

Migraine avec aura et contraception : est-ce que la littérature est suffisante pour priver les jeunes femmes de contraception orale?

Par Dr Elizabeth Leroux, MD, FRCPC. Dernière version août 2012.

Facteurs de risque	Risques relatifs Meta analyse 2009 Schürks, BMJ et estimés d'experts	Incidence d'AVC ischémique par an
Femme 25-45 ans	1	5/100 000 / an
Femme migraineuse > 45 ans < 45 ans	2 1.2 NS 3,6	10 / 100 000 18/ 100 000
Migraine avec aura	2-4	10-20 / 100 000
Migraine et tabac	9	45 / 100 000
Migraine et CO (pleine dose)	7	35 / 100 000
Mig Aura+ OC + tabac (Une étude, MacClellan 2007)	10-17	50-85/100 000 = Plus ou moins 1/1 000 1% sur 10 ans

L'incidence d'AVC ischémique chez les jeunes femmes s'étend de 4.3 à 8.9/100 000 par an en Europe et aux États-Unis. Les femmes âgées de plus de 35 ans sont particulièrement à risque. À partir de 50 ans, le risque associé à la migraine diminue (autres facteurs augmentent).

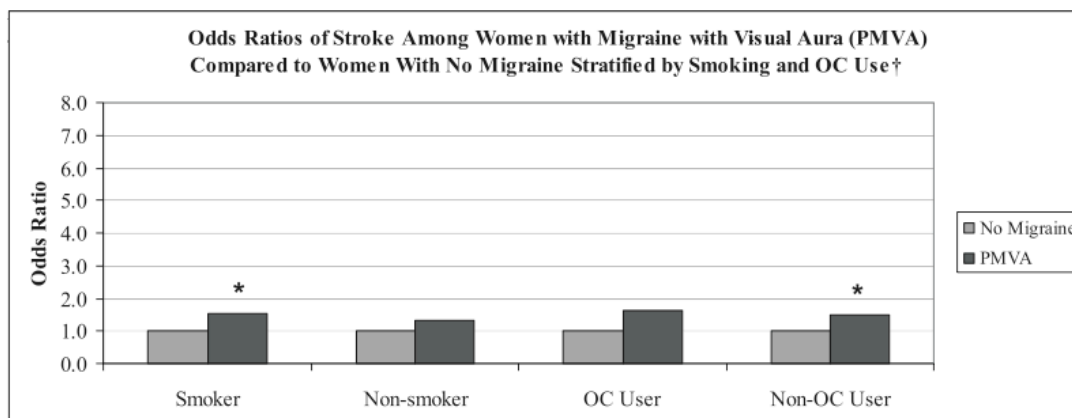
(Schwartz, *Ann Int Med* 1997, Kristensen, *Stroke* 1997, also see Groppo *Neurol Sci* 2011).

Selon une étude danoise (Lidegaard *NEJM* 2012), l'incidence brute d'AVC dans une population de femmes avec contraception (toutes formes confondues) est de 20/100 000/an. L'anneau vaginal et les patchs augmentent davantage le risque. Le stérilet et les progestatifs seuls n'augmentent pas le risque. Le risque avec les estrogènes 30-40 mcg est augmenté de 1.4 à 2.2.

Commentaires:

- 1/1 000 est encore un risque faible, mais sur 10 ans = 1/100.
- Les conséquences d'une grossesse non désirée ne sont pas négligeables.
- Le tabagisme est un facteur beaucoup plus important que la migraine avec aura. Les fumeuses utilisent pourtant les contraceptifs oraux sans qu'on leur présente tous ces risques.
- L'évidence concernant un lien entre l'AVC ischémique et les contraceptifs à faible dose est plus faible. L'utilisation de CO faible dose ($\leq 50 \mu\text{g EE}$) a été associée à un risque d'AVC variant de 1.79 (CI 1.39–2.30) à 2.08 (CI 1.55–2.80) (*Neurol Sci Allais* 2008)
- Schwartz (*Stroke* 1998, cité par ACOG 2006) : pas d'augmentation du risque d'AVC, ischémique pour les femmes qui prennent des contraceptifs *faible dose*.
 - o Risque d'évènement de 1/100 000

Selon l'étude de MacClellan 2007 (case-control study in young women)



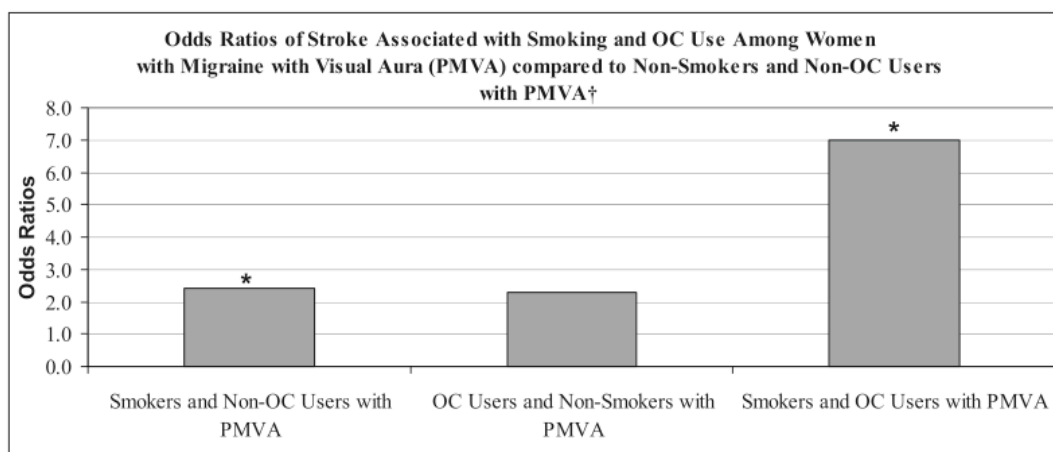
OC indicates oral contraceptive

* $p < 0.05$

† Odds ratios adjusted for age, race, geographic region, and study period

Figure 2. ORs for stroke among women with PMVA compared with women with no migraine, stratified by smoking and OC use.

Cette figure montre que les femmes avec MA utilisant des CO ne sont pas plus à risque d'AVC que les non-migraineuses utilisant des CO. Les *fumeuses* sont plus à risque.



OC indicates oral contraceptive

* $p < 0.05$

† Odds ratios adjusted for age, race, geographic region, and study period

Figure 3. ORs for stroke associated with smoking and OC use among women with PMVA compared with nonsmokers and non-OC users with PMVA.

Cette figure montre que les femmes avec MA et CO qui *ne fument pas* ne sont pas plus à risque que les femmes MA fumeuses qui ne prennent pas de CO. Le risque semble augmenté en présence des 2 facteurs CO et tabac.

CONCLUSION : le risque associé aux CO faible dose et à l'aura migraineuse est faible par comparaison à l'effet du tabac.

RECOMMANDATION : Sélectionner une méthode de contraception non estrogénée est sans doute une première étape optimale, mais si les options présentées (stérilet, condom, pilule avec progestatif seulement) ne sont pas possibles, un contraceptif estrogéné à faible dose devrait pouvoir être utilisé chez les femmes de moins de 35 ans non-fumeuses. L'anneau vaginal et les patchs sont à éviter. Il est toujours justifié de présenter les risques à la patiente et de l'aviser de cesser les CO si les auras deviennent prolongées ou plus fréquentes sous CO.