

# Céphalées Migraine chez la femme : actualités

**Dr Anne DONNET**

Assistance Publique-Hôpitaux Marseille  
Hôpital de la Timone- MARSEILLE



Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille

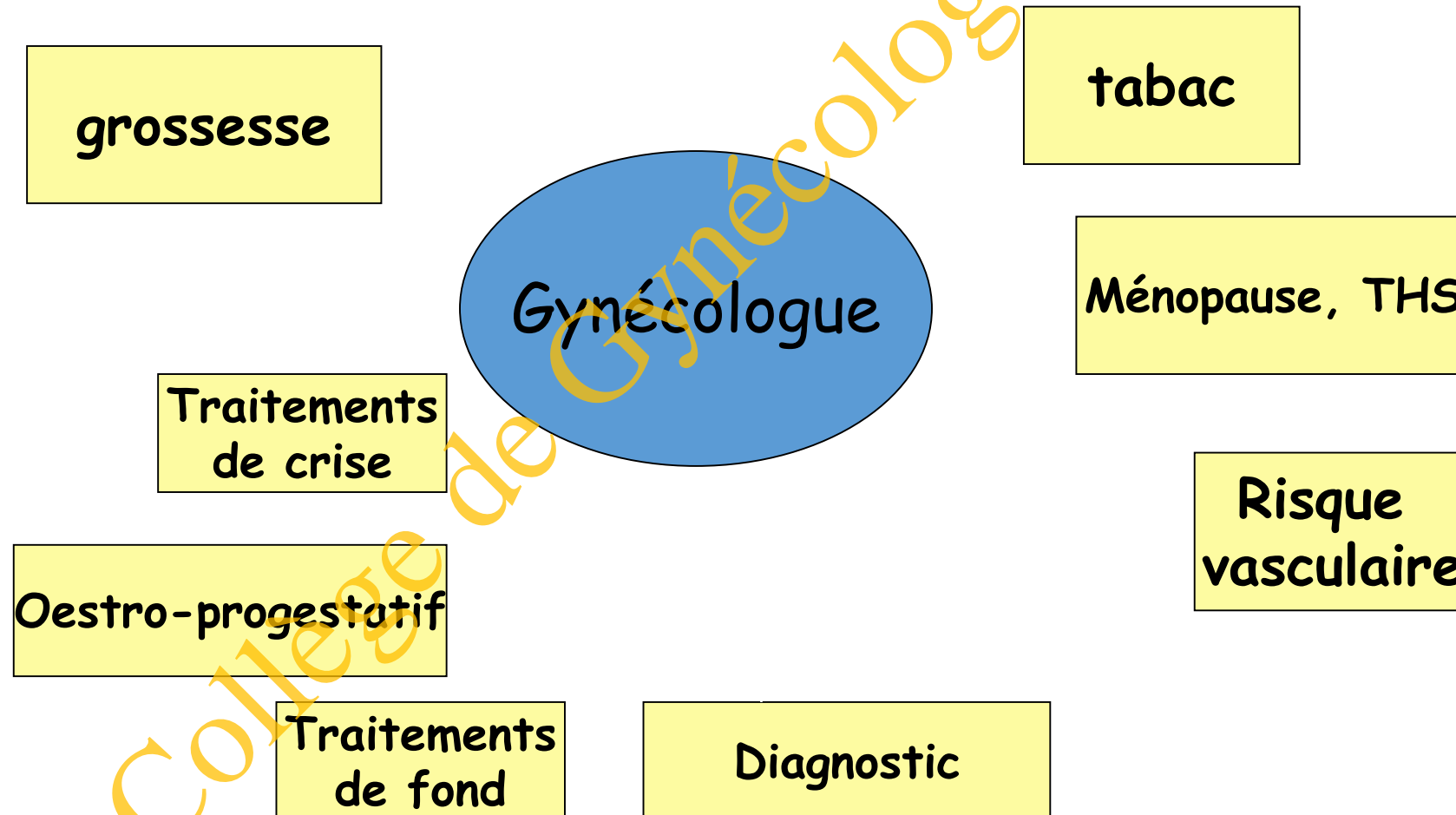


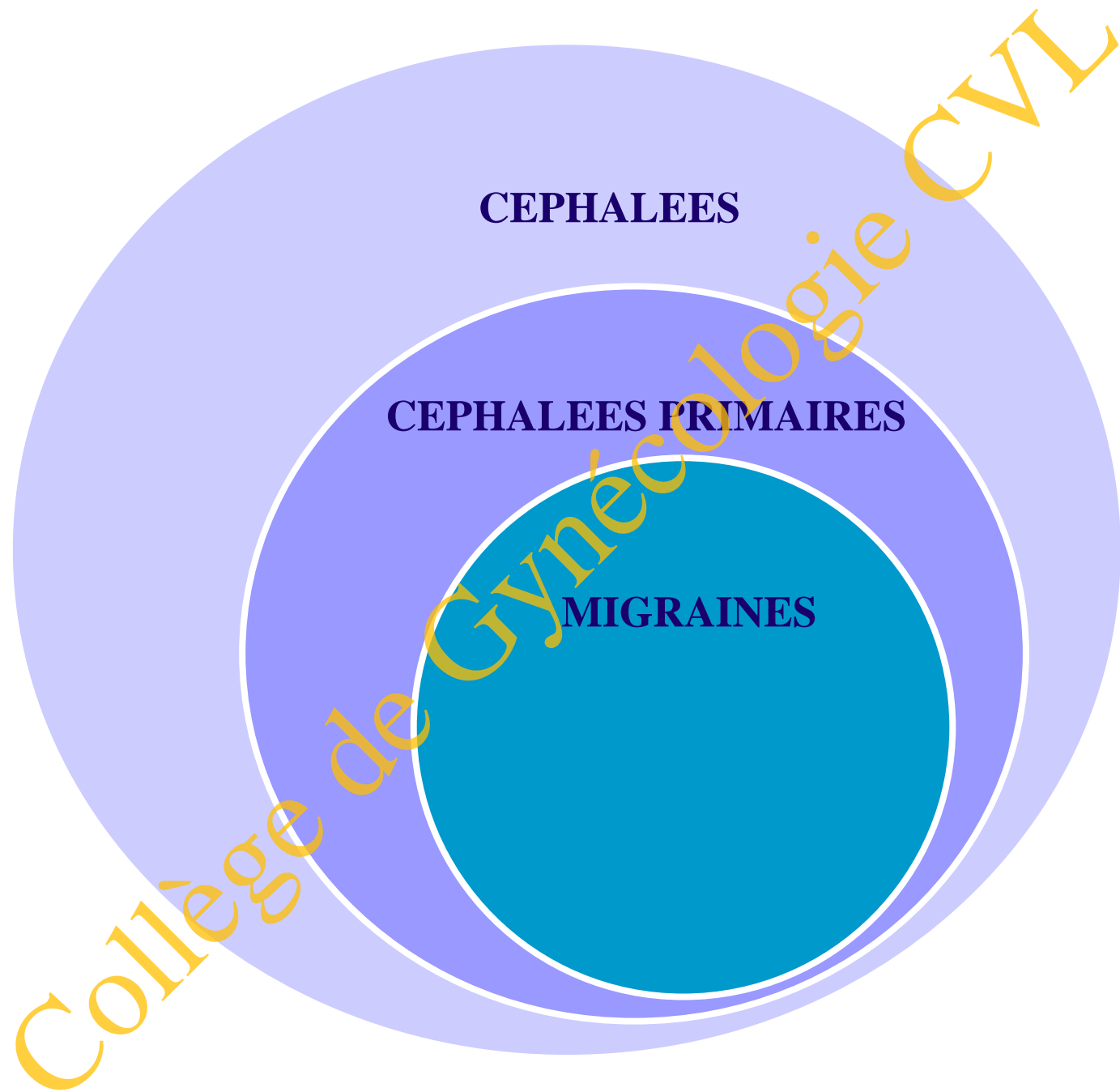
## Liens d'intérêt

Allergan, Ammirall SAS, Amgen, Astellas, Eli Lilly & Compagny, Menarini, MSD, Novartis, Pfizer Inc, Saint-Jude, Zambon

Collège de Gynécologie CVL

# Les questions...





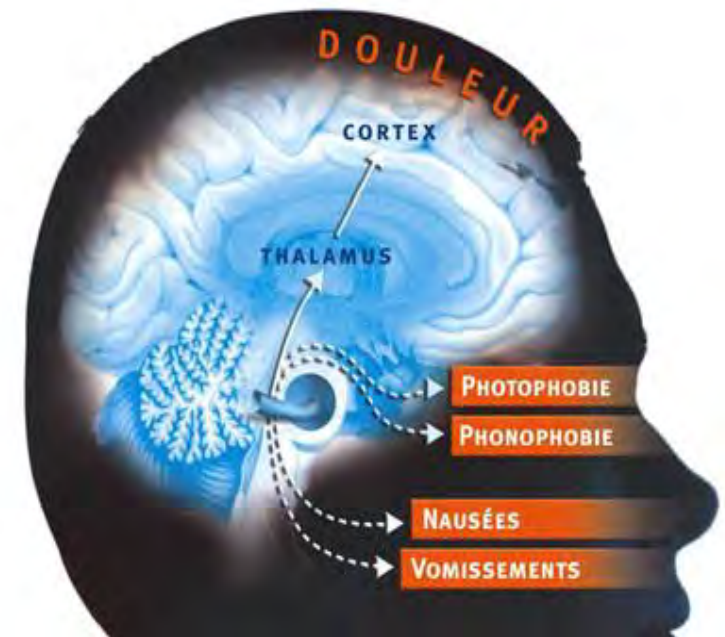
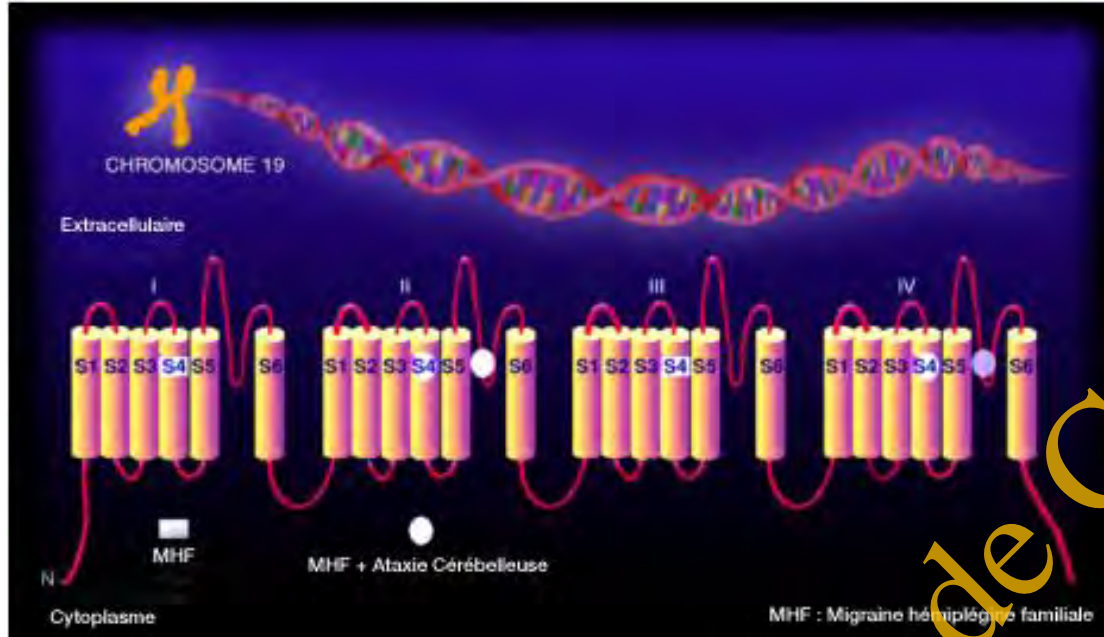
**CEPHALEES**

**CEPHALEES PRIMAIRES**

**MIGRAINES**

Collège de Gynécologie CVL

La migraine, une maladie génétique, neurologique, complexe/un diagnostic clinique



Collège de Gynécologie CVL

# La migraine sans aura

A. Au moins 5 crises répondant aux critères B-D

B. Crises de céphalée durant de 4 à 72 heures (sans traitement)

C. Céphalée ayant au moins 2 des caractères suivants :

Unilatérale

Pulsatile

Intensité modérée ou sévère

Aggravation par l'activité physique de routine, telle que la marche ou la montée d'escaliers

Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :

Nausées ou vomissements

Phonophobie et photophobie

Examen clinique normal entre les crises

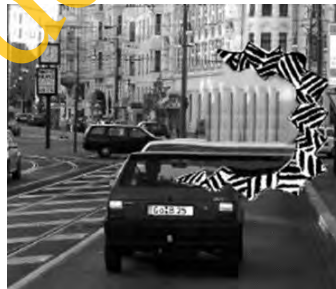
## Définition de l'aura typique

L'aura migraineuse correspond à des symptômes neurologiques **transitoires**, se développant **progressivement avant** la céphalée, plus rarement pendant voire après celle-ci



Aura typique : signes d'atteinte hémisphérique sans déficit moteur

- Manifestations neurologiques visuelles > sensitives > aphasiques
- Avec céphalée migraineuse, avec céphalée non migraineuse, sans céphalée



Tous les événements de la vie hormonale féminine peuvent influencer le cours de la maladie migraineuse

**1 - Puberté**

**2 - Règles**

**3 – Ovulation**

**4 - Contraception orale**

**5 - Grossesse et post-partum**

**6 – Ménopause**

Collège de Gynécologie CVL



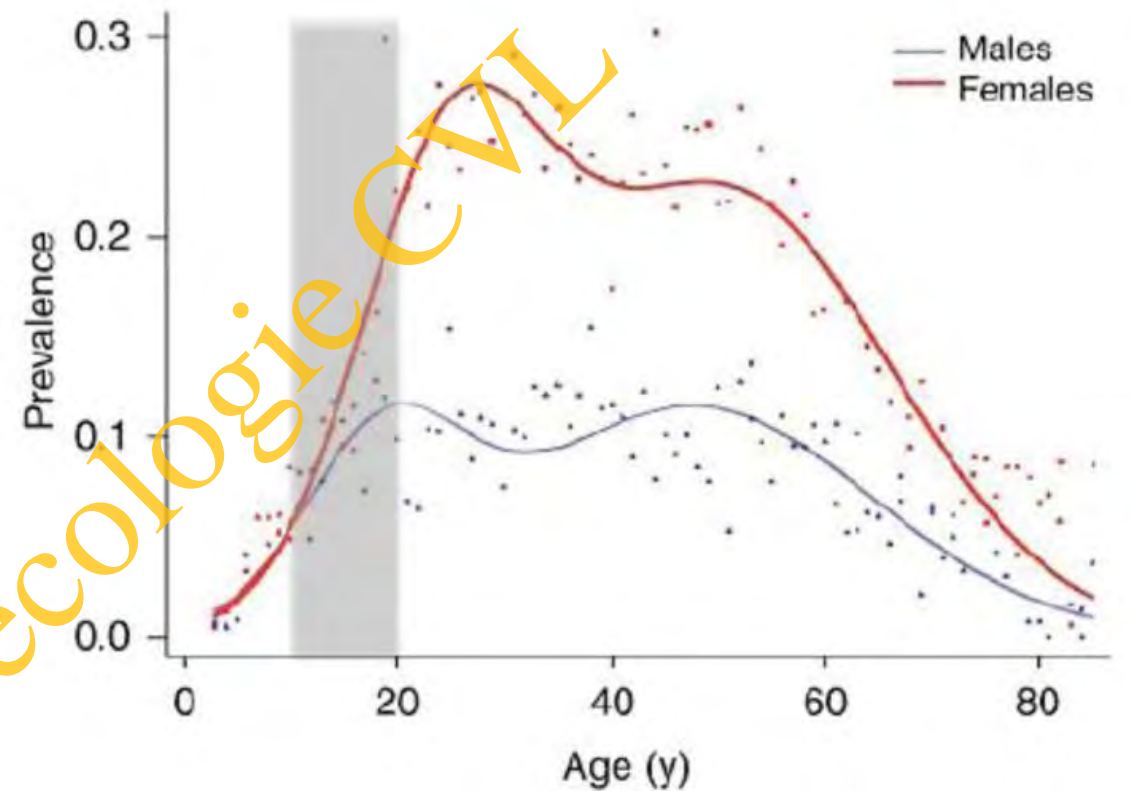
# Recommandations de bonne pratique

Des recommandations de société savante (SFEMC) en 2013 incluant pour la première fois la vie hormonale chez le femme...

mais déjà en partie dépassées

## 1/ PUBERTE ET MIGRAINE

- Sex-ratio femmes/hommes enfance
- Début à la puberté: 10%-20% des migraineuses
- Différences / type de migraine



**2/MIGRAINE et VIE HORMONALE  
DE LA FEMME: migraine  
cataméniale**

Collège de Gynécologie CVL

## Migraine menstruelle ou cataméniale

- **Pure ou associée à d'autres crises au cours du cycle**
- **Prévalence**
  - Migraine menstruelle associée à d'autres crises: environ 50 %
  - Migraine menstruelle pure : 7%
- **Lien entre migraine et règles : essentiellement crises sans aura**

# La migraine menstruelle ( ou cataméniale)

## • Clinique

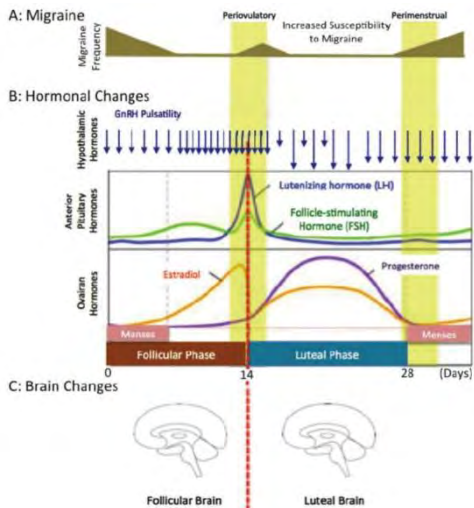
- Crises sans aura
- Crises menstruelles plus sévères, plus longues, plus résistantes aux traitements dans la plupart des études

## • Mécanismes

- Chute brutale des œstrogènes, soit lors d'un cycle naturel, soit durant les jours d'arrêt de la pilule

## • La migraine menstruelle n'est pas due à une anomalie hormonale

- La chute des œstrogènes en fin de cycle naturel ou à l'arrêt de pilule est normale
- Mais cette chute peut déclencher une crise chez une patiente qui EST migraineuse



# Migraine cataméniale: critères IHS

## Migraine sans aura menstruelle pure

### Critères diagnostiques :

Crises survenant chez une femme réglée<sup>1</sup>, répondant aux critères de *1.1 migraine sans aura* et au critère B ci-dessous

Preuve prospective et documentée sur au moins 3 cycles consécutifs que les crises surviennent exclusivement à  $J1 \pm 2$  (i.e. de  $J-2$  à  $J+3$ )<sup>2</sup> des règles<sup>1</sup> sur au moins 2 cycles sur 3 et à **aucun autre moment du cycle**.

### Notes :

Pour la classification ICHD-3 beta, les règles sont considérées comme un saignement d'origine endométriale résultant soit d'un cycle menstruel normal soit d'un arrêt de progestatifs exogènes, dans le cadre de l'usage d'une contraception orale oestroprogestative ou d'un traitement hormonal substitutif.

Le premier jour des règles est J1 et la veille est J-1 ; il n'y a pas de J0

# Migraine cataméniale: critères IHS

## Migraine sans aura menstruelle

the City of London  
**Migraine Clinic**  
A specialist clinic for Headache & Migraine

YEAR: \_\_\_\_\_ NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Symptomatic drugs: \_\_\_\_\_  
Daily prophylactic drugs: \_\_\_\_\_  
Hormones: \_\_\_\_\_  
Other regular medication: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
J								X							/	0	⊗	⊗	0	0			X											
F		X							X				⊗	⊗	⊗	0	0																	
M													0	⊗	⊗	⊗	0																	
A								/	⊗	⊗	⊗	0	0	0	0					X						X								
M							X	⊗	⊗	⊗	0	0	0																					
J		/	/			0	⊗	⊗	⊗													X												
J					0	0	0	0	⊗	⊗	X							X																
V	0	⊗	⊗	0	0							X								X														
S			X						/								X													0	⊗	⊗		
P	0																							/	X	0	⊗	0	0	0				
N									/	X	X								X					X	X	⊗	0	0	0					
D																		X	/			0	⊗	⊗	0	0								

0 = period   ⊗ = spotting   X = migraine   / = headache

### Critères diagnostiques :

Crises survenant chez une femme réglée<sup>1</sup>, répondant aux critères de *1.1 migraine sans aura*, et le critère B ci-dessous

Preuve prospective et documentée sur au moins 3 cycles consécutifs que les crises surviennent à  $J1 \pm 2$  (i.e. de  $J-2$  à  $J+3$ )<sup>2</sup> des règles<sup>1</sup> sur au moins 2 cycles sur 3, **et également à d'autres moments du cycle.**

# Migraine cataméniale : trt crise

- Les crises migraineuses menstruelles doivent être traitées comme les crises survenant en dehors de la période menstruelle



# Raisons données par le patient pour retarder la prise de traitement

**Attendre pour voir si c'est une migraine**

Ne prendre le traitement que si c'est une migraine sévère

Crainte des effets secondaires

Crainte d'épuisement d'effet si pris trop souvent

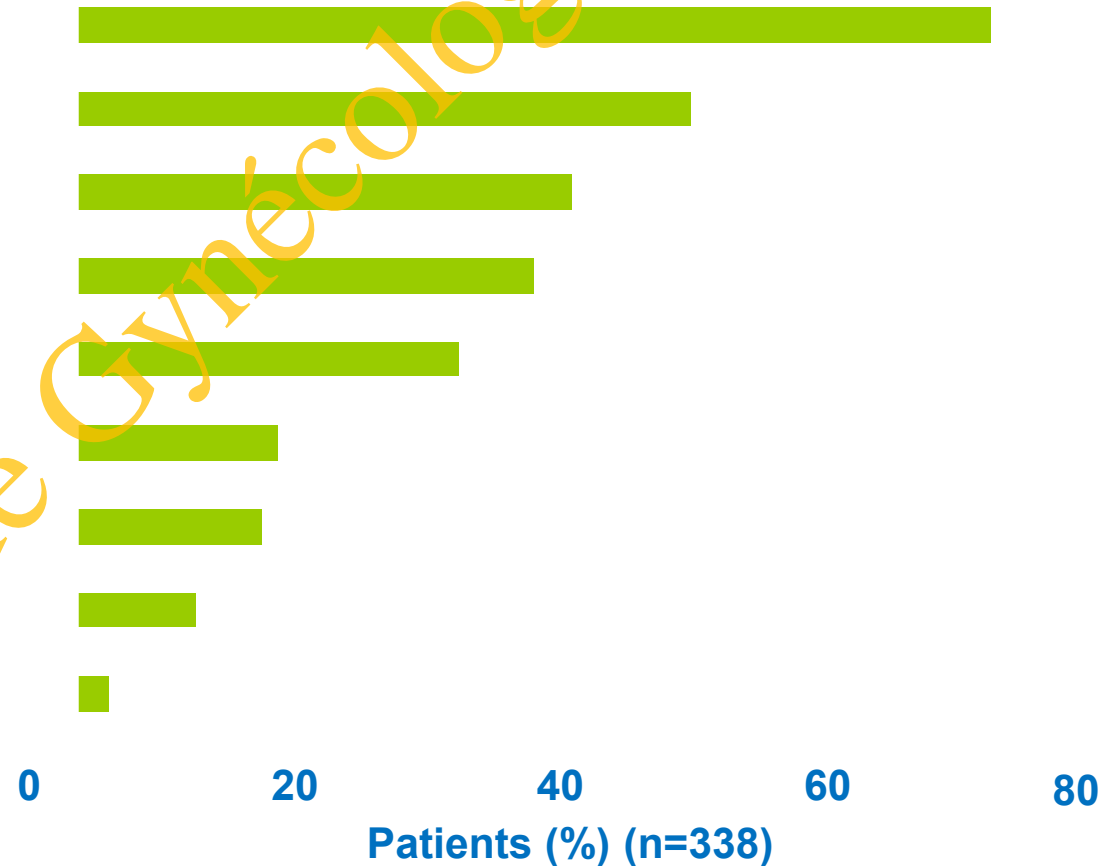
Peur de devenir dépendant du traitement

Quantité limitée imposée par les assurances

Autre raison non spécifiée

Problème de coût

Instruction de ne pas prendre le traitement immédiatement



## Les migraineux sont-ils capables d'identifier leur céphalée comme migraineuse dès le début de la crise?

- 182 migraineux recrutés dans 14 headache clinics aux USA
- Migraines épisodiques: 2 à 8 crises/mois, <15 j. de céphalées/mois  
58% des patients ont aussi des CTE
- 1197 épisodes de céphalées enregistrés sur agenda électronique dans une période de 30 jours
- 970 crises de migraine, 227 épisodes de céphalées de tension
- Au début de la céphalée:
  - 888 migraines identifiées: 8 faux positifs = **1%**
  - 309 CTE identifiées: 90 faux négatifs = 30%
- Identification migraine au début: sensibilité  $880/970 = 91\%$   
spécificité  $219/227 = 97\%$

## « Act when Mild »

Donné dans l'heure de début de la crise et alors que l'intensité de la douleur est encore légère, l'almotriptan:

- **augmente le % de patients complètement soulagés 2 heures après la prise**
- **diminue le taux de récurrence de la céphalée**
- **augmente le % de patients complètement soulagés pendant les 24 premières heures**
- **diminue significativement la durée de la crise**

Ceci en comparaison à des sujets traités au stade de céphalée modérée à sévère, au-delà de la 1<sup>er</sup> heure

# Traitement précoce

## « Early intervention »

- **Avantages**

- efficacité plus rapide (2h)
- efficacité plus prolongée (24h)
- moins de récurrence
- meilleure tolérance?

- **Inconvénients**

- risque de traiter une céphalée non migraineuse (1% de risque)
- risque d'abus médicamenteux (céphalée avec abus médicamenteux)

=> agenda de la crise et éducation

=> nécessité en fonction de l'agenda de mettre en route un traitement préventif

## Traitement par association triptan + AINS

Synergique pour l'efficacité et moins de récurrence

- Crise nocturne souvent très sévère, réveillant le patient
- **Crise avec récurrence simple ou multiple (migraine cataméniale)**
- Crise sévère partiellement soulagée par une monothérapie

# Migraine cataméniale: traitement préventif séquentiel

- Chez les patientes souffrant de migraine cataméniale et si le traitement de la crise n'est pas efficace il peut être envisagé un traitement préventif séquentiel c'est-à-dire limité à la période menstruelle
- Plusieurs options peuvent être envisagées sachant qu'aucune ne bénéficie d'une AMM spécifique dans cette indication:
  - **estradiol cutané** à la posologie de 1,5 mg par jour pendant 7 jours en débutant le 2<sup>e</sup> jour précédant la période menstruelle ou l'hémorragie de privation
  - certains **triptans** ont montré leur efficacité dans une telle utilisation préventive séquentielle
    - **frovatriptan** à la posologie quotidienne de 2,5 mg deux fois par jour
    - **naratriptan** à la posologie de 1 mg deux fois par jour
    - **zolmitriptan** à la posologie de 2,5 mg deux fois par jour
- Chez les patientes ayant une contraception orale, la prévention des crises menstruelles peut être réalisée par l'utilisation d'un estro-progestatif en continu ou par celle d'un **progestatif pur**

### 3/ OVULATION ET MIGRAINE

**Lien signalé par certaines migraineuses**

**mais non confirmé par les études épidémiologiques**

Collège de Gynécologie CVL

**4/MIGRAINE et VIE HORMONALE  
DE LA FEMME:  
migraine et contraception orale**

Collège de Gynécologie CVL



# Influence de la pilule sur la migraine

Dépend :

– De la pilule

- **Oestro-progestative :**

  - peut augmenter la fréquence ou la sévérité des crises

- **Progestative pure :** pas d'influence

– Des patientes

- Certaines patientes : **améliorées**

- D'autres : **aggravées**

- D'autres : **aucune influence**

– Peut provoquer des migraines menstruelles

- Influence favorable du desogestrel 75 µg (Merki-Feld et al.2013a,b; Morotti et al.2014)
- Amélioration dans les 2 groupes ( patientes sans traitement hormonal/ relai POP =>pilule progestative) (Merki-Feld et al.2017)

# MIGRAINE et VIE HORMONALE DE LA FEMME: migraine et contraception orale



- Les patientes jeunes (< 35 ans) souffrant de **migraine avec aura** présente une augmentation du risque neuro-vasculaire
- Chez les migraineuses jeunes souffrant de migraine avec aura, particulièrement lorsqu'il existe un tabagisme, la contraception orale estro-progestative est contre-indiquée et une contraception orale purement progestative ou un autre moyen contraceptif doit être privilégié

Tabac + pilule+ migraine avec aura → **Risque d'AVC**

- Pilule oestro-progestative
  - risque relatif **x 2**
- Tabac seul
  - risque relatif **x 2**
- Tabac + contraception orale OP
  - risque relatif **x 6**
- Tabac + ( $\geq 20$  cig/j) + contraception orale OP + migraine
  - risque relatif **x 34**

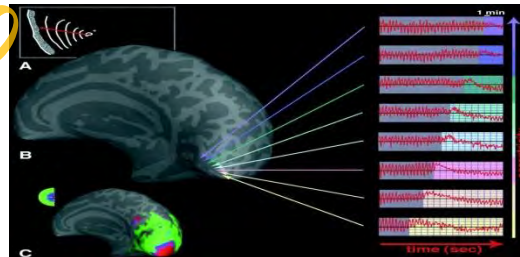
## Physiopathologie de l'aura migraineuse: la dépression corticale envahissante

- Vague de dépolarisation neuronale et gliale se propageant lentement sur le cortex cérébral, sur le cervelet, les noyaux de la base, le thalamus et l'hippocampe
- Récemment démontrée chez l'Homme dans l'hémorragie méningée, l'infarctus cérébral, le traumatisme crânien
- Son rôle dans l'aura migraineuse :
  - suggéré sur des arguments cliniques (Lashley 1941)



Fig. 1 Successive maps of a scintillation-scotoma to show characteristic distribution of the fortification figures. In each case the asterisk indicates the fixation point. Knowledge of the retinotopic organization of the visual cortex allowed Lashley (1941) to calculate the speed of propagation of the excitation-depression wave as  $\sim 3$  mm/min. Reproduced with permission from K. M. Lashley (published in *Archives of Neurology and Psychiatry* ; 46: 331-9; © American Medical Association 1941).

- visualisée en IRMf pendant une aura visuelle (Hadjikhani et al 2001)



A

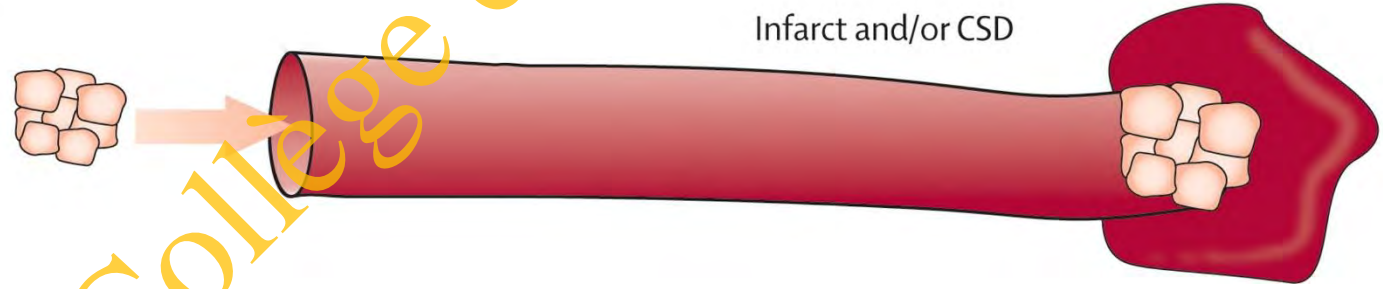
Microemboli



B



C



College de Gynecologie CVL

# Migraine et accident ischémique cérébral

- Migraine et AVC = mécanismes pathogéniques communs
- **La migraine sans aura n'est pas un facteur de risque d'AVC**
- La migraine avec aura double le risque d'AVC ischémique
- L'identification des gènes de susceptibilité respectifs de ces deux affections est un pré requis nécessaire à une meilleure compréhension de la relation complexe qui existe entre elles
- La migraine en tant que céphalée primaire, même avec aura, quoique douloureuse et souvent handicapante, reste une **affection bénigne** chez la plupart des patientes

## Pilule chez la migraineuse

- Pas de contre-indication en général
- Prudence
  - Migraine avec aura fréquente
  - Si facteurs de risque vasculaire
    - Obésité
    - Tabac
    - Hypertension artérielle
    - cholestérol





## Arrêter la pilule si :

- Maux de tête **inhabituels**
- Migraines habituelles mais **plus fréquentes et plus sévères**
- Apparition de crises **avec aura**
- **Auras plus fréquentes**
- **Auras inhabituelles**

**5/MIGRAINE et VIE HORMONALE  
DE LA FEMME: migraine et  
grossesse**

Collège de Gynécologie CVL

# Migraine et grossesse



# Effet de la grossesse sur la Migraine

- **Migraine sans aura**

- Migraine amelioration ou disparition chez 2/3 des femmes
- Amélioration plus fréquente si crise cataméniale

- **Migraine avec aura**

- Persistance des crises au cours de la grossesse
- Début possible pendant la grossesse chez des patientes
  - Sans ATCD de migraine
  - Avec ATCD de migraine sans aura

# MIGRAINE et grossesse

## Prise en charge de la migraine chez une migraineuse désirant une grossesse

- la rassurer:
  - quant au fait qu'en l'état des connaissances la migraine n'est pas associée à une mauvaise évolution de la grossesse
  - en lui indiquant que pour une large majorité de migraineuses la grossesse est associée à une rémission partielle voire complète des crises
- ne pas débiter de traitement prophylactique
- lui proposer un traitement de crise selon les recommandations en privilégiant le paracétamol, mais en ne limitant pas l'utilisation de l'aspirine, des AINS et des triptans

Dans le cas où un médicament est prescrit, déclarer à la pharmacovigilance (service de pharmacologie du CHU, pharmacovigilance du laboratoire fabriquant le médicament concerné)

**Centre de Référence sur les Agents Tératogènes -**  
**<http://www.lecrat.org>**

Collège de Gynécologie CVL

# Triptans et grossesse: des données aujourd'hui rassurantes

- Registres grossesse: Sumatriptan et Naratriptan
- **Pas de tératogénicité** pour le sumatriptan
- **Ni de malformations majeures**
- Inclusions insuffisantes pour conclure pour le naratriptan

# Triptans et grossesse: des données aujourd'hui rassurantes

- L'utilisation du **sumatriptan** au cours de la grossesse n'augmente pas le taux
  - de la prématurité
  - des malformations congénitales majeures

[Pregnancy outcome following prenatal exposure to triptan medications: a meta-analysis.](#)

Marchenko A, Etwel F, Olutunfese O, Nickel C, Koren G, Nulman I. *Headache*. 2015 Apr;55(4):490-501



# Triptan et grossesse en pratique

- L'utilisation du **sumatriptan** est possible quelque soit le terme de la grossesse
- En cas d'inefficacité du sumatriptan, le **rizatriptan** et le **zolmitriptan** peuvent être autorisés quelque soit le terme de la grossesse

TRT de crise	1° trimestre	2 trimestre	3° trimestre
Paracetamol	●	●	●
Codéine	●	●	●
Aspirine	●	● ● ● 5° mois	●
Ibuprofène	●	● ● ● 5° mois	●
AINS	●	● ● ● 5° mois	●
Dihydroergotamine/ergotamine	●	●	●
Sumatriptan	●	●	●

Collège de Gynécologie CML

# Triptan et allaitement en pratique

## Sumatriptan

- Peu de données publiées sur sumatriptan et allaitement
- La quantité de sumatriptan ingérée est faible: l'enfant reçoit environ 3% de la dose maternelle (en mg/kg)
- L'absorption digestive du sumatriptan est faible
- **L'utilisation du sumatriptan est possible au cours de l'allaitement**

## Eletriptan

- Eletriptan l'enfant reçoit environ 0,1% de la dose maternelle (en mg/kg)
- **Életriptan possible au cours de l'allaitement**

## Zolmitriptan

- Pas de données sur zolmitriptan et allaitement (**préférer le sumatriptan ou l'eletriptan**)
- Si impossibilité, suspendre l'allaitement pendant **6 h** en cas de prise ponctuelle de zolmitriptan

# Triptan et allaitement en pratique

## Rizatriptan

- Pas de données sur rizatriptan et allaitement (**préférer le sumatriptan ou l'életriptan**)
- Si impossibilité, suspendre l'allaitement pendant **6 h** en cas de prise ponctuelle de rizatriptan

## Naratriptan

- Pas de données sur naratriptan et allaitement (**préférer le sumatriptan ou l'életriptan**)
- Si impossibilité, suspendre l'allaitement pendant **12 h** en cas de prise ponctuelle de naratriptan

## Frovatriptan

- Pas de données sur frovatriptan et allaitement (**préférer le sumatriptan ou l'életriptan**)

## Almotriptan

- Pas de données sur almotriptan et allaitement (**préférer le sumatriptan ou l'életriptan**)
- Si impossibilité, suspendre l'allaitement pendant **8 h** en cas de prise ponctuelle d'almotriptan

# Traitement des nausées au cours de la grossesse et allaitement: en pratique

- **Grossesse**

**Doxylamine** (AMM dans cette indication au Canada et aux USA)

**Metoclopramide**

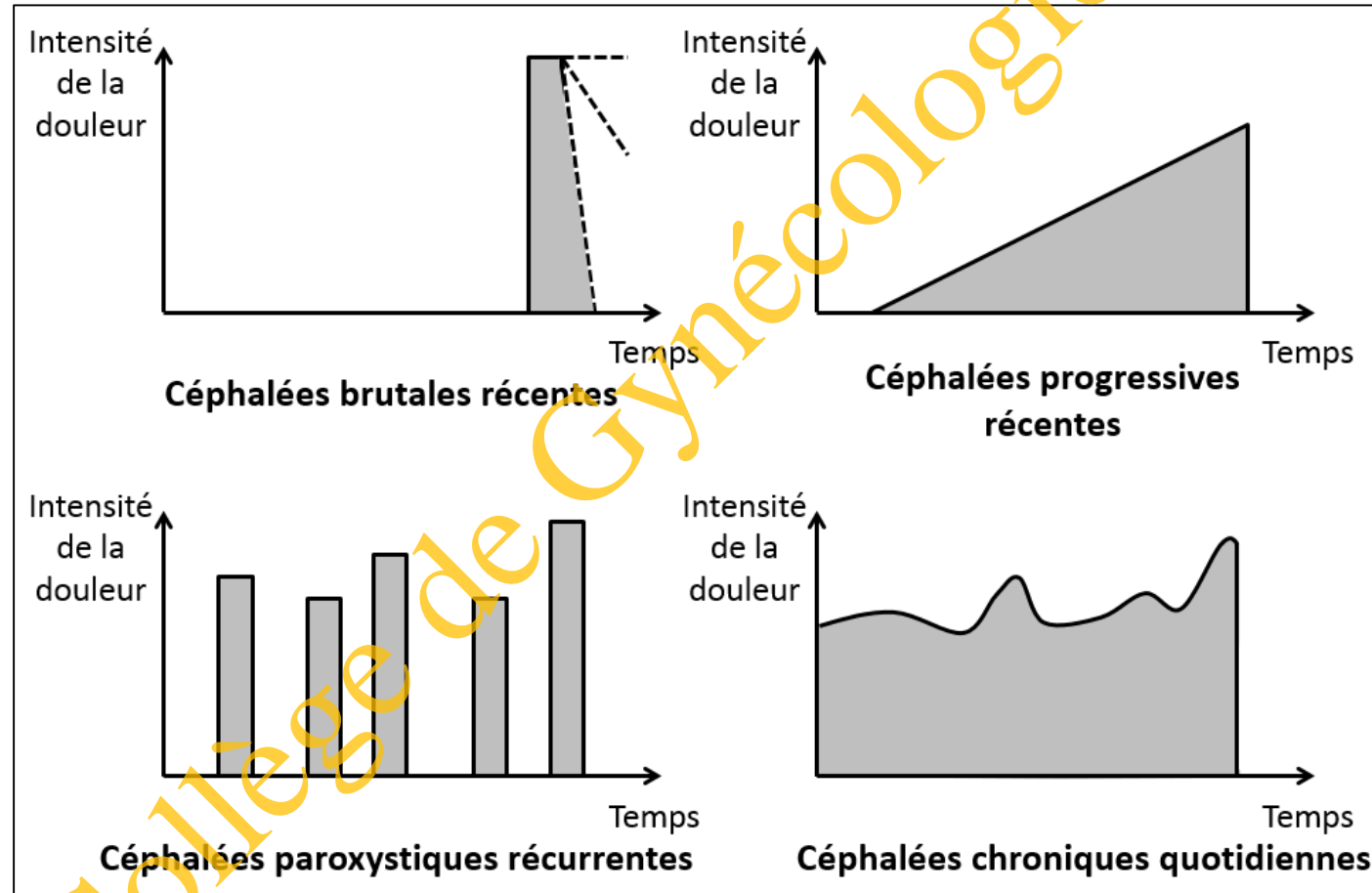
Si échec ou intolérance **ondansétron**

- **Allaitement**

**Domperidone** ou **metoclopramide** car passage dans le lait maternel faible

Collège de Gynécologie

# Céphalée du post partum: attention aux céphalées secondaires



# La check list

- 1- Quand a débuté la douleur ? (**caractère récent**)
- 2- En combien de temps la douleur a-t-elle été maximale ? (**caractère brutal**)
- 3- Avez-vous déjà présenté le même type de douleur ? (**caractère inhabituel**)
- 4- Que faisiez-vous quand la douleur a débuté (effort, ...) ?
- 5- **Existe-t-il des symptômes associés** : fièvre, photo ou phonophobie, vomissements, cervicalgie, déficit neurologique focal, ralentissement psycho-moteur, douleurs des ceintures ?
- 6- **Existe-t-il un contexte particulier** : prise d'un nouveau médicament, prise de toxiques, exposition au monoxyde de carbone; traumatisme ; grossesse ou post-partum, cancer, maladies systémiques (dont VIH) ; un geste avec effraction durale ou risque d'effraction a-t-il été réalisé dans le mois précédent (ponction lombaire, péri-durale, infiltration de nerfs rachidiens) .... ?
- 7- **Existe-t-il un caractère positionnel** (céphalées soulagées ou aggravées en décubitus)?

# L'examen clinique

- 1- Un trouble de la vigilance
- 2- De la fièvre
- 3- Une hypertension artérielle
- 4- Un syndrome méningé
- 5- Un déficit neurologique focal (déficit moteur ou sensitif, diplopie, anomalie pupillaire, syndrome cérébelleux)
- 6- Une pathologie de l'œil, des sinus, de l'oreille ou de la cavité buccale pouvant expliquer les céphalées.



## Céphalées et post-partum

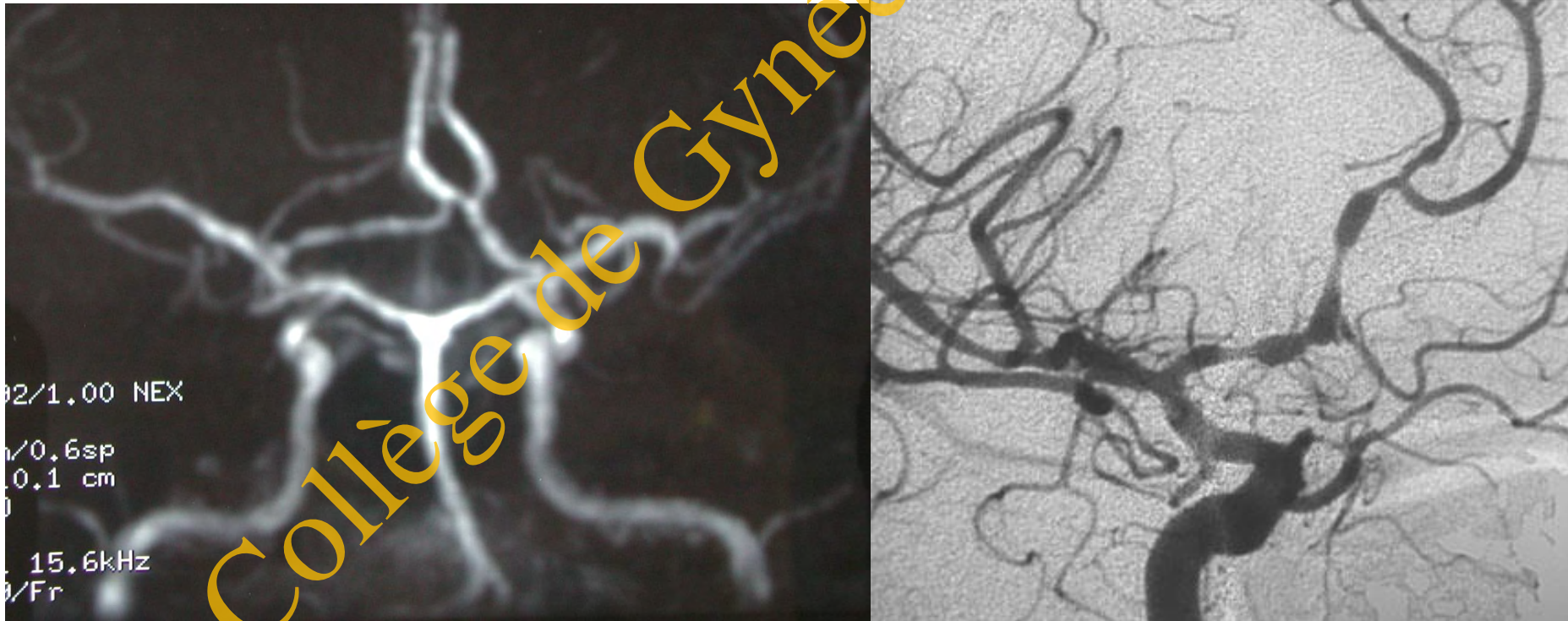
- avec un syndrome méningé ou un déficit focal : rechercher un **AVC**
- céphalée en coup de tonnerre : rechercher une **thrombose veineuse cérébrale** ou un **syndrome de vasoconstriction réversible** (bromocriptine)
- avec une TA > 149/90 ± crise d'épilepsie : rechercher une **éclampsie** ou une **pré éclampsie**
- céphalée orthostatique: rechercher une **hypotension IC** (si péridurale)
- une céphalée de tension avec imagerie normale, rechercher une **dépression du post-partum**
- une céphalée migraineuse, évoquer la migraine probable en attendant les crises suivantes

# Syndrome de vasoconstriction réversible

- **début brutal**
- **typiquement avec des céphalées en coup de tonnerre récurrentes, souvent déclenchées par l'activité sexuelle ou les manœuvres de Valsalva**
- peut se compliquer ou être associé à une hémorragie, une ischémie ou une dissection d'artère cérébrale
- **Le diagnostic nécessite la démonstration des anomalies artérielles typiques en imagerie par angioscanner ou angio IRM.** La première imagerie peut-être normale lorsqu'elle est faite précocement dans les 4-5 premiers jours après les premiers symptômes, les anomalies étant maximales 2 à 3 semaines après les premiers symptômes

## SVCR

- “String and beads” sur ARM dans 60% (80% si bon examen)
- Vitesses intracrâniennes augmentées au DTC 70%
- ARM et DTC normal dans 15%
- Artériographie parfois nécessaire (HSA) mais non obligatoire

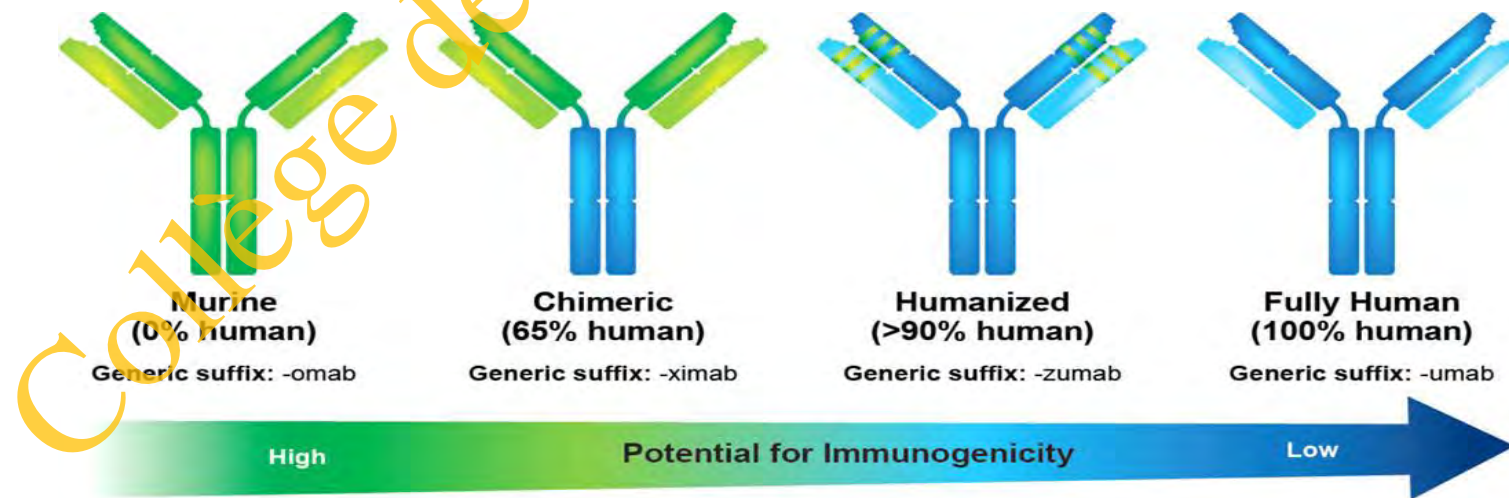


**6/MIGRAINE et VIE HORMIONALE DE  
LA FEMME: migraine et ménopause  
(cf Dr Maitrot-Mantelet)**

Collège de Gynécologie CVL

# Vers une biothérapie dans la prophylaxie de la migraine

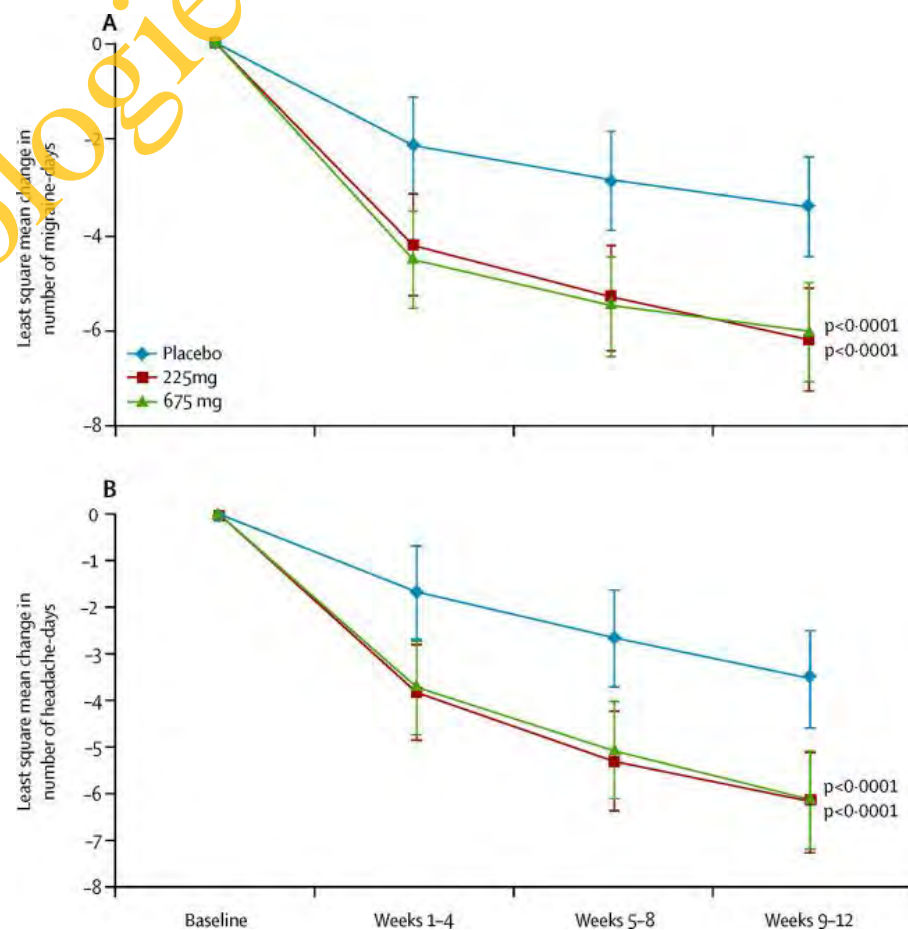
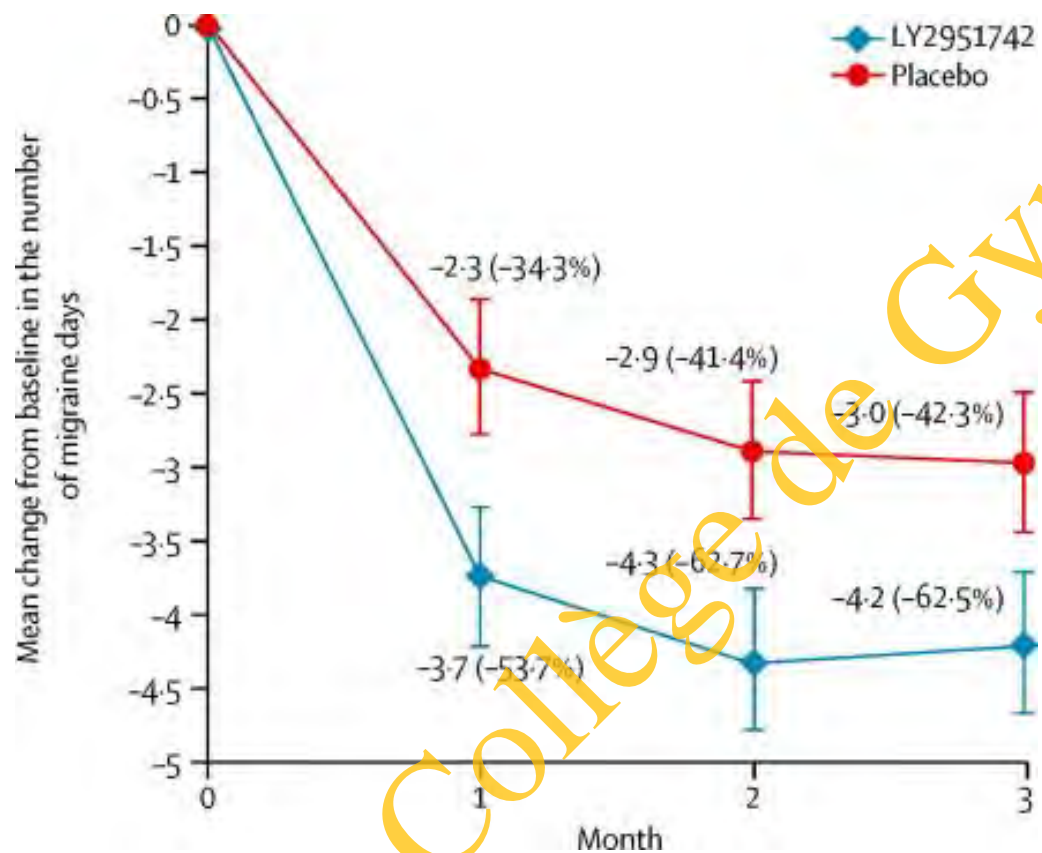
- AC anti CGRP
- Traitement spécifique
- AC humanisés: risque immunogène faible
- Demi-vie longue => trt de fond
- Administration tous les 28j (adhérence des patients ++)



# Molécules en cours de développement

- 4 molécules en cours de développement
- 2 cibles:
  - **Anti CGRP:**
    - **LY2951742** (développement Lilly and Co.)
    - **ALD-403** (développement Alder Biopharmaceuticals)
    - **TEV-48125** (LBR-101) (développement Teva Pharmaceuticals)
  - **AC anti récepteur CGRP:**
    - **AMG 334** (développement Amgen)
- 2 voies: SC (3), IV (1)
- Indication dans la douleur: migraine épisodique, migraine à haute fréquence, migraine chronique, AVF, arthrose
- Indication en dehors de la douleur: bouffées vasomotrices de la ménopause

# Résultats



## AC anti CGRP: le taux de répondeurs

	ALD303	LY	TEV-48125 ME	TEV-48125 MC	AMG 334
<b>Répondeur 50%</b>	75	70	53-59	53-55	46%
<b>Répondeur 75%</b>	44	49	31-34	29-32	
<b>Répondeur 100%</b>	26	32			

Efficacité++

Sous-population de répondeurs?

Effet placebo ++ (effet d'attente, administration parentérale)



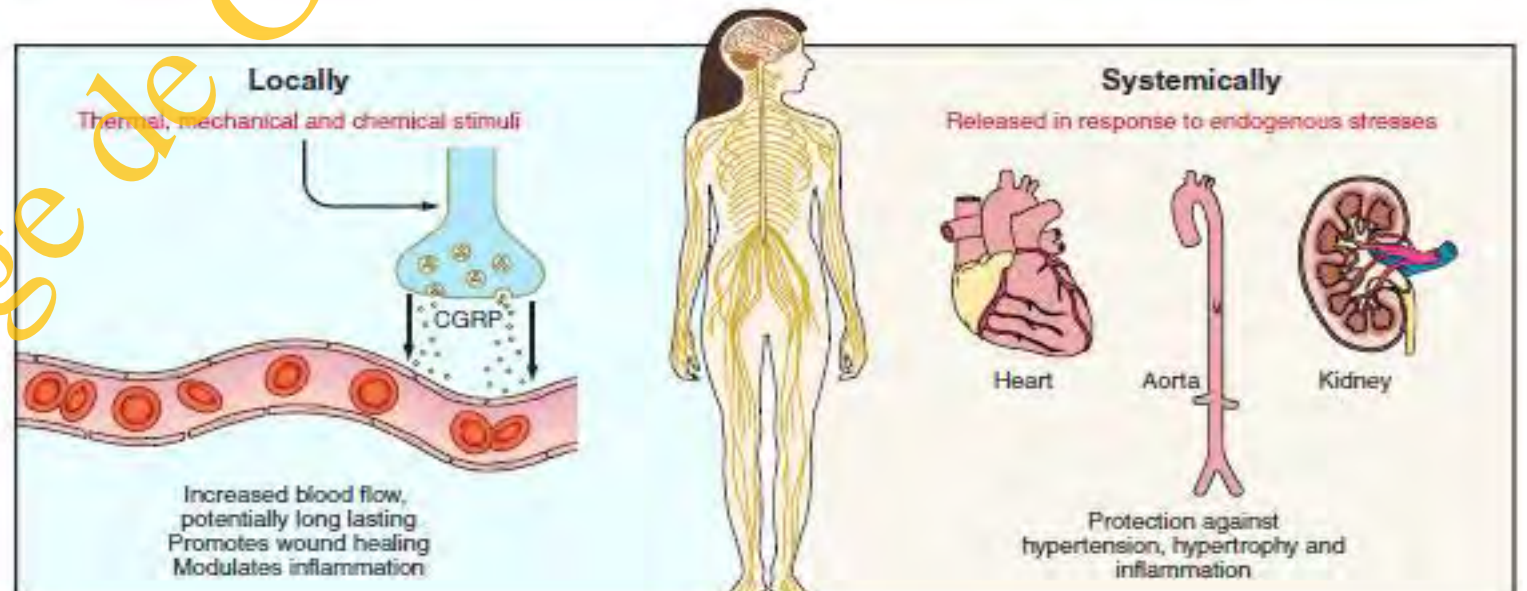
## **AC anti CGRP: la sécurité d'emploi à court terme**

- Pas de réaction lors de l'injection ( en dehors douleur , rougeur locale)
- Taux d'effets indésirables similaires entre AC et placebo( hors AVAS ?)
- Pas d'EI grave imputables au traitement
- Pas d'anomalie biologique, ni anomalies ECG

**Une efficacité et une sécurité à long terme à préciser**

# Les questions: Blocage prolongé du CGRP et risque vasculaire?

- perte de l'effet protecteur du CGRP dans le cadre de l'homéostasie
- inhibition de la vasodilatation secondaire à la libération de CGRP induite par le stress ou l'ischémie (cardiaque et cérébrale ++)
- perte de l'effet protecteur en cas d'HTA

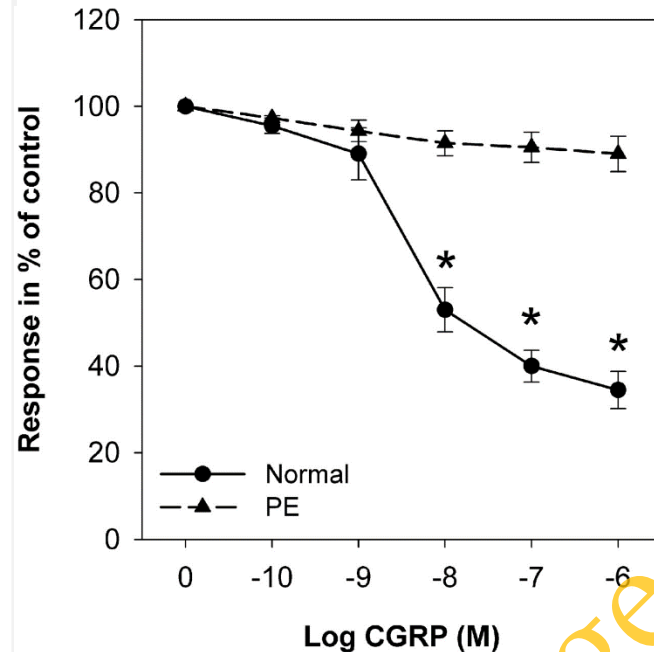


# Les questions : AC anti CGRP et grossesse?

Role du CGRP dans l'implantation, prolifération et invasion trophoblastique

## Risque tératogène

- Ac CGRP / IgG passant la barrière placentaire
- rôle du CGRP dans le développement du SNC



From: Evidence for Decreased Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptors and Compromised Responsiveness to CGRP of Fetoplacental Vessels in Preeclamptic Pregnancies

J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(4):2336-2343. doi:10.1210/jc.2004-1481

J Clin Endocrinol Metab | Copyright © 2005 by The Endocrine Society

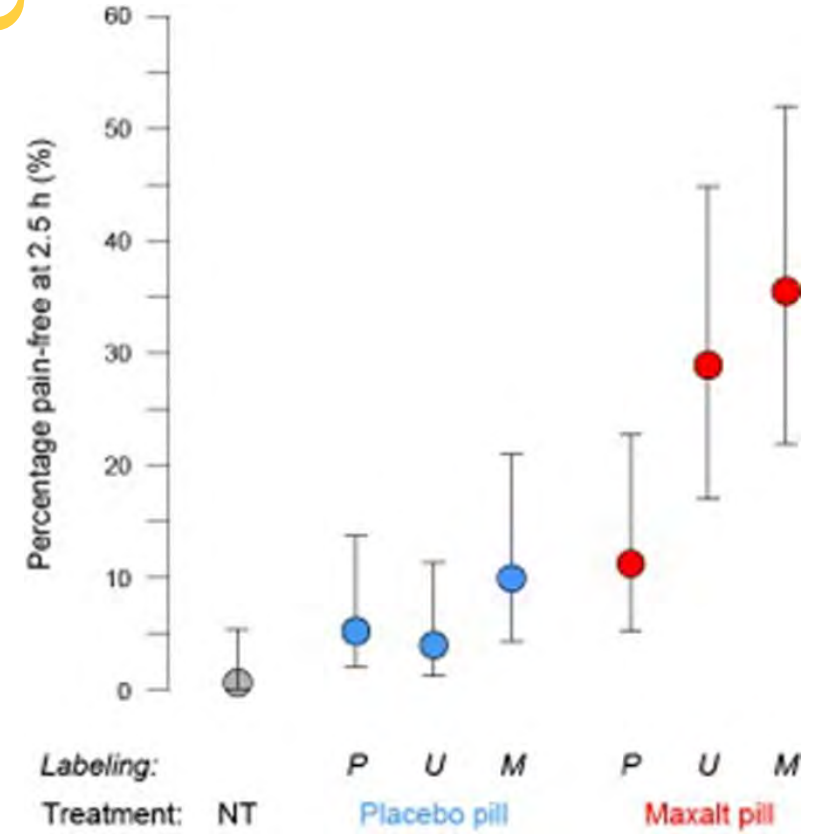
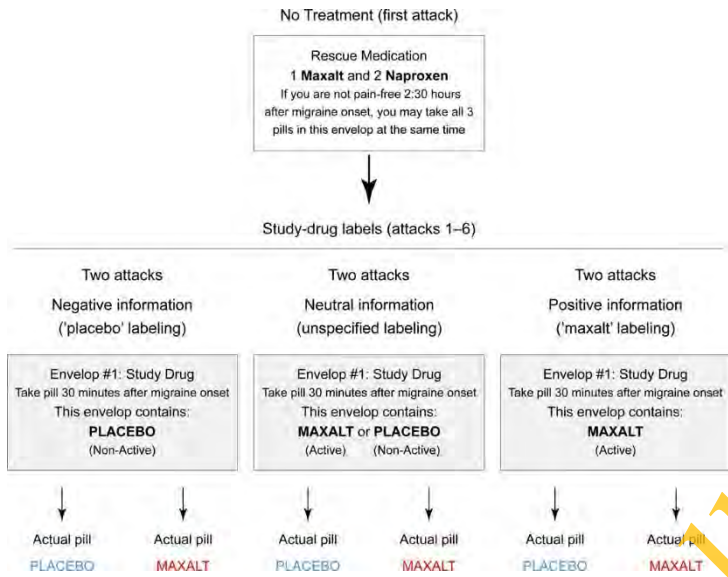
# En conclusion

- Lien fort tout au long de la vie
- Informations à donner à toutes femmes:
  - pilule
  - projet grossesse/allaitement
  - détection facteurs de risque vasculaire (tabac++)

# Et enfin...



✓ VOUS =  
votre pouvoir  
d'information...et de  
conviction....



Collège de Gynécologie CVL