

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

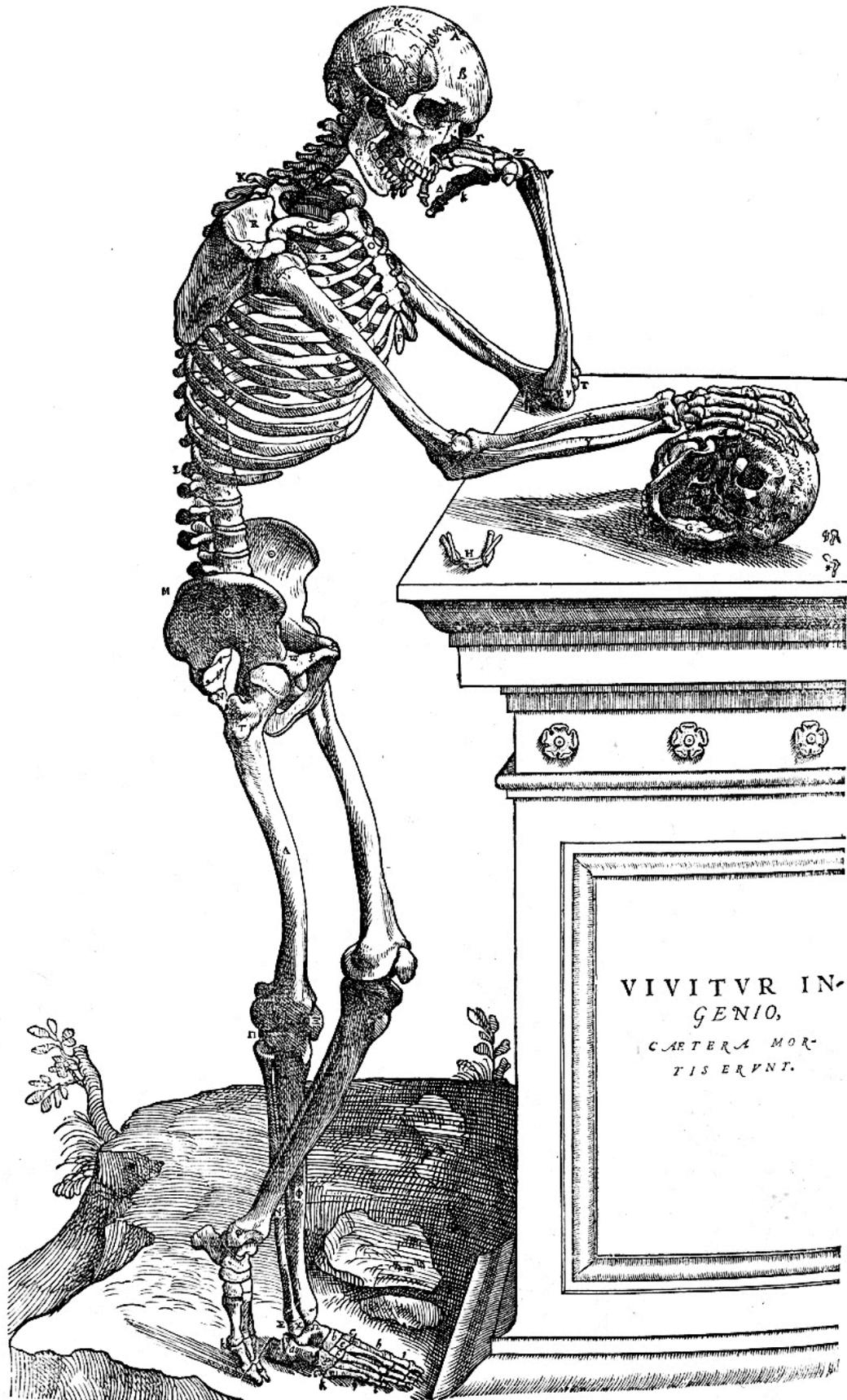
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2019

LA CRANIOTOMIA IN IPNOSI

Candidato ANDREA CIVIDINI

Relatore MASSIMO SOMMA



VIVITVR IN-
GENIO,
CAETERA MOR-
TIS ERVNT.

INDICE

• Introduzione.....	2
• Revisione della letteratura.....	3
• L'ematoma sottodurale cronico.....	5
• Caso clinico.....	9
• Fase di pre-talk.....	10
• Prima induzione.....	11
• Seconda induzione.....	12
• Terza induzione.....	13
• Intervento chirurgico.....	14
• Conclusioni.....	16
• Bibliografia.....	18

INTRODUZIONE

I pazienti ricoverati presso un reparto di neurochirurgia sono ammessi per una serie di patologie diverse che possono variare da tumori cerebrali a problematiche della colonna spinale a traumi. Questi soggetti dimostrano spesso uno stress significativo, un dolore chirurgico e un disagio fisico ed emotivo legato al processo patologico di base.

Nei paziente affetti da problematiche che richiedano un intervento chirurgico craniotomico in particolare, l'idea stessa della "violazione" del compartimento responsabile del pensiero e del carattere, è fonte di elevata preoccupazione, anche a fronte di interventi scarsamente invasivi.

A causa di questi problemi, tali pazienti possono avere un risultato clinico eccellente dall'intervento chirurgico ma possono essere ancora infelici a causa della depressione, del dolore cronico o della natura e gravità della malattia di base. Ciò può anche comportare anche un aumento della durata del ricovero stesso.

Questi problemi possono manifestarsi come una minore soddisfazione per il loro ricovero in ospedale, un aumento del dolore correlato all'intervento chirurgico e intolleranza alla terapia fisica; sono anche riscontrabili deflessioni del tono dell'umore causate dall'alterata percezione del proprio corpo: certi pazienti possono sentirsi addirittura traditi dal corpo e non credono sia possibile tornare alla quotidianità dopo un intervento di questo tipo.

Pertanto, l'uso di terapie alternative non farmacologiche come coadiuvanti nelle cure chirurgiche può svolgere un ruolo importante in questa popolazione di pazienti.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Per craniotomia si intende il confezionamento di un tassello osseo che consenta l'accesso all'interno del comparto intracranico.

In letteratura scientifica sono state pubblicate solo due serie di pazienti sottoposti a intervento neurochirurgico craniotomico in ipnosi; entrambe le serie riguardavano interventi per lesioni espansive intraparenchimali della serie gliale.

La prima serie, pubblicata nel 2015 da parte di Zemmoura e colleghi dell'Hospital Bretonneau (Tours - France) prende in considerazione 43 procedure condotte in stato di ipnosi su 37 pazienti per asportazione di glioma di basso grado in *awake surgery*; la seconda serie, pubblicata nel 2018 da parte di Frati e colleghi dell'IRCCS Neuromed di Pozzilli in collaborazione con l'Università "Sapienza" di Roma, considera 6 procedure di craniotomia in stato d'ipnosi per asportazione di glioma di alto grado in *awake surgery*.

Entrambi gli autori ritengono che la sedazione ipnotica sia sicura ed efficace per interventi chirurgici di asportazione di lesioni cerebrali intrassiali in *awake surgery*: permette un corretto mappaggio delle aree eloquenti riducendo nel contempo l'impatto psicologico della chirurgia da sveglio. Il primo autore tuttavia sottolinea che l'ipnosi non si è rivelata superiore al classico protocollo definito *asleep-awake-asleep* che prevede il risveglio del paziente per l'esecuzione dei vari tasking motori e verbali, che rimane il gold standard per questo tipo di interventi nei pazienti giovani.

Come primo caso da affrontare all'Ospedale di Legnano è stato scelto un intervento chirurgico craniotomico di svuotamento di ematoma sottodurale cronico in sedazione ipnotica, non ancora descritto in letteratura.

L'EMATOMA SOTTODURALE CRONICO

L'ematoma sottodurale cronico è una malattia comune caratterizzata dalla raccolta anormale di emoderivati nello spazio sottodurale con un decorso relativamente indolente di progressione della malattia. L'incidenza complessiva è assai variabile a seconda delle casistiche, da 1,72 a 20,6 per 100.000 persone all'anno, con un'incidenza significativamente più elevata negli anziani. È stata osservata una tendenza verso un aumento dell'incidenza stessa, che può essere attribuita alla popolazione in età avanzata derivante da un aumento dell'aspettativa di vita.

La formazione della raccolta ematica rimane poco chiara e si ipotizza che la fisiopatologia sia innescata da risposte infiammatorie, trasformazioni da ematoma subdurale acuto o un aumento del gradiente della pressione oncotica tra l'ematoma e vasi sanguigni. Inoltre, lesioni cerebrali subcliniche con conseguenti traumi minori alle vene ponte possono anche facilitare l'accumulo cronico di sangue all'interno dell'ematoma incapsulato da neomembrane.

Le manifestazioni sono variabili e principalmente causate dalla compressione intracranica immediata attraverso l'espansione dell'ematoma. I sintomi che presentano includono mal di testa, convulsioni, cambiamenti dello stato mentale, debolezza, disturbi sensoriali e motori, disartria, disturbi dell'andatura, nausea e vomito, ictus e coma. Dal 3% al 20% dei pazienti con ematoma sottodurale cronico si presentano con stato comatoso.

Da notare, dal 10% al 30% dei pazienti è anche in terapia anticoagulante o antiplastrinica.

Il fatto che tali ematomi siano più frequenti nella popolazione anziana può rendere

tardiva la diagnosi poiché in questa categoria di pazienti il quadro neurologico può essere già compromesso per patologie neurologiche preesistenti quali le demenze o vari stati di decadimento cognitivo.

L'ematoma sottodurale cronico può essere diagnosticato rapidamente utilizzando la tomografia computerizzata, mostrando una massa a forma di mezzaluna con una leggera ipodensità che rappresenta il sacco fluido dell'ematoma racchiuso dalle neo-membrane. L'aumentata densità e la densità eterogenea possono essere notate come una progressione naturale della malattia o se è presente sanguinamento recente.

L'evacuazione chirurgica dell'ematoma rimane il pilastro del trattamento per i pazienti sintomatici. L'accesso alla capsula dell'ematoma viene effettuato attraverso singolo foro di trapano o craniotomia. Riteniamo che l'approccio craniotomico sia da preferire, in quanto permette una migliore esplorazione della cavità sottodurale e la conseguente maggiore apertura delle membrane limitanti.

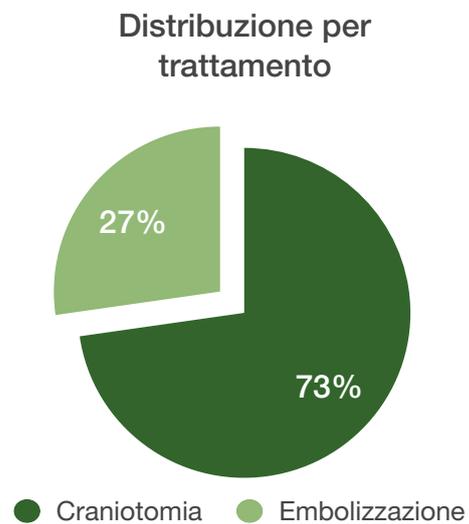
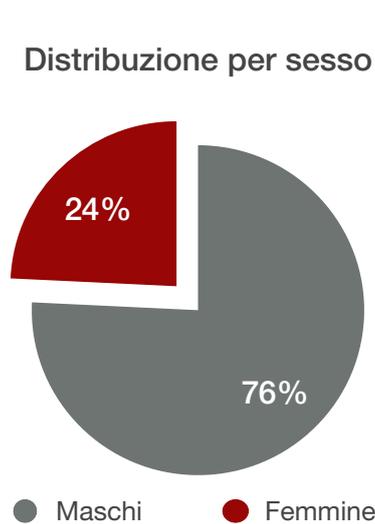
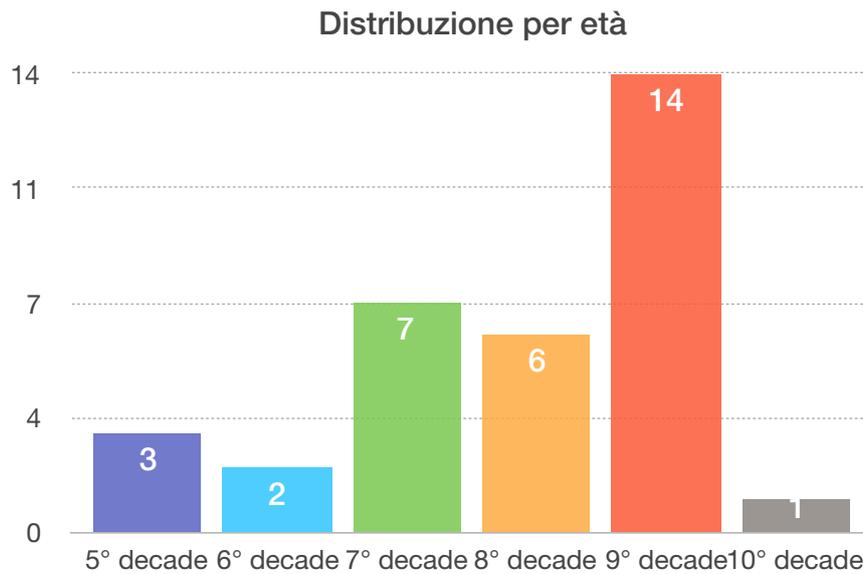
Per i pazienti asintomatici, si preferisce la gestione non chirurgica, che comprende l'eliminazione di fattori precipitanti come farmaci anti-coagulazione o farmaci antiplastrinici, correzione della coagulopatia sottostante e gestione dei sintomi.

Presso il nostro Reparto proponiamo ai pazienti paucisintomatici o particolarmente fragili un innovativo approccio endovascolare che consiste nell'embolizzazione mediante microparticelle dei rami distali dell'arteria meningea media: questa procedura deriva dall'ipotesi fisiopatologica secondo la quale le membrane neoformate che incapsulano l'ematoma sono vascolarizzate proprio dall'arteria meningea media; queste neomembrane sembrano responsabili dell'autoalimentazione dell'ematoma stesso.

La prognosi dopo il trattamento chirurgico è favorevole nella maggior parte delle serie riportate, con l'80% al 90% dei pazienti trattati con un risultato soddisfacente al follow-up, con mortalità riportata dallo 0,5% al 4,3%. Si noti che la ricorrenza dell'ematoma sottodurale cronico può raggiungere il 70%, ma solo il 10-20% delle falde recidive richiede un nuovo intervento.

Come si può evincere da quanto descritto, la possibilità di ricorrere alla sedazione ipnotica in questa categoria di pazienti non è affatto frequente, proprio perché possono essere presenti alterazioni dello stato di coscienza che impongono un trattamento in regime di urgenza oppure per la presenza di decadimento cognitivo che inficerebbe una corretta comunicazione e quindi l'instaurarsi di un sufficiente rapporto.

Nel periodo tra maggio e settembre di questo anno, presso il Reparto di Neurochirurgia dell'Ospedale di Legnano sono stati trattati 33 pazienti affetti da ematoma sottodurale cronico.



CASO CLINICO

Il signor PD, di 69 anni, è stato ricoverato presso il Reparto di Neurochirurgia dell'Ospedale di Legnano per l'insorgenza di emisindrome motoria sinistra da ematoma sottodurale cronico emisferico destro; questo a sua volta era stato causato da una caduta dalla bicicletta occorsa circa un mese prima.

La completa integrità dello stato di coscienza e delle funzioni cognitive superiori legata alla possibilità di un intervento chirurgico programmabile in regime di elezione, ha reso possibile proporre il ricorso alla sedazione ipnotica per l'intervento stesso.



FASE DI PRE-TALK

Questa fase è stata fondamentale prima di tutto per spiegare al paziente che cosa è lo stato di trance e come è possibile raggiungerlo. Nel frattempo sono stati sfatati i classici cliché che vedono l'ipnosi come qualcosa in grado di manipolare la volontà del paziente o un modo per estorcere informazioni personali.

In secondo luogo ha permesso di raccogliere importanti informazioni circa le preoccupazioni del paziente riguardo all'intervento chirurgico. Il paziente, effettivamente in notevole stato di ansia per l'intervento ("mi dovete aprire la testa"), raccontava le paure con concitazione e cambiando il tono di voce (acuto e lamentoso come quello di un bambino): questa spontanea regressione d'età ha indirizzato la scelta delle suggestioni da proporre durante l'induzione dello stato di trance.

Durante tutta la fase di pre-talk sfruttando tecniche di comunicazioni ipnotica sono state disseminate varie suggestioni riguardanti comodità, serenità, benessere e leggerezza.

Scopo primario della sedazione ipnotica è stato quindi permettere al paziente di affrontare con serenità la procedura chirurgica, riducendo al massimo lo stress sia pre e post-operatorio che durante la procedura stessa.

PRIMA INDUZIONE

La trance è stata indotta facendo focalizzare l'attenzione su un punto del campo visivo e contemporaneamente concentrandosi sul respiro, per permettere al paziente di rivolgere l'attenzione all'interno in maniera progressiva. Nel frattempo sono state proposte come suggestioni una serie di verità del tutto ovvie (truismi) riguardanti esperienze di apprendimento in età infantile, in modo da facilitare una successiva regressione d'età.

Ulteriori suggestioni sono state volte a creare dissociazione tra mente conscia e inconscia, approfondendo la trance sino alla classica immagine della scala discendente di dieci gradini: al termine di questa il paziente ha raggiunto il suo "luogo sicuro". In questo luogo ha sperimentato una piacevole sensazione di serenità e benessere legata alla capacità di fluttuare piacevolmente al di fuori del proprio corpo, potendo notare come questo fosse abbandonato sul letto e ben lontano dalle preoccupazioni legate all'intervento chirurgico.

E' stato poi suggerito al paziente che avrebbe potuto facilmente rievocare alcuni ricordi del passato, momenti nei quali si era sentito accudito oppure semplicemente felice.

Una volta esdotto dalla trance, il paziente si è commosso e ha voluto condividere due piacevoli ricordi che ha letteralmente rivissuto.

SECONDA INDUZIONE

La seconda trance, raggiunta con le medesime modalità della prima se non per il fatto che il paziente ha voluto iniziare già con gli occhi chiusi, è stata volta alla registrazione di un elettroencefalogramma in continuo.

Durante lo stato ispettivamente identificabile come trance (completo rilassamento muscolare e amimia facciale, abbassamento della frequenza cardiaca e regolarizzazione del respiro, abolizione della deglutizione involontaria), è stato effettivamente possibile registrare le onde theta, onde di bassa frequenza e media ampiezza tipiche del rilassamento profondo e della trance ipnotica.

Questa prova ha rappresentato una potente ratifica per il paziente, comunque scettico riguardo alla sua personale capacità di raggiungere lo stato di trance.

In questa fase, oltre alla consueta sensazione di benessere e serenità, è stata sperimentata la levitazione del braccio (raggiunta con un minimo rinforzo).

TERZA INDUZIONE

Scopo di questa terza e ultima induzione di trance, è stato quello di valutare la capacità del paziente di produrre una analgesia.

Ancora una volta è stata indotta una regressione d'età e si è suggerito al paziente di tornare a un lontano ricordo di infanzia comune a tutti gli individui: quella particolare giornata passata da bambino a giocare a palle di neve fino a che le mani non erano diventate del tutto insensibili per il freddo. È stata quindi testata l'analgesia a livello del dorso della mano, passata poi alla cute del capo con un semplice passo.

INTERVENTO CHIRURGICO

Il mattino seguente alla terza seduta il paziente è stato condotto nel blocco operatorio per l'intervento chirurgico. Già presso la *recovery room*, sfruttando un linguaggio ipnotico è stato ricordato quanto fosse stato per lui facile scivolare in un soddisfacente stato di trance e che si sarebbe stupito di quanto anche in questo nuovo ambiente sarebbe stato ugualmente facile. Non si è ricorsi alla usuale fase di "premedicazione", che consiste solitamente nella somministrazione di blandi sedativi orali.

Entrato in sala operatoria e spostato sul letto, il paziente è stato posizionato supino e con il capo girato verso sinistra, chiedendo di trovare una posizione per lui del tutto comoda.

E' stato quindi indotto lo stato di trance, come per le altre volte raggiunto focalizzando l'attenzione sul respiro e il progressivo rilassamento. A questo punto è stato confezionato il campo operatorio, permettendomi di poter aver accesso al volto del paziente. Anche in questa fase non è stato somministrato alcun farmaco sedativo o analgesico e non è stata inoculata l'anestesia locale; il paziente era comunque perfettamente monitorizzato e l'anestesista è stato presente durante tutta la procedura.

Valutata l'analgesia prima al dorso della mano e poi a livello della cute del capo, si è proceduto a un'incisione chirurgica rettilinea parietale sinistra di circa sette centimetri: in questa fase il paziente non ha avvertito alcun dolore. Durante il successivo scollamento e divaricazione dei tessuti molli sottocutanei sino al pericranio, tramite linguaggio non verbale il paziente ha dimostrato invece una sensazione di fastidio che comunque non è stata sufficiente a esdurlo dalla trance;

a questo punto è stata inoculata una blanda soluzione di anestetico locale sottocutanea (lidocaina 2%).

Le successive fasi dell'intervento chirurgico sono consistite nel confezionamento di un tassello osseo di circa tre centimetri di diametro, la coagulazione e incisione della dura madre (fase potenzialmente dolorosa), il riconoscimento e l'incisione della membrana limitante esterna e il progressivo svuotamento della falda ematica. Svuotata la falda ematica, la cavità sottodurale viene abbondantemente irrigata con soluzione fisiologica; a questo punto è riconosciuta e incisa la membrana limitante interna: il parenchima cerebrale si è ben riespanso e non è stato quindi necessario posizionare un drenaggio sottodurale. Si è quindi proceduto alla riapposizione dell'opercolo osseo fissandolo con vitine e placchette in titanio e alla sutura per piani.

Avvenuta l'esduzione, è parso incredibile a tutto il personale presente in sala operatoria come il paziente fosse assolutamente sereno e libero da tensioni: sembrava davvero che fosse appena tornato da una piacevole passeggiata insieme ai suoi amici d'infanzia. Fatto interessante, sembrava aver sviluppato una parziale amnesia per il breve attimo di disagio dimostrato nelle prime fasi dell'intervento.

Tornato in camera di degenza libero da code di sedazione, si è potuto subito mobilitare chiacchierando serenamente con la moglie, per poi pranzare senza limitazioni.

CONCLUSIONI

Scopo dell'ipnosi in un reparto e in una sala operatoria di neurochirurgia non deve essere quello di sostituirsi alle comuni pratiche anestesiolgiche, che troveranno sempre un ruolo di primaria importanza.

Come dimostrato dall'esposizione di questo caso clinico, il ricorso alla sedazione ipnotica è stato assai efficace nella riduzione dello stress preoperatorio ed è stato addirittura capace di trasformare un intervento chirurgico in un'esperienza piacevole per il paziente. Nondimeno ha aiutato il soggetto ad affrontare la propria percezione della malattia, preparandolo a un ritorno a casa il più possibile sereno.

Tutto ciò non può prescindere dall'attenta selezione del paziente e dalla scrupolosa preparazione dello stesso attraverso colloqui e sedute preparatorie.

Queste sono peraltro importanti per creare la giusta fiducia medico-paziente e quindi un buon rapport: come dimostrato in questo caso, la fase di pre-talk è effettivamente un momento durante il quale porre le basi per una buona induzione ipnotica.

Credo poi sia fondamentale stabilire, prima prima di tutto con se stessi e quindi con il paziente, quali siano gli obiettivi della terapia ipnotica: questi devono sempre e comunque essere dettati dalle necessità del paziente per il determinato problema da affrontare (sia in previsione di una procedura invasiva o comunque ansiogena sia per una problematica psicosomatica) e non rispecchiare un capriccio del terapeuta, ansioso di dimostrare le proprie capacità. In questa ottica condivido il pensiero ericksoniano che vede l'ipnoterapeuta come una guida in grado di utilizzare una raffinata tecnica comunicativa in associazione alla capacità di

entrare in empatia con il soggetto, mentre la parte difficile della terapia è compiuta dal paziente.

Per concludere l'ipnosi, che al di là delle definizioni accademiche si può considerare come un momento di creatività condivisa durante il quale un'idea è in grado di instaurare una ricerca inconscia a scopo terapeutico, può essere uno strumento potente anche nella gestione del paziente neurochirurgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Zemmoura I et al. *Hypnosis for awake surgery of low-grade gliomas: description of the method and psychological assessment*. Neurosurgery. 2016 Jan;78(1):53-61
2. Frati A et al. *Hypnosis-aided awake surgery for the management of intrinsic brain tumors versus standard awake-asleep-awake protocol: a preliminary, promising experience*. World Neurosurg. 2019 Jan;121:e882-e891
3. Erickson M, Rossi E, Rossi S. *Tecniche di suggestione ipnotica*. Astrolabio, Roma 1979
4. Erickson M, Rossi E. *Ipnoterapia*. Astrolabio, Roma 1982
5. Erickson M, Rossi E. *L'esperienza dell'ipnosi*. Astrolabio, Roma 1985
6. Lankton S, Lankton C. *La risposta dall'interno - Studio clinico della ipnoterapia ericksoniana*. Astrolabio, Roma 1984
7. Casiglia E. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. Cooperativa Libreria Editrice di Padova, Padova 2015