

Malabsorption de la T4 et grossesse

GUEDJ AM¹, GILLY O¹, COSMA V¹, TAILLARD V¹, MOUSTY E²,

1 Maladies métaboliques et endocriniennes ; 2 Gynécologie Obstétrique CHU Nîmes

Introduction : La substitution en L Thyroxine pendant la grossesse est bien codifié .
Cependant en cas de malabsorption elle peut être difficile .

Cas clinique : Patiente de 30 ans , prise en charge à 16 SA : TSH 334 mui/l(N<4) T4L 3,6pmol/l (N 12-21) et T3L 2,1 pmol/L(N 3-6,8) AcTPO négatifs, TRAK négatifs sous Levothyrox® 200µg/j à priori pris régulièrement .

ATCD : Hypothyroïdie depuis âge de 17 ans, bilan antérieurs (Gastroskopie et biopsie gastrique normales , AC anti cellules pariétales négatifs , Ac maladie cœliaque négatifs , Test à la T4 positif(T4 de 8 à 14 pmol/l) .Échographie thyroïdienne : nodule 26 mm TIRADS 3 , cytoponction bénigne ,TCT basse . IRM hypophysaire « notion d'adénome » , Champ visuel normal , hypophysiogramme normal. Au niveau gynécologique : G7 P1. 5 FCS.Familial : père Basedow

Mis en place des 16 SA , L-THYROXINE en IM x3/semaine (400µg/semaine puis 700 µg/semaine) , normalisation rapide T4L (à 14,6 pmol/l) et TSH (2,0mui/l) . Pas d'anomalie thyroïde fœtale , ni du rythme cardiaque . Accouchement 39 SA, PN 3,5 kg , Apgar10/10 . Évaluation néo natale et 3 mois en pédiatrie RAS.

Poursuite voie parentérale en post partum à 300µg/semaine (TSH 5mUI/l T4L 13 pmol/l)

Conclusion : Hypothyroïdie majeure à priori sur malabsorption mais de cause inconnue , nécessitant la voie parentérale au long cours et éducation par rapport aux grossesses. Retentissement à long terme sur l'enfant à surveiller .