

Prévalence de la dysthyroïdie de primo découverte au cours de la grossesse

A. Hmidet^{*a} (Dr), MH. Gaddour^a (Dr), M. Naifar^a (Dr), F. Hadjkacem^b (Dr), M. Mallek^a (Dr), R. Makhlouf^a (Dr), E. Smaoui^a (Dr), K. Jmal^a (Dr), H. Triki^a (Dr), M. Abid^b (Pr), F. Ayedi^a (Pr)

a Laboratoire de Biochimie, CHU Habib Bourguiba Sfax, UR 12ES17 Faculté de Médecine de Sfax, Sfax, TUNISIE ; b Service d'endocrinologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Sfax, TUNISIE

Introduction

- La grossesse s'accompagne de changements physiologiques qui affectent le fonctionnement de la glande thyroïdienne. Ainsi la validation biologique du bilan thyroïdien au cours de la grossesse reste délicate.
- Le but de ce travail était d'analyser les données clinico-biologiques des femmes enceintes suivies en endocrinologie, pour suspicion de dysthyroïdie.

Patients et méthodes

- Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 4 ans (2014-2017) incluant 65 femmes enceintes suivies au service d'endocrinologie du CHU Hedi Chaker-Sfax pour suspicion de dysthyroïdie.
- L'étude des différents dossiers a permis de recueillir des données épidémiologiques, cliniques et paracliniques (FT4, TSH, Ac anti TPO, données radiologiques).
- Les recommandations de l'ATA 2011 (American Thyroid Association) ont été adoptées pour établir le diagnostic d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie.
- L'analyse des données a été réalisée par SPSS 21

Résultats

- L'âge moyen (n=65) de nos patientes était de 34,82 ans avec des extrêmes allant de 16 à 45 ans.
- Concernant l'âge gestationnel, il variait de 4 à 30 semaines d'aménorrhée. 42 patientes sont consultées au 1er trimestre, 20 patientes au 2ème trimestre et 3 femmes au 3ème trimestre.
- Les antécédents de nos patientes sont présentés dans le tableau I.

Tableau N°1: Les antécédents de notre série

Antécédents Personnels	Antécédents familiaux
Antécédents médicaux	Antécédents Gynéco-obstétricaux
<ul style="list-style-type: none"> • Diabète type 1 (12 cas) • Insuffisance surrénalienne (2cas) • Maladie coeliaque (1cas) • Diabète type 2 (10cas) • Diabète gestationnel (6 cas) • Maladies auto-immunes (5cas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent familial de pathologie thyroïdienne (14 patientes) • Antécédent familial de maladies auto-immunes (8 patientes) • Fausse couche (16 cas) • Mort fœtale in utéro (3cas) • Mort néonatale (2cas) • Accouchement prématuré (4cas)

• Dans notre série, 36 de nos patientes (55.38%) étaient en euthyroïdie clinique, 15 (23.07%) ont rapporté des signes cliniques d'hyperthyroïdie et 14 (21,53%) avaient des signes d'hypothyroïdie.

• L'examen physique a révélé la présence de goitre chez 11 patientes soit 16,92% des cas. L'échographie cervicale a révélé un goitre multi nodulaire et un goitre simple chez 6 et 5 patientes respectivement. (Fig 1)

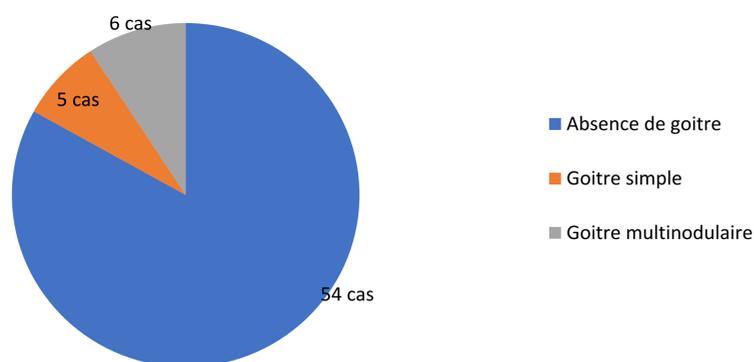


Figure N°1: Répartition des patientes selon la présence ou l'absence d'un goitre

• L'exploration biologique a permis de confirmer une dysthyroïdie chez 9 patientes soit 13,8% des cas. Le diagnostic de la maladie de Basedow a été retenu pour une patiente ayant une hyperthyroïdie périphérique (TSH < 0,01 µU/mL, FT4 = 29,30 pmol/L) avec un taux positif des Anticorps anti R TSH à 5,86 UI/mL.

• Les Ac anti TPO étaient positifs dans 1 seul cas.

Tableau N°II: Bilan biologique chez les patientes ayant une hypothyroïdie

Bilan thyroïdien	Hypothyroïdie fruste (n=2)	Hypothyroïdie primaire (n=6)
TSH (µU/mL)	6,09	8,01 ± 4,52
FT4 (pmol/L)	14,40	10,97 ± 1,18

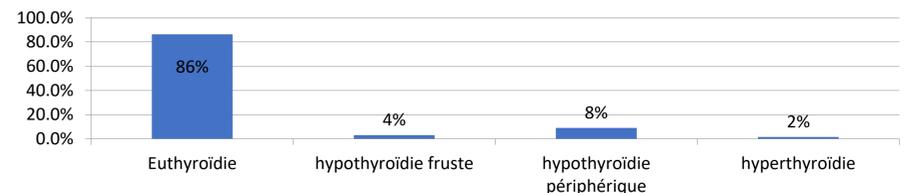


Figure N°2 : Répartition des patientes selon le profil fonctionnel thyroïdien

Discussion

- Dès le début du 1er trimestre de grossesse, on observe une élévation de l'oestradiolémie. Cette sécrétion accrue des oestrogènes induit une augmentation du taux de TBG [1]. Ainsi la fraction libre active de la T4 diminue ce qui engendre un rétrocontrôle positif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, et une stimulation thyroïdienne secondaire à l'élévation de la TSH hypophysaire [2].
- L'HCG stimule la glande thyroïde pendant la grossesse avec un maximum entre la 8e et la 14e SA [1], on parle d'effet « TSH-like » entraînant une augmentation de la synthèse de T4.
- Ainsi, on observe un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de TSH, qui explique que les taux de TSH soient inférieurs chez la femme enceinte en comparaison aux femmes non enceintes, au cours du 1er trimestre de grossesse [3].
- Au cours de la grossesse on note une augmentation de la clairance rénale de l'iode (par augmentation de la filtration glomérulaire) [3].
- Dans certains cas les femmes sont considérées à haut risque selon l'ATA tels que : Age > 30, ATCD familial de dysthyroïdie, ATCD de dysthyroïdie, de chirurgie de la thyroïde, d'irradiation tête/cou, de DT1, de pathologie AI, de fausses couches, accouchements prématurés, Utilisation de lithium, administration récente de produit de contraste, Signes cliniques, goitre, Ac anti TPO, BMI > 40, Infertilité, Région de carence iodée.
- L'hypothyroïdie primaire est définie par une TSH élevée (>2.5mUI/L) et une T4 libre basse. Les femmes avec une TSH > ou = à 10mUI/L quel que soit le taux de T4 libre sont aussi considérées comme ayant une hypothyroïdie primaire, Sa prévalence est de 0.3 à 0.5% [4,5]. Dans notre étude, l'hypothyroïdie a été observée chez 8% de nos patientes
- L'hypothyroïdie est associée avec un risque élevé de fausse couche de diminution du QI des enfants, d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance, de mort-nés, d'hypertension gestationnelle (éclampsie, pré éclampsie, détresse respiratoire néonatale [1,2], dans notre étude, L'hypothyroïdie était associée à une prévalence élevée de pathologies auto-immunes non thyroïdienne, d'ATCD de fausse couche, de mort fœtale in utéro et d'accouchement prématuré.
- Une hyperthyroïdie serait rarement présente au cours de la grossesse (1 à 3% des femmes enceintes). Le diagnostic est difficile en l'absence d'antécédents connus car la plupart des signes (labilité émotionnelle, tendance à la tachycardie...) peuvent être mis sur le compte de l'état gestationnel [2].
- L'étiologie la plus fréquente de l'hyperthyroïdie au cours de la grossesse est la maladie de Basedow, il se produit dans 0.1 à 1% des grossesses [1]. Son diagnostic repose sur l'aspect du goitre (homogène, vasculaire), l'existence de signes oculaires (orbitopathie avec signes inflammatoires et/ou exophtalmies), la mise en évidence d'un taux élevé d'immunoglobulines thyroïdiennes (TSI).

Conclusion

- La prévalence des dysthyroïdies pendant la grossesse est non négligeable.
- Un meilleur suivi de la fonction thyroïdienne permet de prévenir le risque de complications obstétricales chez la mère et chez le fœtus.

Références

- Casey, B.M., Subclinical hypothyroidism and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 2006.
- Budenhofer, B.K., et al., Thyroid (dys-)function in normal and disturbed pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 2013.
- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin O P, Sullivan S, Wiersinga W. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011;
- Roti, E., R. Minelli, and M. Salvi, Clinical review 80: Management of hyperthyroidism and hypothyroidism in the pregnant woman. *J Clin Endocrinol Metab*, 1996.
- Leung AS, Millar LK, Koonings PP, Montoro M, Mestman JH. Perinatal outcome in hypothyroid pregnancies. *Obstet Gynaecol* 1993;81:349-53
- Mestman JH. Hyperthyroidism in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2004