

Goitre fœtal : ne pas sous-estimer le risque iatrogène des antithyroïdiens de synthèse

Fagot Eléonore¹, Hiéronimus Sylvie¹, Wagner-Mahler Kathy², Trastour Cynthia³, Panaïa-Ferrari Patricia⁴, Brucker-Davis Françoise¹
 Services d'Endocrinologie¹, Pédiatrie², Hormonologie⁴, Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal³
 Centre Hospitalier Universitaire de Nice, France

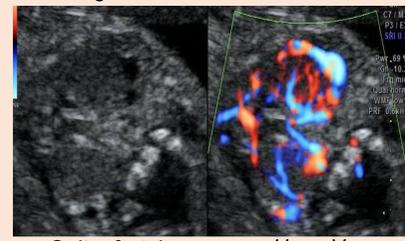
Introduction : L'évaluation in-utero du statut thyroïdien fœtal repose sur l'échographie thyroïdienne à partir de la 22ème SA. L'apparition d'un goitre traduit une dysthyroïdie fœtale (Image 1).

Méthodes : Etude rétrospective multidisciplinaire de 7 goitres fœtaux référés à notre centre de référence.

Recueil des données maternelles (cliniques, hormonales, thérapeutiques), du suivi fœtal par échographistes référents et des données néonatales (cliniques, biologiques, thérapeutiques).

Résultats:

Image 1: Patiente n°1, Dr Benoit



Goitre fœtal HyperV

	1 (Image 1)	2	3 (Image 3)	4 (Courbe)	5	6	7 (Image 2)
Pathologie maternelle	Basedow	Basedow	Basedow	Basedow	Basedow	Basedow	Hyperthyroïdie gestationnelle
PTU (mg)	100	150	50 à 300	300 à 100	200 à 25	300	100 à 150
Période d'exposition	0 à 32 SA	10 à 33 SA	15 à 35+2 SA	6 à 25 SA	10 à 20 SA	20 à 29 SA	19 à 31 SA
Terme au diagnostic	32 SA	32 SA	26 SA	24 SA	23 SA	28 SA	31 SA
Echographie goitre fœtale							
- Vascularisation (V)	HyperV en cadre	HyperV périphérique	HyperV périphérique	HyperV globale	HyperV périphérique	Non décrit	HyperV
- Maturation osseuse	Retard osseux	Normale	Normale	Normale	Normale	Non décrit	Normale
- Autre	Tête défléchie						Tête défléchie
Bilan maternel au diagnostic :							
- TRAK UI	<1	2	42	5	8,12	13	<1
- TSH	2.2	0.078	<0.05	2.5	0.119	<0.01	0.8
- T4 / T3 (pmol/l)	12,6 / 4.39	8,9 / 4.5	10.1 / 10.6	6,5	12,5 / 4.48	9,3 / 4.6	11,9 / 4.5
Diagnostic fœtal retenu	Hypothyroïdie	Hypothyroïdie	Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie	Hypothyroïdie	Hypothyroïdie	Hypothyroïdie
- Arrêt du PTU	32 SA	33 SA	Non	25 SA	20 SA	29 SA	31 SA
- Supplémentation en iode	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Délai de régression du goitre à l'arrêt du PTU	5 semaines	5 semaines	Non applicable (PTU poursuivi)	3 semaines	5 semaines	Non applicable (arrêt PTU depuis 4 j)	2 semaines
Terme à l'accouchement	40+6 SA	39+3 SA	35+2 SA	39 SA	40+3 SA	29+4 SA	39+3 SA
Réanimation néonatale	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
Bilan du nouveau-né:							
- TRAK / TSH / T4 / T3 (sdc)	1.3 - 6,4 / 12,4 / 2,3	1.3 - 2,52 / 15,5 / 2,3	33 - 54 / 6,5 / 3,5	2 - 6,13 / 17 / 1,4	4,1 - 3,9 / 13,1 / 2	7 - 18,9 / 6,3 / 2,15	<1 - 2,5 / 15,3 / 1,9
N TSH (0,1-20,6) / T4 (10,9-16) / T3 (1,3-3)							
- Jour du prélèvement	3	4	2	4	2	3	3
- TRAK / TSH / T4 / T3	1 - 2.3 / 27.6 / 6,17	1 - 1.49 / 43.2 / 7,2	30 - 5.4 / 35.9 / 28,5	1,2 - 25 / 16 / 4,7	4,1 - 1.3 / 26 / 5,36	11 - 0.3 / 26 / 8,3	<1 - 1,17 / 37,9 / 6
NJ3 TSH (0.1-30) / T4 (14-35) / T3 (5,1-8)							
Evolution néonatale	Euthyroïdie	Euthyroïdie puis Hyperthyroïdie transitoire sous ATS	Hypothyroïdie puis hyperthyroïdie transitoire sous ATS	Euthyroïdie puis Hypothyroïdie transitoire	Euthyroïdie	Hypothyroïdie puis hyperthyroïdie transitoire sous ATS	Euthyroïdie

Résumé du recueil des données maternelles, du suivi fœtal ciblé par échographistes référents, et des données néonatales.

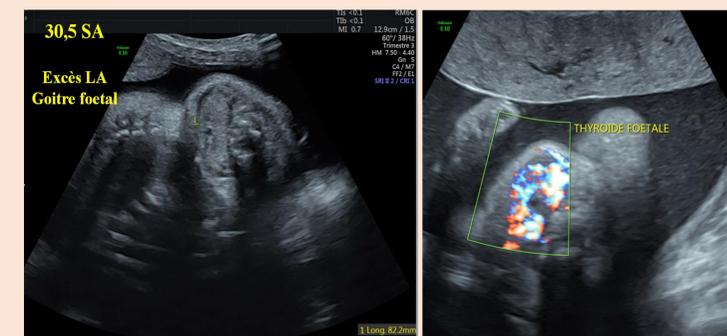
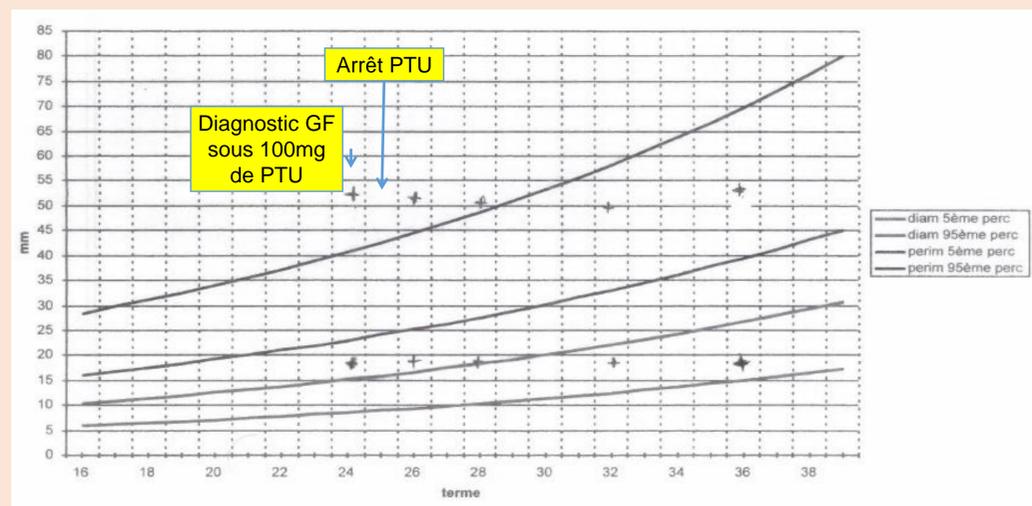


Image 2: Patiente n° 7, Dr Bedel, échographie fœtale à 30,5 SA : Excès de liquide amniotique, tête défléchie, goitre fœtal hypervascularisé



Patiente n°4. Suivi échographique thyroïde fœtale. Diagnostic de GF à 24SA. Arrêt du PTU à 25SA. Régression du goitre à 28SA

Commentaires :

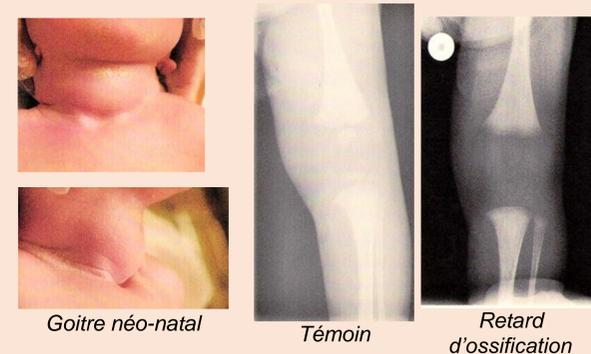
- 6 Maladies de Basedow, 1 Hyperthyroïdie gestationnelle
- 7 Goitres sous PTU diagnostiqués en moyenne à 27 SA
- Difficultés d'interprétation de la vascularisation de la thyroïde fœtale
- **Diagnostic retenu:** hypothyroïdie fœtale dans 6 cas: TRAK négatifs dans 3 cas et T4L maternelle entre 6.5 et 12.6 pmol/l hyperthyroïdie fœtale dans 1 cas (n°3): TRAK très élevés (42) et hyperthyroïdie maternelle sévère à T3. Cordocentèse ambiguë.
- **Attitude thérapeutique :**
- > Arrêt du PTU dans 6 cas dont un 4j avant l'accouchement (n°6)
- > Plus instauration supplémentation en iode dans 2 cas
- > 1 Maintien de PTU inadéquat de manière rétrospective (cas n°3).

Accouchement provoqué à 35 SA et 2j pour anomalies RCF. Nouveau-né en hypothyroïdie (image 3)

- **Evolution in-utero:** 5 régressions du goitre à l'arrêt du traitement (délai moyen 4 semaines) 2 persistances cas n°3 (PTU poursuivi) et cas n°6 (arrêt PTU 4j avant l'accouchement)
- **Evolution post-natale:** 4 TRAK+ au sang de cordon 3 hyperthyroïdies transitoires traitées par ATS (40 jours en moyenne),

Dont 2 (cas n°3 et 6) nés en hypothyroïdie et avec des TRAK+ au sang de cordon

Image 3: Nouveau né de la patiente n° 3



Goitre néo-natal Témoin Retard d'ossification

Conclusions : Une maladie de Basedow maternelle active et/ou un traitement par ATS requiert une évaluation de la thyroïde fœtale par un échographiste référent dès 22 SA. Devant un goitre fœtal, il faut savoir évoquer le rôle potentiellement iatrogène des ATS. L'attitude thérapeutique doit être guidée par une évaluation attentive du bilan thyroïdien maternel et validée par la régression du goitre sur le suivi échographique rapproché. L'expérience montre que l'évaluation du statut thyroïdien fœtal est complexe et changeant (illustré par l'évolution néonatale). Cela doit inciter à la prudence dans les décisions thérapeutiques et la prescription de PTU en cours de grossesse ne fait pas exception.

Nous ne déclarons pas de conflit d'intérêt.