

Dépistage des dysthyroïdies chez les femmes enceintes diabétiques

R.Mizouri, F.Mahjoub, H.Zahra, M.Ben Cheikh, T.Harrabi, R.Ben Othman, O.Berriche, C.Amrouche, H.Jammoussi
Service A de diabétologie-nutrition et maladies métaboliques, Institut National de Nutrition de Tunis.

Introduction

La grossesse s'accompagne de changements physiologiques qui affectent le fonctionnement de la glande thyroïde. Ces changements exposent la femme enceinte à un risque accru de dysthyroïdie.

Objectifs

Objectifs : - dépister les dysthyroïdies chez les femmes enceintes diabétiques au cours de l'hospitalisation.

Patients et méthodes

- Il s'agit d'une étude descriptive chez 50 femmes enceintes diabétiques hospitalisées au service A de l'Institut National de Nutrition pour contrôle métabolique mensuel. Cette étude est réalisée sur 6 mois, à partir de Novembre 2015 jusqu'à Avril 2016.
- Les patientes incluses dans cette étude ont bénéficié d'un interrogatoire avec un bilan biologique (glycémie, HBA1c, NFS, bilan lipidique, bilan thyroïdien).

Le diagnostic de l'hypothyroïdie selon l'Endocrine Society est porté à un taux de TSH supérieur à 2.5 μ UI/L au premier trimestre, et à 3 μ UI/L au deuxième et au troisième trimestre.

Résultats

Tableau 1 : caractéristiques générales

Age moyen	33 ans
Ancienneté moyenne du diabète	9 ans
HBA1c moyenne	6,33 %
Programmation de la grossesse	Oui 38 % Non 62 %
Type du diabète	Type 1 48 % Type 2 52 %

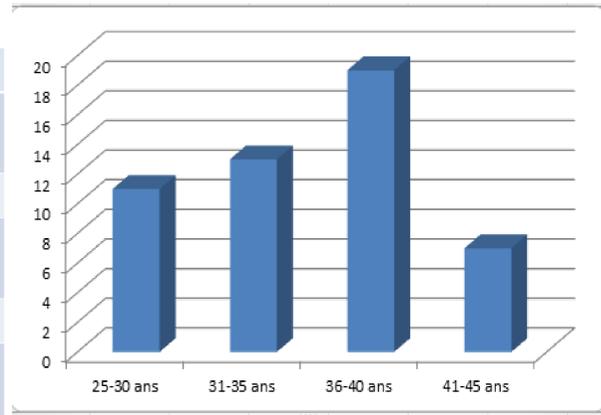


Fig1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

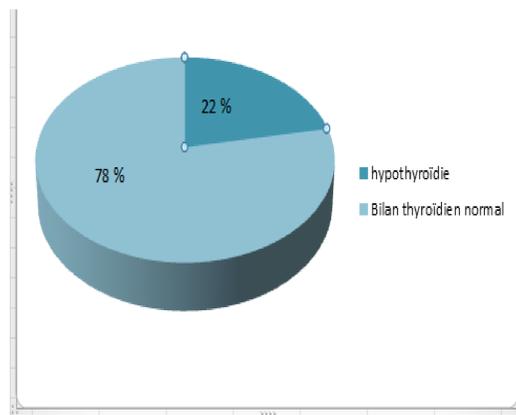


Fig2 : Répartition des patientes selon les résultats du bilan thyroïdien

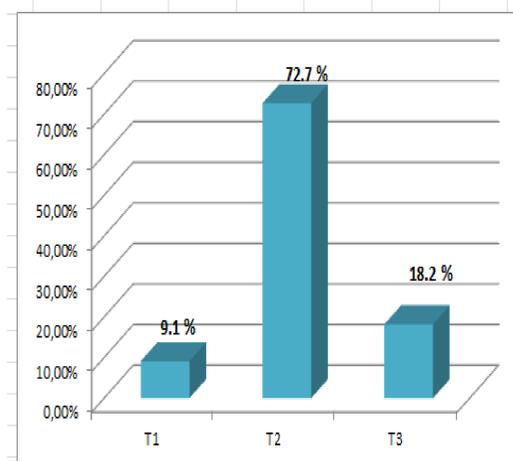


Fig3 : Répartition des patientes selon le terme de découverte de l'hypothyroïdie

Tableau 2 : Le taux moyen de la TSH au cours des différents trimestres de la grossesse chez les patientes en hypothyroïdies.

	Taux moyen de la TSH (μ UI/L)
Premier trimestre	2,11
Deuxième trimestre	2,7
Troisième trimestre	2,3

Tableau 3 : Tableau comparatif entre les patientes présentant une hypothyroïdie et les autres patientes ne présentant aucune dysthyroïdie

	Hypothyroïdie	Absence de dysthyroïdies	P
Âge moyen	32 ans	34 ans	
Grossesse programmée	18 %	43,58 %	0,07
Type du diabète	type1 100 % type2 0 %	33,33 % 66,66 %	0,44
Ancienneté du diabète	11 ans	7 ans	
Cholestérol total	3,77 mmol/l	4,91 mmol/l	
Triglycérides	0,8 mmol/l	2,1 mmol/l	
Hémoglobine	13,5 g/dl	12,9 g/dl	

NB : Les patientes ont été mises sous la dose de 25mg/j. Seuls deux d'entre elles avaient nécessité une augmentation de la dose à 50mg/j.

Aucun cas d'hyperthyroïdie n'a été retrouvé.

Discussion

Ce travail souligne l'importance du dépistage de la dysthyroïdie chez la femme enceinte diabétique. En effet, dans notre étude, 22 % présentaient une hypothyroïdie et aucun cas d'hyperthyroïdie n'a été retrouvé.

La prévalence de l'hypothyroïdie dépasse 2 % dans la plupart des études avec une large prépondérance de l'hypothyroïdie fruste [1,2].

Dans notre étude, Le diagnostic d'hypothyroïdie était porté chez 22% de la population étudiée, et toutes ces patientes avaient un diabète de type 1.

Cette constatation est appuyée dans la littérature par une étude qui dit que la prévalence de l'hypothyroïdie est particulièrement élevée en cas de diabète de type 1 : 27 à 45 % des femmes ayant un diabète de type 1 développent une hypothyroïdie au seuil de TSH supérieur à 4 μ UI/L [3,4].

En revanche, aucune relation n'a été retrouvée entre l'apparition d'une dysthyroïdie d'une part et le type du diabète voire la programmation de la grossesse d'autre part.

Conclusions

La programmation de la grossesse chez la femme diabétique est impérative. Elle doit impérativement comporter systématiquement un bilan thyroïdien afin de dépister précocement les dysthyroïdies et ses complications fœtales.

Références

1. Allan WC, Haddow JE, Palomaki GE, Williams JR, Michel ML, Hermos RJ, et al. Maternal thyroid deficiency and pregnancy complications: implications for population screening. J Med Screen 2000;7:127-130.
2. Casey BM, Dashe JS, Wells CE, Mc Intire DD, Burd W, Leveno KL, et al. Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. Obstet Gynecol 2005;105:239-245.
3. Gallas PR, Stolk RP, Bakker K. Thyroid dysfunction during pregnancy and in the first post-partum year in women with diabetes mellitus type I. Eur J Endocrinol 2002;147:443-451.
4. Jovanovic Peterson L, Peterson CM. De novo clinical hypothyroidism in pregnancies complicated by type I diabetes, subclinical hypothyroidism and proteinuria: a new syndrome. Am J Obstet Gynecol 1988;159:442-446.