

INNOVATIONS EN GYNÉCOLOGIE

QUE RETENIR DE 2015 ?

La gynécologie-andrologie vous présente quelques innovations marquantes développées en 2015. Les nouveautés de la spécialité concernent tant la progression thérapeutique avec l'application de la technique du ganglion sentinelle en chirurgie oncologique pelvienne, que l'aspect qualité de vie des patients durant les soins, en particulier au travers de l'utilisation de l'hypnose lors des traitements des pathologies mammaires bénignes et malignes ou en procréation médicalement assistée.

M. Luyckx MD, J. Squifflet MD,PhD., J.-F. Baurain, MD PhD, D. Bourgonjon MD, A. Gerday, P. Laurent, MD, C. Pirard, MD, PhD, C. Watremez, MD PhD, F. Roelandt, MD PhD, C. Rousseau, infirmière, M. Berlière, MD, PhD, Ch. Wyns, MD, PhD

Innovations

The gynecology-andrology department presents several major innovations developed in 2015. Advances have been achieved in the fields of both treatment strategies, as illustrated by the implementation of the sentinel node technique for pelvic cancers, and of quality of life during patient care, especially via using hypnosis while treating benign and malignant breast diseases or in reproductive medicine.

AFFILIATIONS

- (1) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, Service de Gynécologie et Andrologie. Groupe Onco-Gynécologie, Institut Roi Albert II, avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles, Belgique
- (2) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, service d'oncologie médicale ; Groupe onco-gynécologie - Institut Roi Albert II
- (3) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, Consultant externe dans le service de gynécologie et andrologie
- (4) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, service de gynécologie et andrologie, Clinique du Sein - Institut Roi Albert II
- (5) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, service de gynécologie et andrologie
- (6) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, service d'anesthésiologie
- (7) Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, infirmière chef de l'unité de Fécondation in vitro

SOMMAIRE

DÉVELOPPEMENT DE LA TECHNIQUE DU GANGLION SENTINELLE DANS LES CANCERS DE L'ENDOMÈTRE

Docteur Mathieu Luyckx MD (1) et Professeur Jean Squifflet MD,PhD (1).

REVUE DES LIGNES DE CONDUITE EN ONCOLOGIE PELVIENNE 2015 DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC : UNE FORMULE INNOVANTE

Docteur Mathieu Luyckx MD, (1), Professeur Jean Squifflet, MD PhD (1), Professeur Jean-François Baurain, MD PhD (2)

CONSULTATION EN MÉDECINE NUTRITIONNELLE ET FONCTIONNELLE DE LA FERTILITÉ

Docteur Damien Bourgonjon, MD (3)

L'APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DE LA CLINIQUE DU SEIN, DANS LA CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET LES TECHNIQUES DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Docteur Amandine Gerday, MD (4), Docteur Pascale Laurent, MD (5), Docteur Céline Pirard, MD, PhD (5), Professeur Christine Watremez, MD PhD (6), Professeur Fabienne Roelants, MD PhD (6), Madame Catherine Rousseau (7), Professeur Martine Berlière, MD, PhD (4), Professeur Christine Wyns, MD, PhD (5)

CORRESPONDANCE

Professeur Christine Wyns
christine.wyns@uclouvain.be

DÉVELOPPEMENT DE LA TECHNIQUE DU GANGLION SENTINELLE DANS LES CANCERS DE L'ENDOMÈTRE

M. Luyckx, J. Squifflet

Mots-clés

Cancer de l'endomètre, ganglion sentinelle, curage ganglionnaire, vert d'indocyanine

Introduction et concept

La technique du ganglion sentinelle en oncologie est utilisée depuis de nombreuses années dans les cancers superficiels (sein, vulve, mélanome, pénis, ...) où la localisation de la maladie permet un accès facile au site d'injection. Le principe est de détecter le premier relais ganglionnaire par l'injection d'un traceur, de le prélever et de l'analyser, considérant que s'il est négatif, c'est-à-dire indemne de contamination néoplasique, le reste de la chaîne ganglionnaire drainant la région est négative également et ne doit donc pas être prélevée. Le but est de réduire ainsi drastiquement la morbidité d'une lymphadénectomie complète. Le prélèvement d'un nombre plus réduit de ganglions permet plus raisonnablement des analyses plus poussées sur le ganglion, entre autres des analyses immunohistochimiques qui permettent de détecter des métastases ganglionnaires plus petites, parfois même des cellules néoplasiques isolées.

La technique a été développée également pour les cancers du col de l'utérus, connus pour être très lymphophiles et où le site d'injection du traceur est accessible facilement. Plusieurs études prospectives ont montré une bonne efficacité de la technique de détection par deux traceurs (méthode colorimétrique avec du bleu patenté et méthode isotopique avec du Tc99m utilisant une sonde de détection per-opératoire). L'utérus étant un organe médian, une détection bilatérale est indispensable pour être fiable. Suite aux excellents résultats pour le cancer du col, la technique a fait l'objet d'investigations pour les cancers de l'endomètre.

Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique le plus fréquent. Il s'agit d'un cancer de la femme âgée très souvent symptomatique à un stade précoce (pertes de sang de la post-ménopause), permettant un diagnostic précoce et un traitement efficace, lui conférant donc un excellent pronostic. Cependant, en cas d'atteinte ganglionnaire, le pronostic de la maladie est nettement moins favorable et le traitement adapté sera plus agressif. En effet, un traitement adjuvant de type radiothérapie et/ou chimiothérapie devra être discuté en concertation oncologique multidisciplinaire (COM) en vue de diminuer le risque de récurrence ou d'évolution de la maladie.

Une récurrence ganglionnaire est majoritairement incurable. Un curage ganglionnaire pelvien et lombo-aortique complet est recommandé pour tout cancer endométrial à haut risque. La voie laparoscopique a pour but d'éviter

des adhérences importantes compliquant l'administration de traitement adjuvant (par les adhérences intestinales, risque élevé de lésion suite à la radiothérapie, ceux-ci ayant perdu leur mobilité) (1). Cependant cette chirurgie reste lourde et compliquée chez des patientes souvent âgées et fragiles, ainsi que souvent en surpoids, facteur de risque du cancer endométrial. D'autre part le risque d'atteinte ganglionnaire pour les maladies à bas risque est faible (5 à 15% selon le stade et le grade de la tumeur) et, dans ces conditions, le curage est souvent non réalisé. Enfin, il n'est pas rare que le stade/grade de la tumeur soit modifié et « upgradé » sur la pièce définitive d'hystérectomie, imposant parfois une reprise chirurgicale pour réaliser un curage ganglionnaire. Une technique permettant de ne pas omettre complètement le status ganglionnaire tout en limitant le geste ganglionnaire trouve ici tout à fait sa place : le ganglion sentinelle.

Innovations techniques

Le problème du cancer de l'endomètre est que "l'organe" est difficilement accessible pour l'injection et différents lieux d'injection d'un traceur ont dès lors été étudiés : initialement, une injection par hystérocopie a été proposée afin d'atteindre directement la tumeur et s'assurer de l'identification des voies de drainage ganglionnaire. Au-delà de la difficulté technique liée à l'injection du Tc99m en médecine nucléaire, les résultats en termes de détection se sont avérés décevants. L'injection cervicale à deux niveaux de profondeur (superficiel et intra-myométrial) a été choisie par la majorité des équipes qui ont investigué la technique, au vu de sa facilité.

Des très bons taux de détection bilatérale et la possibilité d'avoir une diffusion du traceur jusqu'au ligament lombo-ovarien, et donc détection d'un exceptionnel ganglion sentinelle lombo-aortique (2) ont été observés avec l'injection cervicale.

La technique est utilisée pour le col de l'utérus aux Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL), en laparoscopie, pour les cancers du col depuis 2012, en utilisant la technique standard avec double traceur (Bleu et Tc 99m) et utilisation d'une sonde gamma de détection laparoscopique. En 2015, le service de gynécologie, en collaboration avec le service de médecine nucléaire, a fait l'acquisition d'une nouvelle sonde Bluetooth pour la détection laparoscopique. Actuellement dans ce contexte, nous réalisons encore un curage pelvien complémentaire au prélèvement du ganglion sentinelle et nous n'avons pas observé de faux

négatif de la technique jusqu'à présent et obtenons de très bons taux de détection bilatérale.

Après la réunion de revue des guidelines en oncologie pelvienne des CUSL de mars 2015, l'indication a été étendue aux cancers endométriaux débutants en limitant le prélèvement au seul ganglion sentinelle, selon l'algorithme du MSKCC de New York (3).

Au vu du caractère innovant de la technique dans cette pathologie, un enregistrement prospectif multicentrique de toutes les procédures est réalisé afin de pouvoir rapporter l'expérience belge.

Par ailleurs, depuis 2015, une nouvelle technique de détection colorimétrique est également testée aux CUSL avec un traceur fluorescent : le vert d'indocyanine. Cette technique est nouvellement disponible pour la laparoscopie standard, nécessitant une caméra particulière pour visualiser le traceur fluorescent. Notre équipe a eu l'occasion de tester pour la première fois en Belgique

le nouveau système Novadaq Pinpoint© qui permet de fusionner les images de la caméra à fluorescence avec les images de laparoscopie standard, et de la sorte, permettre de réaliser la chirurgie avec le traceur visible, et de suivre les lymphatiques jusqu'aux ganglions très facilement (4) (cfr image 1). Il permet également de voir les différences d'intensité du signal fluorescent, et donc de différencier les ganglions au milieu d'une captation parfois plus diffuse au cours de la dissection. Nous devrions d'ailleurs être le premier centre belge à acquérir ce système déjà bien implanté aux Etats Unis et au Canada (4). L'avantage de la technique d'identification du ganglion sentinelle via le vert d'indocyanine est qu'elle peut être pratiquée rapidement en salle d'opération. Moins de 15 minutes sont suffisantes, après l'injection cervicale, pour identifier les ganglions sentinelles. Ceci permet d'augmenter le taux de détection du ganglion sentinelle en combinant les différents traceurs et l'éventuelle non-migration d'un traceur isotopique dont l'injection est réalisée la veille ou le matin de l'intervention.

Image 1

- Visualisation du vert d'indocyanine dans le ganglion sentinelle pelvien du côté gauche, en suivant le lymphatique afférent et en devinant le lymphatique efférent.
- Même ganglion, avec un autre mode permettant de visualiser l'intensité de captation du traceur, permettant de distinguer le ganglion.
- Traceur visualisé dans le ganglion dès l'ouverture du péritoine.
- Image de la caméra en détection du traceur sans les images de laparoscopie pour distinguer plus précisément le ganglion du tissu environnant, parfois plus difficile en mode superposé.



Conclusion

Le cancer de l'endomètre aux stades débutants est un excellent candidat à la technique du ganglion sentinelle. Cette technique est actuellement implantée aux CUSL et en continuelle amélioration, par l'achat d'une nouvelle sonde de gamma détection laparoscopique et l'évaluation du system Pinpoint de Novadaq. Un enregistrement prospectif de procédures multicentriques belges permettra une évaluation de l'efficacité de la technique, à l'initiative de l'équipe d'Onco Gynécologique de l'IRA II des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Références

1. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Int J Gynecol Cancer* 2016 Jan;26(1):2-30.
2. Ballester M, Dubernard G, Lécuru F et al. Detection rate and accuracy of sentinel-node biopsy in early stage endometrial cancer: a prospective multicentre study (SENTIENDO). *Lancet Oncol* 2011 May;12(5):469-76.
3. Barlin J, Khoury-Collado F, Kim C, et al. The importance of applying a sentinel node mapping algorithm in endometrial cancer: beyond removal of blue nodes. *Gynecol Oncol* 2012 Jun;125(3):531-5.
4. Plante M, Touhami O, Trinh X, et al. Sentinel node mapping with indocyanine green and endoscopic near infrared fluorescence imaging in endometrial cancer: A pilot study and review of the literature. *Gynecol oncol* 2015 Jun;137(3):443-7.

REVUE DES LIGNES DE CONDUITE EN ONCOLOGIE PELVIENNE 2015 DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC: UNE FORMULE INNOVANTE

M. Luyckx, J. Squifflet, JF. Baurain

Mots-clés

Cancer pelvien, guidelines, multicentrique

L'oncologie est en continuelle évolution, comme beaucoup de domaines de la médecine. La particularité de la prise en charge de la maladie cancéreuse est qu'elle nécessite l'intervention de différentes spécialités, chacune avec ses spécificités et ses progrès propres. La garantie des soins alliant la qualité à l'excellence passe par des concertations interdisciplinaires permettant de définir des lignes de conduites innovantes pour la prise en charge des différents cancers gynécologiques.

Par ailleurs, les pathologies cancéreuses pelviennes étant relativement rares et nécessitant souvent des traitements longs, et dans certains cas, des visites quotidiennes à l'hôpital, le développement d'un réseau hospitalier garantissant le maintien d'une qualité de vie aux patientes est capital.

Dans cette optique, le groupe onco-gynécologie de l'institut Roi Albert II des Cliniques universitaires Saint-Luc a organisé en 2015 une revue bi-annuelle de ses guidelines en collaboration avec les équipes d'onco-gynécologie des centres hospitaliers suivants :

- Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (CHWAPI) Tournai
- Cliniques Saint-Pierre Ottignies (CSPO) - Ottignies
- Cliniques de l'Europe (Ste Elisabeth - St Michel) - Bruxelles
- Cliniques et Maternité Sainte Elisabeth - Namur
- Grand Hôpital de Charleroi - Charleroi

Les résultats des discussions à la lumière de la littérature et l'expertise des intervenants ont mené à la rédaction d'un "manuel d'oncologie pelvienne", fruit d'une collaboration interspécialités et interhospitalière.



Mots-clés

Préconception, approche globale, alimentation, médecine nutritionnelle et fonctionnelle

Depuis les années cinquante, nous constatons une dégradation nette de notre fertilité et le parallélisme avec celle de notre environnement est implacable.

Il nous semblait tout à fait judicieux d'ouvrir dans notre centre de procréation médicalement assistée une consultation ciblée sur la prise en charge de notre mode de vie.

Une approche globale de notre santé, et plus particulièrement celle de notre reproduction, implique de s'intéresser à différents volets indissociables les uns des autres.

- 1/ **l'alimentation** représente la partie la plus importante de cette approche : nous ne pouvons que constater une dégradation de la qualité de nos aliments au profit d'une surabondance de production. Or, cette alimentation est la base de la construction de notre corps et de sa maintenance.
- 2/ **l'activité physique** s'est nettement réduite : celle-ci permet entre autres à nos mitochondries de se régénérer et d'être d'autant plus efficaces (importance dans la vitalité du spermatozoïde, par exemple).
- 3/ **la détente et la relaxation** : nous connaissons maintenant les mécanismes physiologiques de l'impact du stress sur notre métabolisme général.
- 4/ **la prise de médicaments et/ou de micronutriments** : la gestion d'une bonne santé passe aussi par une médication adaptée sur base de bilans objectifs (analyses de laboratoire, imagerie médicale).
- 5/ **impact de l'environnement** sur notre santé et plus particulièrement notre fertilité : citons les perturbateurs endocriniens, substances contenues dans certains pesticides, certains cosmétiques, certains plastiques et qui influencent le fonctionnement de nos hormones.

Ces différents éléments sont étudiés lors de la consultation en médecine nutritionnelle et fonctionnelle de la fertilité : une anamnèse complète comprenant les antécédents familiaux et personnels, l'étude de l'environnement privé et professionnel, la gestion des aliments (choix, modes de cuisson, modes de conservation,...) sert de base à cette consultation.

Après analyse de ces éléments, un complément de bilan est souvent proposé sous la forme d'analyses de laboratoire.

Ensuite, la prise en charge est basée sur les fondements de la médecine nutritionnelle et fonctionnelle (MNF). Celle-ci a été élaborée par Jeffrey Bland, Ph D, aux Etats Unis et est développée et enseignée par le Professeur Vincent Castronovo, MD, PhD, gynécologue et professeur à la

Faculté de médecine de Liège (ULg).

Se basant sur les bases physiologiques et biochimiques du fonctionnement du corps humain, la médecine nutritionnelle et fonctionnelle est composée de 7 piliers fondamentaux.

Le *premier* décrit **l'intestin** et plus particulièrement son microbiote (flore intestinale) ainsi que l'importance de l'intégrité de la paroi intestinale.

Le *deuxième* est appelé **médecine mitochondriale** (fabrication d'énergie, stress oxydant,...).

Le *troisième* étudie le **métabolisme des lipides** et plus particulièrement les différents acides gras (saturés, trans, mono-insaturés, poly-insaturés) intervenant entre autres dans la constitution de nos membranes et dans les processus de régulation de l'inflammation.

Le *quatrième* décrit le **rôle du foie** dans les processus de détoxification.

Le *cinquième* aborde **l'inflammation** et les différents mécanismes **d'immunité**.

Le *sixième* concerne le **métabolisme du sucre** et le rôle primordial de l'hyperinsulinisme sur les différentes pathologies de civilisation.

Enfin le *septième* souligne l'importance de la gestion de l'équilibre en **métaux, minéraux et vitamines**.

Ces 7 piliers forment les fondations de ma prise en charge en MNF de la fertilité.

Les premières consultations ont débuté le 5 novembre 2015 et sont plus particulièrement destinées aux couples qui ont été vus par mes collègues pour un problème de fertilité (consultation en PMA).

Déjà les premières constatations confirment les carences et les excès liés à notre mode de vie.

Je propose à chaque couple un recadrage de leur mode de vie par rapport aux différents niveaux décrits dans l'approche de santé globale.

En fonction des résultats des analyses, une complémentation est souvent proposée.

Ensuite, un contrôle des paramètres perturbés est programmé quelques mois plus tard afin d'évaluer les changements et le bien-être apporté par ceux-ci.

Dans le futur, ce type d'approche devrait s'élargir à la mise en route d'une consultation préconceptionnelle ouverte à tout couple désireux d'avoir un enfant.

Ne va-t-il pas de leur responsabilité de mettre au monde un enfant dans les meilleures conditions possibles et de lui offrir toutes les garanties nécessaires à sa future bonne santé.

L'APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DE LA CLINIQUE DU SEIN, DANS LA CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET LES TECHNIQUES DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

A. Gerday, P. Laurent, C. Pirard, C. Watremez, F. Roelandt, C. Rousseau, M. Berlière et C. Wyns

Mots-clés

Bénéfices de l'hypnosédation, ponctions ovocytaires, PMA, chirurgie pelvienne, chirurgie mammaire oncologique, cancer du sein, oncologie intégrative

Introduction

L'hypno-sédation constitue une alternative à l'anesthésie générale utilisée en chirurgie. Celle-ci combine l'induction d'un état d'hypnose associée à l'utilisation d'un anesthésiant local appliqué au niveau du site chirurgical. L'hypnose correspond à un état de concentration mentale et à une focalisation de l'attention du sujet qui, absorbé par ses pensées, devient indifférent à toute autre considération ou stimulation extérieure.

L'hypnose est réalisée par un anesthésiste spécialisé dans le domaine de l'hypno-thérapie. En effet, en cas d'échec d'acquisition de cet état hypnotique et d'inconfort de la patiente, l'anesthésiste peut toujours convertir l'hypnose en anesthésie générale classique.

Les avantages de cette technique sont nombreux : une meilleure tolérance à la chirurgie, une absence d'effets secondaires liés aux produits de l'anesthésie générale (nausées, hypotension artérielle,...), une durée d'hospitalisation plus courte ou encore un meilleur contrôle de la douleur en post-opératoire.

À noter qu'il n'existe que peu de contre-indications à l'accès de l'hypno-sédation comme la surdité ou les troubles cognitifs et psychiatriques.

D'un point de vue pratique, la possibilité de recourir à cette technique sera proposée à la patiente lors de son passage en consultation de gynécologie ou d'infertilité. Il n'est pas rare que des patientes soient déjà sensibilisées à la technique et abordent d'emblée le sujet.

Dans un deuxième temps, les femmes qui souhaitent bénéficier de l'hypno-sédation seront revues en consultation par un anesthésiste formé à la technique afin de recevoir toutes les informations nécessaires.

Application de la technique pour le traitement des pathologies mammaires

En 2012, 10531 nouveaux cas de cancer du sein ont été recensés en Belgique. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme : une femme sur huit à une femme sur neuf sera atteinte d'une néoplasie mammaire avant l'âge de 75 ans (1,2).

Pour prendre en charge ces patientes, de nombreuses procédures invasives (les ponctions, les micro- ou macrobiopsies,...) sont indispensables en vue de l'obtention d'un diagnostic précis de la maladie.

Les différentes approches thérapeutiques constituent également une intrusion physique et psychologique importante. En effet, les traitements chirurgicaux par tumorectomies ou mastectomies ainsi que les gestes axillaires ne sont pas dénués d'effets indésirables (douleur, perte de l'image corporelle, détresse psychologique ou encore les effets secondaires liés à l'anesthésie générale comme les nausées et vomissements). La radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie constituent également des sources non négligeables d'effets délétères pour la patiente.

Sur base de ces constatations, et dans le but de diminuer le stress des patientes et d'accroître leur participation personnelle au processus thérapeutique, l'hypno-sédation peut représenter un bénéfice dans la prise en charge globale de ces femmes.

La technique peut être proposée à toute patiente atteinte d'une néoplasie mammaire et indépendamment de la chirurgie effectuée (la mastectomie ne constituant pas une contre-indication à l'hypnose).

Notre expérience à la clinique du sein

Entre janvier 2010 et décembre 2015, nous avons réalisé une étude uni-centrique observationnelle au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, étude approuvée par le comité d'éthique hospitalo-facultaire.

Trois cents patientes ont été recrutées et réparties en deux groupes homogènes (selon les caractéristiques des patientes et les caractéristiques des tumeurs) :

- 150 patientes ont bénéficié d'une anesthésie classique
- 150 patientes ont bénéficié d'une hypno-sédation.

Après comparaison des techniques chirurgicales et des traitements adjuvants par chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie, nous avons observé : l'absence de différence sur le plan esthétique et cicatriciel des plaies de tumorectomie ou mastectomie. Par contre, chez les patientes ayant bénéficié d'une hypno-sédation le nombre des ponctions de lymphocèles de mastectomies était plus faible et la quantité de lymphes moins importante. De même, les temps de séjours hospitaliers, les douleurs post-radiques, l'asthénie après radiothérapie ou chimiothérapie et la fréquence des bouffées de chaleur secondaires à l'hormonothérapie étaient également réduites.

Application de la technique en chirurgie gynécologique et dans les traitements de procréation médicalement assistée

Les indications de l'utilisation de l'hypno-sédation ont été élargies à la chirurgie gynécologique. En effet, de petites interventions gynécologiques pelviennes sont réalisées grâce à l'utilisation de l'hypno-sédation, dont les résections électives de pathologies utérine intra-cavitaires (polype ou fibrome) ou les résections endométriales complètes par voie trans-hystérocopique. Ces interventions chirurgicales sont réalisées avec l'aide d'une anesthésie locale réalisée aux quatre quadrants du col afin de faciliter la dilatation cervicale permettant l'introduction d'un hystéroscope de 10 millimètres.

L'hypno-sédation s'est également révélée bénéfique pour les patientes ayant recours à une Fécondation in vitro.

En effet, l'hypnose réalisée au moment de la ponction d'ovocytes qui se fait par voie transvaginale sous anesthésie locale et sédation, permet une gestion optimale de la douleur.

L'hypnose est également beaucoup utilisée au moment du transfert d'embryon(s) dans la cavité utérine. Il s'agit dans ce cas d'une hypnose conversationnelle.

Cet accompagnement intègre le soignant dans un processus relationnel lui permettant de sortir de la technique « pure ». Il ressent dès lors un lien particulier avec le patient.

La présence de l'anesthésiste n'est pas requise dans ce cas et l'hypnose est réalisée par les infirmières de l'équipe formées à la technique et par le gynécologue.

Une étude parue dans le « Fertility Sterility » démontre un meilleur taux d'implantation chez les patientes ayant eu recours à l'hypnose lors de leur transfert d'embryon(s) versus une population n'ayant pas recours à cette technique (taux de grossesse clinique par patiente de 58,4% versus 30,2%).

Les hypothèses retenues pour cette observation sont la diminution du stress avec pour conséquence une réduction de l'activité utérine offrant un meilleur taux d'implantation de l'embryon (28% versus 14,4%).

Notre expérience sur environ 100 patientes révèle que l'hypnose contribue grandement à l'amélioration de la qualité des soins et du vécu des traitements en procréation médicalement assistée et permet une réduction des médicaments antalgiques et sédatifs.

À ce jour, dans notre institution, nous n'avons pas chiffré les bénéfices de l'hypnose par rapport au succès de la réimplantation d'embryon(s).

Cependant, dès que toute l'équipe infirmière sera formée à l'aide à l'anesthésie par l'hypnose (fin 2016), une étude structurée en collaboration avec les anesthésistes pour les ponctions d'ovocytes et les gynécologues et infirmières pour les transferts d'embryons sera menée en vue de

clarifier les indications et les marqueurs d'efficacité pour la ponction (confort ?) et pour le transfert d'embryons (grossesse et confort).

Conclusions

L'hypno-sédation peut être utilisée dans la prise en charge des patientes avec une néoplasie mammaire. Cette technique apporte aux patientes un bénéfice d'un point de vue chirurgical mais aussi une meilleure tolérance aux traitements oncologiques pluridisciplinaires. L'hypnose s'inscrit donc dans le contexte de l'oncologie intégrative.

Ces apports bénéfiques de l'hypnose ont pu être étendus à d'autres domaines de la gynécologie générale et en médecine de la reproduction.

Références

1. Montgomery GH, Kangas M, David D *et al.* Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of CBT plus hypnosis. *Health Psychol* 2009 ; 28:317-322.
2. Faymonville M-E, Defechereux Th, Joris J, Adant J.P, Hamoir E, Meurisse M. L'hypnose et son application chirurgicale. *Rev Med Liege* ;53 : 7 / 414-418.
3. Elkins G. *Hypnotic Relaxation Therapy: Principles and Applications*. New York, NY: Springer, 2013.
4. Richardson J, Smith JE, Kirsch I *et al.* Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systemic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007; 16:402-412.
5. Richardson J, Smith JE, Kirsch I *et al.* Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systemic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007; 16:402-412.
6. Montgomery GH, Halquist MN, Schnur JB *et al.* Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: Response expectancies and emotional distress. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78:80-88.
7. Smith ME, Chang -Claude J, Vrieling A, *et al.* Fatigue and quality of Life in breast cancer survivors: Temporal courses and long-term pattern. *J Cancer Surviv* 2012; 6:11-19.
8. Andrykowski MA, Donovan KA, Laronga C, *et al.* Prevalence, predictors and characteristics off-treatment fatigue in breast cancer survivors. *Cancer* 2010; 116:5740-5748.
9. Cramer H, Lauche R, Paul A, Dobos J *et al.* Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled trials. *Integrative Cancer Therapies* 2015; 14:5-15, 2015.
10. Elkins G. *Hypnotic Relaxation Therapy: Principles and Applications*. New York, NY: Springer, 2013.
11. Maclaughlan David S, Salzillo S, Bowe P *et al.* Randomized controlled trial comparing hypnotherapy versus gabapentin for the treatment of hot flashes in breast cancer survivors: a pilot study. *BMJ* 2013; 3e: 003138.
12. Levitas E *et al.* Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertility Sterility* May 2006; vol.85 (5), 1404-8.