



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Phénoménologie expérientielle de l'algie vasculaire de la face (AVF)

Experiential phenomenology of cluster headache

Nadège Bourvis^{a,*}, Jean Vion-Dury^b

^aService de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^bUnité de neurophysiologie, psychophysiologie et neurophénoménologie (UNPN), atelier de phénoménologie expérientielle et exploratoire (APHEX²), pôle universitaire de psychiatrie, Aix-Marseille université, CHU Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 21 mai 2015
Accepté le 5 juin 2015

Mots clés :

Algie vasculaire de la face
Céphalée
Conduite de l'entretien
Douleur
Entretien
Phénoménologie

Keywords:

Cephalgia
Cluster headache
Elicitation interview
Pain
Phenomenology

RÉSUMÉ

L'Algie Vasculaire de la Face (AVF) se manifeste par des accès douloureux paroxystiques fréquents et invalidants. L'intensité de la douleur est exceptionnellement sévère. Dans l'AVF, des manifestations psychiques ou comportementales sont retrouvées en cours de crise, avec une séméiologie pour le moins singulière, voire extrême. Ce travail phénoménologique veut tenter de répondre à la question : « Qu'est-ce que cela vous fait d'avoir une crise d'AVF ? » en utilisant la méthode dite d'entretien d'explicitation des vécus conscients. Trois axes phénoménologiques se différencient : (1) une altération de l'Être-au-monde attestée par une impression de restriction physique et d'enfermement insupportable, imposé, sans échappatoire ; (2) une altération de l'Être-à-soi qui va de la déformation à la dissolution ; (3) et une altération de l'Être-à-l'autre allant de la solitude impérative à la seule acceptation d'une présence sans mots.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – Cluster headache (CH) is a rare disease (1 to 3/1000), predominant in men (sex ratio: four men/one woman) and characterized by frequent very painful paroxysmic attacks occurring sometimes eight times by day. CH is a disease without lesion and impairs the quality of life of patients. Attacks occur only on the same hemiface and can last from 15 minutes to 3 hours. The pain is particularly severe and a frequent and extreme psychiatric symptomatology is observed during the attacks. Treatments are rare and not always efficient: sumatriptan, oxygen, LSD, psilocybin. In this paper, we try to answer to the question: "What does that make you to have a cluster headache attack?" using elicitation interview developed by Vermersch.

Patients and methods. – Ten patients have been interviewed using elicitation interview (EI) (40–50 min for one interview). All these patients (seven men's and three women's) suffer from chronic or episodic CH, with a mean age of 43 years. The patients come from the Lariboisière hospital (Paris), and more precisely from the center of headache urgency. EI allows describing the pre-reflexive consciousness contents. The method is described in Balzani et al., and in Petitmengin et al. (see bibliography). Data analyses were performed using Interpretative phenomenological analysis (IPA).

Results. – From the EI, we have distinguished three phenomenological axes, following Heidegger's philosophy: (1) An alteration of being-to-the-world with a strong unbearable feeling of imprisonment, and physical restriction. At the same time the patients present a stereotypical and automatic behavior with few motor schemes and escaping strategies. When pain arises, they want to leave and to go very far. Aggressive behaviors frequently occur. Sometimes, the patients are not able to perform the sumatriptan injection, due to a motor inhibition. Some patients try to do autohypnosis or other methods to resist to the pain. (2) An alteration of being-to-the self, going from the corporal distortion to the body dissolution. At the onset of symptoms, the patient does the experience of physical deformation, particularly of the

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nadege.bourvis@gmail.com (N. Bourvis).

face, with strong vegetative symptoms. The patient is not able to control corporeal manifestations: tears, mad thinks, incoherent projects in order to stop the crisis. Some patients want to remove the part of their body where the pain is the most intense (eye, for example). There is a losing of the body limits and a loss of the time orientation. In many cases, the pain is unbearable and patients want to commit suicide. At the extreme, the sensation of self seems destroyed, and some patients evoke an experience similar than Near Death Experiences, or describe an experience of swaying in emptiness or imminent death. (3) An alteration of being-to-the-other, going from the imperative solitude to the acceptance for a presence without words. Solitude is the most experience for the patients. They cannot accept anybody. Another person is unbearable, because asking questions about the crisis. In the same time, the patient is scared of this solitude since he is not able to speak about his painful experience. In summary, the structure of the self is altered, and thinking is completely disturbed. The experience of time and space is modified and a pragmatism is a consequence of this intense pain. During the crisis, pain is central and the patient lives a kind of dissolution, near death: a self-dismantling.

Conclusion. – The EI have allowed us to describe precisely the painful experience of subjects with a cluster headache. This experience is very rich and very intense. EI, as a phenomenological method, is a very useful method to describe more precisely the symptomatology of a disease, because it pays attention to the effective experience of the pathological flesh, as compared to the pathological body.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'algie vasculaire de la face (AVF) est une maladie rare dont la prévalence est estimée de un à trois pour 1000 en population générale [23], et dont le sex-ratio est de une femme pour quatre à sept hommes. Cliniquement, l'AVF s'exprime par des accès douloureux paroxystiques intenses appelés crises, d'une durée de 15 minutes à trois heures, avec une fréquence pouvant aller de une à huit crises par jour. Les crises sont unilatérales, affectent toujours la même hémiface, touchent le plus souvent le territoire sensitif de la branche orbitaire du nerf trijumeau, avec une douleur rétro-orbitaire intense. Toute la face et la région cervicale peuvent être atteintes [7,19,22].

L'intensité de la douleur est exceptionnellement sévère, souvent décrite comme la pire des douleurs ressenties par les patients au cours de leur vie (supérieure à celle d'un accouchement sans péridurale ou d'une fracture de membre). Les crises douloureuses sont typiquement accompagnées par des signes végétatifs ipsilatéraux témoignant d'une hyperactivité du système parasympathique : larmoiement, rhinorrhée, œdème palpébral... [19]. Dans la plupart des cas, l'AVF est considérée comme une maladie lésionnelle (c'est à dire sans substrat organique décelable avec les moyens techniques actuels) et appartient donc à la catégorie des céphalées dites primaires [8]. Cependant, divers arguments suggèrent que les crises d'AVF résultent d'un dysfonctionnement transitoire et réversible de certains noyaux de l'hypothalamus postérieur.

En dépit de la spécificité des symptômes de l'AVF, le retard au diagnostic est très fréquent, y compris dans les formes typiques de la maladie. Elle est associée à une altération de la qualité de vie des patients, avec un retentissement fonctionnel pouvant être sévère, une restriction globale des activités et des conséquences professionnelles majeures [10]. Il n'existe pas à ce jour de traitement curatif de l'AVF. En revanche, des traitements efficaces sont disponibles pour réduire l'intensité ou la durée des symptômes lors des crises : sumatriptan injectable ou en spray intranasal, inhalation d'oxygène pur à haut débit pendant 15 à 30 minutes, et de manière moins légitime, le LSD [11] ou la psilocybine [20].

Dans l'AVF, des manifestations du comportement ou psychiques sont retrouvées chez presque tous les patients en cours de crise, avec une sémilogie pour le moins singulière, voire extrême : incapacité à rester en place, déambulation, stéréotypies motrices, voire agitation ; recherche de stimulations thermiques ou douloureuses ; irritabilité, agressivité ; tendance à l'isolement,

voire intolérance à la présence ou au contact physique avec autrui ; idées suicidaires.

Ce travail veut tenter de répondre à la question : « Qu'est-ce que cela vous fait d'avoir une crise d'AVF ? » ou « qu'est-ce que cela vous fait d'être un patient avec cette maladie ? » selon une approche phénoménologique (en référence à Nagel [6], chapitre 24), telle que nous avons pu la décrire pour les démences ou qu'elle a pu être développée par Tammam [21]. Ce travail s'appuie également sur l'analyse existentielle de Binswanger [2] développée dans le contexte de la psychiatrie phénoménologique.

2. Méthode

L'étude est monocentrique. Dix patients (sept hommes, trois femmes) ont été recrutés au cours du mois de mars 2010 au Centre Urgences Céphalées (CUC) à l'hôpital Lariboisière à Paris.

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels, d'une durée de 40 à 50 minutes, selon la méthode dite d'Entretien d'Explicitation des vécus conscients préréflexifs (EdE), mise au point et formalisée par Vermersch [24], et définie par « une aide à la prise de conscience pour passer de l'implicite de son propre vécu à son explicitation » (voir aussi Balzani et al. [12] et Petitmengin et al. [16]). Il s'agit d'entretiens guidés par un professionnel ayant suivi une formation spécifique, au cours desquels le sujet est interrogé sur une expérience particulière ayant véritablement eu lieu (c.-à-d. localisable dans le temps et l'espace) qu'il va revivre et décrire à la première personne, en utilisant ses propres mots. Les entretiens ont été filmés, avec le consentement des patients (enregistrements numériques).

L'interprétation des données est réalisée selon les principes de l'Analyse Interprétative Phénoménologique (AIP) [21] et ceux de l'analyse des vécus préréflexifs de Petitmengin [15,16]. L'AIP est un outil de recherche inductif, dans la lignée de la démarche phénoménologique initiale. Il s'agit d'une méthode qualitative de repérage des traits communs présents dans la narration de l'expérience, permettant de dégager les grandes composantes de la structure de l'expérience, en faisant ressortir les variations possibles au sein de cette structure puis, éventuellement, d'en dégager des similarités ou structures communes. L'objectif de cette méthode n'est pas de tester une hypothèse formulée *a priori*, mais au contraire de s'ouvrir aux différentes interprétations possibles de discours recueillis. Cette méthode partage des caractéristiques avec d'autres méthodes d'analyse qualitative du discours, mais présente des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6786026>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6786026>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)