

STATUT IODÉ ET PARAMÈTRES THYROÏDIENS CHEZ DES FEMMES AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE COMPARATIVEMENT À DES FEMMES EN ACTIVITÉ GÉNÉTALE

MEA Amani ⁽¹⁾, S Amani⁽²⁾, L Zemour ⁽¹⁾, N Midoun ⁽¹⁾, F Chentli ⁽³⁾

(1) EHU 1° novembre 1954, (2) CHU Dr Benzerdjeb, Oran, CHU Bab-El-Oued d'Alger-ALGERIE-

INTRODUCTION : les anomalies thyroïdiennes au cours de la grossesse débutent au premier trimestre et augmentent au fur et à mesure que la gestation évolue. **Notre objectif** était de dépister les anomalies maternelles morphologiques et fonctionnelles de la glande thyroïde durant le premier trimestre de la grossesse.

SUJETS ET MÉTHODES : travail prospectif, réalisé à Oran, ayant comparé 270 femmes au premier trimestre de la grossesse à 270 femmes témoins en activité génitale et appariées pour l'âge. Ont été exclues les femmes tabagiques et celles ayant des affections thyroïdiennes ou des prises médicamenteuses perturbant la thyroïde. Même protocole pour les deux groupes à savoir, interrogatoire, examen clinique, échographie cervicale, dosages hormonaux de TSH, FT4, FT3 et anticorps anti thyroïdiens (anti TPO, anti Tg ± TSI).

RÉSULTATS : l'âge moyen (en années) des sujets était de 29.4 ± 0.4 vs 30.3 ± 0.4 pour les témoins (DNS), 63.0% des femmes enceintes étaient originaires d'une zone d'endémie goitreuse vs 54.8% pour les témoins ($p < 0.01$), antécédents familiaux d'affections thyroïdiennes 21.1% vs 40.0% ($p < 0.01$), volume thyroïdien moyen (ml) 6.5 ± 2.4 vs 7.2 ± 3.9 ($p < 0.01$), iodurie moyenne ($\mu\text{g/l}$) de 202.0 ± 5.8 vs 225.6 ± 5.8 ($p < 0.01$), TSH moyenne (mUI/l) de 1.8 ± 0.2 vs 2.4 ± 0.2 ($p < 0.01$), efficacité iodée 89.2% vs 92.5% (DNS), euthyroïdie 79.7% vs 86.3% (DNS), hypothyroïdie 11.5% vs 11.5% (DNS), forme patente 3.0% vs 4.4% et forme latente 8.5% vs 7.1% (DNS). Il n'y avait pas de corrélation entre iodurie et FT4 ou le volume thyroïdien, ni entre le volume thyroïdien et TSH aussi bien chez les gestantes que chez les témoins.

Tableau I : Résumé des données hormonales et de l'iodurie chez les femmes enceintes comparativement au groupe témoin

Données hormonales et iodurie	F enceintes	Témoins	P
Iodurie moyenne ($\mu\text{g/l}$)	202.0 ± 5.8	225.6 ± 5.8	< 0.01
Iodurie médiane ($\mu\text{g/l}$)	204.0	227.0	< 0.01
TSH moyenne (mUI/l)	1.8 ± 0.2	2.4 ± 0.2	< 0.01
TSH médiane (mUI /l)	1.2	1.8	< 0.01
FT4 moyenne (pmol/l)	14.2 ± 0.1	14.8 ± 0.2	DNS
FT4 médiane (pmol/l)	14.1	14.6	DNS
FT3 moyenne (pmol/l)	4.9 ± 0.1	4.8 ± 0.1	DNS
FT3 médiane (pmol/l)	4.9	4.9	DNS

Fig 1 : Répartition des valeurs de l'iodurie instantanée chez les femmes enceintes (classification d'Eastman)

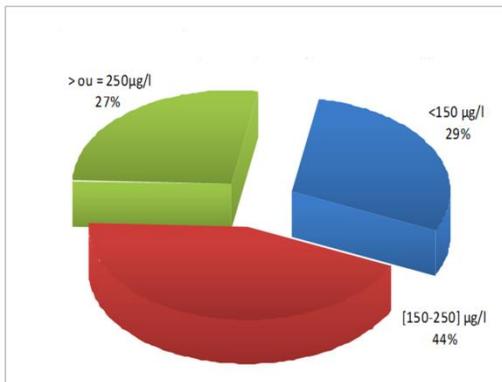
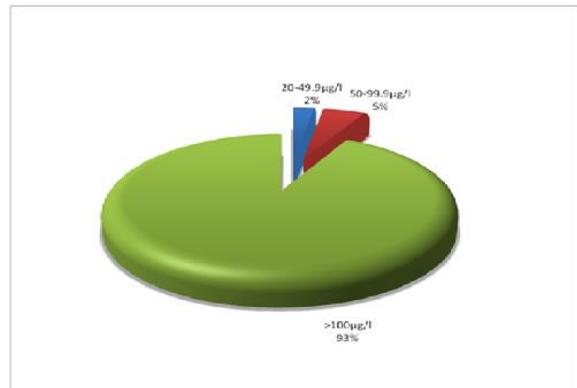


Fig 2 : Répartition des valeurs de l'iodurie instantanée chez les témoins (classification internationale)



En étude multivariée, les deux facteurs les plus fortement associés à l'état de grossesse étaient l'origine d'une zone d'endémie goitreuse avec $OR_{95\%}$ ajusté=1.5 (1.05-2.11) et les antécédents familiaux de pathologies thyroïdiennes avec $OR_{95\%}$ ajusté=2.9 (1.93-4.40).

DISCUSSION : Oran, située au bord de la mer Méditerranée, à 400Km à l'ouest d'Alger, est efficace en iode : l'iodurie, la TSH et le volume thyroïdien des témoins étaient normaux [$225.6 \pm 5.8 \mu\text{g/l}$, $2.4 \pm 0.2 \text{ mUI/l}$ et $7.2 \pm 3.9 \text{ ml}$ respectivement]. Le volume thyroïdien des gestantes était inférieur/témoins [6.5 ± 2.4 vs $7.2 \pm 3.9 \text{ ml}$, $p < 0.01$], notre résultat étant proche de ceux de Vila, Azizi et Fister (respectivement 7.8, 8.8 et 8.7ml). L'iodurie moyenne était plus basse chez les gestantes [202.1 ± 5.8 vs $225.6 \pm 5.8 \mu\text{g/l}$, $p < 0.01$] avec un résultat similaire à celui d'Azizi en Iran ($206 \mu\text{g/l}$). Le déficit iodé était de 29% vs 7.5% (DNS), proche de ceux d'Azizi et d'Aini en Iran, au 1^{er} trimestre (30% et 33.2% respectivement). La TSH moyenne de nos cas était plus basse/témoins [1.8 ± 0.2 vs $2.4 \pm 0.2 \text{ mUI/l}$, $p < 0.05$], notre résultat ($1.8 \mu\text{UI/l}$) est identique à celui de Costeira mais plus élevé que celui rapporté par Caron à Toulouse (1.28 mUI/l). Quant aux hypothyroïdies, elles ont concerné 11.5% de grossesses vs 11.5% des témoins, l'explication en est le fait d'avoir travaillé au 1^{er} trimestre mais aussi l'efficacité iodée d'Oran. Par ailleurs, dans notre étude, l'hypothyroïdie franche a touché 3.0% des cas vs 4.4% des témoins (DNS), la revue de littérature retrouve des taux oscillant entre 0.05% et 11.4%. Le taux de 11.4% rapporté par Mannisto en Finlande est expliqué par l'auteur lui-même par la prévalence élevée des affections thyroïdiennes dans la région étudiée. En étude multivariée, l'origine d'une zone d'endémie goitreuse et les antécédents familiaux de pathologies thyroïdiennes étaient les deux facteurs les plus fortement associés à l'état de grossesse.

CONCLUSION : l'efficacité iodée de notre région, le fait d'avoir travaillé sur le 1^{er} trimestre de la grossesse ainsi que la rareté des affections thyroïdiennes et des maladies autoimmunes familiales expliqueraient la relative discrétion des anomalies thyroïdiennes observées chez nos gestantes.

Pas de conflit d'intérêt