



Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes

de vrais femmes, une vraie douleur

Les femmes et la migraine

À propos de la migraine

- La migraine est un trouble neurologique.
- 18 % des femmes et 6 % des hommes souffrent de migraines.
- Une prédisposition génétique joue un rôle chez la plupart des patients.
- Environ 60 % des femmes sujettes aux migraines ont des maux de tête aux environs de leurs menstruations.
- 15 % des femmes sujettes aux migraines n'ont des maux de tête que durant leurs menstruations.
- Des troubles visuels ou une aura se produisent chez 15 % des patients.
- Les deux tiers des femmes n'ont plus de crises de migraine pendant leur grossesse.
- Les crises post-accouchement sont communes, mais elles ne constituent pas une contre-indication à l'allaitement.
- Chez les deux tiers des femmes, la fréquence des migraines diminue après la ménopause.
- Il est recommandé que les femmes sujettes à des migraines avec aura ne prennent pas de contraceptifs oraux contenant des œstrogènes à cause d'un risque accru d'accidents cérébrovasculaires.
- Il est recommandé que les femmes sujettes à des migraines avec aura cessent de fumer à cause d'un risque accru d'accidents cérébrovasculaires.
- La prise continue de contraceptifs oraux pendant plusieurs mois peut supprimer le cycle menstruel et réduire les crises menstruelles graves chez certaines femmes.

Les déclencheurs de la migraine

De nombreux déclencheurs de migraine sont à l'origine des crises :

- le stress ;
- le manque ou l'excès de sommeil ;
- les changements de temps ;
- la faim ;
- le chocolat, le fromage, l'alcool, les bananes, les agrumes, les aliments fermentés, fumés, salés et séchés ;
- une quantité excessive de caféine ;
- un usage excessif d'analgésiques ou de médicaments spécifiques aux migraines ;
- le cycle menstruel ;
- un effort excessif ;
- trop de stimulus, par exemple, des lumières vives.

Des critères de diagnostic simplifiés selon le comité de classification des maux de tête de l'International Headache Society

Les caractéristiques des crises de maux de tête à répétition durant de 4 à 72 heures sont :

A : un examen clinique normal

B : pas d'autre cause raisonnable de mal de tête

C : au moins deux des éléments suivants :

- une douleur unilatérale ;
- une douleur lancinante ;
- une aggravation de la douleur avec les mouvements ;
- une intensité moyenne à forte de la douleur.

D : au moins l'un des éléments suivants :

- des nausées ou vomissements ;
- une photophobie et une phonophobie.

Les difficultés de diagnostic

La migraine est une condition invalidante qui peut gravement détériorer la qualité de la vie. Malheureusement, certaines personnes souffrant de migraines n'ont pas accès à des soins appropriés, et même celles qui ne sont pas dans ce cas peuvent ne pas rechercher de traitement à cause de l'idée erronée qu'il est impossible de remédier à une condition dont

les femmes ont souffert génération après génération. D'autres idées erronées sont : les seuls traitements disponibles sont des médicaments pouvant provoquer des effets secondaires graves, la migraine est un trouble purement psychologique.

Les recherches sur la migraine

La migraine est un trouble cérébral impliquant un traitement sensoriel anormal. Il ne s'agit pas d'un trouble des vaisseaux sanguins, mais d'un trouble de la fonction cérébrale. La tomographie par émission de positrons au cours de migraines aiguës a montré des activations du tronc cérébral rostral persistant après un traitement réussi de la crise, mais absentes entre les crises. On ne constate pas ces altérations au cours d'autres maux de tête importants tels que la céphalée de Horton. La même zone du pont dorsolatéral est activée lors des migraines chroniques. L'angiographie par résonance magnétique a montré que les altérations du flux sanguin constatées au cours de la migraine et des céphalées de Horton sont simplement le résultat de la douleur due à la division ophtalmique et non une cause du syndrome. La neuro-imagerie fonctionnelle a montré que les altérations survenant dans le pont dorsolatéral de la migraine sont latéralisées au cours de la crise. Ces données laissent penser que le pont dorsolatéral est essentiel dans l'expression phénotypique de la migraine.

Le sumatriptan et d'autres médicaments de la famille des triptans, développés pour activer certains récepteurs de la sérotonine, ont été révolutionnaires dans le traitement des migraines et offrent un soulagement considérable à de nombreuses personnes souffrant de ce mal. Une autre innovation est due à la compréhension du fait que le blocage de la libération d'un autre neurotransmetteur, le peptide lié au gène de la calcitonine (CRGP), peut également procurer un soulagement efficace en cas de migraine. Des médicaments bloquant la libération de CRGP pourraient être disponibles dans un avenir proche.

Le traitement de la migraine

1. Les changements de mode de vie permettant d'éviter les crises de migraine comprennent :

- un sommeil suffisant ;
- une prise régulière des repas et d'eau ;
- un exercice régulier ;
- la non-absorption de grandes quantités de caféine.

2. Des stratégies de rétroaction biologique et des stratégies comportementales telles que la relaxation peuvent être efficaces.

3. Les triptans sont très efficaces pour interrompre une crise.

4. En moyenne, les deux tiers des patients bénéficient d'une réduction de 50 % de la fréquence des maux de tête grâce à la plupart des médicaments préventifs. Ces derniers comprennent le pizotifen, les bêta-bloquants (par exemple, le propranolol), les antidépresseurs tricycliques (par exemple, l'amitriptyline, la nortriptyline) et les anticonvulsivants (par exemple, le valproate de sodium, la gabapentine, le topiramate). Ces traitements peuvent avoir des effets secondaires et doivent être utilisés consécutivement ou parallèlement à des démarches non médicamenteuses.

5. Le magnésium peut s'avérer efficace chez certaines femmes souffrant de migraines menstruelles. Comme certaines patientes n'absorbent pas de magnésium par voie orale, il est possible de procéder à une injection d'un gramme de sulfate de magnésium par voie intraveineuse ou intramusculaire avant la crise menstruelle attendue.

6. La contraception continue à l'aide d'une pilule contraceptive orale et un traitement préventif à base de médicament au cours de la semaine précédant les menstruations peuvent être très efficaces. Ce traitement préventif peut être tenté avec un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien à action prolongée, tel que le naproxen ou le nabumétone, ou un bêta-bloquant tel que l'atenolol.

7. Chez les femmes enceintes, il convient d'essayer d'abord le magnésium, les techniques de relaxation et les autres démarches non médicamenteuses. Le paracétamol (acetaminophen) peut être associé à de la codéine pour une thérapie combinée sûre. Les triptans ne semblent pas être nocifs et doivent être pris en compte dans le cas de crises graves et handicapantes. Les bêta-bloquants et les anti-dépresseurs tricycliques sont relativement sûrs pour la prévention des migraines chez les femmes enceintes.

8. La prise quotidienne des compléments nutritionnels suivants peut réduire les crises de migraine : 400 mg de magnésium, 100 mg de grande camomille, 300 mg d'ubiquinone, 600 mg d'acide alpha-lipoïque, 150 mg d'extrait de pétales ou 400 mg de vitamine B2. Tous ces compléments ont fait l'objet d'au moins une étude scientifique en double aveugle et ont prouvé leur efficacité en matière de prévention des migraines chez certains patients.

9. L'acupuncture peut s'avérer utile.

Conclusion

Le fait le plus important concernant les migraines est que nous disposons d'un large éventail de traitements très efficaces, mais beaucoup de personnes l'ignorent ou ne sont pas conscientes du fait qu'elles souffrent de migraines. Il est recommandé d'associer des changements de mode de vie et un traitement pharmacologique efficace afin de réduire l'impact des migraines.

Copyright © International Association for the Study of Pain, April 2008.
References available at www.iasp-pain.org/GlobalYear.