



Contraception et migraine

un vrai casse-tête

Chantal Marquis

Hélène, 35 ans, fumeuse occasionnelle, recommence une vie sexuelle active après une longue et pénible rupture. Elle désire commencer à prendre des contraceptifs oraux. Cependant, elle souffre de migraines modérées de façon hebdomadaire qui sont traitées par un médicament de la classe des triptans. Elle a déjà eu des symptômes bizarres ayant précédé sa céphalée tels qu'une vision embrouillée avec des zigzags et des picotements de quelques minutes sur la joue. Est-ce que les contraceptifs oraux constituent la meilleure méthode contraceptive pour elle ?

Quels sont les risques ?

La migraine est un syndrome présent chez de 15 % à 17 % des Canadiennes¹. La majorité des femmes migraineuses peuvent prendre des contraceptifs oraux sans danger. Par contre, il est primordial de bien évaluer le type de migraine et les facteurs de risque concomitants de maladie vasculaire cérébrale avant de prescrire des contraceptifs oraux².

Il est important d'évaluer la fréquence, la durée et la gravité de la migraine. Plus d'une migraine par mois est un indicateur de risque accru de maladies vasculaires cérébrales. À l'opposé, l'absence de migraines dans la dernière année diminue les risques d'accidents thrombotiques^{3,4}.

La présence d'une aura est déterminante. Il faut évaluer son début, son évolution, son caractère, sa distribution et sa durée. On se doit de discerner la migraine avec aura typique de celle avec aura atypique ou complexe qui peut être un équivalent ou un précurseur d'une ischémie cérébrale transitoire⁵. Le *tableau I*

illustre les différences entre l'aura typique et atypique⁵.

La migraine simple est un facteur de risque indépendant de maladies vasculaires cérébrales⁶. Elle augmenterait l'incidence de deux à trois fois. En présence d'une aura, ce risque de base doublerait. Toutefois, il faut prendre en considération que l'incidence de maladies vasculaires cérébrales chez la jeune femme de moins de 45 ans est très faible, soit de 5 à 10 pour 100 000 femmes par an. Par conséquent, même si ce risque est doublé, il demeure encore minime³. Par contre, ce risque devient moins négligeable en présence de facteurs de risque supplémentaires tels que l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme, etc. (*tableau II*)³.

Le *tableau III* donne un portrait sommaire de la multiplication des risques de maladies vasculaires cérébrales en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque^{3,5,7,8}. Malgré tout, la prise de contraceptifs oraux ne comporte pas de risques si la patiente qui présente des migraines avec aura a moins de 35 ans et que ses auras sont typiques, peu fréquentes, brèves (inférieures à 30 minutes) et uniquement visuelles². Paradoxalement, le tiers des femmes migraineuses verront leurs symptômes s'atténuer lors de la prise de contraceptifs oraux².

La D^{re} Chantal Marquis, omnipraticienne, exerce à la Clinique de planification des naissances au Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski.

La prise de contraceptifs oraux ne comporte pas de risques si la patiente qui présente des migraines avec aura a moins de 35 ans et que ses auras sont typiques, peu fréquentes, brèves (inférieures à 30 minutes) et uniquement visuelles.

Repère

Tableau I**Différences entre l'aura typique et atypique**

	Aura atypique	Aura typique
Début et évolution	Symptômes subits et unilatéraux	Symptômes lents, progressifs sur quelques minutes, qui se déplacent graduellement
Durée	Plus de 30 à 60 minutes	Moins de 30 à 60 minutes*
Céphalée	Présente ou absente	L'aura précède la migraine
Symptômes visuels	Négatifs <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Perte de vision ⊗ Amaurose fugace ⊗ Anomalie du champ visuel 	Positifs <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Scotomes lumineux bilatéraux ⊗ Fortifications, spectre ⊗ Vision embrouillée
Symptômes sensitifs et moteurs	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Peuvent atteindre un membre inférieur ⊗ Anesthésie, hypo-esthésie 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Souvent associés aux symptômes visuels ⊗ Membre supérieur, bouche, langue ⊗ Paresthésies (picotements, pincements)
Autres symptômes neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Symptômes basilaires ⊗ Atteinte cognitive ⊗ Atteinte du langage ⊗ Hémiparésie 	

* Certains auteurs préconisent une durée inférieure à 30 minutes pour définir l'aura typique tandis que d'autres prônent plutôt une durée inférieure à 60 minutes.

Source : MacGregor EA. Hormonal contraception and migraine. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001 ; 27 (1) : 49-52. Reproduction autorisée.

La céphalée est un effet indésirable observé fréquemment (chez de 18 % à 50 %) lorsqu'une femme commence à prendre des contraceptifs oraux¹. Elle ne doit pas être confondue avec la migraine. La majorité de ces céphalées disparaîtront progressivement durant les trois premiers mois d'utilisation des contraceptifs oraux^{2,9}.

Quelles sont les recommandations actuelles ?

Les contraceptifs oraux ne devraient pas être prescrits aux femmes présentant des migraines importantes réfractaires aux traitements, un état de mal migraireux (*status migrainous*) ou des migraines avec aura atypique (complexe, prolongée ou avec symptômes neurologiques focaux autres que visuels). Le médecin devrait aussi éviter de les prescrire à une

femme migraireuse qui présente plusieurs facteurs de risque de maladies vasculaires cérébrales^{5,10}.

La présence d'un seul autre facteur de risque, comme le fait d'avoir plus de 35 ans (Recommandation 3 : risques théoriques ou prouvés dépassent les bienfaits), de souffrir d'hypertension artérielle maîtrisée, de diabète non compliqué, etc. (*tableau II*), est une contre-indication relative à la prise de contraceptifs oraux chez les patientes ayant des migraines sans aura⁶. Dans ces situations particulières, on se doit de discuter avec la patiente des risques et avantages secondaires. Une surveillance clinique rigoureuse s'impose lors du suivi. Si les migraines augmentent en intensité et en fréquence ou si une première migraine avec aura apparaît, il faut interrompre la prise de contraceptifs oraux³.

Les contraceptifs oraux ne devraient pas être prescrits aux femmes présentant des migraines importantes réfractaires aux traitements, un état de mal migraireux (*status migrainous*) ou des migraines avec aura atypique (complexe, prolongée ou avec symptômes neurologiques focaux autres que visuels).

Repère

Tableau II

Facteurs de risque de maladies vasculaires cérébrales³

- ⊕ Migraine
- ⊕ Tabagisme : > 15 cigarettes par jour*
- ⊕ Hypertension artérielle
- ⊕ Dyslipidémie
- ⊕ Diabète
- ⊕ Âge > 35 ans
- ⊕ Obésité : IMC > 30
- ⊕ Antécédents personnels ou familiaux (< 45 ans) de cardiopathie ischémique, de maladies vasculaires cérébrales ou de maladies thrombo-emboliques veineuses†
- ⊕ État thrombophilique (voir l'article des D^{res} Bourassa et Chouinard dans ce numéro intitulé « La thrombo-embolie veineuse et la contraception face à face au cabinet ! »)
- ⊕ Cardiopathie valvulaire (foramen ovale, anévrisme septal, etc.)
- ⊕ Fibrillation auriculaire
- ⊕ Vasospasme

* Le tabagisme est le plus important facteur de risque.

† Dans ce cas, le dosage des paramètres de coagulation est suggéré.

Si une femme qui a commencé à prendre des contraceptifs oraux passe d'une migraine avec aura simple à une migraine avec aura atypique, l'interruption du médicament est alors de mise. De plus, un contraceptif oral qui provoquerait une première migraine chez une femme de plus de 35 ans devrait être cessé (Recommandation 4 : risque inacceptable)⁶.

En bref, la migraine et les contraceptifs oraux peuvent être parfaitement compatibles si le médecin fait une bonne évaluation du type de migraine et des facteurs de risque associés et qu'il effectue un suivi adéquat.

Il est recommandé de commencer par la plus faible

Tableau III

Évaluation du risque de maladies vasculaires cérébrales^{3,5}

L'incidence de base de maladies vasculaires cérébrales est de 1 pour 100 000 chez les femmes de 15 à 24 ans et de 10 pour 100 000 chez celles de 35 à 44 ans.

Problème clinique	Multiplication du risque
Contraceptifs oraux (CO)	2 ×
Migraine	2–3 ×
Migraine (plus d'une par mois)	10 ×
Migraine avec aura	6–8 ×
Migraine + CO	5–14 ×
Migraine avec aura + CO	17 ×
Tabagisme	2 ×
Tabagisme + migraine	4–10 ×
Tabagisme + migraine avec aura	10–12 ×
Tabagisme + migraine + CO	6–13 ×
Tabagisme + migraine avec aura + CO	34 ×

Le risque est possiblement plus faible avec les CO utilisés aujourd'hui.

dose d'œstrogènes sur le marché. Le contraceptif transdermique Evra^{MC} et l'anneau vaginal NuvaRing^{MC} possèdent les mêmes contre-indications que les contraceptifs oraux.

Lorsque les contraceptifs oraux combinés ne sont pas tolérés ou sont contre-indiqués, plusieurs autres produits contraceptifs existent tels que Micronor[®], Depo-Provera[®], Implanon[®] (non offert au Canada pour le moment) et les dispositifs intra-utérins Nova-T et Mirena^{®10}. Les contraceptifs à base de progestatifs uniquement n'augmentent pas le risque ischémique en présence de migraines et peuvent être donnés en toute innocuité⁹.

Et la migraine menstruelle ?

Les migraines menstruelles sont habituellement attribuables à une baisse du taux d'œstrogènes pendant

Les contraceptifs à base de progestatifs uniquement n'augmentent pas le risque ischémique en présence de migraines et peuvent être donnés en toute innocuité.

Repère

la semaine d'arrêt des contraceptifs oraux. Une bonne façon de les éviter est de prendre les contraceptifs oraux en mode continu^{2,9,11}. Si des saignements survenaient après quelques mois et qu'ils persistaient, la femme pourrait faire une période d'arrêt de quatre jours seulement afin d'éviter une récurrence de migraine, puis reprendre à l'endroit où elle avait laissé dans son distributeur (voir l'article du D^r Bérubé intitulé « Les contraceptifs oraux en mode continu » dans ce numéro).

Une autre manière efficace de diminuer ce type de migraine est de prendre un supplément d'œstrogènes durant la période menstruelle sous forme orale ou transdermique¹.

Exemples

- ⊕ Estraderm[®], à raison d'un timbre de 25 µg à 100 µg tous les 3,5 jours pendant une semaine
- ⊕ Climara[®] transdermique, à raison d'un timbre de 25 µg à 100 µg pendant une semaine
- ⊕ Premarin[®], à raison de 0,625 mg à 1,25 mg par voie orale pendant une semaine
- ⊕ Estroge[™], à raison de 2,5 g à 5 g (2-4 pressions), une fois par jour, pendant une semaine

Certaines femmes ont tendance à souffrir de migraines lors des derniers jours des pilules actives. Cet effet serait causé par une baisse du taux d'œstrogènes en raison d'une suppression ovarienne incomplète attribuable à la prise de contraceptifs oraux à faible dose. Une période d'arrêt de quatre jours plutôt que sept peut contrecarrer ce problème. Une autre stratégie serait de majorer la teneur en œstrogènes des contraceptifs oraux, mais cela pourrait être nuisible si les migraines ne sont pas uniquement prémenstruelles⁹.

Une prophylaxie non hormonale des migraines menstruelles est aussi possible. La patiente doit commencer à prendre son médicament trois jours avant la période menstruelle et continuer pendant de 7 à 10 jours^{2,6}.

Exemples

- ⊕ Naproxen, à raison de 500 mg par voie orale, deux fois par jour, ou un autre anti-inflammatoire
- ⊕ Naratriptan, à raison de 1 mg par voie orale, deux fois par jour
- ⊕ Sumatriptan, à raison de 25 mg par voie orale, deux fois par jour

Summary

Contraception and migraine: a real puzzle. Oral contraceptives are a safe birth control method for women suffering from migraines. Women who suffer from migraines with aura, especially the prolonged or complicated ones, generally have a greater risk of suffering from thrombosis than if they suffer from migraines without aura. Other risk factors (age, tobacco use, hyperlipidemia, obesity, diabetes, etc.) must be carefully considered when prescribing oral contraceptives. The menstrual migraine can be prevented with continuous oral contraceptives or oestrogen supplements during the pill-free week.

Keywords: migraine, oral contraceptives, cerebrovascular diseases

Date de réception : 29 novembre 2005

Date d'acceptation : 3 mars 2006

Mots-clés : migraine, contraceptifs oraux, maladies vasculaires cérébrales

Bibliographie

1. Aubé M. Migraine et contraception : les deux font-ils la paire ? *Le Clinicien* 2001 ; 16 (12) : 81-8.
2. Allais G, De Lorenzo C, Mana O, Benedetto C. Oral contraceptives in women with migraine: balancing risk and benefits. *Neurol Sci* 2004 ; 25 : S211-4.
3. Combes C, Renondo A, Rey A. Contraception et neurologie. *Ann Med Interne (Paris)* 2002 ; 153 (6) : 363-7.
4. Kurth T, Slomke MA, Kase CS, Cook NR et coll. Migraine, headache, and the risk of stroke in women. *Neurology* 2005 ; 64 (6) : 1020-6.
5. MacGregor EA. Hormonal contraception and migraine. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001 ; 27 (1) : 49-52.
6. American Health Consultants. Migraine and Ocs: what options are open? *Contraceptives Technology Update* 2005 ; 26 (3) : 35-7.
7. Etminan M, Takkouche B, Isorna FC, Samii A. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2005 ; 330 (7482) : 63-5.
8. Scher AI, Terwindt GM, Picavet HSJ, Verschuren WMM et coll. Cardiovascular risk factors and migraine, the population-based study. *Neurology* 2005 ; 64 (4) : 614-20.
9. Loder EW, Buse DC, Golub JR. Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives: A systematic review. *Am J Obstet Gynaecol* 2005 ; 193 (3) : 636-49.
10. Black A, Francoeur D, Rowe T. Consensus canadien sur la contraception, 2^e partie de 3. *J Obstet Gynaecol Can* 2004 ; 26 (3) : 285-6.
11. Shulman LP. The use of triphasic oral contraceptives in a continuous use regimen. *Contraception* 2005 ; 72 (2) : 105-10.