

Une « thyrotoxicose grave » chez une femme enceinte...

Pauline Busieau¹, Ramona Zaharia¹, Marion Bretault¹, Laure Cazabat¹, Amina Mokdad³, Nicolae Sanda², Joëlle Belaish Allard³, Marie Laure Raffin-Sanson¹

¹Service Endocrinologie, Nutrition & ²Service de Physiologie - Explorations Fonctionnelles- Hôpital Universitaire Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne, France, ³INSERM U1173, UFR Simone Veil, Université Versailles-Saint Quentin, Saint-Quentin en Yvelines, France ⁴Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier des Quatre Villes, Saint-Cloud, FRANCE ;

Introduction

L'hyperthyroïdie gravidique est une complication fréquente et habituellement bénigne de la stimulation du récepteur de la TSH par l'hCG. Elle est souvent associée à des vomissements. Nous rapportons ici l'observation d'une patiente pour laquelle cette situation banale a évolué vers un tableau clinique dramatique.

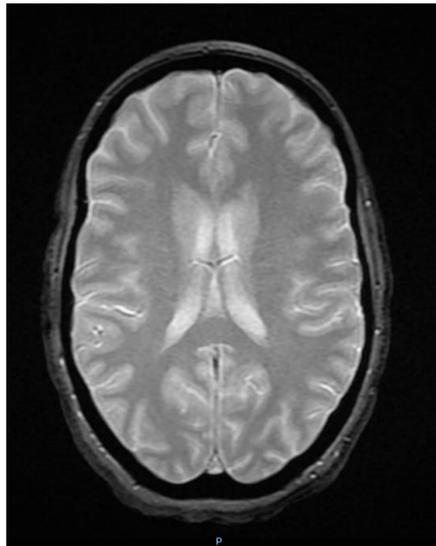
Cas Clinique: Une femme de 33 ans, est adressée en endocrinologie au terme de 19 semaines d'aménorrhée d'une 2ème grossesse, pour hyperthyroïdie biologique avec amaigrissement majeur (perte de 23 Kg depuis le début de la grossesse) vomissements, tachycardie et fatigue extrême l'empêchant de se lever.

Cette patiente, sans antécédent particulier, ne consommait ni tabac ni alcool. Le début de la grossesse avait été marqué par des vomissements importants ayant justifié plusieurs passages aux urgences. Le bilan thyroïdien quelques jours avant l'hospitalisation était le suivant: TSH < 0.1 mIU/L, T4l: 1,5xN, Anticorps négatifs.

A l'entrée on notait un état confusionnel avec désorientation temporo-spatiale qui, d'après ses proches, existait depuis 2 à 3 jours de façon fluctuante. TA normale, Fréquence cardiaque 140/min. Elle présentait également des hallucinations, une amnésie antérograde et une faiblesse musculaire ainsi qu'une ataxie rendant la station debout et la marche impossible.

Un traitement par vitamine B1 IV (500 mg x 3/jour) est débuté

Date	03/11/15	08/12/15	25/12/15
TSH Normale: 0,27-4,2 mUI/ml	<0,01	0,37	0,67
T4l Normale: 12-22 pmol/l	34	13	12,1
T3l Normale 3,1 -6,8 pmol/l		3,4	3,7



Dosages de vitamines		Valeurs Normales
Tiamine nmol/l	32	126-250
Vitamine A µmol/l	0,62	1,5-2,7
Vitamine B6 mmol/l	13	20-134
25 OH Vit D ng/ml	<4	30-80
Albumine g/l	33,8	40-48,9
Pre-albumine g/l	0,13	0,21-0,36

Une IRM cérébrale effectuée, à 76 heures du début de la vitaminothérapie intra veineuse est normale

L'évolution maternelle est favorable, avec l'amélioration rapide de la symptomatologie neurologique, des vomissements qui regressent sous traitement symptomatique permettant à la patiente de reprendre une alimentation orale normale. Le reste des explorations mettent en évidence une dénutrition protéino-énergétique et des carences vitaminiques multiples qui seront également traitées. Après une dizaine de jours persistent seulement quelques troubles de mémoire. Les dosages de vitamine B1, B6 sont normalisés. La patiente présentera par la suite un diabète gestationnel traité par mesures hygiéno-diététiques. La supplémentation vitaminique est poursuivie per os pendant la fin de la grossesse et l'allaitement. Trois mois après l'accouchement, les troubles mnésiques persistent mais beaucoup plus discrets.

L'évolution foetale: l'échographie foetale a toujours montré des mensurations et une viabilité normale. L'accouchement se fait à terme par voie basse le 08/05/2016, donnant naissance à un petit garçon de 4280g, Apgar 9, sans complications néonatales. Trois mois après l'accouchement son développement neurologique est normal.

CONCLUSION: L'Encephalopathie de Wernicke, bien que rare pendant la grossesse hors terrain particulier (chirurgie bariatrique, alcool) doit être suspectée devant des troubles neurologiques dans un contexte de dénutrition, quelle qu'en soit la cause. L'administration immédiate de Vitamine B1 IV poursuivie plusieurs jours permet de limiter les séquelles neurologiques pour la mère et d'éviter les conséquences pour l'enfant: avortement, Mort foetale in utero..