

Intérêt de la communication dans la prise en charge des voies aériennes difficiles

M. Laffon, V. Guicheteau, V. Lesage

Service d'Anesthésie-Réanimation CHRU de Tours

L'enjeu de la prise en charge des voies aériennes difficiles en anesthésie n'est pas l'intubation mais le maintien d'une oxygénation adéquate lors de l'intubation. Ainsi, la prise en charge de l'intubation difficile prévisible avec une ventilation difficile potentielle doit être réalisée chez un patient « éveillé ». L'intubation sous fibroscopie nasopharyngée est la référence mais d'autres dispositifs peuvent être utilisés comme en témoigne la littérature depuis l'apparition sur le marché de glottiscope. Quoiqu'il en soit, pour une bonne acceptation par le patient de ce geste nociceptif [1], un état de conscience modifié est souhaitable, bien sûr associé à une anesthésie locale oro- ou naso-pharyngo-laryngée optimale.

Cette modification de l'état de conscience peut être obtenue par une sédation pharmacologique (Score de Ramsay à 3 i.e. un malade capable de répondre aux ordres) mais aussi par des moyens non pharmacologiques. Depuis ces dernières années l'hypnose est entrée dans les blocs opératoires et a permis le développement de l'hypnosédation. Cette dernière associe à l'hypnose une modification pharmacologique de l'état de conscience (benzodiazépine, propofol) et/ou de la perception douloureuse (opioïde) [2]. Dans ce cadre, il a été rapporté avec succès la pose de cathéters veineux centraux et des ponctions péridurales à l'aide d'une hypnose conversationnelle [3, 4]. Cette technique consiste à détourner l'attention du sujet du geste en conversant avec lui et en adoptant une attitude empathique qui favorise un climat de confiance.

Si l'on se fie à la littérature (**base** : PubMed – **Mots clefs** : hypnosis, hypnotherapy, bronchoscopy, flexible bronchoscopy, intubation, awake intubation, endoscopy) l'hypnose ou l'hypnosédation n'ont été évaluées ni pour l'intubation vigile, ni pour la fibroscopie bronchique à contrario de l'endoscopie digestive haute [5]. Pourtant des communications dans les congrès et la pratique de certains centres font part de l'utilisation de ces techniques pour la fibroscopie bronchique, notamment de l'hypnose conversationnelle.

Ainsi, en l'absence d'évaluation, si on se réfère aux recommandations de la SFAR, une sédation titrée associée à une anesthésie locale doit être retenue pour l'intubation vigile [6].

Existe-il dans ce cadre des arguments pour adapter notre mode de communication au bloc opératoire, c'est-à-dire associer à cette sédation avec l'anesthésie locale, un mode de communication de type hypnotique ?

Les arguments qui peuvent être avancés contre une modification de notre mode de communication sont d'ordre organisationnel :

- la pression de production qui ne permet pas une technique potentiellement « chronophage » ;

- l'ambiance du bloc opératoire peu propice à une « attitude hypnotique » de par la présence de personnel nombreux (panseuses, élèves, stagiaires), une ambiance peu calme (sonore, va et vient), et un environnement thermique froid.

Ils peuvent être aussi liés à une absence d'intérêt pressenti pour le patient par l'équipe d'anesthésie qui avance :

- qu'elle utilise une benzodiazépine ou du propofol dans son protocole de sédation, qui permet une amnésie et donc la satisfaction du patient ;

- que, contrairement, à d'autres indications de l'hypnosédation on ne peut pas proposer une technique anesthésique alternative comme l'anesthésie générale en cas d'échec. Ainsi, cette technique peut potentiellement générer plus de stress.

A ces arguments, plusieurs éléments contradictoires doivent être apportés.

La communication de type hypnotique n'est pas chronophage. Elle est une autre façon de communiquer à la fois verbale et surtout non verbale. Cette communication peut s'intégrer dans le temps habituellement imparti entre l'entrée du patient en salle et l'intubation trachéale. Il est en moyenne de 45 minutes (15 étant allouées à la mise en condition) [7].

La mémorisation est possible après administration de midazolam et de propofol. Chez dix patients bénéficiant d'une intubation vigile sous fibroscopie après 1 à 2 mg de midazolam iv (1 mg si 70 kg, 1,5 mg si 70-130 kg et 2 mg si > 130 kg) et du propofol à une concentration cible plasmatique de $1,3 \pm 0,2 \mu\text{g/ml}$, il était rapporté une mémorisation de l'anesthésie topique dans 4/10 cas, de l'introduction du fibroscope dans 1/10 cas et de l'intubation dans aucun cas [8]. Dans une étude similaire avec des concentrations cibles plasmatiques de propofol plus élevées ($3,9 \pm 1,4 \mu\text{g/ml}$) et une prémédication orale par hydroxyzine (1-1,5 mg/kg) une heure avant l'intubation, le souvenir d'avoir ressenti de la douleur pendant la

procédure était rapporté en salle de surveillance post-interventionnelle par 50 % des patients (15/30) [9].

L'ambiance peu propice du bloc opératoire, est un facteur important qui peut gêner une bonne communication avec le patient. Toutefois, il s'agit d'un élément organisationnel dont le caractère opposable est tout relatif.

Les arguments « potentiels » qui peuvent être avancés pour associer à la sédation l'hypnose conversationnelle, sont pour le patient :

- la diminution de la perception douloureuse de l'intubation,
- la diminution de l'anxiété ou stress. Un patient anxieux lors d'une induction est plus exposé au risque de sous dosage avec pour corollaire un risque plus important de problèmes respiratoires et de réactions hémodynamiques catécholaminergiques.

La diminution de la perception de la douleur par l'hypnose a été montrée [10,11, 12]. Elle est associée à des modifications cérébrales dans la région frontale antérieure, à la fois de l'activité électroencéphalographique, du métabolisme et de la perfusion cérébrale [2]. En ce qui concerne l'hypnose conversationnelle plusieurs études en suggèrent l'intérêt. Une étude incluant des patientes devant bénéficier d'une biopsie du sein à l'aiguille, réparties en trois groupes : soins habituels, attention empathique ou relaxation par autohypnose, notait une augmentation de l'anxiété dans le groupe soins habituels alors que celle-ci était stable dans le groupe attention empathique et diminuée dans le groupe relaxation par autohypnose. Si la perception de la douleur augmentait dans les trois groupes, celle-ci était moindre dans les groupes attention empathique et relaxation par autohypnose [13]. Le même auteur, comparant l'hypnose conversationnelle à une attention empathique structurée et à une prise en charge habituelle chez des patients bénéficiant d'un cathétérisme percutané pour un geste artériel ou rénal notait : une anxiété plus importante dans le groupe soins habituels et la nécessité de bolus (0,5 mg de midazolam + 25 µg de fentanyl) en mode PCA plus fréquent dans le groupe soins habituels (1,9) que dans le groupe attention empathique et hypnose, respectivement 0,8 et 0,9 [14]. Cet effet du détournement de l'attention sur l'anxiété et sur la perception de la douleur a même été retrouvé avec l'écoute de musique durant un geste nociceptif ce qui témoigne indirectement de son efficacité. En effet, le détournement de l'attention dépendant de la seule capacité du patient à « s'isoler », la variabilité inter-individuelle sur cette capacité d'isolement aurait pu empêcher de trouver ce résultat positif. Quoiqu'il en soit, dans une métaanalyse concernant la colposcopie il était mis en évidence que l'écoute de musique,

durant le geste, réduisait à la fois l'anxiété (-4,80, IC 95% : -7.86 to -1.74) et la douleur (-1,71, IC 95% : -2.37 to -1.05) [15]. Cet effet de la musique a été retrouvé dans une étude récente en radiologie interventionnelle où les besoins en sédation ont été diminués [midazolam (2,1 ± 2,3 mg vs 1,3 ± 2,2 mg ; p 0,027) - fentanyl (29 ± 40 µg vs 18 ± 34 µg ; p = 0,055)] mais sans effet significatif sur l'anxiété et les modifications des paramètres physiologiques (FC, PA) [16].

En pratique quels sont les points clefs d'une communication de type hypnotique pour la prise en charge d'une intubation difficile vigile avec sédation titrée et anesthésie locale ? L'objectif est de permettre au patient de mettre à distance l'aspect « agressif » de ce geste avec un meilleur vécu en cas de mémorisation.

- **Consultation d'anesthésie et visite pré-anesthésique** : la prise en charge commence dès la consultation d'anesthésie quand l'anesthésiste informe le patient de la procédure. Outre son attitude empathique d'écoute et de réassurance du patient, le choix des mots est très important. On évitera les termes pouvant évoquer la douleur, tels que « **pulvérisation** de lidocaïne », « **introduction** du », « **anesthésie locale** » (analogie avec le dentiste, association à la piqûre), « ...pas **mal** » Elle sera l'occasion de faire passer le message que l'objectif de l'équipe est de l'aider à être le plus confortable, détendu durant le geste et qu'il aura toujours la possibilité de faire adapter la sédation pour obtenir cet objectif. La consultation permet aussi de noter des éléments qui pourront aider la communication de type hypnotique au bloc opératoire (profession, situation familiale, loisir, craintes, phobies, aversion pour la masque d'anesthésie ...). La visite de pré-anesthésie, dont il a été montré qu'elle pouvait augmenter le stress du patient en lui rappelant l'imminence de l'intervention, doit au contraire permettre d'apaiser le patient si besoin et de s'assurer de la prise adéquate de la prémédication (heure, dose). La prise d'une prémédication systématique 2 h avant la chirurgie n'est pas judicieuse quand la chirurgie a lieu en fin de programme. Chez un patient anxieux il est préférable d'avancer l'heure de la prise.
- **Le bloc opératoire** : Le confort du patient et l'assurance qu'il est dans un milieu à la fois professionnel et sécurisé doivent être le centre des préoccupations du plateau technique. Tous les acteurs sont impliqués : brancardiers, panseuses, infirmières anesthésistes et médecins anesthésistes. Il est important de veiller au confort thermique, visuel (éviter les lumières du scialytique directement dans les yeux) et sonore du patient, aux mouvements et déplacements du personnel (restreints, sans

précipitation), ainsi qu'aux paroles échangées au sein de l'équipe qui doivent être bienveillantes sans oublier de prendre en compte la présence du patient. Ainsi une sensibilisation à une communication de type hypnotique des brancardiers et des panseuses favorise grandement la prise en charge par l'équipe d'anesthésie (Cf. fiche mise au point dans notre établissement pour une sensibilisation du personnel de bloc opératoire)

La communication de type hypnotique en salle d'intervention débute idéalement dès l'accueil dans le bloc par les brancardiers : importance d'appeler le patient par son nom et non par sa pathologie ou son numéro de salle, de se présenter à visage découvert. En salle d'intervention, elle se poursuit lors de la mise en condition avec un préalable indispensable à l'entrée du patient en salle : tout le matériel d'intubation doit être prêt et vérifié, pour éviter tout contre temps pouvant être source d'inquiétude pour le patient et d'énervement pour le personnel de la salle d'intervention, ainsi que le matériel pour l'installation confortable du patient (coussin, couverture chauffante, ...).

- **L'anesthésie locale** : Il convient de choisir la technique la moins agressive. En ce qui concerne l'anesthésie de la région oro-pharyngo-laryngée, deux techniques sont habituellement décrites. La lidocaïne peut être déposée soit au moyen de sprays successifs et de gargarismes ou par aérosolisation (lidocaïne 2% à 5% avec un débit d'O₂ de 5-10 L avec un masque facial ou un embout buccal) chez un patient en position assise [6, ref1]. Bien que les deux techniques n'aient pas été comparées en terme de tolérance, l'aérosolisation semble être une technique moins agressive (sans introduction de dispositif) qui donne du temps pour l'hypnose conversationnelle (20 à 30 minutes). La dose totale maximale de lidocaïne pour toute la procédure à ne pas dépasser est de 6-8 mg/kg en prenant en compte qu'au moins 50 % de la lidocaïne délivrée par aérosolisation est perdue [6, 17].
- **La sédation** : Elle débute par la prémédication et ne présente pas de particularité. Au bloc opératoire la titration de la sédation pourra être réalisée au mieux par l'administration à objectif de concentration de rémifentanil ou de propofol. Le propofol diminue le tonus des voies aériennes supérieures et altère la mémorisation peropératoire alors que le rémifentanil n'a qu'un effet antalgique. Ces effets rendent compte des résultats de deux études comparant pour l'intubation sous fibroscopie une sédation par propofol et par rémifentanil. Il était retrouvé sous propofol une moins bonne exposition glottique, une sédation plus importante avec une moins bonne coopération du patient et sous rémifentanil une mémorisation plus fréquente mais

avec un meilleur confort à la fois pour l'opérateur et pour le patient [ref18, 19]. Ainsi, l'association d'une conversation de type hypnotique et d'une sédation par rémifentanyl semble judicieuse pour un bon vécu du patient.

- **La technique d'intubation** : Elle est précédée d'une préoxygénation qui peut être réalisée avec la participation du patient (cf. ci après) surtout si ce dernier « n'apprécie pas le masque ». Comme pour l'anesthésie locale, il convient de choisir le dispositif d'intubation vigile le moins agressif en tenant compte des caractéristiques morphologiques du patient. En effet depuis la mise à notre disposition de glottoscopes (Airtracq®, Airway scope®, Glidescope®, LMA CTrach ®) l'intubation vigile a été rapportée avec succès pour tous ces dispositifs. Comme la fibroscopie, ils ne nécessitent pas de pression au niveau des replis ary-épiglottiques. Le passage du fibroscope et de la sonde d'intubation dans le nasopharynx est un stimulus nociceptif qui perdure malgré une anesthésie topique. L'insertion d'une sonde d'intubation de 6 à 7 mm de diamètre dans le nasopharynx après anesthésie locale induit une douleur modérée à sévère dans 58 % et 75 % des cas avec des sondes respectivement de 6 et 7 mm de diamètre avec des EVA moyenne de 39 ± 18 mm et 47 ± 23 [20]. Par ailleurs dans une série de 200 intubations sous fibroscopie, un épistaxis est rapporté dans 10 % des cas [21]. Ainsi, même en l'absence de données suffisantes (contrôlées, randomisées) il est licite de discuter l'utilisation d'un glottoscope pour l'intubation vigile.
- **La communication pour accompagner l'intubation** : Il est important d'établir un code de communication non verbal (mouvement de la main, du pied, ...) avec le patient qui lui permettra de signaler tout inconfort. La communication de type hypnotique débute dès le premier contact avec le patient. Il est préférable, si cela est possible, que celui qui réalise le geste ne soit pas le leader de la conversation même s'il y participe. Pour la préoxygénation il est proposé au patient de « tenir le masque et de respirer dedans », on évite d'appliquer la masque sans prévenir ni demander l'autorisation du patient (« je peux vous poser ...) et il est préférable de se positionner face au patient si l'on maintient le masque pendant la préoxygénation. La conversation évite les négations telles que « ne pas bouger » qui incitent le patient à faire l'inverse. Elle invite le patient par suggestion à « rester calme », à « se concentrer sur sa respiration », ... Elle utilise des formules « quand vous êtes prêts vous pouvez maintenant ouvrir la bouche ou tousser », « souhaitez vous tenir le masque ... » qui évitent les ordres ; des images figuratives « on tapisse avec l'anesthésique local, on

insensibilise ... » ; et un champ lexical apaisant « calme, bien, confortable, prendre son temps, progressivement, ».

En Conclusion

L'entrée au bloc opératoire de l'hypnose conversationnelle a modifié et doit modifier le mode de communication, verbale et non verbale, de tous les intervenants. Cette « attitude hypnotique » a toute sa place dans l'intubation difficile pour le confort du patient. Elle en améliore la prise en charge et influence les choix techniques. Toutefois, il semble important d'étayer par des travaux de recherche clinique ce nouveau mode relationnel. Une sensibilisation du personnel de bloc opératoire semble indispensable.

Références

- 1- Cara D, Norris A, Neale L. Pain during awake nasal intubation after topical cocaine or phenylephrine/lidocaine spray. *Anaesthesia* 2003; 58: 777-780.
- 2- Hick G, Kirsch M, Brichant J, Faymonville M. Hypnose en anesthésie. Conférence d'actualisation. 53^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris ; 2011. 12 pages
- 3- Von Ungern-Sternberg BS, Habre W. Hypnosis as an alternative to avoid general anesthesia in a child with severe pulmonary arterial hypertension. *Pediatr Anesth* 2009; 19: 182-3.
- 4- Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *Br J Anaesth* 2004; 93: 505-11.
- 5- G. Cavallo G, Cuomo R, Viscardi A, Capalbo G, et al. Hypnosis for upper gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1985 ; 31 : 228.
- 6- F. Sztark F, Francon D, Combes X, Herve Y, Marciniak B, Cros A.-M. Intubation difficile : quelles techniques d'anesthésie ? Place en fonction du contexte - Question 3. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008 ; 27 : 26–32.
- 7- Hamard F, Ferrandiere M, Sauvagnac X, Mangin JC et al. La sédation au propofol permet l'intubation difficile vigile avec le masque laryngé Fastrach™. *Can J Anesth* 2005 ; 52 : 421-7.
- 8- Rai1 M, Parry T, Dombrovskis A, Warner O. Remifentanil target-controlled infusion vs propofol targetcontrolled infusion for conscious sedation for awake fiberoptic intubation: a double-blinded randomized controlled trial. *BR J Anaesth* 2008 ; 100 : 25-30.
- 9- Lallo A, Billard V, Bourgain JL. A Comparison of propofol and remifentanil Target-Controlled Infusions to facilitate fiberoptic nasotracheal intubation. *Anesth Analg* 2009 ; 108: 852-7.

- 10- Stern J, Brown M, Ulett A, Sletten I. A comparison of hypnosis, acupuncture, morphine, valium, aspirin and placebo in the management of experimentally induced pain. *Ann NY Acad Sc* 1977 ; 296 : 175-193.
- 11- Moret V, Forster A, Laverrière M, et al. Mechanism of analgesia induced by hypnosis and acupuncture: is there a difference. *Pain* 1991 ; 45 : 135-140.
- 12- Vanhaudehnuyse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, et al. Hypnose et perception de la douleur. *Rev Med Liege* 2008 ; 63 : 424-8.
- 13- Lang E, Berbaum K, Faintuch S, Hatsiopoulou O, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 2006;15;126:155-64
- 14- Lang E, Benotsch E, Fick L, Lutgendorf S, Berbaum M, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000; 355: 1486-90.
- 15- Galaal K, Bryant A, Deane KHO, Al-Khaduri M, et al. Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy. *CochraneDatabase of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art.No.: CD006013. DOI: 10.1002/14651858.CD006013.pub3.
- 16- Kulkarni S, Johnson P, Keatles S, Kasthuri R. Music during interventional radiological procedures, effect on sedation, pain and anxiety: a randomised controlled trial. *Br J Radiol.* 2012 Mars 14.
- 17- Williams K, Barker G, Harwood R, Woodal N. Combined nebulization and spray-as-you-go topical local anaesthesia of the airway. *Br J Anaesth* 2005; 95 : 549-45.
- 18- Rai1M, Parry1 T, Dombrovskis A, Warner O. Remifentanil target-controlled infusion vs propofol targetcontrolled infusion for conscious sedation for awake fiberoptic intubation: a double-blinded randomized controlled trial. *Br J Anaesth* 2008 ; 100 : 125-30.

19- Lallo A, Billard V, Bourgain J-L. A comparison of propofol and remifentanyl Target-Controlled Infusions to facilitate fiberoptic nasotracheal intubation. *Anesth Analg* 2009 ; 108 : 852-7.

20- Cara D, Norris A, Neale L. Pain during awake nasal intubation after topical cocaine or phenylephrine/lidocaine spray. *Anaesthesia*, 2003 ; 58 : 775-803.

21- Woodall N, Harwood R, Barker G. Complications of awake fiberoptic intubation without sedation in 200 healthy anaesthetists attending a training course. *Br J Anaesth* 2008 ; 100 : 850-5.

ACCUEIL DES PATIENTS AU BLOC OPERATOIRE

Groupe d'Hypnose Hospitalière de Tours

1- **Se présenter** : nom et fonction

2- **Brancarder** le patient avec douceur, éviter les chocs, mouvements brusques

3- **Laisser parler le patient et écouter ce qu'il dit**

- ratifier la plainte quelle qu'elle soit : inconfort, douleur, colère....
- Rester calme même devant un patient agressif, ou agité

4- **Installation**

- La meilleure possible : « Est ce que vous pourriez être mieux installé ? »
- Limiter le nombre d'intervenants simultanément autour du patient, veiller à ne pas poser plusieurs fois les mêmes questions au patient.

- Respecter l'intimité et les distances de sécurité.
- Manipuler le patient avec douceur et contrôler nos gestes
- Diminuer le volume sonore de la salle : alarmes, préparatifs, proscrire les conversations attenantes n'incluant pas le patient

- Réduire les sources lumineuses et leur intensité (ombres)
- Se préoccuper du confort thermique que souhaite le patient éveillé : réchauffer ou pas selon ses souhaits.

- Attendre la perte de conscience pour poser la plaque de bistouri

5- **Langage**

- Parler en respectant l'espace de sécurité du patient, lui parler de face ni trop près ni trop loin.

- Expliquer au patient nos gestes afin de leur donner un sens et ainsi le rassurer.
- Veiller à l'intonation (ni trop fort pour agresser ni trop bas pour être entendu, même si le patient est agressif ou agité) et au rythme (respirer en parlant et prendre son temps)

- Privilégier un langage **positif**, avec des phrases **simples, sans ambiguïté** possible quand à l'interprétation en **évitant les mots à double sens, les contre sens, les mots** pouvant évoquer des souvenirs ou sensations désagréables.

Ex « nous allons vous donner un antalgique pour éviter la douleur »

Le patient entend le mot « douleur » et non pas « éviter et antalgique »

Éviter	Propositions
• Les négations	
• On	
• Mais	et
• Si	alors que, tandis que, lorsque, en même temps que
• Harpon	fil repère
• Garrot	Brassard à tension qui reste gonflé
• Potence	perroquet, triangle trapèze, pied à perfusion
• Électrodes	pastilles, gommettes médailles de bravoure
• Billot	drap roulé alèze pour être à l'aise
• Piquer	installer (poser) la perfusion en ALR : le passage de la peau
• C'est fini, c'est terminé	<i>préciser de quoi l'on parle...</i>
• Ne vous inquiétez pas	faire verbaliser...Ratifier. Fragmenter la plainte. « <i>Comment pouvons nous vous aider ?</i> »
• Masque à O ₂	dispositif, truc, biniou
• Gaz	oxygène, air pur l'air de la montagne/campagne/mer...
• Essayer de...	En parlant de soi : « <i>Je vais faire de mon mieux</i> » En parlant du patient : « <i>Pouvez-vous faire...</i> »
• Mal, douleur Avoir mal	Être confortable, sensation de confort, parler en termes de soulagement, être bien
• Anxieux	un peu préoccupé
• Plaque de bistouri électrique	« <i>Un autocollant frais</i> »
• Avez-vous froid ?	La température est-elle suffisamment agréable ? Proposer une couverture pour réchauffer
• Attacher (les bras sur les appui-bras)	Sécuriser
• Inciser	Commencer l'opération
• Gavage	alimentation, nutrition
• « Détendez-vous, ça va bien se passer »	« je vois que vous êtes un peu inquiet, c'est normal...voyons comment nous allons pouvoir vous aider »