Migraine et grossesse

MIGRAINE

Publié le 10 novembre 2017

IMPACT DE LA GROSSESSE SUR LA MIGRAINE

Chez 60 à 70% des femmes, la migraine s'améliore au cours de la grossesse. Ceci s'explique par l'augmentation du taux d'œstrogènes dans le sang. Cette amélioration concerne surtout les femmes souffrant de migraines cataméniales (migraines survenant au moment des règles) et intervient dans le courant du premier trimestre. Toutefois, certaines femmes peuvent continuer à souffrir de migraines pendant toute la grossesse, et, chez une petite minorité, il existe même une aggravation.
Au cours du premier trimestre, alors que les taux d'œstrogènes sont les plus élevés, certaines femmes peuvent présenter une première crise de migraine. Il s'agit souvent d'une migraine avec aura. Le diagnostic ne doit être retenu qu'après avoir vérifié qu'il ne s'agit pas d'un autre problème de santé.
Dans les jours qui suivent l'accouchement, la chute brutale du taux d'œstrogène peut favoriser la survenue d'une crise de migraine, y compris chez des femmes qui ne se savaient pas migraineuses jusqu'alors.

IMPACT DE LA MIGRAINE SUR LA GROSSESSE

Selon toutes les données scientifiques actuelles, la migraine n'augmente pas le risque de complications au cours de la grossesse.
En revanche certains traitements de la migraine ne doivent pas être utilisés en cours de grossesse

LES BASES DU TRAITEMENT DE LA MIGRAINE DURANT LA GROSSESSE

Chez toute migraineuse prenant un traitement de fond, une grossesse devrait si possible être planifiée. En effet, certains traitements de fond comportent des risques pour l'embryon et leur interruption en amont de la grossesse, avant la conception, est recommandée. Lorsqu'un traitement de fond est indispensable, le médecin pourra prescrire une molécule compatible avec la grossesse.
Qu'un traitement de fond médicamenteux soit nécessaire ou pas, l'éviction des facteurs déclenchant des crises migraineuses est toujours recommandée, en préconisant un sommeil suffisant, des repas à heures régulières et équilibrés, une bonne hydratation et la pratique d'une activité physique régulière.
Le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) est dédié au risque médicamenteux pendant la grossesse et l'allaitement, il est régulièrement actualisé et est accessible librement en ligne. Il peut être consulté par les médecins ou les particuliers. Il comporte des informations pratiques sur tous les médicaments y compris ceux vendus sans ordonnance qui peuvent également être contre-indiqués.
https://lecrat.fr

LE TRAITEMENT DES CRISES DE MIGRAINE DURANT LA GROSSESSE

Le traitement de crise recommandé en premier lieu est le paracétamol, il est malheureusement souvent peu efficace.
Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'aspirine peuvent être utilisés de façon ponctuelle au cours des deux premiers trimestres. Ils sont formellement contre indiqués à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée (6 mois révolus de grossesse) du fait d'un risque de non fermeture du canal artériel chez l'enfant.
Le sumatriptan, première molécule développée de la classe des triptans, bénéficie de données de pharmacovigilance robustes et rassurantes. Les premières données sur l'animal, concluaient à un effet tératogène (risque de malformation), cependant, un registre nord-américain, ainsi que des études de cohortes norvégienne et suédoise, ont tous montré l'absence d'augmentation de risque de malformation congénitale chez les femmes ayant pris ce traitement pendant une grossesse. Ainsi, en cas d'inefficacité

des autres traitements, le sumatriptan peut être proposé pendant la grossesse quel que soit le terme. La forme en spray nasal est souvent privilégiée.
En cas d'échec du sumatriptan, 3 autres triptans sont autorisées (rizatriptan, élétriptan, zolmitriptan). Les données concernant les autres triptans (naratriptan, frovatriptan et almotriptan) restent actuellement insuffisantes.
Enfin un traitement antiémétique contre les nausées et les vomissements, qui sont souvent plus prononcés lors des migraines durant la grossesse, peut être prescrit. Le métoclopramide 10 mg, si besoin en forme suppositoire, a l'avantage d'avoir aussi une action antimigraineuse et sera donc privilégié. En cas d'inefficacité ou d'intolérance la doxylamine sera proposée.

LE TRAITEMENT DE FOND DE LA MIGRAINE DURANT LA GROSSESSE

L'indication à un traitement de fond doit être posée au cas par cas, en fonction de la fréquence des crises et de leur soulagement par les traitements. Des approches non médicamenteuses comme le biofeed back seront préférées.
S'il est nécessaire, le traitement de fond médicamenteux sera choisi en priorité sur l'absence de risque tératogène, puis en fonction de la tolérance de la patiente et des traitements déjà essayés par le passé.
Les traitements de fond autorisés au cours de la grossesse sont deux bétabloquants (le propranolol et le métoprolol) et l'amitriptyline. En cas d'échec avec ces molécules, le pizotifène et l'oxétorone peuvent être une alternative mais le CRAT doit alors être contacté. La flunarizine et le topiramate sont à proscrire du fait du risque de malformations congénitales.
La posologie du traitement de fond choisi sera la plus faible possible en tenant compte de l'efficacité et de la tolérance. La poursuite du traitement sera réévaluée au cours de la grossesse, en fonction de l'évolution. Il est d'usage d'arrêter le traitement au cours du 3ème trimestre. Si le traitement est poursuivi, l'amitriptyline doit être arrêtée un mois avant le terme, car même avec des posologies minimes, un syndrome de sevrage du bébé doit être évité. De même, les bétabloquants seront arrêtés au plus tard 2-3 jours avant l'accouchement pour éviter une bradycardie (ralentissement du rythme cardiaque) chez le nouveau-né.

MIGRAINE ET ALLAITEMENT

Au cours de l'allaitement, l'accalmie se prolonge le plus souvent jusqu'au retour de couches. Pour les femmes qui n'allaitent pas, les crises risquent de reprendre plus rapidement. Parfois, les jeunes mamans rapportent une aggravation de la fréquence et de la sévérité des crises. Cette évolution est plus à rapporter aux changements de rythme liés à l'arrivée de l'enfant avec des réveils nocturnes fréquents qu'à l'allaitement. Un allaitement mixte est parfois suggéré pour retrouver un sommeil suffisant.
Plusieurs traitements de crise sont autorisés, car ils ne passent qu'en faible quantité dans le lait maternel : le paracétamol, l'aspirine (en prise unique), l'ibuprofène, le kétoprofène et deux triptans, le sumatriptan et l'élétriptan. L'aspirine, compte tenu du risque hémorragique ne doit pas être prise de façon répétée.
Si un traitement de fond est indiqué le choix devra se faire entre une des 3 molécules suivantes : le propranolol, le métoprolol ou l'amitriptyline.