



Contraception et THM en cas de pathologies neurologiques

Lorraine MAITROT-MANTELET

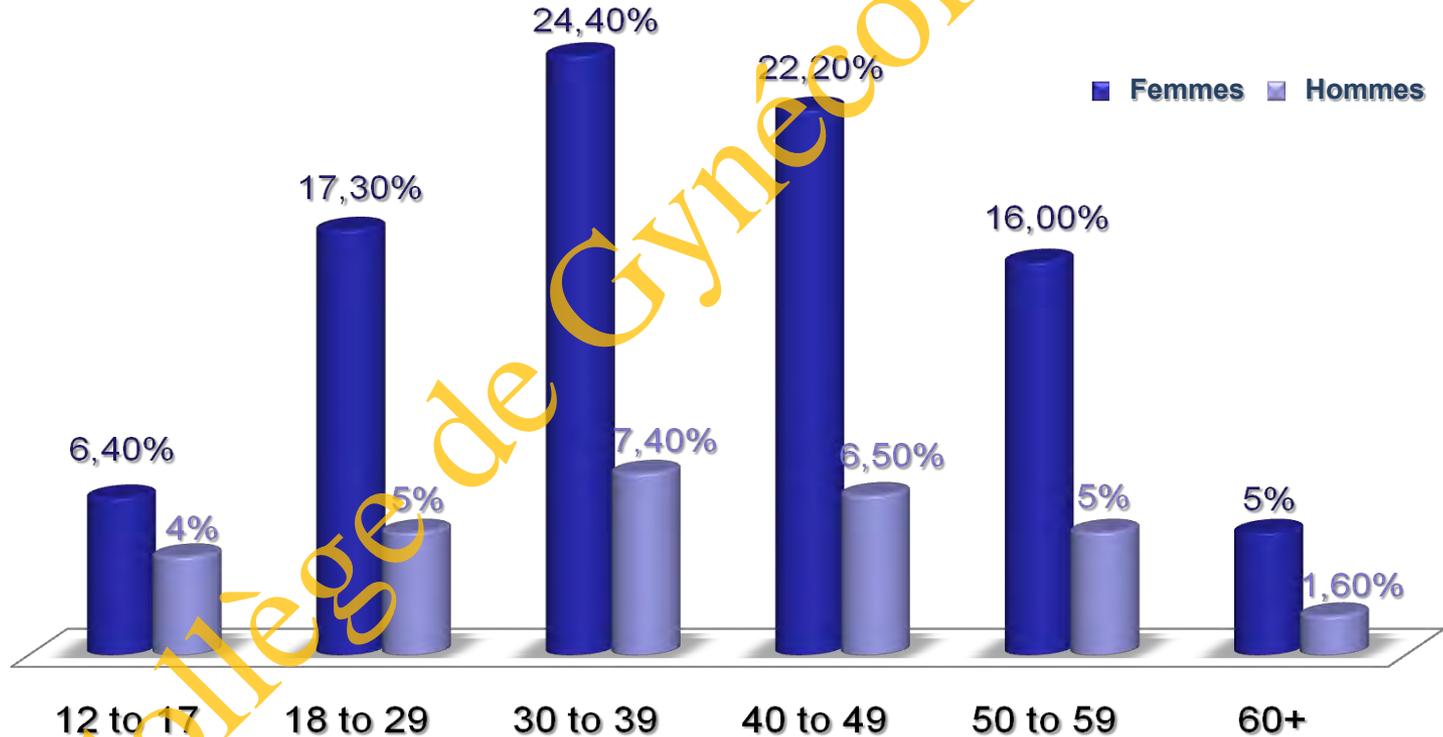
20èmes Rencontres Tourangelles du CGCVL
29 septembre 2017

Unité de Gynécologie Endocrinienne (Pr GOMPEL)
Hôpital Port-Royal

Collège de Gynécologie



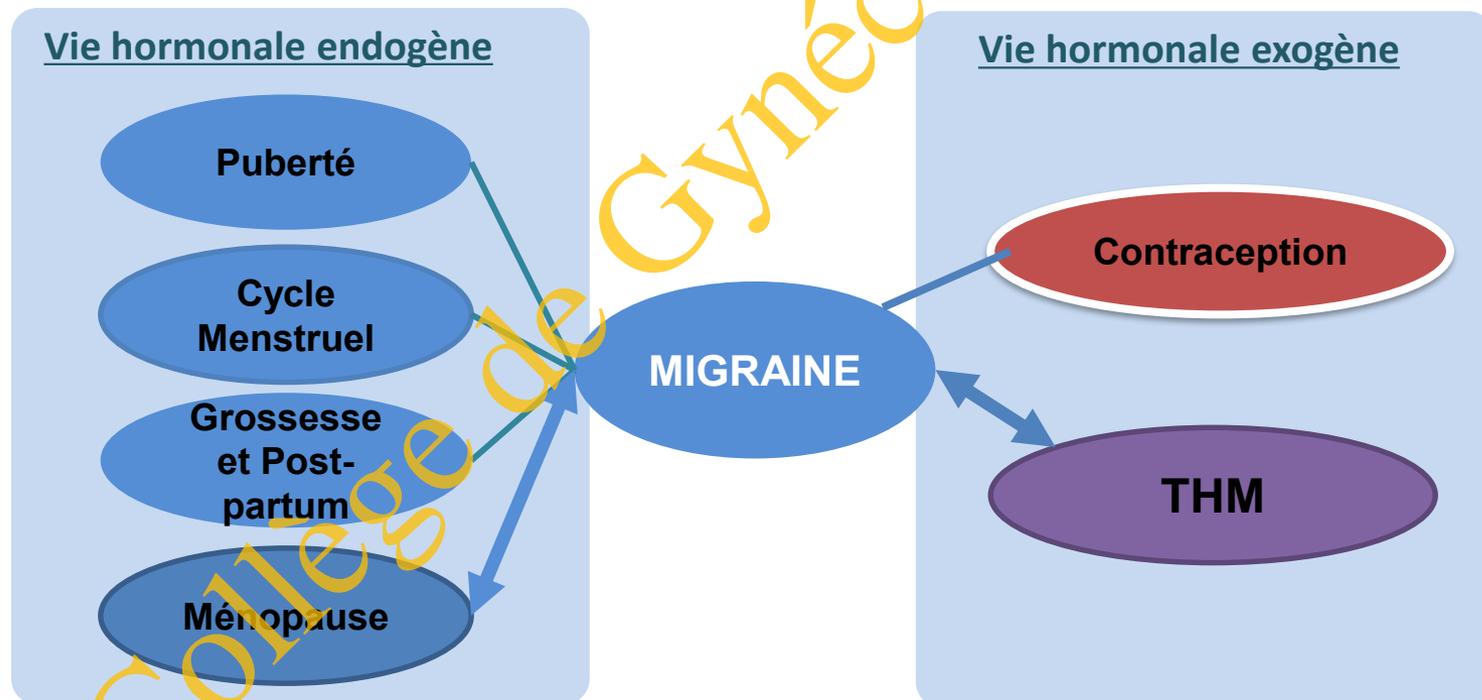
Une maladie fréquente: 12% de la population adulte
Une maladie à prépondérance féminine: 3 femmes pour 1 homme



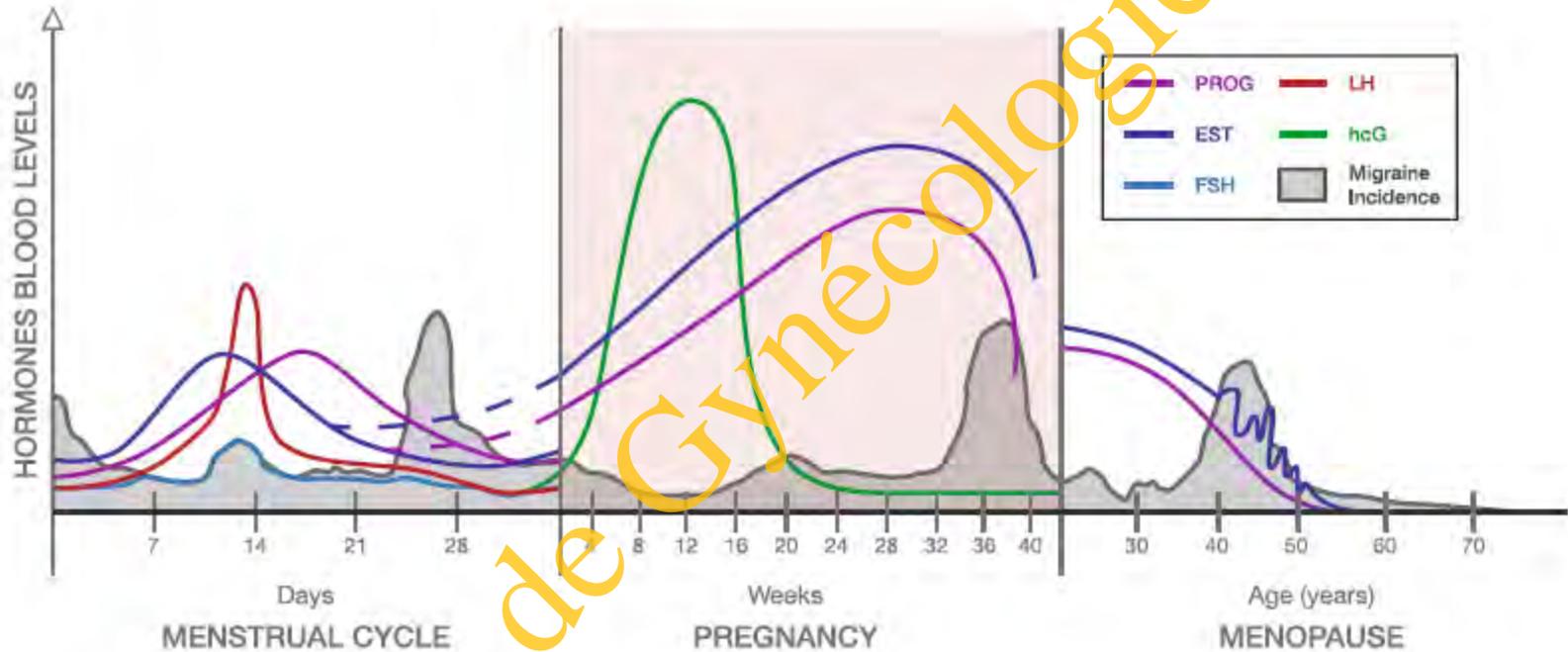
Migraine – Physiopathologie

Une maladie neuro-vasculaire sous-tendue par une hyperexcitabilité cérébrale d'origine génétique et environnementale [Goadsby et al, 2006]

⇒ **Rôle important des HORMONES chez la femme**
Déclenchement des crises
Evolution de la maladie



Migraine et hormones



- Incidence de migraine inversement corrélée aux taux d'estrogènes



D'après la classification de l'International Headache Society (IHS), 2013

Migraine sans Aura (MSA):

Au moins 5 crises remplissant les critères suivants

1. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement)
2. Céphalée ayant au moins 2 des caractères suivants:
 - Unilatéralité
 - Pulsatilité
 - Intensité modérée à sévère
 - Aggravation par l'effort physique
3. Céphalée associée à au moins un des symptômes suivants:
 - Nausées et/ou vomissements
 - Photophobie et phonophobie

Migraine avec Aura (MA):

1. Définition de la migraine sans aura +
2. Aura (au moins deux épisodes)



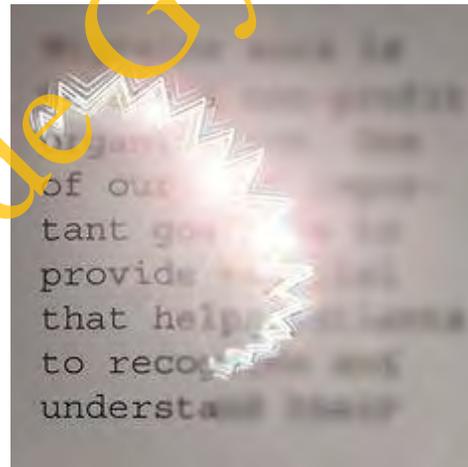
Migraine avec Aura (MA):

Aura : Ensemble de symptômes neurologiques focaux et réversibles d'installation progressive, durée > 5 min et <60 min, précèdent le plus souvent une céphalée migraineuse.

- Symptômes visuelles réversibles (positifs ou négatifs)
- Symptômes sensoriels
- Troubles du langage

Die Kenntniss dieser Thatsachen war für den Ausgangspunkt zum Bau des neuen Instruments. Eine beschwerlicher Weg führte aber, durchmessen weils Ziel erreicht wurde. Dass dies gelang, danke ich den freundlichen Rathschlägen des bekannten, Fa dem Gebiete der Photochemie, Hofrath Dr. J. M. I der graphischen Lehranstalt in Wien. Es hat mir eine nughung bewährt, als ich später aus seinem M fälligste Theil über den fertigen Apparat verneh Ich kann nicht umhin, auch der Firma Siek und speziell dem Organ derselben, Herrn E. Stru unermüßlich seinen zahlreichen Wünschen ents besten Dank auszusprechen.

Der neue Apparat, der den Namen H a m m e r p führen soll, besteht aus der Hauptsache aus einem schen Keil" und einer Kammer, die zur Aufnahme d



At screening, a history was taken and physical examination performed. A gynecologic examination and Papanicolaou smear were required within the year preceding enrollment. Laboratory tests included complete blood count, metabolic panel, lipid profile, urinalysis, and 24-hour urine collection to measure levels of creatinine and protein excretion. Serologic profiles included hepatitis B surface antibodies assayed by HEp-2 cell line, anti-double-stranded DNA (anti-dsDNA) antibodies by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA, Diamedix), and C3 and C4 by nephelometry (Dade Behring) at the Hos-



- Influence de la contraception hormonale sur la maladie migraineuse
- Risque ischémique cérébral
 - de la migraine
 - des CO
 - de leur association

Collège de Gynécologie CVA



- Aggravation, amélioration, effet neutre
- Evaluation difficile
 - Prévalence élevée de la migraine
 - Contenu variable des pilules en EE et progestatifs
- Revue systématique de Loder (2005)
 - Absence de lien fort entre céphalées et OP
 - **Les céphalées survenant au cours des 1^{er} cycles tendent à disparaître**
 - Risque de survenue de céphalées sous OP accru si
 - **ATCD de migraine, personnel ou familial**
 - **Age**



- The Head-Hunt Study
- Etude transversale norvégienne en population (1995-1997)
- 13 944 femmes norvégiennes
- Questionnaire Céphalées – Migraines et Contraception
- PREVALENCE DES CEPHALEES
 - Céphalées non migraineuses : 36%
 - Migraines : 21%

Association significative
entre migraine et prise
de COP, indépendante
de la dose EE

OR=1,4 (1,2-1,7)

Collège de Gynécologie CVA



Peu de données

Microprogestatifs oraux:

* Pas de lien entre céphalées et microprogestatifs dans la Head-HUNT Study OR= 1.3 (0.9-1.8)
Aegidius&al, Neurology, 2006

* Méta-analyse de 4 études d'observation
=> Diminution sous désogestrel:
- du nombre de crises mensuelles
- de la durée et de l'intensité des crises
- de l'utilisation des triptans

Warhurst S et al, Cephalalgia 2017

* Effet bénéfique sur la durée de l'aura

Nappi et al, Contraception, 2010

Macroprogestatifs:

* Aucune donnée publiée



Authors, year of publication	Type of study	Number of women	RR (95% CI)
WHO collaborative ¹ , 1996	Case-control	141/373	1.5 (0.7-3.3)
Heinemann et al., 1997	Case-control	220/775	2.9 (2.0-4.0)
Petitti et al., 1996	Case-control	144/774	0.7 (0.3-1.7)
Schwartz et al, 1998	Case-control	175/1,191	0.7 (0.3-1.5)
Haapaniemi et al., 1997	Case-control	140/126	4.2 (1.7-10.1)
Lidegaard et al., 2002 **	Case-control	626/4,054	0.7 (0.6-1.0)
Tzourio et al., 1995	Case-control	72/173	3.1 (1.2-8.2)
Kemmeren et al., 2002	Case-control	203/925	2.1 (1.5-3.1)
Siritho et al., 2004	Case-control	234/234	1.8 (0.9-3.6)
Nightingale et al., 2004	Nested case-control	190/1,129	2.3 (1.2-4.6)
Martinelli et al., 2006	Case-control	105/293	2.3 (1.4-3.8)
Pezzini et al., 2007	Case-control	108/216	4.0 (2.3-6.8)
Yang et al., 2009	Cohort	193/45,699	1.1 (0.6-2.0)
Gallagher et al., 2011*, #	Cohort	699/267,400	0.7 (0.5-0.9)

Pooled OR 1.8 (1.2-2.8)

Contraception et risque d'AVC ischémique



Génération de progestatif	OR (IC à 95%)
1 ^{ère} génération	2.6 (2.0-3.4)
2 ^{ème} génération	1.9 (1.6-2.2)
3 ^{ème} génération	1.9 (1.7-2.1)

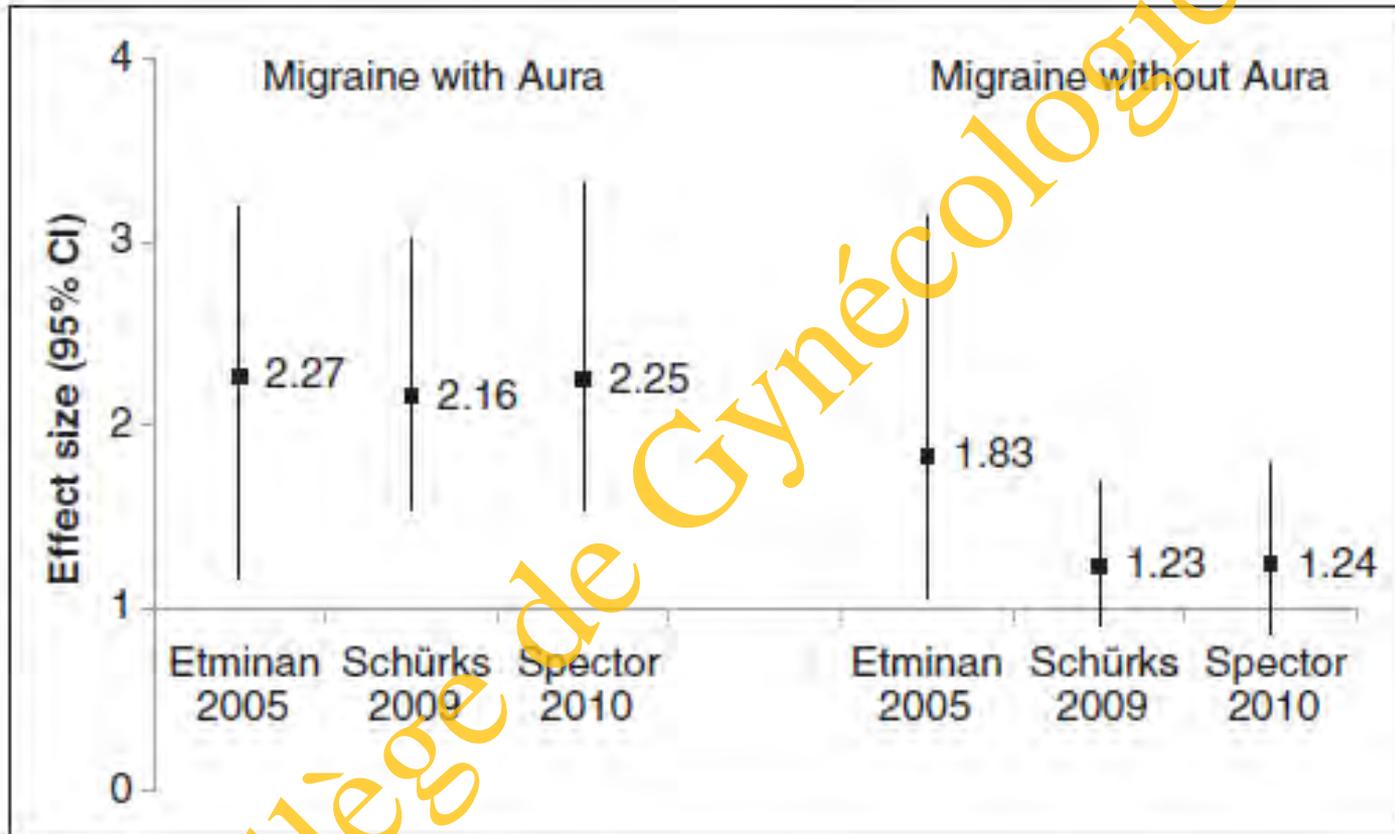
1^{ère} G versus 2^{ème} G : p=0.04

1^{ère} G versus 3^{ème} G : p= 0.03

2^{ème} G Versus 3^{ème} G : p=0.99

Collège de Gynécologie CVA

Type de migraine et risque d'AVC

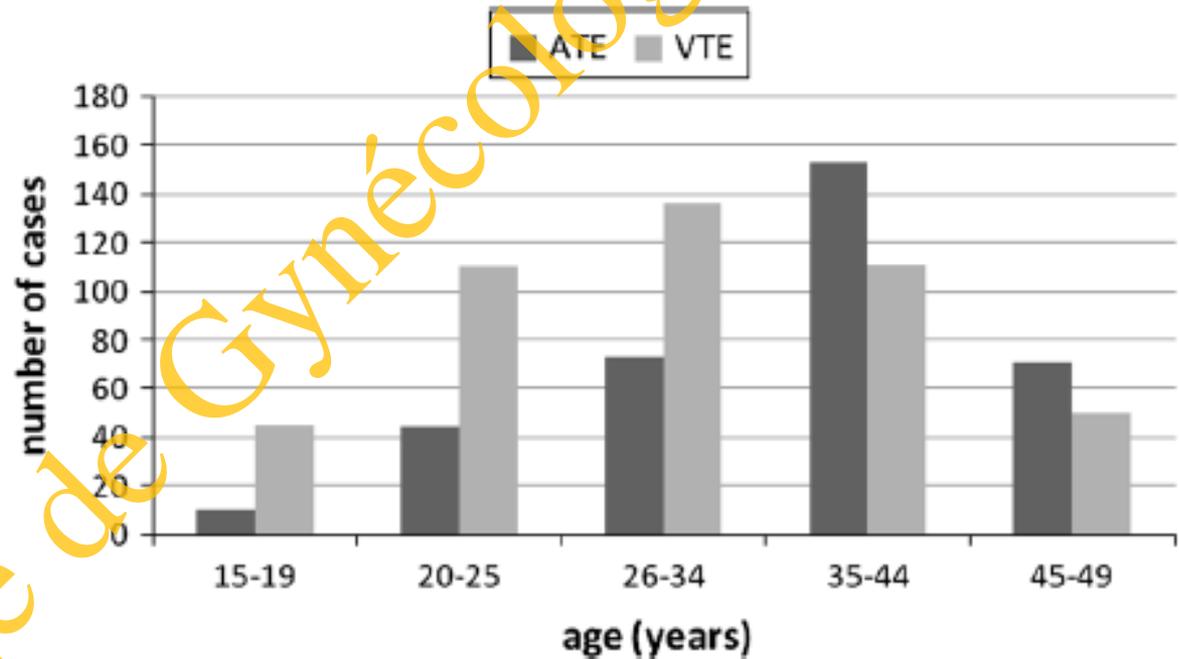


Collège de Gynécologie CVA



Etude de pharmacovigilance : Femmes exposées aux CO et accidents thromboemboliques

- Etude transversale
- Année 2012
- ♀ âgées de 15-49 ans
- Hospitalisées pour:
 - EP, TVC, AVC, IDM
- 2966 cas dont
 - 803 exposées CO
 - 452 VTE
 - 351 ATE



Collège de Gynécologie

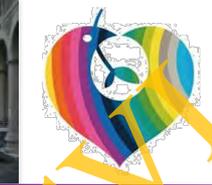


Facteur de risque artériel

COCs (n = 223)

Current smoking	113 (50.7 %)
Age ≥ 40 years	105 (47.1 %)
Dyslipidemia	71 (31.8 %)
PFO and/or ASA revealed after ATE	43 (19.2 %)
Migraine with aura	39 (17.5 %)
Hypertension	23 (10.3 %)
Obesity (BMI ≥ 30)	23 (10.3 %)
Familial history of arterial thrombosis	14 (6.3 %)
Personal hyperhomocysteinemia diagnosed after ATE	14 (6.3 %)
Consumption of illicit drugs	14 (6.3 %)
Concomitant medicines promoting ATE	8 (3.6 %)
Other cardiovascular abnormalities diagnosed after ATE	7 (3.1 %)
Personal history of arterial thrombosis	6 (2.7 %)
Diabetes mellitus	2 (0.9 %)
Antiphospholipid syndrome diagnosed after ATE	2 (0.9 %)
Antiphospholipid syndrome known before ATE	1 (0.4 %)

Collège de Gynécologie

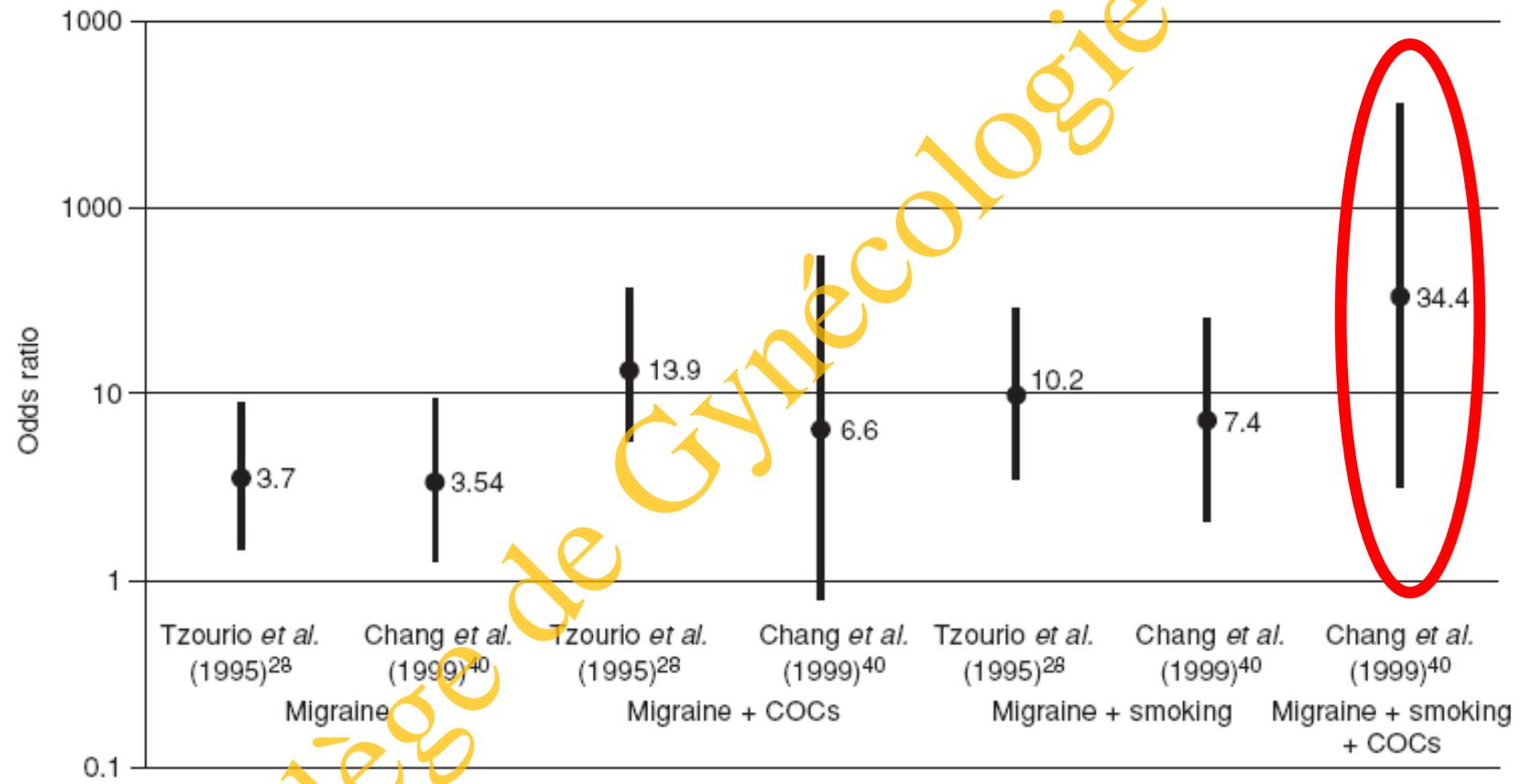


Etude cas-témoins emboîté (CDC): 25 887 AVC entre 2006-2012 → 4 témoins Femmes âgées de 15 à 49 ans

History of migraines N=9,420	Current CHC use*	Cases (N)	Controls (N)	Ischemic stroke Adjusted OR† (95% CI)
Migraine with aura‡	Yes	NR§	NR§	6.08 (3.07 – 12.05)
	No	74	126	2.65 (1.91 – 3.67)
Migraine without aura‡	Yes	NR§	77	1.77 (1.09 – 2.88)
	No	255	466	2.24 (1.86 – 2.69)
No migraine	Yes	192	774	1.39 (1.16 – 1.67)
	No	1,320	6,073	Ref

† Adjusted for hypertension, diabetes, obesity, smoking, ischemic heart disease, and valvular heart disease.

Interaction migraine –CO-Tabac sur le risque d'AVC



Collège de Gynécologie CVL



Recommandations OMS

Situations	COP	Progestatif microdosé
Age		
< 40 ans	1	1
> 40 ans	2	1
Tabac		
< 35 ans	2	1
≥ 35 ans		
< 15 cig/j	3	1
≥ 15 cig/j	4	1
Obésité		
≥ 30ka/m ²	2	1
Migraine		
Sans aura, âge < 35 ans	2/3	1
Sans aura, âge ≥ 35 ans	3/4	1
Avec aura	4	2
Hypertension artérielle		
Bien contrôlée	3	1
Systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100	4	1
Facteurs de risque multiples	3/4	2

1 : Utilisation sans restriction

2 : Avantages supérieurs aux risques théoriques

3 : Risques supérieurs aux avantages

4 : Utilisation avec risque inacceptable

Progestatifs et risque d'accident vasculaire cérébral

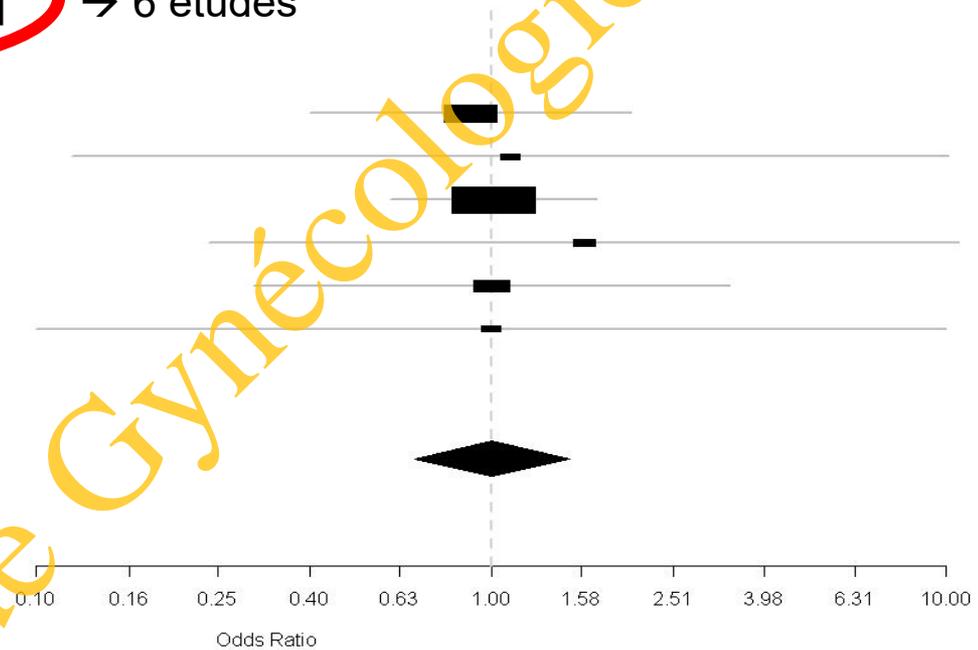


Globalement **OR: 0,96 [0,70-1,31]** → 6 études

Study Reference

Lidegaard 1993	(0.9 [0.4-2.4])
Tzourio 1995	(1.1 [0.1-10.3])
Petitti 1998	(1.0 [0.1-9.2])
WHO 1998	(1.0 [0.7-1.7])
Heinemann 1999	(1.6 [0.2-10.7])
Lidegaard 2002	(1.0 [0.3-3.0])

Summary



Chakhtoura Z, et al Stroke 2009

Voie orale OR: 1,00 [0,68-1,49]

DMPA : OR: 0,89 [0,53-1,49]

Collège de Gynécologie CVA



- Définition :
 - Crises survenant entre J-2 à J+3 des règles (pas de J0)
- Pure ou associée à d'autres crises :
 - **Migraine cataméniale associée à d'autres crises \cong 50%**
 - **Migraine cataméniale pure \cong 7%**
- Clinique :
 - essentiellement crises sans aura
 - crises cataméniales plus sévères, plus longues, plus résistantes aux traitements
- Mécanisme physiopathologique :
 - Chute brutale des oestrogènes après plusieurs jours d'imprégnation oestrogénique
 - Cycle physiologique ou contraception oestro-progestative



- 6 essais randomisés :
 - 150 mg désogestrel + 30 μ g EE (21 jours versus 70 jours) 1 an
 - 250 mg de LVN + 50 μ g d'EE (21 jours versus 1 an) 1 an
 - 300 mg norgestrel + 30 μ g d'EE (21 jours versus 49 jours) 1 an
 - 100 mg de LVN + 20 μ g d'EE (21 jours versus 168 jours) 6 mois
 - 100 mg de LVN + 20 μ g d'EE (21 jours versus 336 jours) 1 an
 - 150 mg de LVN + 30 μ g d'EE (21 jours versus 91 jours) 1 an
- Efficacité identique
- Observance identique...
- Saignements équivalents
- CO continu, amélioration des symptômes associés au cycle (3 études) :
 - Céphalées, irritation génitale, fatigue, sensation de gonflement prémenstruel

Migraine cataméniale

Prévention par les oestrogènes - 1



- 3 études randomisées avec estradiol percutané ⁽¹⁾
 - 1.5 mg d'estradiol / j
 - **2 jours avant la date présumée de la crise**
 - **pendant 7 jours**
 - **Estradiolémie: 60-80 pg/ml**
- Patchs transdermiques d'oestradiol
 - TTS 50 : 2 études contrôlées vs placebo négatives ⁽²⁾
 - 1 étude contrôlée vs placebo positive (MacGregor 2002)
 - TTS 100 > TTS 25 ; étude ouverte ⁽³⁾
- Efficacité ++ pour migraines cataméniales pures, avec cycles réguliers

Collège de Gynécologie CVA

Migraine cataméniale

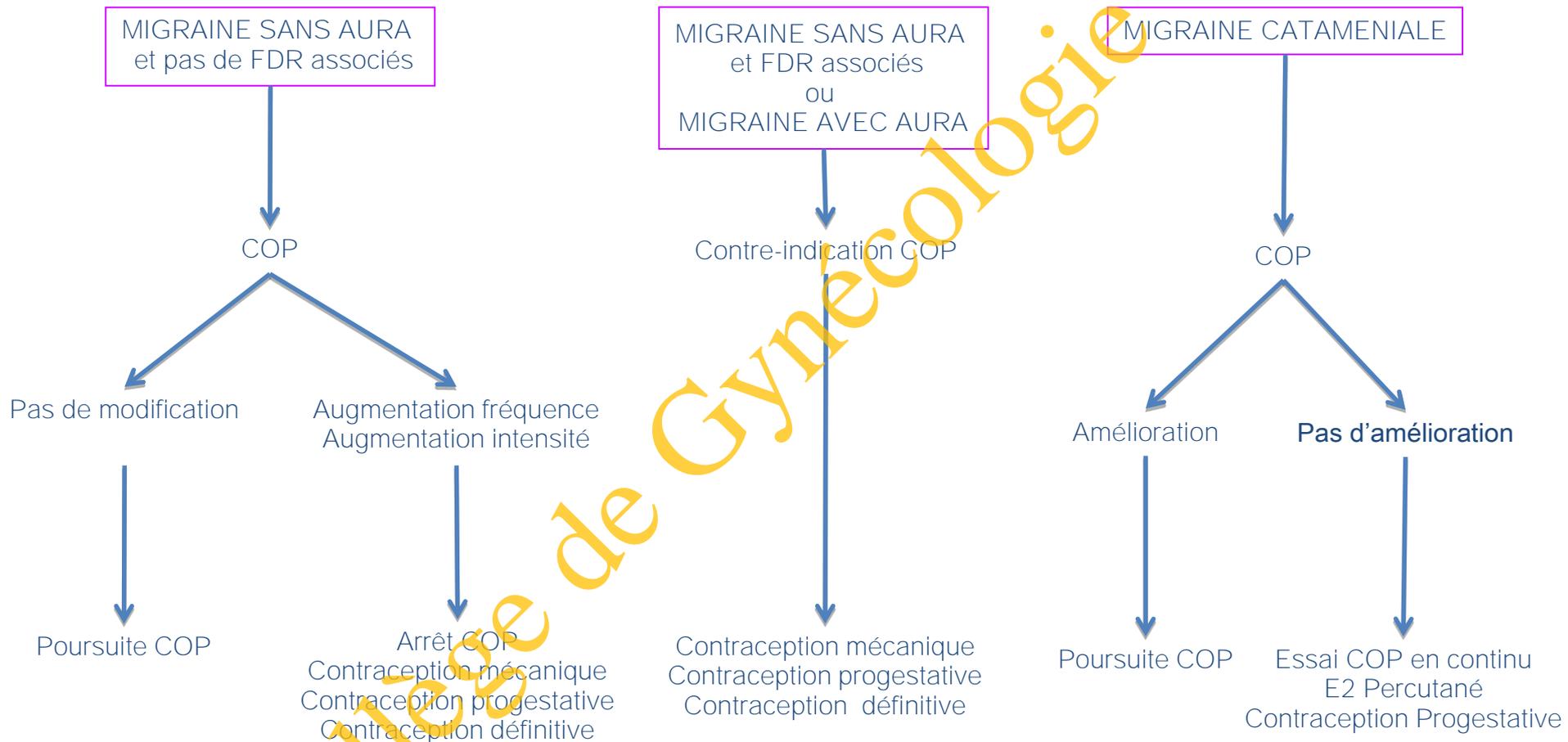
Prévention par les oestrogènes - 2



- Essai randomisé en cross-over estradiol percutané versus placebo [35 femmes]
- Diminution de 22 % du risque de migraine
 - RR 0.78 (0.62-0.99)
 - Migraines moins sévères
- **MAIS** : Augmentation des migraines les 5 jours suivants l'arrêt du traitement :
 - RR 1.40 (1.03 – 1.92)

Collège de Gynécologie CVA

Contraception et migraine : en pratique



Décider au cas par cas et nécessité d'un suivi clinique régulier afin de procéder aux ajustements thérapeutiques nécessaires



- Influence du traitement hormonal sur la maladie migraineuse

- Risque d'AVC ischémique
 - Migraine et AVC
 - THM et AVC
 - Migraine –THM –AVC

Collège de Gynécologie CVA



- **The Head-Hunt Study (2)**
- **Etude transversale norvégienne en population (1995-1997)**
- **5 507 femmes norvégiennes ménopausées**
- **Questionnaire Céphalées – Migraines et Hormones**
- **PREVALENCE DES CEPHALEES**
 - Céphalées non migraineuses : 29%
 - Migraines : 15 %

Collège de Gynécologie CVA

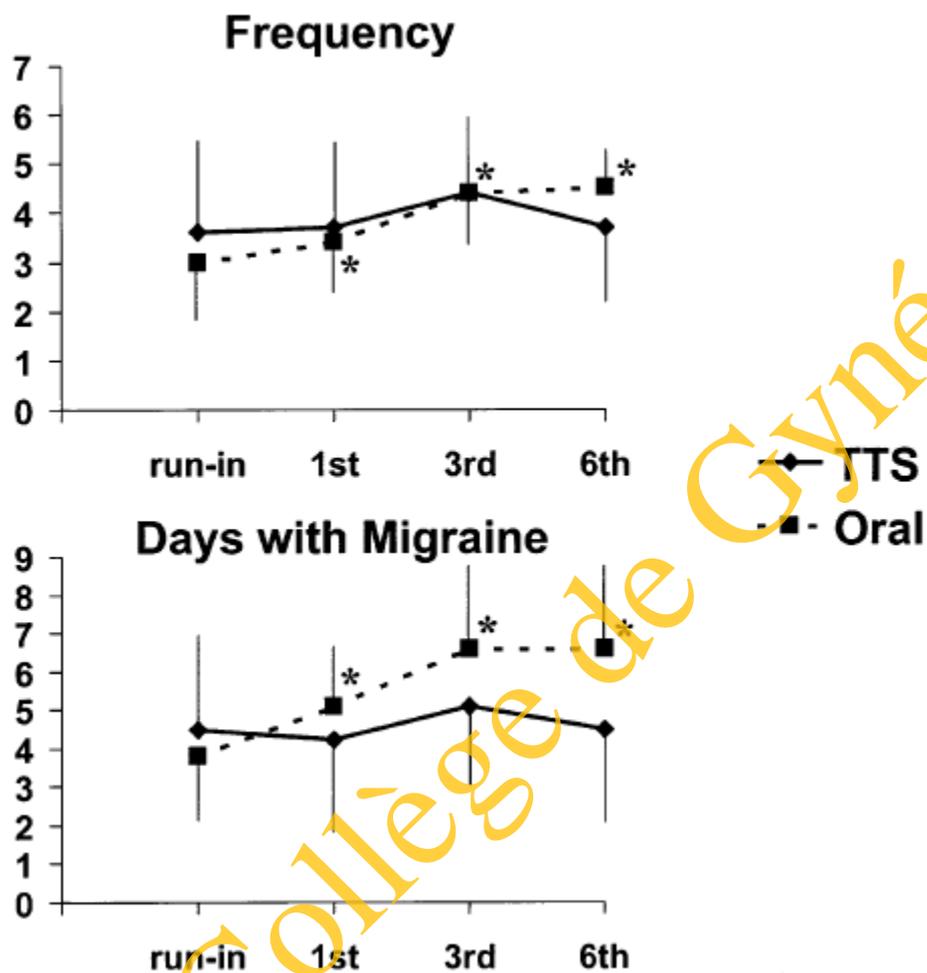
Migraine et Traitement Hormonal de la ménopause



Type of THM	Nb femmes / Migraines	Migraine
Non utilisatrices	3132 / 390	1.0
Utilisatrices en cours	1294/262	1.6 (1.4-1.9)
E+P	241/58	1.7 (1.2-2.4)
E seul	848/175	1.7 (1.4-2.0)
Voie d'administration		
Orale	1005/213	1.7 (1.4-2.0)
Transdermique	84 / 20	1.8 (1.1-3.0)

- pas d'effet du type de traitement : E versus E+P
- pas d'effet de la voie d'administration

Migraine et Traitement Hormonal de la ménopause



➤ **Essai Randomisé**

➤ **50 femmes ménopausées**

➤ **Patch 50 + MPA versus**

➤ **CEE 0,625 + MPA**

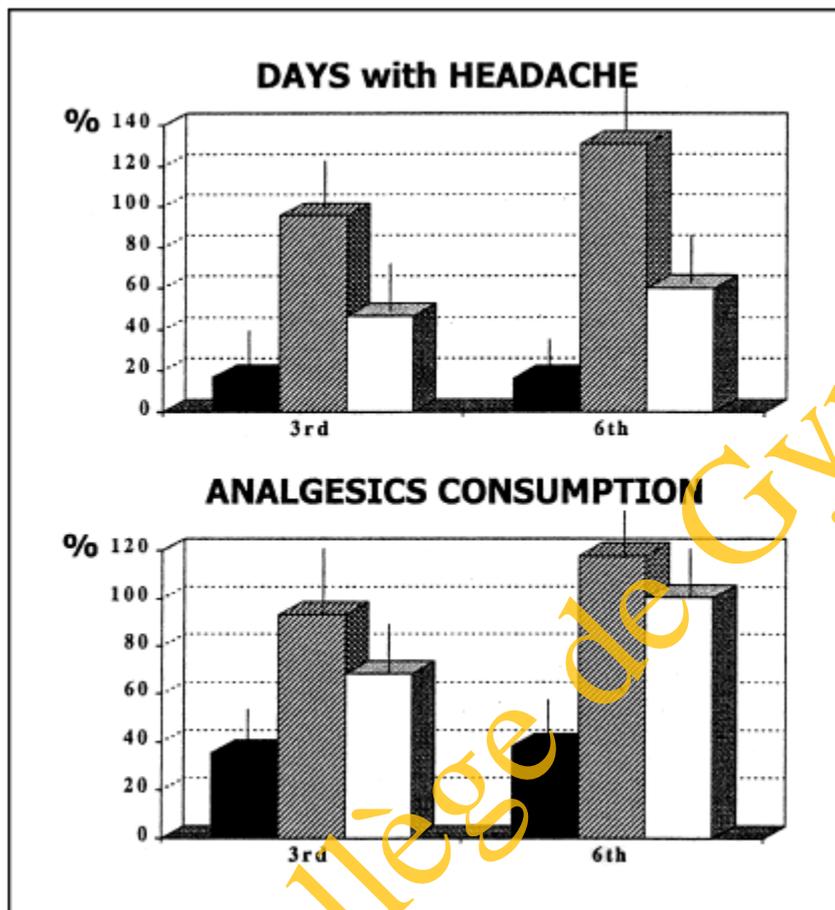


Effet neutre de la voie transdermique

Voie orale: aggrave fréquence et durée des migraines

+ Sévérité et consommation d'analgésiques

Nappi RE et al Maturitas 2001



- Essai Randomisé
- 38 femmes ménopausées
- Trois groupes de traitement
 1. E2 1mg PO + NETA → 28 jours
 2. CEE 0,625 + MPA 14 j
 3. E2V 2mg + CPA 10 j

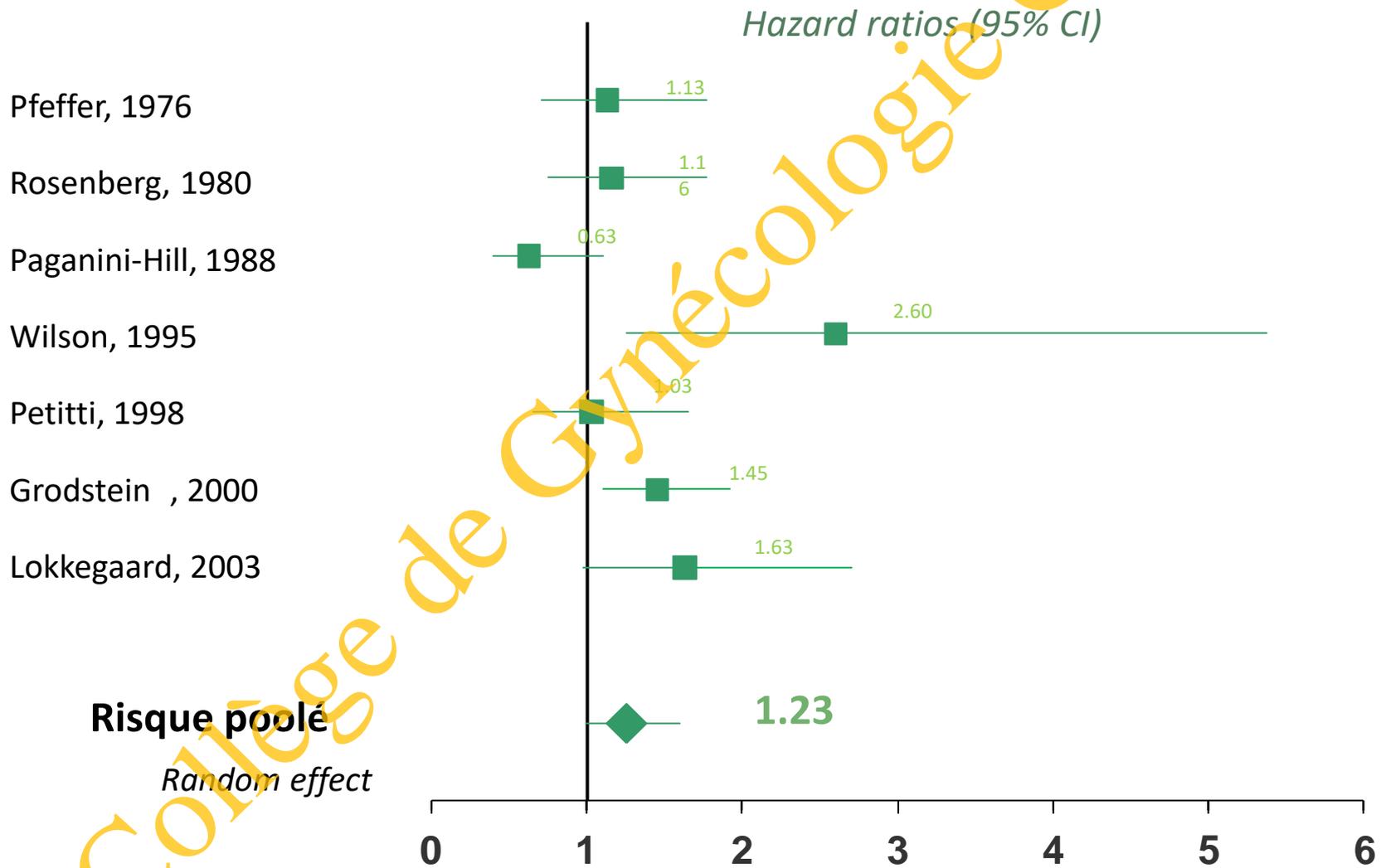


Aggravation des migraines pour tous les progestatifs et tous ces schémas d'administration

% Changement par rapport à l'évaluation Avant traitement

THM et AVC ischémique

Etudes d'observation



Accident cérébral par groupe de traitement (WHI)



Maladie	E + P n=8506	Placebo n= 8102	RR	95% CI
Décès par AVC	16	13	1.20	0.58-2.50
AVC	94	59	1.50	1.08-2.08
Total	127	85	1.41	1.07-1.85

RR : Risque relatif
CI : Intervalle de confiance

WHI, 2002, 2003

THM et AVC ischémique

Impact voie d'administration



Etude cohorte (cas – témoins emboîtée) au sein de UK GPdata base

- 870 286 femmes, age 50-79 , inclusion: 1987-2006, suivi:6.7ans

- AVC: 15710 (2.85/1000/an) comparés à 59958 femmes sans AVC

Type THM	Cas / Témoins	HR (IC à 95%)
THM=0	14496 / 55834	1
Oral	618 / 2025	1,28 (1,15-1,42)
Transdermique	103 / 441	0.95 (0.75 - 1.20)
Faibles doses	76/384	0.81 (0.62 - 1.05)
Fortes doses	27/57	1.89 (1.15 - 3.11)

Effet neutre de la voie transdermique à petites doses ?



Etude cohorte (cas – témoins emboîtée) données SNIRAM 2009-2011 (n= 5 532 341)
 - 3144 AVC ischémiques (1^{er}) hospitalisés versus 12 158 femmes témoins , âge 51-62 ,

Table 1. General Characteristics of Cases and Controls

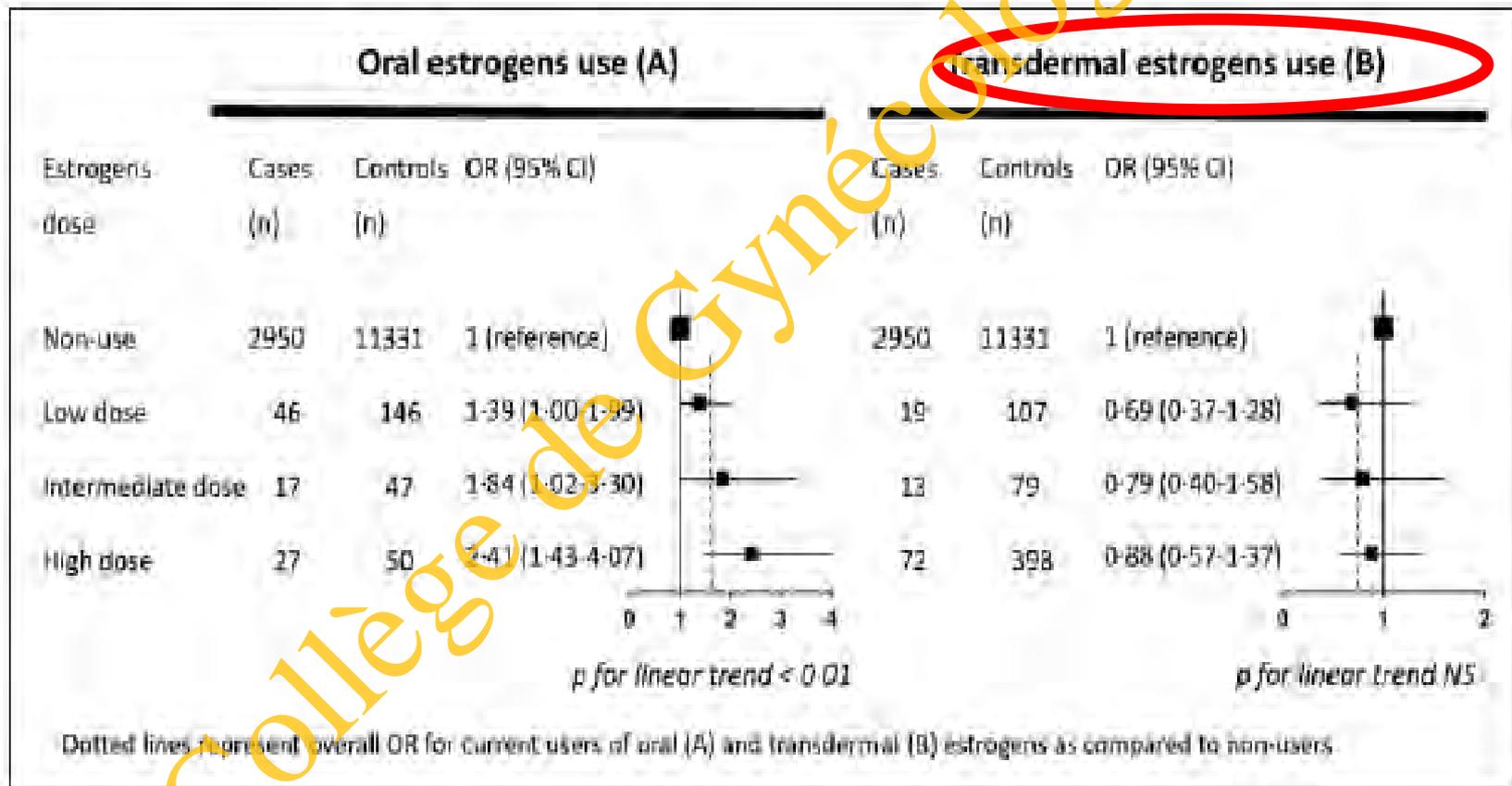
Characteristics	Cases (n=3144)	Controls (n=12 128)	P Value*
Age, y	56.7 (2.8)	56.6 (2.7)	0.94
Antidiabetic medication	377 (12.0)	497 (4.1)	<0.01
Antihypertensive medication	910 (34.8)	2227 (21.0)	<0.01
Antidyslipidemia medication	532 (16.9)	1551 (12.8)	<0.01
LTD	490 (15.6)	138 (1.1)	<0.01
Current use of HT	194 (6.2)	827 (6.8)	0.19

Data are expressed as means (SD) or number (%).HT indicates hormone therapy; and LTD, long-term chronic disease.

*From conditional logistic regression.



Impact de la voie d'administration et des doses d'estrogènes





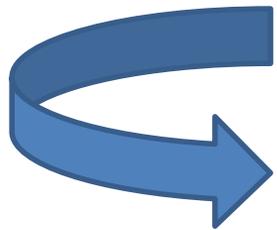
Impact de la molécule progestative associée

Type de progestatif	Cas / Témoins	HR (IC à 95%)
Non utilisatrices	2950 (93.8%) / 11 331 (93.2%)	1.00
Progesterone	60 (1,9%) / 380 (3,1%)	0,78 (0,49-1,26)
Pregane derivatives	58 (1,8%) / 197 (1,7%)	1,00 (0,60-1,66)
Norpregnane acétate de nomégestrol 85%	17 (0,5%) / 27 (0,2%)	2.25 (1.05 - 4.81) 2,85 (1,15-7,06)
Dérivés nortestostérone	17 (0,5%) / 46 (0,4%)	1,26 (0,62 – 2,58)



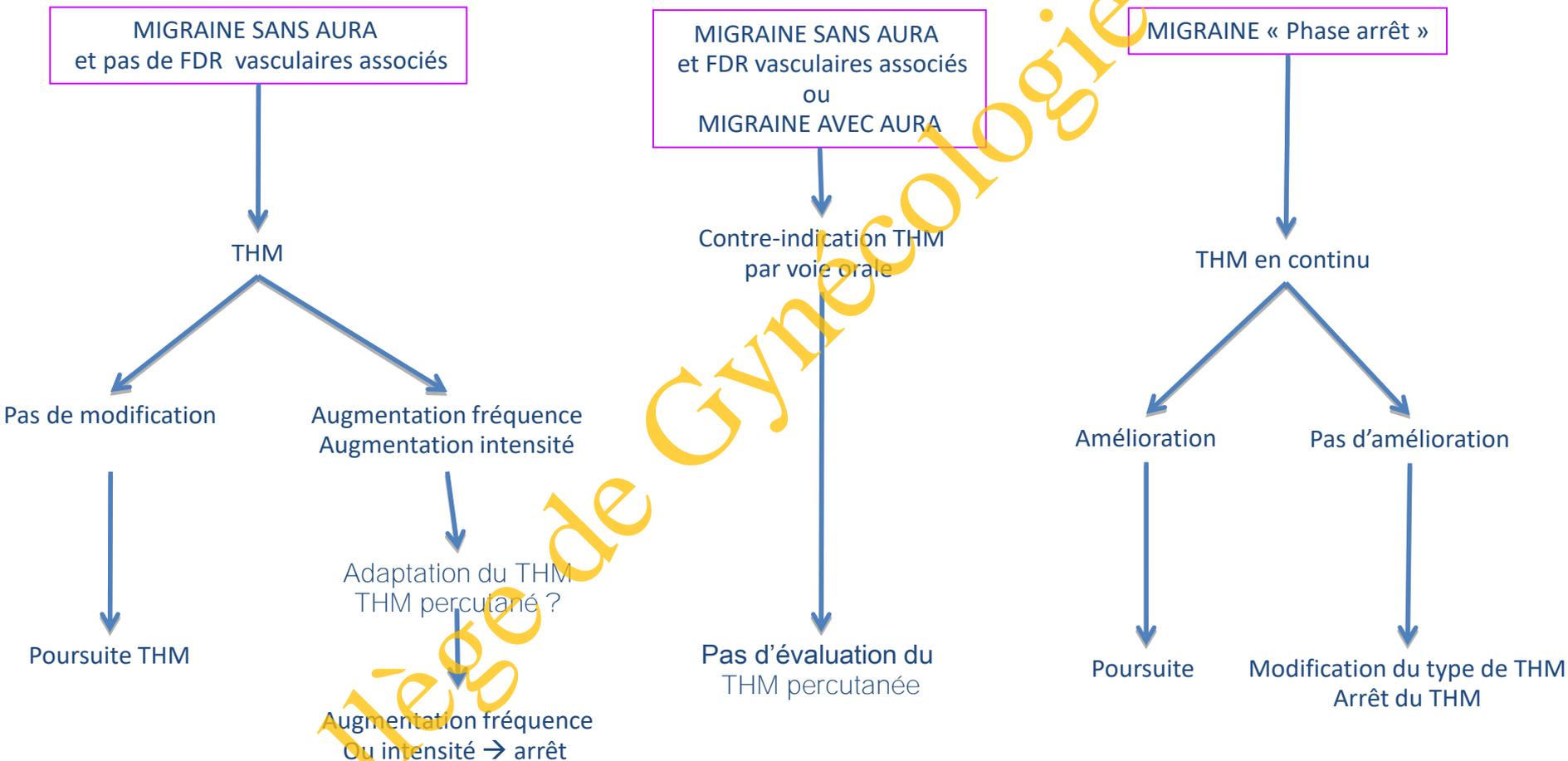
➤ Risque d'AVC ischémique

- Migraine et AVC : ↗ si migraine avec aura
- THM et AVC : ↗ voie orale → effet neutre voie transdermique ?
- Migraine –THM –AVC



- Pas d'études
- Evaluation globale du risque vasculaire

Collège de Gynécologie CVA



En cas de facteur de risque vasculaire, chaque cas doit être discuté



- **Incidence: 7,5 /100 000 femmes- an**
- **Sex ratio 2/1**
- **Installation post-pubertaire → pic 28-30 ans**
- **Chez l'homme :**
 - **Forme continue**
 - **Pronostic plus défavorable**

Collège de Gynécologie CVL

Contraception hormonale et risque de Sclérose en Plaques



Etudes, années

Oxford FPA, 1984

RCGP, 1998

NHS, 2000

GPRD, 2005

Risque Relatif (IC 95%)

0.7 (0.3-1.4)

1.2 (0.7-2.0)

1.0 (0.6-1.6)

0.5 (0.3-1.2)

Collège de Gynécologie CVA

Sclérose en Plaques –durée de la contraception





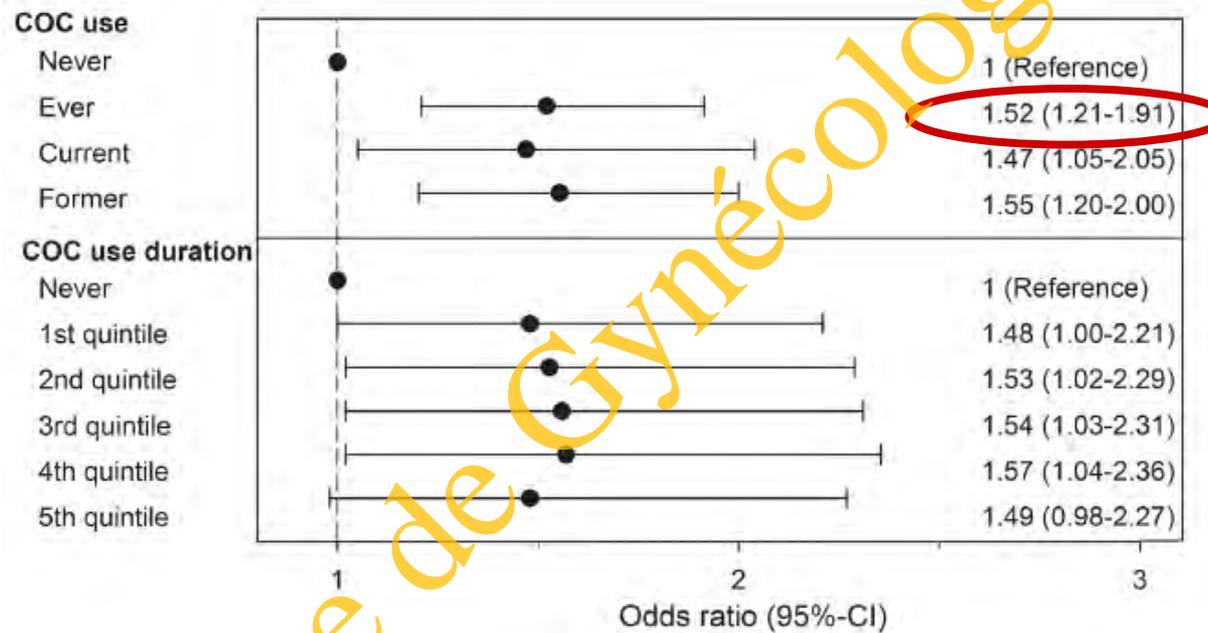
Etude prospective à faible effectif

Aggravation du score de sévérité des symptômes
De SEP au cours de la phase d'arrêt de la COC

Collège de Gynécologie CVL



Etude prospective cas-témoins 400cs vs 3904 contrôles

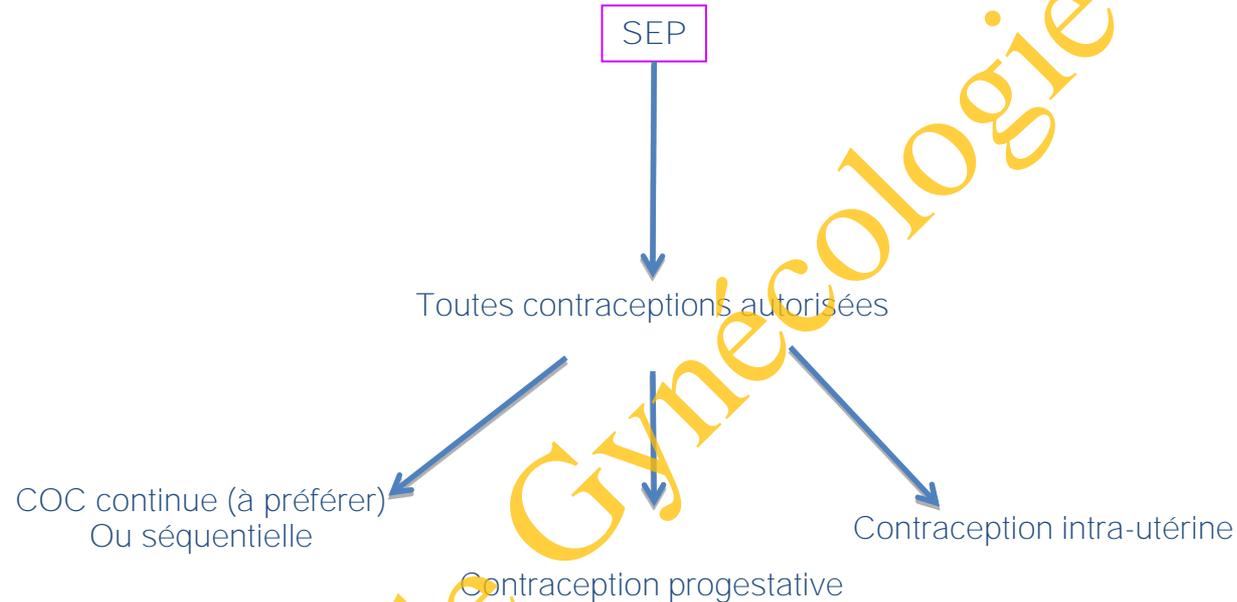


- Légère augmentation du risque de SEP lié à la COC
- Pas d'effet durée
- Nombreux facteurs confondants



- Rôle de E et P sur le SNC et le système immunitaire:
 - Effet trophique sur les neurones en favorisant la réparation des zones lésées?
 - Effet modulateur sur le système immunitaire (CD4 T helpers 1 / 2)

Collège de Gynécologie CMA



Décider au cas par cas et nécessité d'un suivi clinique régulier afin de procéder aux ajustements thérapeutiques nécessaires



- **Très peu de données**
- **Etude suédoise chez 146 patientes atteintes de SEP ayant étudié l'impact de la ménopause sur les symptômes:**
 - **Aggravation: 40%**
 - **Amélioration : 5%**
 - **Pas d'effet: 55%**



PAS d'influence du THM

Collège de Gynécologie CVA



Madame D., âgée de 18 ans, vous consulte car elle souffre de céphalées pulsatiles intenses, apparues vers l'âge de 14 ans, survenant systématiquement 2 jours avant ses règles et durant 72h. Elle n'a jamais eu de signes précédents ses céphalées et ne présente pas de crise à un autre moment de son cycle. Elle ne fume pas et n'a pas de facteur de risque cardio-vasculaire.

Elle est actuellement sous contraception oestro-progestative de 2ème génération 21 jours sur 28.

Quel est votre diagnostic concernant les céphalées ?

- A. Céphalées de tension
- B. Migraines cataméniales pures
- C. Migraines simples
- D. Migraines avec aura
- E. Migraines cataméniales non pures



Madame D., âgée de 18 ans, vous consulte car elle souffre de céphalées pulsatiles intenses, apparues vers l'âge de 14 ans, survenant systématiquement 2 jours avant ses règles et durant 72h. Elle n'a jamais eu de signes précédents ses céphalées et ne présente pas de crise à un autre moment de son cycle. Elle ne fume pas et n'a pas de facteur de risque cardio-vasculaire.

Elle est actuellement sous contraception oestro-progestative de 2ème génération 21 jours sur 28.

Quel est votre diagnostic concernant les céphalées ?

- A. Céphalées de tension
- B. Migraines cataméniales pures
- C. Migraines simples
- D. Migraines avec aura
- E. Migraines cataméniales non pures



Quelle(s) est (sont) la (les) alternative(s) contraceptive(s) dans ce contexte?

- A. Maintien de la contraception en cours et utilisation d'estradiol percutané pendant la fenêtre d'interruption
- B. Maintien de la contraception en cours mais administration en continu
- C. Contraception micro-progestative
- D. DIU au cuivre



Quelle(s) est (sont) la (les) alternative(s) contraceptive(s) dans ce contexte?

- A. **Maintien de la contraception en cours et utilisation d'estradiol percutané pendant la fenêtre d'interruption**
- B. **Maintien de la contraception en cours mais administration en continu**
- C. **Contraception micro-progestative**
- D. **DIU au cuivre**



Parmi les items suivants, le(s)quel(s) aurai (ent) été une contre indication à la contraception oestro-progestative ?

- A. Antécédent de migraine avec aura chez sa soeur
- B. Antécédent d'AVC ischémique à 40 ans chez sa mère
- C. Tabagisme actif
- D. Hypertension artérielle mal équilibrée sous traitement
- E. Hypertension artérielle bien équilibrée sous traitement

Collège de Gynécologie CVA



Parmi les items suivants, le(s)quel(s) aurai (ent) été une contre indication à la contraception oestro-progestative ?

- A. Antécédent de migraine avec aura chez sa soeur
- B. Antécédent d'AVC ischémique à 40 ans chez sa mère
- C. Tabagisme actif
- D. Hypertension artérielle mal équilibrée sous traitement
- E. Hypertension artérielle bien équilibrée sous traitement

Collège de Gynécologie CVA



Elle a poursuivi sa COP jusqu'à 28 ans puis a eu deux grossesses à 34 et 37 ans. Elle a désormais 38 ans et revient vous voir en post-partum pour sa contraception. Elle souffre toujours de migraines sans aura, à raison de deux crises/mois.

Quelle(s) contraception sont autorisée(s) ?

- A. Contraception oestro-progestative de 2^{ème} génération
- B. Contraception oestro- progestative de 3^{ème} génération
- C. Contraception oestro-progestative contenant de l'estradiol
- D. Contraception microprogestative à base de désogestrel
- E. Contraception macroprogestative contenant de l'acétate de chlormadinone



Elle a poursuivi sa COP jusqu'à 28 ans puis a eu deux grossesses à 34 et 37 ans. Elle a désormais 38 ans et revient vous voir en post-partum pour sa contraception. Elle souffre toujours de migraines sans aura, à raison de deux crises/mois.

Quelle(s) contraception sont autorisée(s) ?

- A. Contraception oestro-progestative de 2^{ème} génération
- B. Contraception oestro- progestative de 3^{ème} génération
- C. Contraception oestro-progestative contenant de l'estradiol
- D. Contraception microprogestative à base de désogestrel
- E. Contraception macroprogestative contenant de l'acétate de chlormadinone



Madame X., âgée de 45 ans, vous consulte car elle souffre de céphalées qu'elle pense être « reliées à ses hormones ». Elle voudrait donc modifier sa contraception et est très inquiète de cette recrudescence.

Elle est G2P2 (AVB à 28 et 32 ans), a utilisé une contraception estroprogestative pendant 10 ans avant sa 1ère grossesse. Elle utilisait sa contraception sans faire de phase d'arrêt car les céphalées survenaient pendant ses règles le plus souvent. Elle a un DIU au cuivre depuis sa 2ème grossesse régulièrement changé.

Depuis plusieurs mois, elle souffre de céphalées pulsatiles intenses (EVA 7/10) associées à des nausées et des photophobies. Ces crises durent environ 12 heures et surviennent 3 à 4 fois par mois. Elle n'a jamais eu de signes précédents ses céphalées. Elle pèse 80 kgs pour 165 cm



•**Quel est votre diagnostic concernant les céphalées ?**

- A. Céphalées de tension
- B. Migraines cataméniales
- C. Migraines simples
- D. Migraines avec aura

Collège de Gynécologie CVA



•Quel est votre diagnostic concernant les céphalées ?

- A. Céphalées de tension
- B. Migraines cataméniales
- C. **Migraines simples**
- D. Migraines avec aura

Collège de Gynécologie CVA



La patiente souhaite connaître l'évolution de l'incidence de ses migraines dans sa tranche d'âge et à la ménopause.

Que lui répondez-vous ?

- A. Augmentation en période de périménopause
- B. Diminution en période de périménopause
- C. Aucune modification en période de périménopause
- D. Aucune modification après la ménopause installée
- E. Augmentation après la ménopause installée

Collège de Gynécologie



La patiente souhaite connaître l'évolution de l'incidence de ses migraines dans sa tranche d'âge et à la ménopause.

Que lui répondez-vous ?

- A. Augmentation en période de périménopause
- B. Diminution en période de périménopause
- C. Aucune modification en période de périménopause
- D. Aucune modification après la ménopause installée
- E. Augmentation après la ménopause installée

Collège de Gynécologie



Cette patiente est perdue de vue. Elle revient vous voir à 55 ans vous car elle souffre de bouffées de chaleur invalidantes depuis plus d'un an. Ses dernières règles datent de 13 mois.

Quel traitement pouvez-vous prescrire à cette patiente pour traiter ses bouffées de chaleur?

- A. Estradiol par voie orale + progestérone
- B. Estradiol par voie transdermique + progestérone
- C. Progestérone seule car estradiol contre-indiqué quelle que soit la voie d'administration
- D. Aucun traitement hormonal



Cette patiente est perdue de vue. Elle revient vous voir à 55 ans vous car elle souffre de bouffées de chaleur invalidantes depuis plus d'un an. Ses dernières règles datent de 13 mois.

Quel traitement pouvez-vous prescrire à cette patiente pour traiter ses bouffées de chaleur?

- A. Estradiol par voie orale + progestérogène
- B. Estradiol par voie transdermique + progestérogène**
- C. Progestérogène seule car estradiol contre-indiqué quelle que soit la voie d'administration
- D. Aucun traitement hormonal



Vous revoyez votre patiente après plusieurs mois d'utilisation de son THM. Elle n'a plus de bouffées de chaleur. La fréquence des migraines a augmenté. Elle signale deux épisodes de troubles visuels avant l'apparition des céphalées. La prise de la pression artérielle en consultation est de 120/70.

Dans ce contexte, poursuivez-vous ce THM?

- A. Oui
- B. Non

Collège de Gynécologie



Vous revoyez votre patiente après plusieurs mois d'utilisation de son THM. Elle n'a plus de bouffées de chaleur. La fréquence des migraines a augmenté. Elle signale deux épisodes de troubles visuels avant l'apparition des céphalées. La prise de la pression artérielle en consultation est de 120/70.

Dans ce contexte, poursuivez-vous ce THM?

- A. Oui
- B. Non

Collège de Gynécologie



Parmi les contraceptions suivantes, lesquelles sont autorisées en cas de migraine avec aura?

- A. Contraception oestro-progestative de 3ème génération
- B. Contraception oestro-progestative contenant de l'estradiol
- C. Contraception microprogestative à base de désogestrel
- D. Contraception macroprogestative (acétate de chlormadinone)
- E. Contraception oestro-progestative de 2ème génération



Parmi les contraceptions suivantes, lesquelles sont autorisées en cas de migraine avec aura?

- A. Contraception oestro-progestative de 3ème génération
- B. Contraception oestro-progestative contenant de l'estradiol
- C. Contraception microprogestative à base de désogestrel
- D. Contraception macroprogestative (acétate de chlormadinone)
- E. Contraception oestro-progestative de 2ème génération



Parmi les contraceptions suivantes, lesquelles sont autorisées chez une femme âgée de 36 ans ayant des migraines sans aura sans aucun autre facteur de risque vasculaire?

- A. *Contraception oestro-progestative de 2ème génération*
- B. *Contraception microprogestative à base de désogestrel*
- C. *Contraception macroprogestative (acétate de chlormadinone)*
- D. *Contraception oestro-progestative de 3^{ème} génération*
- E. *Contraception oestro-progestative contenant de l'estradiol*



Parmi les contraceptions suivantes, lesquelles sont autorisées chez une femme âgée de 36 ans ayant des migraines sans aura sans aucun autre facteur de risque vasculaire?

- A. *Contraception oestro-progestative de 2ème génération*
- B. *Contraception microprogestative à base de désogestrel*
- C. *Contraception macroprogestative (acétate de chlormadinone)*
- D. *Contraception oestro-progestative de 3^{ème} génération*
- E. *Contraception oestro-progestative contenant de l'estradiol*



Parmi les propositions suivantes chez la femme ménopausée migraineuse, lesquelles sont vraies ?

- A. La prévalence des migraines sans aura diminuerait après la ménopause
- B. La prévalence des migraines avec aura diminuerait après la ménopause
- C. L'utilisation d'un THM est associée à une augmentation significative du risque de migraine
- D. L'administration d'estradiol par voie percutanée n'a pas d'influence sur la fréquence et la durée des migraines
- E. L'administration d'estradiol par voie orale n'a pas d'influence sur la fréquence et la durée des migraines

Collège de Gynécologie



Parmi les propositions suivantes chez la femme ménopausée migraineuse, lesquelles sont vraies ?

- A. La prévalence des migraines sans aura diminuerait après la ménopause
- B. La prévalence des migraines avec aura diminuerait après la ménopause
- C. L'utilisation d'un THM est associée à une augmentation significative du risque de migraine
- D. L'administration d'estradiol par voie percutanée n'a pas d'influence sur la fréquence et la durée des migraines
- E. L'administration d'estradiol par voie orale n'a pas d'influence sur la fréquence et la durée des migraines

Collège de Gynécologie