



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Migraine et contraception

Migraine and contraception



H. Cappy^{a,b}, C. Lucas^c, S. Catteau-Jonard^a, G. Robin^{a,*,b}

^a Service de gynécologie endocrinienne et médecine de la reproduction, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, avenue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

^b Service de gynécologie médicale, orthogénie et médecine du couple, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, avenue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

^c Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, avenue du Pr-Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 7 octobre 2014

Accepté le 20 janvier 2015

Disponible sur Internet le 27 février 2015

Mots clés :

Migraine avec aura

Migraine sans aura

Céphalées

Contraception hormonale

Infarctus cérébral

Keywords:

Migraine with aura

Migraine without aura

Headache

Hormonal contraceptives

Ischemic stroke

RÉSUMÉ

La migraine est une pathologie fréquente chez la femme. La maladie migraineuse répond à une définition stricte définie par l'International Headache Society et est à différencier des autres types de céphalées. La survenue des crises est fréquemment liée au cycle menstruel. De nombreuses études ont fait le lien entre fluctuations hormonales et survenue de la crise migraineuse. La migraine avec aura est actuellement un facteur de risque identifié d'infarctus cérébral et ce risque est fortement augmenté en cas de prise concomitante d'un contraceptif œstroprogestatif (COP) et d'une consommation de tabac. L'Organisation mondiale de la santé a établi des recommandations concernant la prise de COP en cas de pathologie migraineuse en contre-indiquant formellement la prise d'un COP en cas de présence de migraine avec aura. Cette revue détaille l'influence des différents contraceptifs, de leurs schémas de prises ainsi que du type d'œstrogène des COP sur la pathologie migraineuse.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Migraine is a common pathology in women. Migraine disease is well defined by the International Headache Society and has to be distinguished from others types of headaches. The occurrence of migraine attacks is frequently linked to the menstrual cycle. Many studies have related a connexion with hormonal fluctuations and migraine event. Migraine with aura is currently identified as a stroke risk factor and this risk dramatically increases in case of oestrogenic pill intake and smoking. The World Health Organization established guidelines about oestrogenic intake in case of migraine while strictly contraindicating oestrogenic intake in patients with migraine with aura. This review explains the influence of different contraceptive intake, oral contraceptive regimens, and type of oestrogen in oestrogenic contraceptive on migraine occurrence.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La migraine est une pathologie fréquente avec un pic d'incidence chez la femme de 30 à 45 ans. De nombreuses études montrent actuellement un lien entre les fluctuations hormonales liées au cycle et la survenue de crises migraineuses. L'objectif de cet article est de faire la synthèse des connaissances actuelles sur l'influence des différents types de contraception sur la migraine, leurs effets positifs ainsi que les risques qu'ils peuvent induire sur

le plan cardio-vasculaire, et principalement sur le risque d'infarctus cérébral.

1. Définition et physiopathologie de la migraine

1.1. Épidémiologie

La migraine est une maladie à prédominance féminine après la ménarche, avec un sex-ratio de 2 à 3 en fonction de la tranche d'âge. La prévalence de la migraine augmente avec la vie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : geoffroy.ROBIN@chru-lille.fr (G. Robin).

reproductive et le pic d'incidence se situe entre 30 et 39 ans [1], avec une incidence alors jusqu'à 25 %. La prévalence diminue après la ménopause. Les patientes migraineuses présentent pour 70 à 80 % d'entre elles des migraines sans aura, 10 % présentent des migraines avec aura, et 15 à 20 % ont des migraines sans et avec aura. Enfin, dans 1 % des cas, l'aura peut être isolée sans céphalée associée. Plus de 50 % des femmes relatent une relation entre leurs crises migraineuses et la survenue des règles [2].

1.2. Définition

La maladie migraineuse est définie de façon précise par l'International Headache Society (IHS) [3], et on distingue la migraine sans aura et la migraine avec aura (Encadrés 1 et 2). La céphalée migraineuse est à différencier des autres types de céphalées non migraineuses primaires : céphalées de tension et algies vasculaires de la face et des céphalées secondaires.

La crise migraineuse peut être précédée de prodromes qui sont à différencier d'une aura migraineuse. Ces prodromes correspondent à des signes neuro-végétatifs variés et non spécifiques comme : asthénie, somnolence, irritabilité, bâillements, modification de l'humeur, sensation de faim pour un aliment précis...

1.3. Physiopathologie de la migraine

La migraine est une pathologie neuro-vasculaire complexe, impliquant probablement de nombreux gènes et leur interaction avec l'environnement.

La céphalée migraineuse serait la conséquence d'une inflammation provoquée par l'activation des terminaisons nerveuses autour des vaisseaux méningés. Il en résulterait une libération de neuropeptides vasoactifs comme le *calcitonin gene-related peptide* (CGRP) et la substance P, une dilatation des vaisseaux méningés, une fuite de plasma dans les tissus environnants, un relargage dans les tissus environnants de substances « algogènes » (induisant une sensation douloureuse en stimulant les fibres sensibles) et une excitation du nerf trijumeau (dont les fibres conduisent l'influx douloureux) [4]. L'événement à l'origine de l'activation nerveuse produisant l'inflammation initiale reste à identifier : la production locale de *nitric oxide* (NO) est une hypothèse en cours de recherche [5].

Un déséquilibre de la balance entre facteurs excitateurs et inhibiteurs au niveau cortical est également mis en cause impliquant les modulateurs du système nerveux central comme

Encadré 1. Définition de la migraine sans aura selon l'International Headache Society [3].

Au moins 5 crises de céphalées durant 4 à 72 heures :

- céphalées ayant au moins 2 des 4 symptômes suivants :
 - localisation unilatérale,
 - tonalité pulsatile,
 - intensité modérée ou sévère,
 - aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers ;
- durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :
 - nausées et/ou vomissements,
 - photophobie et/ou phonophobie ;
- examen neurologique normal.

Encadré 2. Définition de la migraine avec aura selon l'International Headache Society [3].

Au moins deux crises répondant aux critères suivants :

- aura consistant en au moins 1 des critères suivants :
 - symptômes visuels totalement réversibles (lumières scintillantes, taches, lignes, perte de la vision...),
 - symptômes sensoriels totalement réversibles (piqûres, fourmillements, engourdissements...),
 - troubles dysphasiques totalement réversibles ;
- au moins deux des caractères suivants :
 - durée de chaque symptôme : 5 à 60 minutes,
 - au moins 1 des symptômes se développe pendant au moins 5 minutes et/ou des symptômes différents surviennent sur au moins 5 minutes,
 - symptômes visuels ou sensoriels unilatéraux ;
- aura suivie immédiatement ou dans les 60 minutes d'une céphalée répondant à tous les critères diagnostiques de céphalée migraineuse ;
- examen neurologique normal.

les neurotransmetteurs sérotonine, noradrénaline, acétylcholine, glutamate ou encore GABA [6].

L'aura migraineuse correspond, quant à elle, à deux événements neurologiques :

- la dépression corticale envahissante, qui correspond à une hyperactivité neuronale fugace suivie d'une inactivation neuronale ;
- une hypoperfusion cérébrale consécutive à cette inactivation neuronale, qui se situe préférentiellement dans les territoires cérébraux postérieurs et qui est probablement liée à une vasoconstriction artériolaire [4].

La crise migraineuse survient de façon totalement imprévisible, ce qui fait de la maladie migraineuse une pathologie très invalidante mais certains facteurs peuvent être identifiés rétrospectivement comme déclencheurs (hormones, alimentation, mode de vie, aspect psychologique).

1.4. Influence hormonale

La migraine est à prédominance féminine et les hormones sexuelles, dont les œstrogènes, semblent prendre une part importante dans la physiopathologie de la maladie [7]. L'implication de facteurs hormonaux dans la maladie migraineuse est mise en évidence, d'une part, par l'épidémiologie même de la migraine (son pic d'incidence durant la vie reproductive féminine) et, d'autre part, par l'incidence maximale de la crise migraineuse chez la femme, qui se situe en période péri-menstruelle, au moment où les taux d'œstrogènes et de progestérones chutent de façon rapide et importante suite à la lutéolyse. Les premières études cliniques réalisées [8] ont montré que la chute d'œstrogènes pouvait induire une crise migraineuse. La fluctuation brutale des taux d'œstrogènes, les climats d'hyperœstrogénie (relative ou absolue) ainsi que les états d'hypo-œstrogénie profonds ont également été associés aux événements déclencheurs de la crise migraineuse. Les variations d'œstrogènes sont en effet impliquées, notamment dans les modulations de l'excitabilité neuronale, de l'activité vasculaire cérébrale, de la sensibilité à la douleur et des axes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949294>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949294>

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