

Hyperémèse gravidique et dysthyroïdie: quels sont les enseignements d'une cohorte suivie en consultation dédiée « thyroïde et grossesse »?

S. Hiéronimus¹ C. Trastour² K. Wagner³ M Hilmi² F. Brucker-Davis¹

¹ Service d'Endocrinologie ² Service de Gynécologie-Obstétrique ³ Service de Pédiatrie
Hôpital l'Archet, CHU de Nice, FRANCE

Objectif:

Analyse descriptive d'une cohorte de femmes enceintes référées dans une consultation de recours « Thyroïde et grossesse » pour hyperémèse gravidique (HG) et bilan thyroïdien perturbé

Méthodes:

Recueil des données cliniques, hormonales, échographiques, obstétricales et néo-natales

Résultats:

47 femmes enceintes âgées de **30.6 ans ± 6.8**

Vues en consultation dédiée au terme de **14 SA ± 6 j**

8 grossesses **gémellaires**
Perte de poids moyenne de **11%** (2-20%)

21 hospitalisations
6 traitements par **ATS**: 4 interrompus, 2 initiés

Bilan hormonal (moy,min-max) initial

TSH < 0.01 mUI/l

T4I 29.6 pmol/l (14.5-78)

T3I 8.2 pmol/l (4-25)

TPO positif n=1 Anti-Tg n=0 Anti R-TSH n=1

βHCG 251 163 ± 152 522 UI/l

Diagnostic retenu

Hyperthyroïdie gestationnelle « simple »
n = 36

Pathologies thyroïdiennes sous-jacentes
n = 11 (23%)

- 2 Basedow dont 1 actif
- 5 Thyroïdes nodulaires (2 nodules toxiques)
- 2 Hypothyroïdies substituées
- 1 Thyroïdectomie totale (cancer)
- 1 Lobe thyroïdien unique

Données obstétricales et néo-natales sur 36 grossesses (dont les 8 gémellaires)

Terme 37.8 ± 4 SA 13 **césariennes (36%)** **24 filles et 18 garçons**

2 pré-éclampsies 2 pancréatites aiguës 1 hydramnios (contexte de diabète de type 1)

8 accouchements prématurés (22%) dont 3 avant 32 SA ayant conduit à **6 hospitalisations en néonatalogie**

2 décès in-utero chez 2 gémellaires (1 mort fœtale et 1 IMG pour trisomie 18)

1 décès néo-natal à 28 SA (contexte de pré-éclampsie)

2 malformations: 1 aplasia cutis (sous ATS), 1 dacryocystocèle

Discussion

L'HG affecte jusqu'à 2% des grossesses, classiquement au premier trimestre. Elle est observée même en l'absence de glande thyroïde et la gémellarité, qui constitue un facteur prédisposant, atteste du rôle de l'HCG dans la physiopathologie. Un bilan thyroïdien est recommandé dans ce contexte car l'hyperémèse est associée dans plus de 50% des cas à une hyperthyroïdie gestationnelle transitoire, souvent banalisée.

Cependant dans notre expérience, l'association à une authentique pathologie thyroïdienne n'est pas rare (23% des cas) et le pronostic fœtal réservé en termes de morbi-mortalité (prématurité 22%). De fait, une expertise endocrinologique est indispensable et justifie évaluation et suivi, idéalement en consultation dédiée.

L'impact neuropsychologique de l'HG associée à une dysthyroïdie sur les enfants issus de ces grossesses devrait être évalué.