

APPORT DE L'HYPNO-TUMESCENCE EN CHIRURGIE MAMMAIRE

Yann Castori^{a-b}, Jacquemin Jérémie^c, Christelle Faure^a, Léa Rossi^a, Mesdag Violette^a, Klingler Sophie^a, Délia Dammacco^a, Nicolas Chopin^a, Truchon Candice^d, Peres-Bachelot Véronique^d, Mellie Heinemann^a.

^a Département de chirurgie oncologique, équipe séno-gynécologique, Centre Léon Bérard, Lyon, France.

^b Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France.

^{b c} Département recherche médicale, service de statistique, Centre Léon Bérard, Lyon, France.

^d Département de réanimation anesthésie, Centre Léon Bérard, Lyon, France.

INTRODUCTION

- La chirurgie mammaire est pourvoyeuse de **douleurs post-chirurgie**.
- Les douleurs chroniques sont liés à l'intensité et à la durée des douleurs aiguës post opératoire.
- Leur impact est majeur sur la **qualité de vie post cancer**.
- Des progrès ont diminué leur fréquence / limiter leur impact : les approches **conservatrices** mammaires et axillaires, l'**anesthésie** locale/locorégionale, les **soins de supports** (kinésithérapeute, médecin de la douleur...)

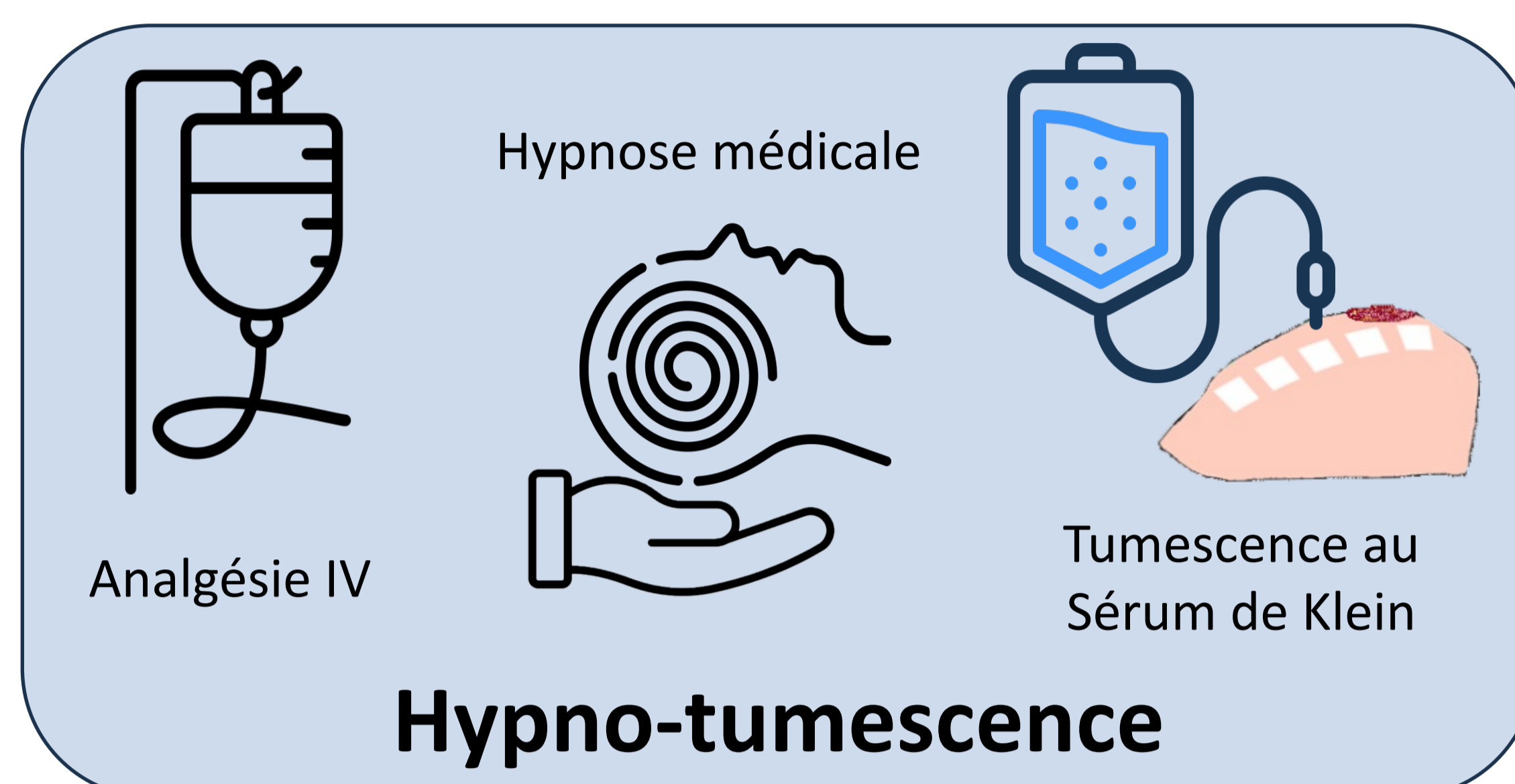
MAIS, persistance de 25-60% de douleurs chroniques post-chirurgie.

Objectif principal : Comparaison de la douleur aiguë post chirurgie mammaire en hypno-tumescence et une anesthésie générale via l'Echelle Numérique de la Douleur (END) en salle de réveil.

Objectif secondaire : consommation d'antalgique per-opératoire (rémifentanyl), complications aiguës post-opératoire, marges chirurgicales, douleurs chroniques.

DEFINITION

- Chirurgie tumescence : Infiltration large et massive du site opératoire.
- Sérum de Klein : NaCl Lidocaïne Bicarbonate Adrénaline.
- Hypnose : état de conscience modifié ≠ sommeil.



MATERIEL ET METHODE

- Etude **rétrospective uni centrique** (Centre Léon Berard)
- Période 2020 2022, **139 patientes**
- Groupe hypno-tumescence Versus groupe AG avec AL/ALR
- **Appariement** (âge, IMC, chir. mammaire et axillaire, Chimiothérapie NéoAdj.)

Inclusion : Chirurgie mammaire programmée unilatérale sans reconstruction immédiate, conservatrice ou radicale, avec ou sans geste axillaire

Exclusion : Oncoplastie, réduction mammaire associée, T4 ou M+.

RESULTAT


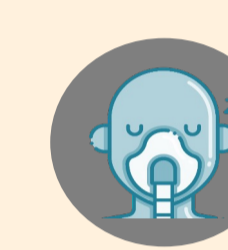
- 4 conversions en AG dans le groupe hypnose (5%)
- Moyenne END maximale en salle de réveil (0,84 vs 1,54 $p = 0,043$)
EVA 0 chez 75% des patients du groupe hypnose vs 50% du groupe AG
- Complications post-opératoire : pas de différences significatives
Diminution des lymphocèles (2 vs 10 $p = 0,013$)
- Marges non in sano : pas de différence significative (10 vs 12 $p = 0,565$)
- Douleur chronique : non significatif (4 vs 3 $p = 0,742$)
- Nausées et vomissements post opératoire (7 vs 1 $p = 0,0364$)



DISCUSSION

- Les douleurs aiguës sont responsables **d'une sensibilisation neuronale centrale**. Ce mécanisme est à l'origine de la persistance et de la chronicisation des douleurs. L'hyperalgésie post-opératoire est diminuée par l'infiltration anesthésique locale et l'épargne morphinique. **L'hypnose** est une approche psycho-comportementale validée de gestion de la douleur, y compris dans les soins en alternative à une sédation ou une anesthésie.
- Les **douleurs chroniques post chirurgies** ont été largement sous diagnostiquées dans notre étude, expliquant notre résultat différent de la littérature.
- Les **nausées et vomissements post opératoires** sont attribuables aux agents anesthésiques, nos résultats différent de la littérature, mais nos groupes n'étaient pas comparable dans l'utilisation des antiémétiques (prophylaxie).
- L'hypno-tumescence n'est pas associée à un sur risque de **complications aiguës, ou de marges chirurgicales non saines**.
- Le **taux de conversion** de 5% d'hypnose en AG, supérieur à la littérature, peut s'expliquer par l'étude incluant les premières procédures du Centre, avant la standardisation du parcours patient.

CONCLUSIONS

La chirurgie mammaire sous hypno-tumescence est associée des douleurs aiguës post opératoire moindre que lorsqu'elle est réalisée sous anesthésie générale

| |  Hypnose |  Anesthésie Générale | |
|------------------|---|---|-------------|
| END moyenne (SD) | 0,84 (1,88) | 1,54 (1,94) | $p = 0,043$ |
| Classe d'END | | | $p = 0,003$ |
| 0 | 53 (74,6%) | 32 (47,8%) | |
| 1-3 | 23 (34,3%) | 12 (16,9%) | |
| 4-6 | 3 (4,2%) | 11 (16,4%) | |
| 7-10 | 3 (4,2%) | 1 (1,5%) | |

| |  Hypnose |  Anesthésie Générale | p |
|---|---|---|-------|
| Dose cible maximale Rémifentanyl (±SD) – ng/ml | 2.55 (±0,72) | 3.42 (±0,92) | 0,008 |
| Durée opératoire moyenne (±SD) – min | 49,07 (± 16,59) | 52,22 (±18,71) | 0,003 |
| Complications post-opératoires n (%) | 18 (25.4%) | 21 (30.9%) | 0,468 |
| Lymphocèle | 2 (2.8%) | 10 (14.7%) | 0,013 |
| Hématome | 12 (16.9%) | 12 (17.6%) | 0,907 |
| Défaut de cicatrisation | 3 (4.2%) | 2 (2.9%) | 0,684 |
| Infection de Site Opératoire | 1 (1.4%) | 5 (7.4%) | 0,085 |
| Marge non in sano n (%) | 10 (14.1%) | 12 (17.6%) | 0,565 |
| Douleur chronique post-chirurgie n (%) | 4 (5,6%) | 3 (4,4%) | 0,742 |