

Les contraceptifs oraux et les menstruations : quand causent-ils la migraine?



La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère, professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Par Suzy Dubois, M.D.

Le cas d'Isabelle

Isabelle, âgée de 28 ans et sans enfant, vous consulte pour des céphalées qui s'avèrent réfractaires aux traitements disponibles en vente libre (acétaminophène et ibuprofène). Il s'agit de céphalées pulsatiles et unilatérales, d'intensité modérée qui durent de 12 à 24 heures, qui se produisent 2 à 3 fois par mois et qui sont accompagnées de nausées. Elle ne sont cependant pas précédées d'une aura.

Les symptômes sont exacerbés par ses règles. Au cours de la période durant laquelle elle avait commencé à éprouver ces symptômes, Isabelle utilisait des contraceptifs oraux.

Que faites-vous? Discussion du cas à la page 46.

Les migraines menstruelles

Il faut d'abord s'assurer que la migraine ne fait pas partie d'un syndrome prémenstruel, lequel est constitué de symptômes physiques et psychologiques (irritabilité, fatigue, gonflement et mastalgies, par exemple) apparaissant dès l'ovulation (14^e jour suivant le 1^{er} jour des menstruations) jusqu'à la menstruation. Si la migraine fait partie d'un syndrome, il faut alors traiter la migraine et ce malaise.^{1,2}

MacGregor et ses collaborateurs ont défini la migraine menstruelle comme apparaissant une ou deux journées avant les règles et durant jusqu'à trois ou quatre journées après celles-ci.³ Pour faire la distinction, on recommande le calendrier des symptômes pendant trois mois.

La migraine menstruelle est souvent associée à la dysménorrhée, laquelle est généralement grave, dure



La **Dre Dubois** est gynécologue-obstétricienne, Complexe hospitalier de la Sagamie, Chicoutimi. Elle s'intéresse particulièrement à la ménopause, aux grossesses à risque élevé et au diagnostic prénatal.

BEXTRA^{MC}

Pour plus de détails, voir la page 24

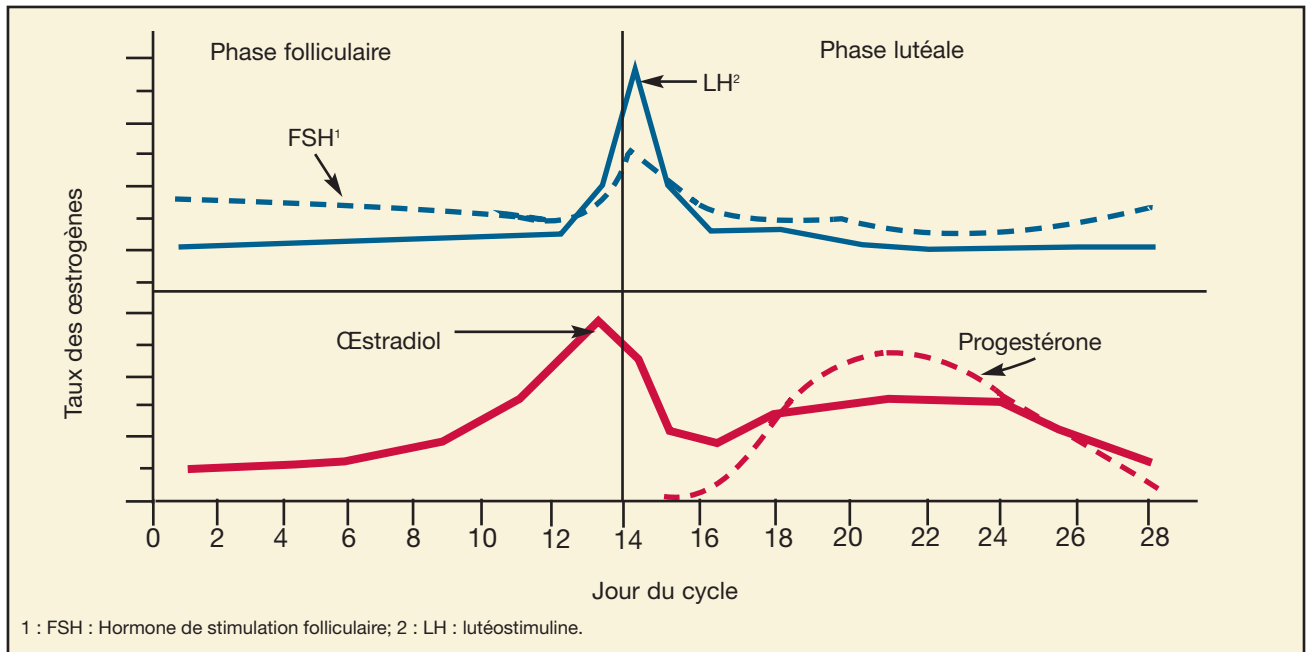


Figure 1. Cycle des œstrogènes.

longtemps et est souvent précédée d'une aura. Elle est réfractaire aux traitements habituels et présente également un nombre important de récurrences. On explique son apparition par les quatre hypothèses suivantes :

1. une chute des œstrogènes (figure 1);
2. une sécrétion de prostaglandines causant une inflammation neurogène;
3. une réduction des niveaux de sérotonines;
4. la déplétion de magnésium intracellulaire.

Il existe trois approches thérapeutiques pour traiter la migraine menstruelle : le traitement épisodique, la prophylaxie ponctuelle et les manipulations hormonales.

1. Le traitement épisodique

Le traitement habituel de la migraine s'applique au traitement épisodique de la migraine menstruelle (tableau 1).⁴

Les traitements spécifiques de la migraine sont contre-indiqués pour les patientes qui souffrent de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle et de dysfonction rénale ou hépatique. De plus, il n'est pas recommandé de combiner ces traitements.

Quelques études portant sur les triptans (agonistes de la sérotonine) ont étudié spécifiquement l'efficacité de ceux-ci pour le traitement des migraines menstruelles.^{5,6,7} Toutes concluent une efficacité comparable à celle du traitement de la migraine non menstruelle.

2. La prophylaxie ponctuelle

La prophylaxie ponctuelle consiste à donner un traitement pendant la semaine prémenstruelle et durant les règles afin d'éviter la migraine.

3. Les manipulations hormonales

Une hormonothérapie continue (transdermique ou orale, deux fois par jour) commencée quelques jours avant les règles et poursuivie quelques jours après, recrée un environnement stable afin d'éviter la chute des œstrogènes. Il est à noter que la baisse d'œstrogènes lors de l'ovulation n'est généralement pas assez importante pour causer le même environnement. De plus, les suppléments d'œstrogènes exogènes ne sont pas suffisants pour interférer ou retarder les menstruations.

Enfin, dans les cas les plus réfractaires, il est

Les soins au féminin

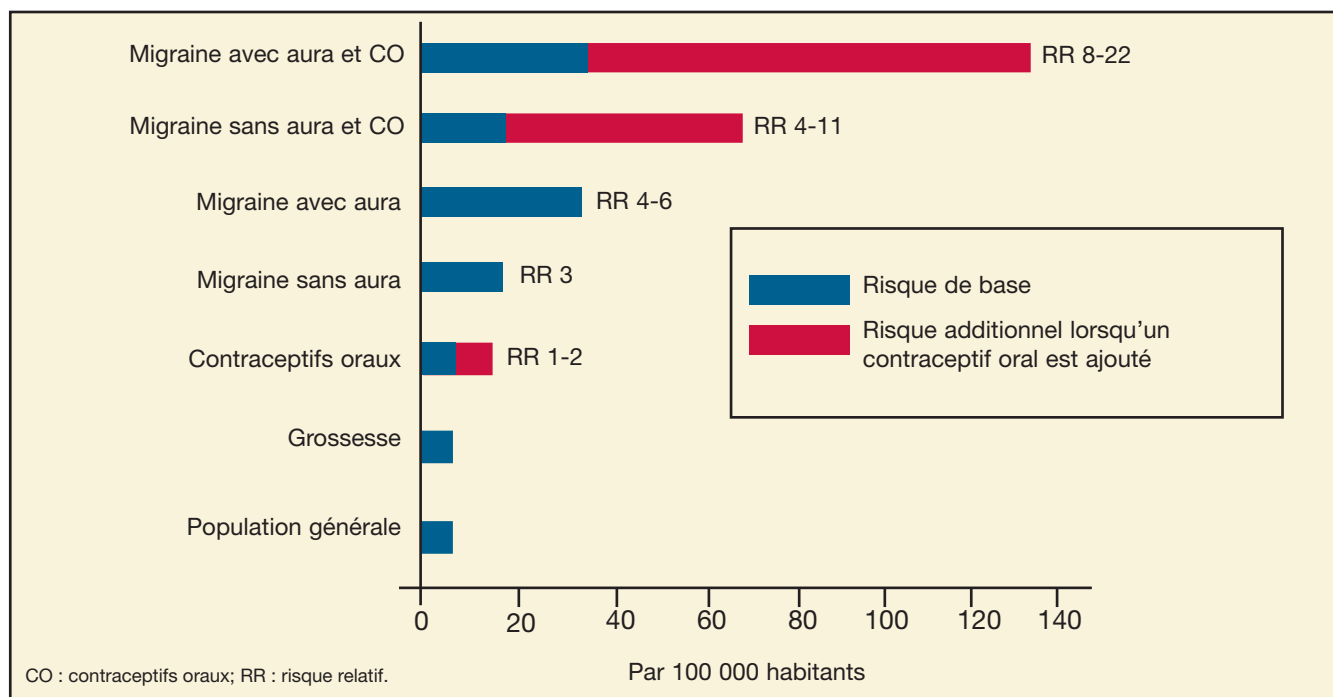


Figure 2. Les risques d'accident vasculaire cérébral chez les femmes en âge de reproduction.

possible de supprimer les menstruations de façon médicale (contraception en continu, par exemple), et parfois de façon chirurgicale, afin de diminuer les migraines.

Les contraceptifs oraux (CO) monophasiques en continu peuvent être utilisés pendant une longue période de temps sans problème. Si la patiente ressent des malaises (gonflement abdominal, mastalgie, microrragie, etc.), elle doit alors cesser les CO pendant cinq jours (elle aura alors une menstruation) et reprendre par la suite en continu. Si la noréthindrone est utilisée (en contre-indication aux œstrogènes, par exemple), mentionnons que son efficacité contraceptive est moindre. De plus, elle doit être prise à moins d'une heure de décalage chaque jour sinon son efficacité est davantage moindre et la microrragie, plus fréquente.

Tableau 1

Les traitements habituels de la migraine

- Les analgésiques en vente libre (ibuprofène et acétaminophène, par exemple)
- Les antiémétiques (dimenhydrinate, par exemple)
- Les analgésiques sous prescription, incluant les combinaisons (butalbital et codéine, par exemple)
- Les traitements spécifiques de la migraine (ergotamine et triptans, par exemple)

Pour ce qui est de la médroxyprogestérone en injection, elle n'augmente pas la fréquence des migraines, bien que 6 % des femmes puissent avoir des céphalées non migraineuses. On peut s'attendre à 80 % d'aménorrhée après 5 ans, à 68 % après 2 ans et à 55 % après 1 an.

Suite à la page 46



À retenir...

Quand référer et à qui?

Neurologue

- Diagnostic incertain
- Aggravation des migraines (apparition d'aura, augmentation de l'intensité, etc.)
- Échec des traitements habituels

Gynécologue

- Échec des traitements habituels (femme enceinte)
- Aménorrhée induite et femme réfractaire aux traitements habituels
- Migraine avec aura et contraceptifs oraux
- Échec de traitement avec une hormonothérapie

Concernant le danazol, il s'agit d'un agoniste faible de la testostérone. Il est utilisé à de fortes doses (800 mg par jour) pour le traitement de l'endométriose, moyennant plusieurs effets indésirables (acné, prise de poids, etc.). Toutefois, à des doses moindres (200 mg par jour), les effets indésirables sont rares (lourdeur aux jambes et gonflement abdominal, par exemple) et les effets thérapeutiques sont intéressants : diminution de la fréquence menstruelle et du flot sanguin, de la mastalgie et du syndrome prémenstruel. Son emploi est recommandé seulement pour une période de six mois par année (sinon, il faut surveiller le bilan lipidique et la glycémie de la patiente). L'effet de cet agoniste est persistant dans les mois subséquents. Ce traitement est conseillé si l'un des symptômes nommés ci-dessus est associé à la

Et Isabelle?

Tous les éléments indiquent un diagnostic de migraine influencée par les variations hormonales. Un essai thérapeutique d'une hormonothérapie transdermique dans la période entourant les règles et d'un triptan en phase aiguë peut être suggéré.

migraine menstruelle. La bromocriptine, le tamoxifène et les agonistes des hormones hypothalamiques sont quant à eux rarement utilisés.

Les CO

La prise d'œstrogènes en quantité supraphysiologique peut causer des migraines. Les scientifiques croient que cela est dû à l'augmentation de l'agrégation plaquettaire et à la relâche des médiateurs de l'inflammation. On note, chez les patientes migraineuses qui utilisent les CO, 18 % à 50 % d'aggravation, 3 % à 35 % d'amélioration et 39 % à 65 %, aucun effet. Environ 15 % des femmes connaissent leur premier épisode de migraine au début du traitement. Il s'agit le plus souvent de migraines avec aura et l'incidence augmente par rapport à la dose d'œstrogène : 10 % à 20 % avec les 50 mcg et 2 % avec les 20 mcg.^{8,9}

Les principes de traitement des migraines avec la prise de CO sont les mêmes que pour les traitements sans CO. La discussion doit surtout porter sur l'indication des CO en cas de migraine. Rappelons d'abord que l'incidence d'accident vasculaire cérébral (AVC) est proportionnelle à l'âge. Il s'agit en effet d'une maladie qui se produit rarement chez les femmes en âge de contraception (2 à 4 cas par 100 000 femmes âgées entre 20 et 35 ans), mais qui peut avoir des conséquences désastreuses dans certains cas (une paralysie, par exemple). En effet, les patientes souffrant de migraine sont plus à risque de souffrir d'un AVC et les CO peuvent contribuer à augmenter ce risque (figure 2).

De plus, il faut considérer les autres facteurs de risque d'AVC : hypertension, obésité (indice de masse corporelle > 30), diabète, hypercholestérolémie, tabagisme, antécédents familiaux de maladie artérielle (< 45 ans), maladies systémiques (anémie falciforme, connectivites, syndrome des antiphospholipides, etc.).^{10,11}

Cela signifie que, pour une patiente donnée, le risque d'AVC de base augmente à mesure que s'ajoutent des facteurs de risque.¹²

Les risques sont au moins doublés par le tabagisme et ce risque augmente selon le nombre de cigarettes fumées par jour.

Les recommandations pour les patientes qui débutent les CO

Migraine sans aura

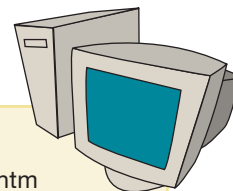
La plupart des organismes ne voient pas de contre-indication pour les patientes qui souffrent de ce type de migraine, mais font une mise en garde s'il y a présence de plus d'un facteur de risque d'AVC.¹⁰⁻¹³ Il est recommandé de cesser les CO si les migraines augmentent en fréquence et en intensité et s'il y a apparition d'aura ou de symptômes neurologiques.

Migraine avec aura

Un seul organisme en fait une contre-indication absolue.¹³ Les autres associations (*American College of Obstetrics and Gynecology*, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada), n'émettent pas de contre-indication s'il s'agit d'aura simple, s'il n'y a pas d'autre facteur de risque d'AVC et si la patiente est âgée de moins de 35 ans. Il faut cependant cesser le traitement si l'aura simple devient complexe. *Clin*

Références

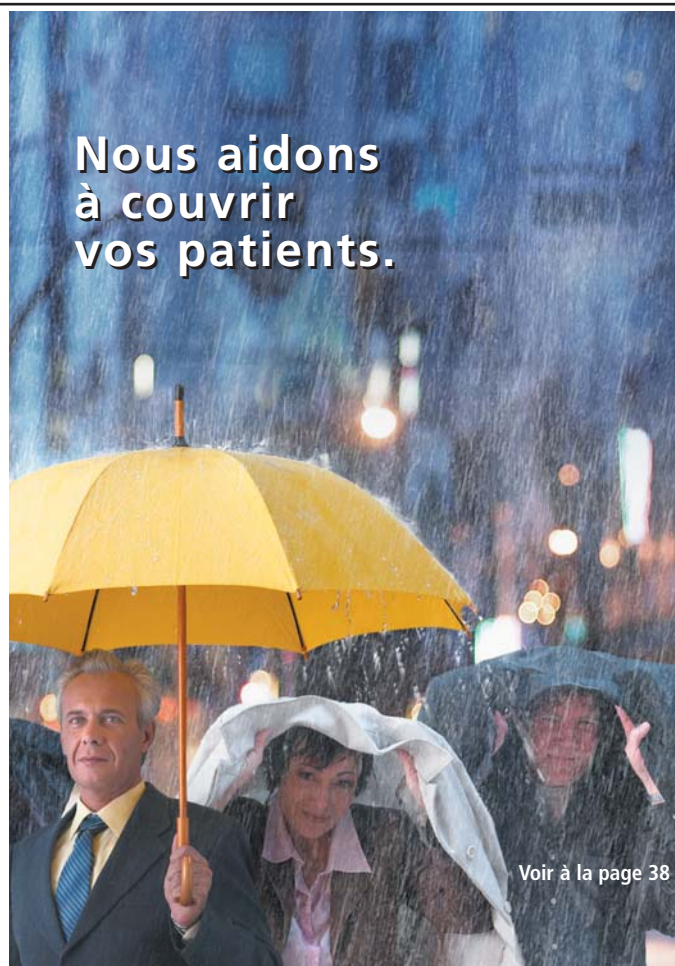
1. Silberstein, SD : Menstrual Migraine. *Journal of women's health and gender-based medicine* 8(7):919, 1999.
2. Boyle, CAJ : Management of menstrual migraine. *Neurology* 53(suppl 1):S14, 1999.
3. MacGregor, EA, Chia, HVRC, Wilkinson, M : Migraine and menstruation. *Cephalalgia* 10:305, 1990.
4. Pryse-Phillips, WEM, Dodick, DW, Edmeads, JG, et coll. : Practice guidelines on migraine: Diagnosis and treatment. *CMAJ* 156(9):1273, 1997.
5. Gallagher, RM, Dennish, G, Spierings, ELH, et coll. : A comparative trial of Zolmitriptan and Sumatriptan for the acute oral treatment of migraine. *Headache* 40:119, 2000.
6. Silberstein, SD, Massiou, H, Le Jeune, C, et coll. : Triptan in the treatment of menstrual migraine. *Obstet Gynecol* 96:237, 2000.
7. Salonen, R, Saiers, J : Sumatriptan is effective in the treatment of menstrual migraine: A review of prospective studies and retrospective analyses. *Cephalalgia* 19:16, 1999.
8. Massiou, H, MacGregor, EA : Evolution and treatment of migraine with oral contraceptives. *Cephalalgia* 20:170, 2000.
9. Becker, WJ : Use of oral contraceptives in patients with migraine. *Neurology* 53(suppl 1):S19, 1999.
10. Wallach, M, Grimes, DA : *Modern oral contraception*. Emron, 2000, 147 p.
11. Knijff, SCM, et coll. : Summary of contraindications to oral contraceptives. The parthenon publishing group, 2000, 483 p.
12. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, Ischaemic stroke and combined oral contraceptives : Results of an international, multicentre, case-control study. *Lancet* 348:498, 1997.
13. The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives and Hormone Replacement Therapy : Recommendations on the risk of ischaemic stroke associated with use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. *Cephalalgia* 20:155, 2000.
14. Levine, JS, Branch, DW, Rauch, J : The antiphospholipid syndrome. *NEJM* M 346(10):752, 2002.



À visiter :

1. www.cephalee.be/2000/hormones.htm
2. www.postgradmed.com/issues/1997/05_97/fettes.htm
3. www.fqmc.qc.ca/
4. www.lasanté.be

Nous aidons
à couvrir
vos patients.



Voir à la page 38