



Évaluation de la prise en charge des femmes enceintes avec antécédent de maladie de Basedow au CHU de Besançon

MA. Beaudoin*^a (Mlle), N. Kattan^a (M.), P. Gilet^a (Mme), S. Billet^a (Mlle), A. Bounaga^a (Dr), L. Meillet^a (Dr),
B. Mignot^b (Dr), F. Schillo^a (Dr), S. Borot^a (Dr)

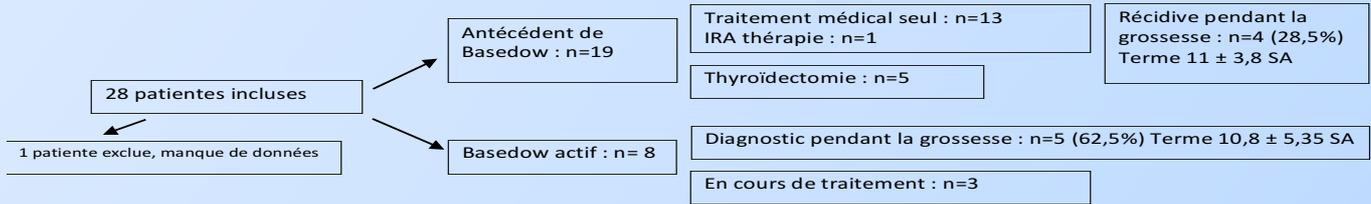
^a Service d'endocrinologie, CHU BESANCON, FRANCE ; ^b Service de médecine pédiatrique, CHU BESANCON, FRANCE

Introduction :

La maladie de Basedow est une thyroïdopathie auto-immune observée chez la femme jeune, pouvant induire des complications materno-fœtales lors de la grossesse. Une prise en charge adaptée des femmes et des nouveau-nés permet d'améliorer la morbi-mortalité maternelle, liée à l'hyperthyroïdie et aux complications gravidiques, et fœtale, due au passage trans-placentaire des anticorps anti-récepteur de la TSH (TSAb), des anti-thyroïdiens et de la T4 maternelle. Cette étude a pour objectif d'évaluer la prise en charge des femmes enceintes avec antécédent de maladie de Basedow, par rapport aux recommandations de l'American Thyroid Association et de l'Endocrine Society, en vue d'améliorer leur prise en charge au CHU de Besançon.

Patients et méthode :

Étude rétrospective observationnelle sur les femmes ayant accouché au CHU de Besançon entre janvier 2013 et décembre 2015 (8006 accouchements).



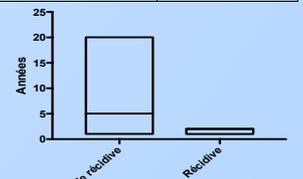
Résultats :

	TSAb positifs 1 ^{er} trimestre n=11	TSAb négatifs 1 ^{er} trimestre n=4	TSAb inconnus 1 ^{er} trimestre n=12
Titre moyen	8,92 ± 11,25 UI/L		
Titre supérieur à 5 UI/L	n=6 (54,5%)		
Contrôle 3 ^{ème} trimestre	n=10 (91%)		
Échographie spécialisée	n=1 (9%)	n=0	n=0
Complications fœtales	n=1 (9%) MFIU	n=0	n=0
Terme moyen	39,4 ± 1,49 SA	39,65 ± 1,38 SA	39,4 ± 1,75 SA
RCIU	n=1 (9%)	n=1 (25%)	n=4 (33,3%)
Bilan thyroïdien à la naissance	n=8 (80%)	n=4 (100%)	n=9 (75%)
TSAb à la naissance	n=1 (9%)	n=0	n=0
T3 et/ou T4 haute à J3	n=3 (37,5%)	n=3 (75%)	n=9 (75%)
Titre moyen T4 à J3 (pmol/L)	26,3 ± 2,796	24,98 ± 4,488	25,84 ± 1,469
Hypo ou hyperthyroïdie néonatale	n=0	n=0	n=0

	Antécédent de maladie de Basedow n=19	Basedow actif n=8
Discussion sur la possibilité d'une grossesse	n=8 (42%)	
Courrier de l'endocrino	n=5 (26,3%)	n=6 (75%)
« Basedow » noté dans les antécédents	n=13 (68,4%)	n=4 (50%)
Statut immunologique connu en début de grossesse	n=7 (36,8%) TSAb positifs : n=5 (71,4%) TSAb négatifs : n=2 (28,5%)	



	Femmes ayant nécessité un traitement anti-thyroïdien n=12
PTU au 1 ^{er} trimestre	n=12 (100%)
Surveillance biologique adaptée	n=12 (100%)
Methimazole au 2 ^{ème} trimestre	n=0



Nombre d'années entre la précédente poussée de maladie de Basedow et la grossesse dans le groupe ATCD MB

Discussion :

Dans notre série, 0.35% de femmes enceintes ont un antécédent ou une maladie de Basedow active. Le statut immunologique est connu en début de grossesse chez 55,5% des patientes.

La prise en charge thérapeutique est satisfaisante mise à part le changement de traitement au 2^{ème} trimestre : difficultés à changer un traitement, methimazole autorisé depuis peu lors de l'allaitement. Il est nécessaire d'améliorer la surveillance biologique des TSAb avant la grossesse : 63,2% de TSAb non connus dans le groupe ATCD MB, patientes pour lesquelles la prise en charge aurait pu être plus adaptée. Durant la grossesse il est souhaitable d'améliorer la surveillance échographique de la thyroïde fœtale (très sensible à 32 SA pour diagnostiquer une dysfonction thyroïdienne) ainsi que les bilans thyroïdiens et TSAb à la naissance (en ciblant les patientes avec des TSAb supérieurs à 5 UI/l). Un des freins à la prise en charge optimale est le manque de communication entre les endocrinologues et les gynécologues (peu de courriers, et parfois pas de notion de cet antécédent par le gynécologue). Nous n'avons eu que peu de complications fœtales et néonatales mais une mort fœtale in utero. Nous n'avons pas d'hyperthyroïdies néonatales (prévalence faible, petite cohorte, âge moyen de diagnostic de 5 jours et bilans réalisés à J3 dans notre cohorte) ni d'hypothyroïdies, ni d'augmentation du nombre de RCIU et des naissances prématurées dans le groupe anticorps positifs. Nous n'avons pas d'augmentation du titre des TSAb entre le début et la fin de la grossesse.

Bibliographie :

- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W, American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid Off. J. Am. Thyroid Assoc.* 2011;21(10):1081–1125.
- Besançon A, Beltrand J, Le Gac I, Luton D, Polak M. Management of neonates born to women with Graves' disease: a cohort study. *Eur. J. Endocrinol.* 2014;170(6):855–862.
- De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, Eastman CJ, Lazarus JH, Luton D, Mandel SJ, Mestman J, Rovet J, Sullivan S. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2012;97(8):2543–2565.