie générale par focalisation intense et durable de l'attention ailleurs que sur la situation de soin.

- Pour induire une analgésie plus précise et plus complète, la patiente imagine sa main gauche dans de la glace. L'hypnose permet l'activation d'un processus neuro-végétatif qui génère un refroidissement de sa main. Ceci se traduit extérieurement par un léger blanchiment de la main et une position un peu raide. L'objectif est ici de produire une analgésie locale (figure 2).

- La main gauche vient doucement au contact de la zone pour effectuer le transfert de l'analgésie locale vers la zone à opérer. Durant les deux minutes de contact entre la main et le visage, la patiente perçoit les sensations spécifiques d'analgésie s'installer dans la mâchoire (ici le froid) (figure 3).

- L'induction est alors terminée. La main se repose doucement sur l'accoudoir et la patiente ouvre la bouche signalant ainsi au praticien que le soin peut commencer (figure 4).

Pendant cette phase d'induction qui a duré 7 minutes, la respiration est un peu accélérée, le pouls radial un peu plus rapide, la déglutition un peu perturbée, les yeux papillonnent légèrement. Ceci traduit une légère anxiété de la patiente au début de cette première phase. Tous les symptômes cessent dès la fin de la phase d'induction. L'intervention peut commencer aussitôt.



FIGURE 3 : Phase d de l'induction : phase de transfert de l'analgésie locale vers la zone chirurgicale. Le contact entre le dos de la main et le visage dure environ deux minutes.



FIGURE 4 : Phase e de l'induction : fin de l'induction. La patiente a reposé sa main sur l'accoudoir et ouvert la bouche signalant qu'elle est prête pour le soin.

La phase chirurgicale

Cette phase comporte différentes interventions : extraction, forage, pose d'implant post-extractionnel, comblement, pose de membrane et suture. Cette phase ne diffère en rien aux protocoles habituels, avec un saignement légèrement augmenté, mais que l'on peut maîtriser par suggestion hypnotique (figures 5, 6, 7 et 8).

Pendant la phase chirurgicale, le praticien rassure et encourage la patiente par des expressions simples : « c'est bien », « continuez comme ça ». Pour inviter la patiente à changer de position, il touche doucement son visage dans le sens souhaité. Des connaissances de base en hypnose thérapeutique sont nécessaires au praticien pour accompagner la patiente pendant le soin.

3) Avantages

- Coopération entre le praticien et le patient qui « subit » moins l'intervention chirurgicale. Un accompagnement verbal du patient par le praticien est nécessaire : même s'il est dans son « ailleurs », il intègre toutes les informations autour de lui, et en particulier des voix qu'il connaît. Il s'agit d'un accompagnement enseigné dans les formations à l'hypnose.
- Analgésie moins gênante qu'une anesthésie (la sensation de paresthésie et le goût de l'anesthésique ne font pas spécialement aimer les soins dentaires).
- Maîtrise de l'hémostase, bénéfique pour la pose d'implant, et son ostéointégration.
- Suites opératoires très diminuées (œdème et douleurs post-opératoires faibles : dans le cas clinique présenté dans cet article, la prise d'un comprimé d'antalgique 500 mg le lendemain matin a suffi).
- Cicatrisation sensiblement plus rapide que pour des interventions identiques sous anesthésie locale (effet toxique des produits injectés ? effet d'œdème des injections ? ischémie partielle ? Activation du système para-sympathique ?).
- Totale liberté du temps d'intervention (si les conditions opératoires sont bonnes). La procédure de « réveil », terme inapproprié utilisé pourtant par l'équipe du cabinet, se faisant de la manière la plus simple par la patiente comme elle l'avait appris et répété.
- Réduction du stress et contrôle par le patient.
- Pour le praticien : meilleure relation avec le patient, réduction du stress et créativité, réduction du risque de burn out.



FIGURE 5 : Forage du site implantaire. La bouche est largement ouverte et la patiente ne manifeste aucune sensation, ni aux bruits ni aux vibrations.



FIGURE 6 : Mise en place de l'implant de type Straumann et serrage.



FIGURE 7 : Mise en place du matériau de comblement et suture.



FIGURE 8 : Implant en place.

Précision

Suite à l'article paru dans le CDF du 5 juillet 2012 et intitulé « A propos de la radiographie chez l'enfant », la société Dürr Dental nous demande de clarifier certaines affirmations erronées, selon elle. Ainsi, page 34 l'auteur de l'article note que les capteurs ERLM « reste relativement fragiles et doivent être renouvelés régulièrement ». La société Dürr Dental affirme pour sa part que la longévité des ERLM est de 3000 utilisations selon les travaux du professeur Jean-Jacques Lasfargues.

Par ailleurs, souhaitant corriger le tableau de comparaison numérique parue page 36 la société Dürr Dental donne pour le traitement de l'image un temps de 6 à 15 secondes au lieu de 30 secondes à 1,5 min et les écrans à mémoire de DÜRR DENTAL sont disponibles à partir 72 € TTC pour un minimum de 3000 utilisations. Dont acte

4) Inconvénients

- Une formation des praticiens et des assistantes est indispensable. Trois jours suffisent pour acquérir les techniques de communication hypnotique permettant un accompagnement comme ici, mais aussi pour favoriser l'anxiolyse de chaque soin. Pour pratiquer directement l'hypnose avec les patients une douzaine de jours sont nécessaires.
- Phase d'induction de quelques minutes (ici 7 minutes) pendant laquelle il est nécessaire de limiter les perturbations sonores (métallique, téléphone, etc.). Par contre la transe hypnotique n'est pas perturbée par les bruits habituels d'une telle intervention (forage, vibration, aspiration...).
- L'hypnose ne peut convenir à tout le monde, et elle suppose motivation, coopération et confiance de la part du patient. Elle suppose aussi une motivation de l'équipe thérapeutique.
- Il faut un temps indispensable de préparation à l'auto-hypnose pour le patient, au moins pour une telle intervention. Le temps d'induction sera d'autant plus raccourci que le patient en aura l'habitude.
- Le fauteuil dentaire doit être confortable, ce qui n'est pas toujours le cas des fauteuils de salle de chirurgie.

Conclusion

L'anesthésie locale ou loco-régionale a de beaux jours devant elle. Pour autant, la médecine dentaire (et donc implantaire) dispose régulièrement de moyens médicaux nouveaux et complémentaires pour les interventions courantes dans son activité. L'hypnose en est un. Depuis une dizaine d'années, les interventions avec hypnose se sont multipliées, simples ou complexes, comme les pansements de brûlures, les poses de péridurales, les thyroïdectomies ou encore des mammectomies avec curages ganglionnaires...

La chirurgie dentaire ne saurait faire l'impasse de ces nouveaux moyens qui lui sont proposés.

Tous nos remerciements au Docteur Claude Viro, médecin psychiatre, et au Docteur Patrick Ciavaldini, médecin généraliste, experts en hypnose thérapeutique, qui nous ont formés à l'Institut Émergences de Rennes.