

L'économie thyroïdienne au cours de la grossesse :

1. Augmentation des besoins en iode, découlant de :

- a. L'effet stimulant de l'hCG sur le récepteur de la TSH (RTSH)
- b. L'accroissement de la protéine de transport des hormones thyroïdiennes
- c. La majoration de la clairance de l'iode
- d. L'activité des désiodases placentaires de type 2 et 3

Il en résulte : - un risque de décompensation d'une hypothyroïdie jusque-là compensée

- l'aggravation d'une carence iodée préexistante
- une tendance à l'hyperplasie thyroïdienne
- des répercussions fœtales potentielles

2. L'unité foeto-placentaire :

a. le fœtus est soumis à l'environnement via le placenta :

Celui-ci est perméable à la thyroxine libre, à l'iode, aux anticorps maternels (anti TPO et anti RTSH), aux médicaments (bétabloquants, ATS)

b. le placenta métabolise les hormones thyroïdiennes en raison de son équipement en désiodases.

- Désiodase de type 2 dès le début de la grossesse, assurant la conversion de la T4libre en T3
- Désiodase de type 3, en deuxième moitié de grossesse, conduisant à la transformation de la T4libre en T3 inverse (rT3), dépourvue d'activité.-

c. la thyroïde fœtale ne devient totalement fonctionnelle qu'à 18-20 SA

3. Le développement fœtal :

Les hormones thyroïdiennes jouent un rôle essentiel dans le développement cérébral, l'organogénèse et l'acquisition de l'intelligence et des capacités d'apprentissage.

Conséquences hormonales en l'absence de pathologie préexistante ou de carence iodée :

1. Au cours du premier trimestre :
 - a. Tendance à l'abaissement de la TSH
 - b. Tendance à l'élévation de la T4libre
 - c. Augmentation de la TBG
2. Aux deux autres trimestres ;
 - a. Tendance à l'élévation de la TSH
 - b. Tendance à l'abaissement de la T4libre
 - c. Stabilisation du taux de TBG

Iode et grossesse

1. Les besoins en iode au cours de la grossesse et de l'allaitement sont de 200 µg/j
 - a. Les apports moyens constatés en France sont inférieurs à 100 µg/j
 - b. Ce décalage peut conduire à :
 - Un effet goitrigène aggravé
 - La décompensation d'une hypothyroïdie méconnue
 - Une hypothyroxinémie maternelle
2. Répercussion chez l'enfant :
 - a. Anomalies neurosensorielles et neuromusculaires
 - b. Moindre réactivité
 - c. Altération du QI et des capacités d'apprentissage
3. Recommandations pour une supplémentation iodée dès le début de la grossesse :
 - a. Alimentation enrichie pour toutes :
 - Sel marin enrichi (La baleine, Cérébos iodé)
 - Poissons et fruits de mer
 - Œufs et viande
 - Haricots verts
 - Lait et produits laitiers
 - b. Discute une supplémentation par les vitamines de grossesse (Femibion, Compléal, Sérénité.....)
 - c. En cas de carence avérée : petite dose de LT4 (25 à ?) pour obtenir une T4L dans le tiers supérieur du dosage de la T4libre.

Hypothyroïdies :

Elles concernent 1 à 14% des grossesses selon les études et les définitions retenues

1. Complications :
 - a. Hypofertilité, infertilité, dysovulation
 - b. Avortements spontanés précoces
 - c. Pré-éclampsie
 - d. Hématome rétro-placentaire
 - e. Anémie
 - f. Retard de croissance intra-utérin
 - g. Prématurité
 - h. Morbimortalité néo-natale et maternelle
2. Hypothyroïdie patente :
 - a. Quelle que soit l'étiologie, 1% est connu et insuffisamment traité ou méconnu

- b. Adaptation du traitement ou instauration dès le dépistage :
- + 25 µg si ≤ 100 µg/j
 - + 50 µg si > 100 µg/j
 - Objectifs : TSH < 2 mUI/l et T4L dans le tiers supérieur des valeurs normales
 - Surveillance toutes les 4 semaines
3. Dépistage d'une hypothyroïdie fruste
- a. Dépistage ciblé :
- Antécédents personnel ou familial thyroïdiens
 - Goitre à la palpation
 - Infertilité, irrégularités menstruelles, fausses couches itératives, complications obstétricales répétées
 - Enfant précédent présentant un retard psychomoteur
 - Maladie auto-immune d'organe en particulier DT1
 - Exposition à des médicaments : Interféron, IRS, Phénothiazines, Lithium..
- b. Quelle valeur de TSH ?
- Selon les études, au travers le monde la valeur normale de la TSH en début de grossesse se situe entre 2,5 et 2,8 mUI /l
 - La HAS a retenu la valeur de 3 mUI/l en présence de facteurs de risque :
 - TSH < 3 : STOP
 - TSH > 3 : reme sure TSH + T4L + ATPO
 - TSH entre 3 et 4 isolément : surveillance mensuelle de la TSH
 - TSH entre 3 et 4 avec présence d'ATPO : discuter LT4
 - TSH > 4 : traiter pour une TSH < 2 et une T4L dans le tiers supérieur des valeurs normales avec une surveillance mensuelle

Hyperthyroïdies :

Toutes les causes d'hyperthyroïdie peuvent être observées au cours de la grossesse. La maladie de Basedow reste cependant largement dominante et concerne 0,5 à 2 % des grossesses.

1. Deux diagnostics différentiels :

a. Hyperthyroïdie gestationnelle transitoire non autoimmune

- 2,4 % des grossesses
- Conséquence de l'effet TSH-like de l'hCG
- Entre 8 et 14 SA
- Traitement rarement nécessaire en dehors parfois d'une petite dose de bétabloquant

b. Hyperémésis gravidarum :

- Forme extrême de la précédente
- Vomissements, perte de poids $> 5\%$, déshydratation et troubles ioniques
- TSH basse ou indétectable, T4L élevée, Ac anti RTSH négatifs
- Traitement par PTU, bétabloquant, rééquilibration hydro-ionique

- Résolutif au deuxième trimestre
- 2. Maladie de Basedow chez une jeune femme en âge de procréer.
Informez la patiente des risques d'une grossesse au cours de cet état et proposez de différer un projet de grossesse après traitement. Proposez une contraception efficace
- 3. Maladie de Basedow évolutive :
 - a. Evolution spontanée de l'hyperthyroïdie :
 - Aggravation au premier trimestre
 - Régression ensuite
 - Aggravation dans le postpartum
 - b. Complications d'une hyperthyroïdie non contrôlée :
 - Pour la mère :
 1. HTA gravidique et pré-éclampsie
 2. Avortement spontané précoce
 3. Anémie
 4. Infections
 5. Insuffisance cardiaque
 6. Crise thyrotoxique
 - Fœtus :
 1. Hypotrophie
 2. Prématurité
 3. Mortalité fœtale et périnatale
 4. Hyper ou hypothyroïdie par passage transplacentaire d'Ac anti RTSH stimulant ou bloquant
 - Nécessité d'un traitement urgent pour restaurer l'euthyroïdie :
 1. Préférer le Propylthiouracil (Proracyl®) au 1^{er} trimestre. 300 mg/j répartis en 3 prises.
 2. Décroissance rapide (dosage de la T4L toutes les 2 à 3 semaines)
 3. Objectif : T4L en limite supérieure de normale
 4. Arrêt du traitement si objectif atteint avec 1 cp (50 mg/j)
 - c. Problèmes des anticorps anti RTSH
 - Passage transplacentaire dès le début de la grossesse. Récepteurs à la TSH fœtaux fonctionnels à partir de 20 SA
 - Les anticorps anti RTSH sont présents en cas :
 1. De maladie de Basedow évolutive
 2. D'antécédent de Basedow traité par chirurgie ou par iode 131, exceptionnellement en cas de rémission sous antithyroïdien
 - Les doser en début de grossesse et à 24 et 32 SA.
 - S'ils sont présents, risque d'hyperthyroïdie fœtale ou néonatale.
 - Hyperthyroïdie fœtale :
 1. Retard de croissance intra-utérin
 2. Tachycardie fœtale > 160/mn
 3. Goitre fœtal (abaque en fonction du terme)
 4. oligo-amnios
 5. accélération de la maturation osseuse

6. Traitement : traitement antithyroïdien de la mère qu'elle soit hyper ou euthyroïdienne + LT4 si nécessaire

- Dans tous les cas, dosages sur le sang du cordon à la naissance
- En cas d'allaitement : si nécessité de traitement, PTU avec prise après les tétées

Goitre euthyroïdien sans dysimmunité :

1. Goitre préexistant traité : adapter le traitement
2. Découverte contemporaine de la grossesse : traitement par LT4 durant la grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement (TSH basse < 1mUI/l)

Nodule thyroïdien :

1. Doser TSH et proposer une cyto-ponction si nodule supra-centimétrique
2. Cytologie maligne ou suspecte :
 - Avant 20 SA : discuter la chirurgie
 - Après 20 SA : hormonothérapie pour une TSH en limite inférieure de normale

Thyroïdite du post-partum :

1. 3,7 à 5,4 % des femmes selon les séries
2. Quasi constante en cas d'antécédent lors d'une grossesse antérieure
3. Evolution en 3 phases :
 - a. Hyperthyroïdie initiale
 - b. Retour à la normale
 - c. Hypothyroïdie
 - d. Retour à la normale

Conclusion :

Problème de la carence iodée

Dépistage de l'hypothyroïdie en prenant en compte les facteurs de risque

Prévenir une grossesse au cours d'une hyperthyroïdie

Si grossesse et maladie de Basedow :

Vigilance par rapport au traitement pour éviter sur ou sous-dosage

Vigilance par rapport aux anticorps antiTSH

Collège de Gynécologie CVL