

Migraines et AVC chez les femmes non ménopausées

Plusieurs études ont montré que la migraine est un facteur de risque d'AVC chez la femme non ménopausée, la migraine avec aura semblant à plus haut risque que la migraine simple.

La contraception orale (CO) est un facteur de risque indépendant pour les AVC. Il est majoré surtout pour les femmes de plus de 35 ans, ou hypertendues ou tabagiques. Le risque est plus bas avec une CO faiblement dosée en estrogènes (<50µg)

La CO est considérée comme un facteur de risque d'AVC chez les migraineuses.

Aucune étude formelle n'a démontré si une migraine, se modifiant ou débutant avec la CO, est un prédicteur d'AVC. Une étude internationale apporte des informations sur ces questions. ¹

Il s'agit d'une étude cas-contrôle, menée dans huit villes de 5 pays européens, dans le cadre d'une étude collaborative de l'OMS sur maladies cardiovasculaires et CO, impliquant 17 pays. Les cas correspondaient à des femmes de 20 à 44 ans hospitalisées pour AVC; étaient exclues notamment les femmes ménopausées ou ayant eu une grossesse récente, ou une maladie sévère. Elles étaient appariées à trois contrôles sans AVC, recrutés dans les mêmes conditions, et n'ayant aucune maladie considérée comme favorisée par l'usage de la CO. Le questionnaire étudiait dans tous les cas l'histoire personnelle et familiale, les caractéristiques de l'éventuelle maladie migraineuse.

291 femmes remplirent le questionnaire (sur 309 ayant eu un AVC): 86 AVC ischémiques, 187 hémorragiques, 18 inclassés, constituant les cas, comparés à 736 contrôles appariés.

Le taux de femmes ayant une histoire personnelle ou fami-

liale de migraine était de 25% chez les cas et de 13% chez les contrôles. Le risque relatif (RR) d'AVC chez les migraineuses était en fait significativement augmenté pour les AVC ischémiques (RR 3,54) mais non pour les AVC hémorragiques (RR 1,10). Il n'y avait pas de différence significative entre les migraines simples ou avec aura.

Les différents facteurs de risque (CO, HTA, tabac) ont un effet plus que multiplicateur du RR d'AVC ischémique. Pour la CO, le RR passe de 2,76 chez les non migraineuses à 16,9 chez les migraineuses. Il est plus bas chez les utilisatrices de CO faiblement dosées en estrogènes (6,6). Chez les fumeuses le RR passe de 0,82 à 7,39.

Il n'y a pas d'influence du changement du type ou de la fréquence des migraines sur la survenue d'un AVC. Chez les migraineuses 70% des AVC sont précédés dans les trois jours de céphalées, contre 28% chez les non migraineuses. Ceci suggère que 40% des AVC des migraineuses surviennent à la suite d'une migraine habituelle.

Il s'agit d'une étude cas-contrôle, dont on connaît les nombreux biais potentiels. Ce travail cependant apporte des données qui confirment d'autres études du même type. Et l'on peut retenir les données principales:

- une histoire personnelle ou familiale de migraine est associée avec un risque augmenté d'AVC ischémique chez les femmes de moins de 45 ans. Cela concerne de la même manière les migraines simples ou avec aura. Une étude française² avait trouvé la même augmentation globale de risque, mais plus marquée pour les migraines avec aura. Le risque absolu reste cependant faible, passant de 10 à 19 pour 100.000 femme/années. ²

- la coexistence d'autres facteurs de risques (tabac, CO, TA) majore considérablement le risque. La CO, facteur de risque en elle-même, voit son RR augmenté à 16,9 chez les femmes migraineuses (à titre indicatif le RR lié à la seule CO est de 2,99 dans l'étude OMS)³. Le RR est moindre (6,59) pour les CO faiblement dosées en estrogène (<50µg). **Le RR passe à 34,4 pour les migraineuses, fumeuses sous CO.**

- une modification de la fréquence ou du type des migraines en relation avec la CO ne prédit pas un AVC

- le risque n'est pas augmenté pour les AVC hémorragiques (sauf, selon l'étude, en cas d'antécédent familial de migraine, ce qui paraît étonnant, un biais ne pouvant être exclu)

Chez une migraineuse, au vu de cette étude, il semble logique de proposer un autre mode de contraception que les estroprogestatifs. Si la CO est choisie il faut informer du risque potentiel, en le replaçant à sa juste valeur. Il sera important, dans ce cas, de prescrire une CO faiblement dosée. Par contre la contre indication semble établie chez les fumeuses tout comme elle l'est chez les hypertendues.

1 - Chang CL et al. Migraine and stroke in young women: case-control study. BMJ 1999; 318, 13-18

2 - Tzourio C et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. BMJ, 1995, 310, 830-3

3 - WHO collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraception: results of international, multicentre, case-control study. Lancet, 1996, 348, 498-510

Mots-clé: AVC, migraine, facteur de risque, tabac, HTA, oestroprogestatif

Numéro 129 du 21 janvier 1999