



Dépistage de la dysthyroïdie chez la femme enceinte diabétique



P 140

M.Omri, K.Ounaissa, A.Ben Brahim, A.Abid

Hôpital du jour

Institut national de nutrition de Tunisie

INTRODUCTION

- * La grossesse est une situation de changement affectant le fonctionnement de la thyroïde.
- * Les dysthyroïdies sont fréquentes durant la grossesse et non dénuées de conséquences maternelles et fœtales.
- * La glande thyroïde maternelle est en situation de d'hyperstimulation et les apports iodés sont souvent insuffisants avec un risque de goitre et d'hypothyroïdie.
- * Les dosages thyroïdiens sont d'interprétation délicate durant la grossesse

OBJECTIF

Décrire le statut thyroïdien d'un groupe de patientes suivies pour diabète gestationnel.

PATIENTS ET METHODES

◊ Etude transversale, descriptive, ayant concerné 113 femmes enceintes suivies à l'hôpital du jour pour diabète gestationnel, durant les mois de Janvier et Février 2015.

◊ Toutes les femmes avaient bénéficié de:

- un interrogatoire recherchant les antécédents personnels et familiaux de dysthyroïdies .
- un examen physique complet en occurrence la palpation de la glande thyroïde.
- un bilan biologique complet comprenant en particulier le dosage de la FT4-TSH.

◊ L'évaluation du statut thyroïdien s'était référée aux recommandations 2012 établies par the American Association of Clinical Endocrinologists en coopération avec the American Thyroid Association.

RESULTATS

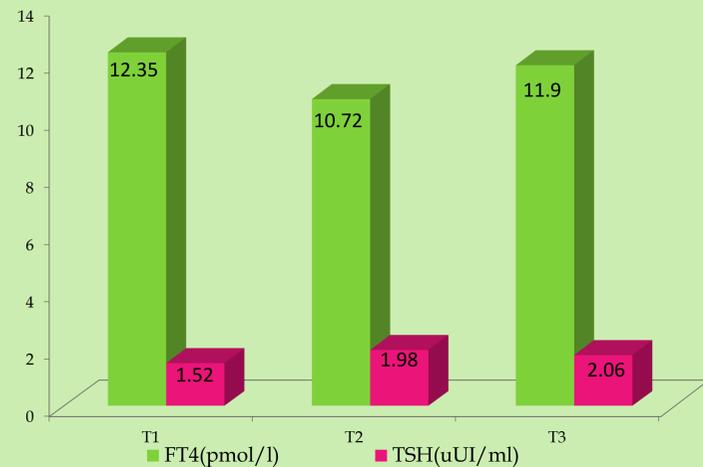
CARACTERISTIQUES DES PATIENTES

L'AGE MOYEN(ans)	32.6±4.6
LE TERME MOYEN DE LA GROSSESSE(SA)	25.69±7.52
LA MOYENNE DE LA FT4 (pmol/l)	11.35±1.94 (6.16-15.74)
LA MOYENNE DE LA TSH(uUI/ml)	2.01±0.96 (0.28-5.28)
ABSCENCE D'ANTECEDENTS PERSONNELS OU FAMILIAUX DE DYTHYROIDIE	

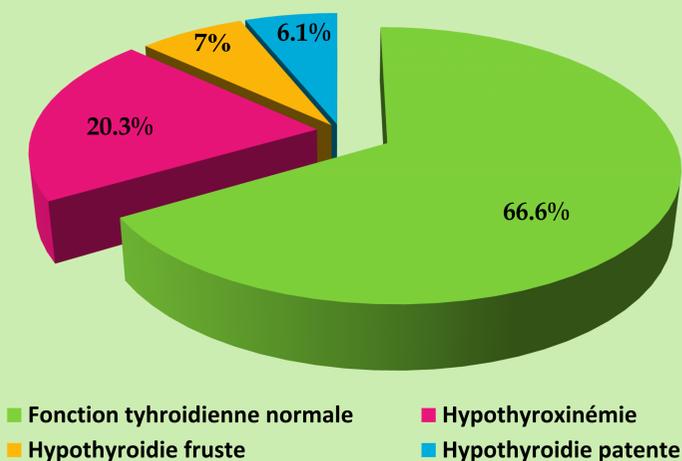
Terme de la grossesse au début de la prise en charge



Moyenne FT4\TSH selon le terme de la grossesse



Statut thyroïdien des patientes



Pourcentage des patientes traitées selon le statut thyroïdien

Hypothyroïdie patente	100%
Hypothyroïdie fruste	100%
Hypothyroxinémie (Patientes traitées si FT4<9.5 pmol/l)	56.52%

DISCUSSION

- * Les Dysthyroïdies sont fréquente chez nos patientes, elles ont intéressé 33.55% d'entre elles.
- * Le trouble thyroïdien le plus fréquent dans notre série était l'hypothyroxinémie, il a concerné une femme sur cinq. Dans l'étude S. Schuldiner la T4L n'était basse que chez trois femmes parmi 105 suivies pour diabète gestationnel. Le statut iodé n'a pas été évalué à cause des difficultés de dosage de l'iodurie dans notre institution et l'absence d'une enquête alimentaire systématique qui aurait permis d'estimer les apports quotidiens en iode. A noter qu'au cours de la grossesse les besoins en iode augmentent nettement pour atteindre 200 à 300 ug par jour [2].
- * Dans notre étude la prévalence de l'hypothyroïdie était de 6.1% . Une étude belge conduite dans 55 cliniques d'obstétrique a retrouvé une prévalence estimée à 0,4 % [3]. Dans l'étude S. Schuldiner l'hypothyroïdie a été objectivée dans 26,67 % des cas.
- * L'hypothyroïdie pourrait avoir des répercussions notables sur le déroulement de la grossesse, le développement fœtal et intellectuel de l'enfant. En effet, des études ont montré que le quotient intellectuel d'enfants, nés de mères en hypothyroïdie modérée pendant la grossesse était inférieur à celui d'une population témoin. Il serait donc plus judicieux d'effectuer un dosage systématique chez toutes les femmes enceintes que d'effectuer un dosage ciblé chez les femmes à risque. D'autre part le dépistage se fait selon les recommandations de « l'American Thyroid Association » par le dosage de la TSH, cependant notre étude a trouvé une T4 libre basse dans 20% des cas, ceci pourrait justifier le dosage systématique de la T4L qui sera complété au besoins par une évaluation du statut iodé.

CONCLUSION

◊ Nos résultats montrent une prévalence accrue des troubles thyroïdiens méconnus en cas de diabète gestationnel , soulignant ainsi l'intérêt d'un dépistage systématique chez ces femmes et soulevant le débat du moyen du dépistage: dosage de la TSH uniquement ou de la T4L et de la TSH?.

[1] De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2012;97:2543-65.

[2] WHO Secretariat, Andersson M, de Benoist B, Delange F, Zupan J. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the technical consultation. Public Health Nutr 2007;10:1606-11.

[3] Moreno-Reyes R, Glinoeir D, Van Oyen H, Vandevijvere S. High prevalence of thyroid disorders in pregnant women in a mildly iodine-deficient country: a population-based study. J Clin Endocrinol Metab 2013;98:3694-701.