

Hypothyroïdie au cours de la grossesse

M. Rchachi, M. Bensouda, H. El Ouahabi

Service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition du CHU Hassan II de Fès Maroc

INTRODUCTION

Le but de notre travail est de déterminer les aspects cliniques, paracliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de l'hypothyroïdie au cours de la grossesse.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective portant sur 50 femmes enceintes hospitalisées au service d'Endocrinologie du CHU Hassan II de Fès présentant une hypothyroïdie préexistante ou diagnostiquée pendant la grossesse.

RESULTATS

L'âge moyen de nos patientes est de 32 ans (20-44). Des antécédents familiaux de dysthyroïdie étaient présents dans six cas. L'hypothyroïdie était connue avant la grossesse dans 10 cas soit 20%. Elle était asymptomatique dans la majorité des cas (99%). Le critère diagnostique de l'hypothyroïdie au cours de la grossesse a été fait devant une TSH supérieur à 2,5µui/ml au cours du premier trimestre et au delà de 3µui/ml en 2^{ème} et 3^{ème} trimestre. Les étiologies de l'hypothyroïdie étaient dominées par une hypothyroïdie post-thyroïdectomie dans 78% des cas, une thyroïdite d'Hashimoto dans 16% des cas, la cause était indéterminée dans 6% des cas. La démarche diagnostique avait consisté sur l'augmentation de la dose de L-Thyroxine de 25% au début de la grossesse chez les patientes porteuses d'une hypothyroïdie antérieure. La surveillance était chaque quinzaine par une T4L jusqu'à l'obtention de l'euthyroidie puis mensuelle. Aucune complication materno-fœtale n'a été objectivé. En post partum, deux cas d'hypothyroïdie néo-natale ont été rapportés.

DISCUSSION

Le diagnostic d'hypothyroïdie n'est pas facile en cours de grossesse du fait du manque de spécificité des signes constatés (crampes musculaires, constipation, asthénie et rétention hydrique). Parfois, des signes ou des contextes plus pertinents viendront orienter plus fortement le diagnostic : bradycardie, prise pondérale excessive, sécheresse cutanée, goitre, antécédents familiaux, notions d'auto-immunité.

La prévalence d'hypothyroidie chez les femmes en âge de procréer est de l'ordre de 2%, la cause la plus fréquente étant la thyroïdite auto-immune dont témoigne la présence d'anticorps antipéroxydase.

Les besoins en T4L augmentent d'environ 25 à 50% au premier trimestre, d'où la nécessité de majorer la posologie dès le diagnostic de grossesse puis surveillance pour maintenir une TSH < 2,5µui/ml au cours du premier trimestre et inférieure à 3µui/ml en 2^{ème} et 3^{ème} trimestre.

En absence du traitement, l'hypothyroidie augmente le risque de fausse couche, d'hypertension artérielle gravidique et de mort fœtale in utéro.

CONCLUSION

Le dépistage de l'hypothyroïdie au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse est impératif si l'on veut prévenir ses conséquences graves aussi bien fœtales que maternelles.

REFERENCES

- 1-Glinoer D (1997) The regulation of thyroid function during pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endoc Rev 18: 404-433.
- 2-Crooks J, Tulloch MI, Turnbull AC, Davidson D, Skulason T, Snaedel G (1967) Comparative incidence of goitre in pregnancy in Iceland and Scotland. The Lancet 2: 625-627.
- 3-Glinoer D, De Nayer P, Bourdoux P *et al.* (1990) Regulation of maternal thyroid during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab, 71: 276-287.