



Année Mondiale Contre les
Maux de Tête
Octobre 2011 - Octobre 2012

Migraine et changements hormonaux

Prévalence de la migraine chez les femmes

La migraine est principalement un trouble féminin qui affecte 1 femme sur 5 et 1 homme sur 13 au cours de leurs années reproductives. Durant l'enfance, les garçons et les filles sont affectés de manière égale par la migraine. À la puberté, l'incidence de la migraine sans aura augmente chez les femmes, avec 10 % à 20 % des femmes signalant une migraine au cours de l'année coïncidant avec leurs premières menstruations. Tout au long des années reproductives, la menstruation est l'un des facteurs de risque les plus significatifs pour la migraine sans aura. La postménopause est associée à une amélioration de la migraine.

Impact

L'Organisation mondiale de la santé reconnaît la migraine comme une des causes principales d'années de vie vécues avec une pathologie invalidante, se plaçant au 12^{ème} rang pour les femmes, comparativement au 19^{ème} rang pour les hommes. L'invalidité modérée ou sévère liée à la migraine est approximativement deux fois plus fréquente chez les femmes comparativement aux hommes, entravant la performance à l'école, au travail et au foyer et empêchant la participation à des activités sociales.

Migraine menstruelle

Entre 50 % et 60 % des migraineuses signalent une association entre la migraine et les menstruations. Le risque de migraine sans aura est accru au cours de la fenêtre prémenstruelle de 5 jours qui commence deux jours avant l'apparition des règles et se poursuit tout au long des 3 premiers jours des règles. Par rapport à tous les autres jours du cycle menstruel, plus de 70 % des femmes sont plus susceptibles de développer une migraine les deux jours qui précèdent le premier jour d'une période menstruelle. Le risque de migraine est plus du double le premier jour des règles et les deux jours qui suivent.

La société internationale des céphalées reconnaît deux types de migraines menstruelles :

- La migraine liée aux menstruations : migraine sans aura qui apparaît régulièrement les jours ou entre les jours -2 et +3 des règles, avec des crises de migraine supplémentaires avec ou sans aura à d'autres moments du cycle ;
- La migraine purement menstruelle, qui est une migraine sans aura qui n'apparaît seulement que les jours ou entre les jours -2 et +3, c'est-à-dire, sans crise à tout autre moment du cycle.

Diagnostic

Pour confirmer le diagnostic, les crises de migraine apparaissant dans l'intervalle entre les jours -2 et +3 doivent se manifester au moins au cours de deux cycles menstruels sur trois et il faut établir un lien supérieur au seul hasard. Se fier aux antécédents pour confirmer le diagnostic peut être trompeur. L'utilisation d'un journal pendant 3 mois pour enregistrer les constantes de la migraine peut révéler les constantes prévisibles associées à la migraine menstruelle, aidant ainsi au diagnostic.

Différences entre les crises de migraine menstruelle et non menstruelle

Les crises de migraine menstruelle durent plus longtemps et sont plus sévères, sont plus susceptibles de récidiver, ont une résistance plus importante au traitement, et sont plus invalidantes que les migraines apparaissant à d'autres moments du cycle menstruel.

Physiopathologie

La migraine menstruelle est associée à la baisse naturelle en œstrogènes qui survient juste avant les règles. La libération

de prostaglandine associée à des règles importantes et douloureuses a également été impliquée dans la migraine menstruelle.

Prise en charge

Le traitement aigu, s'il est efficace, peut être tout ce qui est nécessaire pour la contrôler. Des preuves cliniques de l'efficacité, avec une innocuité et une tolérance acceptables, existent pour sumatriptan à 50 mg et 100 mg, l'acide méfénamique à 500 mg, rizatriptan à 10 mg, et une association de sumatriptan/naproxène à 85 mg/500 mg. Des stratégies prophylactiques peuvent réduire la fréquence et la sévérité des crises et rendre le traitement aigu plus efficace. Les crises menstruelles prévisibles offrent l'opportunité d'une prophylaxie périmenstruelle avec de l'œstradiol par voie transcutanée à 1,5 mg, du frovatriptan à 2,5 mg deux fois par jour ou du naratriptan à 1 mg deux fois par jour. Les stratégies contraceptives offrent l'opportunité de traiter la migraine menstruelle chez les femmes qui nécessitent également une contraception efficace.

Contraception

Les femmes en bonne santé souffrant de migraine sans aura peuvent utiliser des contraceptifs hormonaux combinés jusqu'à l'âge de 50 ans. Durant l'intervalle mensuel sans hormone, le retrait des œstrogènes augmente le risque de migraine sans aura. Ces crises peuvent être prévenues en modifiant le traitement pour des hormones à cycle long ou continu. Les œstrogènes contraceptifs ne doivent pas être utilisés chez les femmes souffrant de migraine avec aura en raison du risque synergique accru d'accident vasculaire cérébral ischémique. Une contraception efficace ne sera pas forcément compromise, car les méthodes avec progestagènes uniquement et non hormonales ne sont pas associées à un risque accru.

Grossesse et allaitement

Jusqu'à 80 % des femmes souffrant de migraine développent moins de crises durant la grossesse par rapport à avant la grossesse, en particulier si la migraine était précédemment associée aux menstruations ; chez environ 20 % d'entre elles, les crises disparaissent complètement. La migraine elle-même n'affecte pas de manière indésirable l'issue de la grossesse. Toutefois, les femmes souffrant de migraine doivent être surveillées au cours de la grossesse, car il y a un risque accru de thrombose artérielle ou veineuse, de prééclampsie et d'hypertension gestationnelle. L'allaitement est généralement associé à une amélioration durable de la migraine.

Ménopause et traitement de substitution hormonale

La migraine est un problème fréquent au cours de la préménopause, car les taux d'œstrogènes fluctuent. Les femmes présentant des symptômes de la ménopause, comme les bouffées vasomotrices et les suées, peuvent bénéficier d'un traitement de substitution hormonale. Les voies non orales sont moins susceptibles d'avoir un effet négatif sur la migraine que les formulations orales du traitement œstrogénique substitutif. Le traitement de substitution hormonale combiné continu semble être mieux toléré que le traitement cyclique combiné.

Références

- [1] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1–160.
- [2] MacGregor EA. Headache in pregnancy. Neurol Clin; in press.
- [3] MacGregor EA. Progress in the pharmacotherapy of menstrual migraine. Clin Med Insights Therapeutics 2011;3:245–73.
- [4] MacGregor EA. Migraine headache in perimenopausal and menopausal women. Curr Pain Headache Rep 2009;13:399–403.
- [5] MacGregor EA. Migraine and use of combined hormonal contraceptives: a clinical review. J Fam Plann Reprod Health Care 2007;33:159–69.