

L'hypothyroxinémie maternelle au cours du diabète gestationnel: Prévalence et profil maternel

Sebai I, Abdesselem H, Ben Cheikh M, Belhaj M, Ben Brahim A, Ounaissa K, Amrouche C

Hôpital du jour et consultations externes, Institut National de Nutrition, Tunis, Tunisie

Introduction:

Les dysthyroïdies pendant la grossesse ne sont pas rares. **L'hypothyroxinémie isolée (HI)**, définie par un taux de TSH normal associé à un taux de T4 libre diminué, a fait l'objet de plusieurs publications au cours des dernières années. Les objectifs de ce travail étaient d'étudier la prévalence de l'HI au cours du diabète gestationnel et de déterminer le profil métabolique maternel.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective réalisée à l'hôpital du jour de l'Institut National de Nutrition de Tunis durant les 3 premiers mois de l'année 2015. Les femmes enceintes adressées pour prise en charge d'un diabète gestationnel et présentant une grossesse unique ont été incluses. Les femmes ayant un diabète connu antérieur à la grossesse ou porteuses d'une dysthyroïdie connue n'ont pas été incluses. Le recueil des données a été fait grâce à la consultation des dossiers médicaux des gestantes. L'HI était retenue si le taux de FT4 était inférieur au 5^{ème} percentile et le taux de TSH était $\leq 2,5$ au 1^{er} trimestre et ≤ 3 UI au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre.

Conclusion:

La présente étude montre que l'hypothyroxinémie isolée n'est pas rare dans notre population et qu'elle est associée à un recours plus fréquent à l'insulinothérapie au cours du diabète gestationnel. Il serait intéressant d'étudier l'évolution de ces anomalies thyroïdiennes en post partum ainsi que leur impact sur le développement intellectuel des nouveau-nés..

Résultats:

La population étudiée (n= 130)

Age moyen	32,9 ± 5,4 ans.
IMC moyen	26,1 ± 4,5 Kg/m ²
Gestité moyenne	2,26 ± 1,36
HbA1c Moyenne	5,6 ± 0,41 %
GAJ moyenne	1,27 ± 0,22

Tableau 1: Caractéristiques générales de la population.

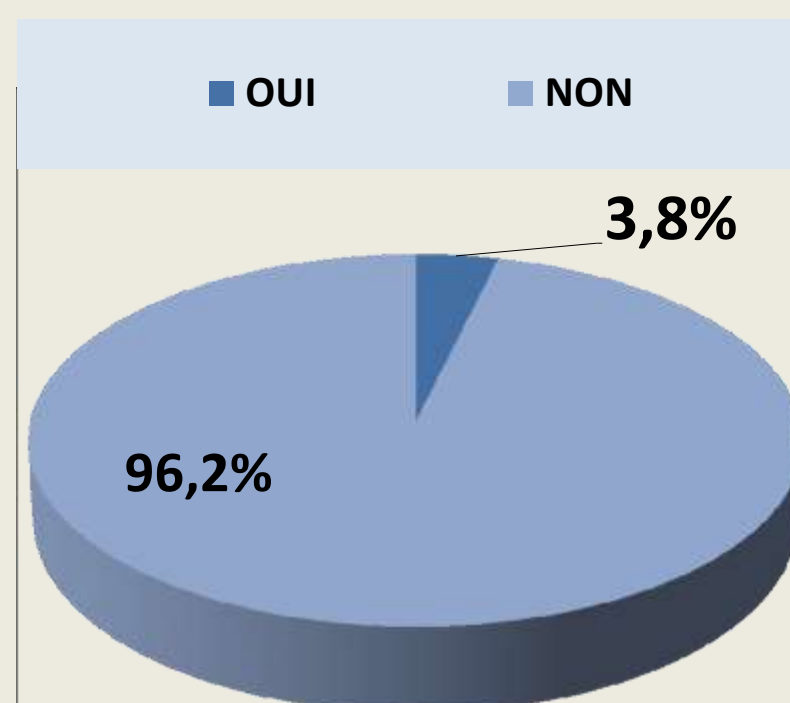


Figure 1 : Fréquence de l'hypothyroxinémie maternelle chez les gestantes.

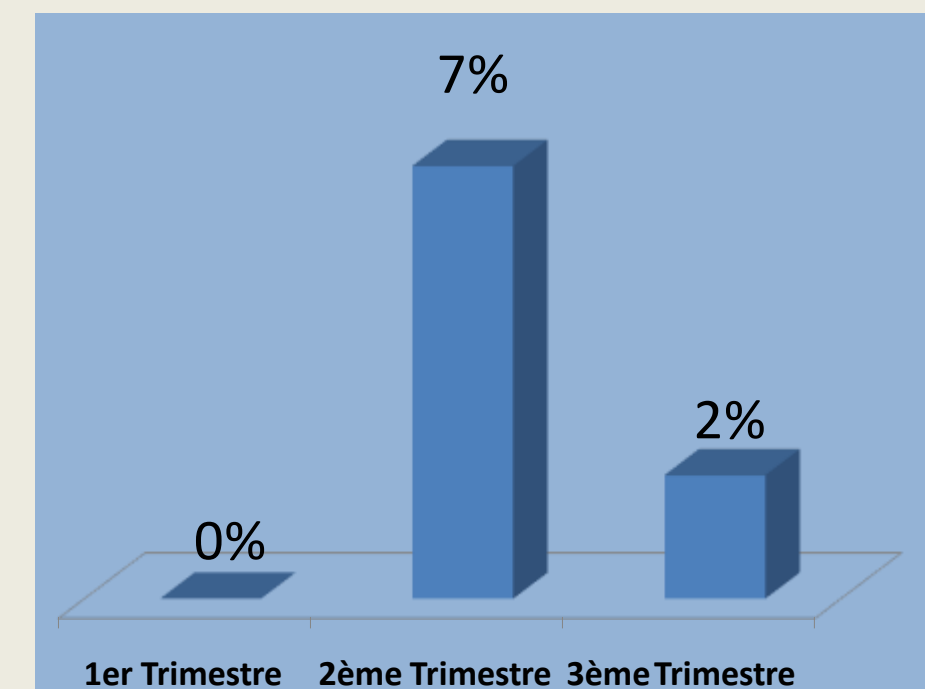


Figure 2: Prévalence de l'hypothyroxinémie maternelle en fonction du trimestre de la grossesse.

	Gestantes avec HI	Gestantes sans HI	p
Age Moyen	33 ± 5,8 ans	32,8 ± 4,9 ans	NS
Terme moyen de la découverte du diabète gestationnel	24,8 ± 2,2 SA	24,7 ± 7,4 SA	NS
IMC Materne Moyen	25 Kg/m ²	27,3 ± 4,5 Kg/m ²	NS
Glycémie à jeun moyenne	1,35 ± 0,13 g/l	1,19 ± 0,31 g/l	NS
HbA1c Moyenne	5,7 ± 0,33%	5,4 ± 0,48%	NS
Recours à l'insuline dans le traitement du Diabète gestationnel	100%	38,4%	0,009
Fréquence de nouveau-nés macrosomes	33%	8%	NS

Tableau 2: Etude comparative des femmes avec et sans hypothyroxinémie maternelle

Discussion:

La grossesse est une situation physiologique susceptible de révéler une dysthyroïdie via l'augmentation des besoins en hormones thyroïdiennes et en iode. L'hypothyroxinémie isolée (HI), une dysthyroïdie gestationnelle, a fait l'objet de plusieurs publications au cours des dernières années. Cependant, aucune définition précise et univoque de l'hypothyroxinémie chez la femme enceinte n'a été proposée. Ainsi, l'incidence de l'hypothyroxinémie isolée varie selon les études en raison de la variabilité des critères diagnostiques d'une étude à une autre. Notre étude s'est intéressée à la prévalence de l'hypothyroxinémie sévère définie par des taux de FT4 < 5^{ème} percentile. Nos résultats se rapprochent des résultats de Henrichs et al* et sont significativement plus élevés que ceux rapportés par Casey**. Selon les données de la littérature cette dysthyroïdie est attribuée à une alimentation pauvre en iode. Bien que la Tunisie ne soit pas des pays à risque de carence iodée, un dosage de l'iodurie chez ces gestantes pourrait être intéressant afin de chercher une carence iodée associée.

* J. Henrichs, J. J. Bongers-Schokking, J. J. Schenk et al., "Maternal thyroid function during early pregnancy and cognitive functioning in early childhood: the generation R study," Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, vol. 95, no. 9, pp. 4227-4234, 2010.
** B. M. Casey, J. S. Dashe, C. Y. Spong, D. D. McIntire, K. J. Leveno, and G. F. Cunningham, "Perinatal significance of isolated maternal hypothyroxinemia identified in the first half of pregnancy," Obstetrics and Gynecology, vol. 109, no. 5, pp. 1129-1135, 2007.