

Migraines, céphalées ... et statut hormonal

Vincent Cahagne, service de neurologie
et équipe mobile d'accompagnement et
de soins palliatifs, Chu Rennes

Migraine et puberté

Le début de la migraine

Le début de la migraine ?

- Prépondérance féminine de la migraine à partir de la puberté (3 jeunes filles / 1 garçon)
- Mais il existe des « équivalents » de migraine de l'enfant avant la puberté, aussi chez la petite fille
- Problème diagnostique des « premières migraines » : C.f. critère IHS : « *> 5 épisodes identiques* »

Migraines et règles

« Migraine cataméniale » ?

Chute des oestrogènes exogènes et endogènes

- Etude longitudinale de femmes avec des céphalées purement cataméniales ou des migraines liées aux règles.
- Description des symptômes de leur migraine chaque jour. Echantillons d'urine prélevés chaque matin (métabolites des œstrogènes et progestérone).
- Résultats analysés : 38 femmes, total de 476 jours de migraine.
 - La fréquence de la migraine significativement plus élevée lors de la chute des œstrogènes dans la phase lutéale tardive ou de la phase folliculaire précoce du cycle menstruel. La chute des œstrogènes comme facteur déclenchant de la migraine.
 - La migraine a moins de chances de survenir durant les phases d'élévation du taux d'œstrogènes.

« *La migraine liée aux règles est plus longue, plus intense, plus difficile à traiter* » ?

- Agenda rempli par 81 femmes pendant 3 mois (Stewart et al, *Neurology* 2000;55:1517-1523)
- En période de règles, risque plus élevé de migraine sans aura et de céphalée de tension à J-2, J-1, J0, J+1 ; intensité un peu plus importante à J0, J1
- Pas de différence dans la réponse (migraine avec/sans règles) aux triptans

Prophylaxie à court terme (1)

- Naproxen APRANAX 550 mg x 2 / jour
 - Szekely et al, *Cephalalgia* 1989
 - Sances et al, *Headache* 1990
 - Double insu versus placebo : 40 femmes 550 mg x 2 / jour (J-7, J+6) pendant trois mois
 - Diminution de l'intensité, de la durée, du nombre de jours de céphalées, de la consommation d'analgésiques

Prophylaxie à court terme (2)

- Supplémentation oestrogénique
 - Estradiol
 - patch 25 µg/24 h, 50 µg/24 h, 100 µg/24 h
 - gel oestradiol 1,5 mg/j
 - Résultats divergents
 - Lien avec la dose ? (100 µg, Pradalier 1994)

Prophylaxie préventive par triptans

- Newman *Neurology* 1998;51:307-309,
Neurology 2000;54:A14
- Scheduled short-term prevention with frovatriptan for migraine occurring exclusively in association with menstruation. A post hoc subanalysis of a randomized, placebo-controlled, 3-way crossover trial Silberstein, *Headache* 2009;49:1283-1297
- Short-term frovatriptan for the prevention of difficult-to-treat menstrual migraine attacks Brandes, *Cephalalgia* Apr 2009

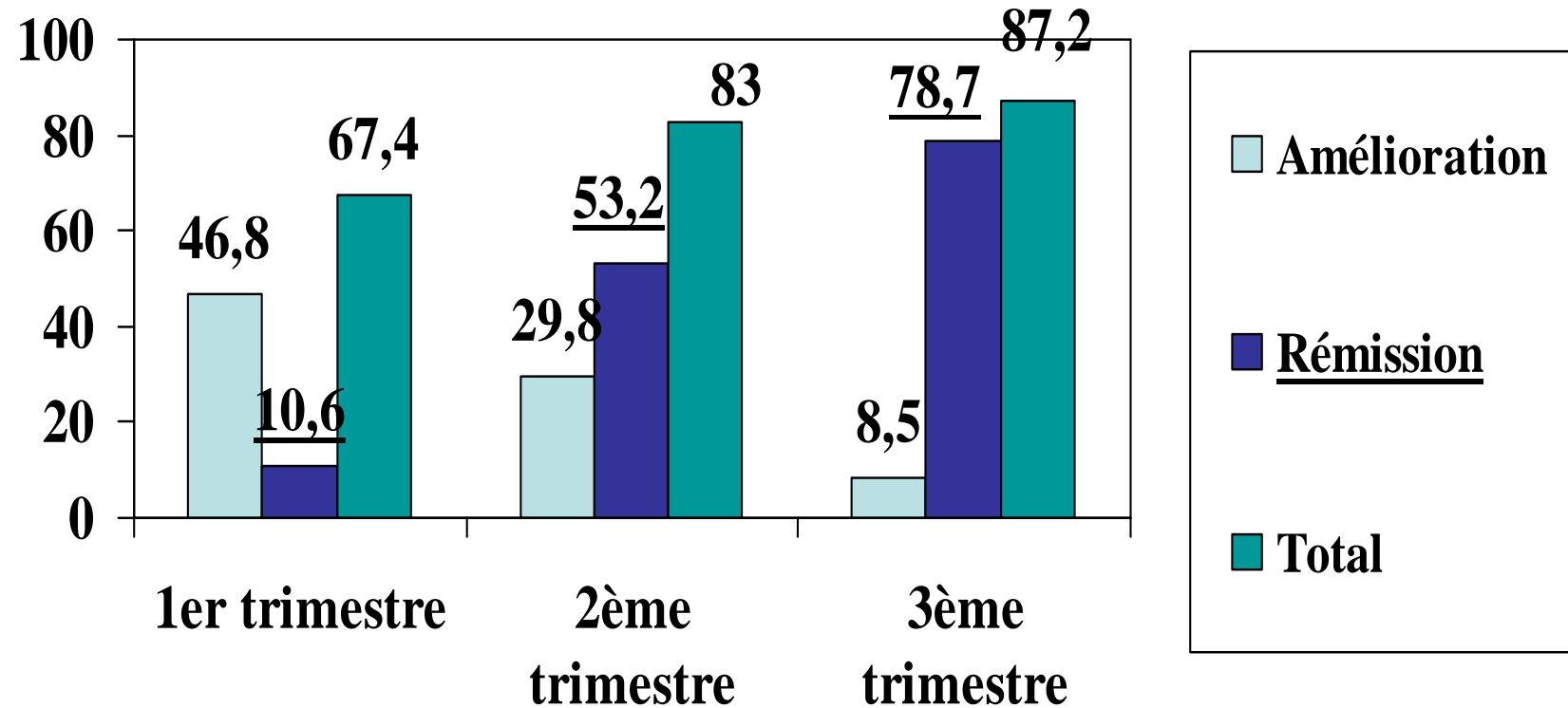
Précision de la nomenclature

- « *Migraine menstruelle pure* »
 - Critères de la migraine sans aura
 - Crises survenant entre J-2 et J+3, deux cycles sur trois et pas en dehors des règles
- « *Migraine liée aux règles* »
 - Idem et crises en dehors des règles
- Migraine non menstruelle
 - Aucun lien chronologique

Migraine et grossesse

Amélioration de la migraine durant la grossesse

- Étude prospective 71 femmes



Étude prospective *Sances*,
Cephalalgia 2003;23:197-205

Le cas de la migraine avec aura

- Plus grande amélioration de la migraine sans aura (76,8 % / 43,6 %)
- « **Aucun changement** » : plus fréquent pour la migraine avec aura (22,2 % / 48,7 %)
- Possible aggravation de la migraine avec aura, apparition de la migraine avec aura durant la grossesse

Grossesse et traitements de crise

- **Paracétamol, metoclopramide, domperidone**
- Opioides faibles (Evans, *Headache 2003;43:80-84*)
- Pas d'ergot de seigle (catégorie X, *deGroot 1993*)
- 2 Registres de triptans

Migraine et grossesse : traitements préventifs

- Propranolol, atenolol, metoprolol, labetalol
 - Ranjan, *Headache Vol 42(7):642-645, Jul 2002*
: groupe C
- Amitryptiline
 - Silberstein, *Neurol Clinics 1997;15(1):209-231*
et 2004;22:727-756 : groupe D
- Fluoxetine : groupe B
- Pas d'EPITOMAX (Vidal)

Céphalée du post partum Goldszmidt *Can J Anesth* 2005/52:9:971-977

- 985 accouchées / 3 mois ; entrevue structurée et examen de contrôle
- Dans la première semaine, 39% ont eu céphalées : début médiane 2 j, durée médiane 4 h, 5/10

Céphalées de tension	146	38,3%
Migraines	102	26,8%
Musculosquelettiques	43	11,3%
Non déterminées	31	8,1%
Migraines sans aura	24	6,3%
Douleurs post ponction durale	18	4,7%
Douleurs cervicogéniques	13	3,4%
Migraines avec aura	4	1%
21/10/2010, Laval Total	REMALDO 381	100%

Migraine et contraception orale ?

L'énigme

Pourquoi ne répond-on jamais à la question ?!§%£¨+#[`??

- Définition de la migraine ...
- Séparation migraine sans et avec aura ?
- Précision crise déclenchée et maladie ?
- Complexité des oestroprogestatifs
- Dosage variable

- « *Du cas par cas* » !!!

Migraine et ménopause

« Il faut attendre la ménopause ... »

- Amélioration dans 50 à 60% des cas
- Facteurs de non-amélioration à la ménopause (Misakian, *J Women Health* 2003)
 - Âge de la ménopause (femmes plus jeunes)
 - Ménopause chirurgicale
 - Tabagisme actif
 - Consommation d'alcool
 - Antécédent d'utilisation de contraception orale
 - Utilisation d'un traitement substitutif



Migraine et retraite professionnelle

Aucune étude n'est prévue actuellement

21/10/2010, Laval

REMALDO

