



Thyroïde et grossesse

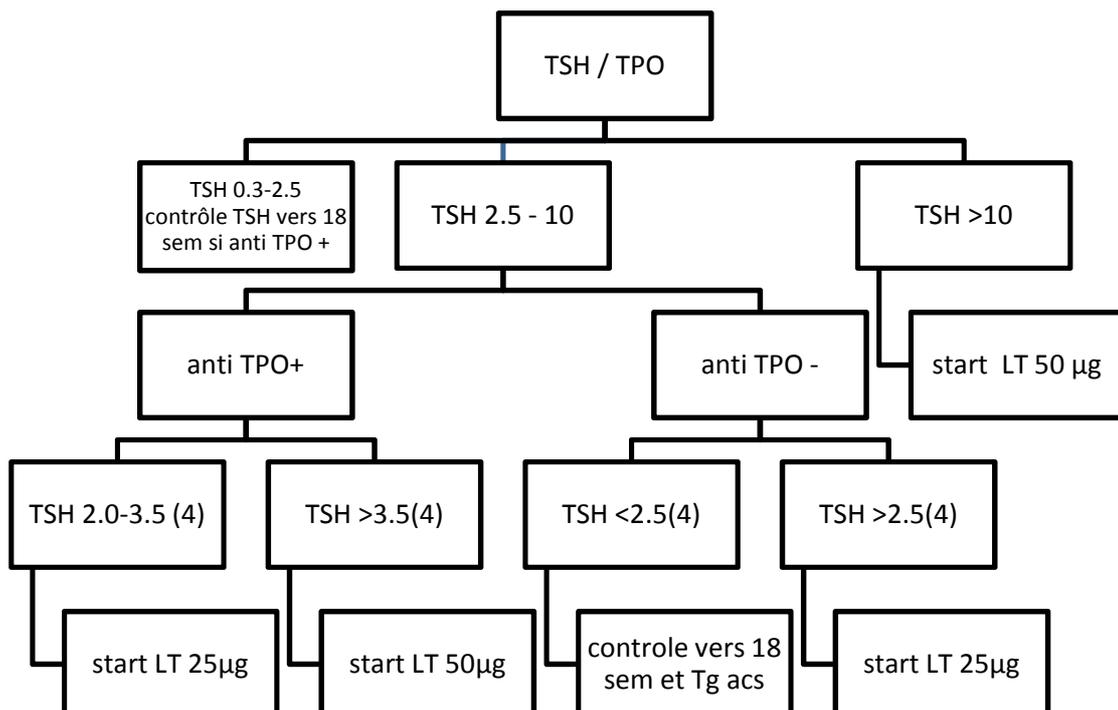
A) Hypothyroïdie connue avant la grossesse et déjà traitée:

- Augmentation des doses de 20 à 30 % dès le retard des règles, par paliers successifs de 25 µg
- Contrôle TSH toutes les 4-6 semaines (4 semaines si changement de dose, si non 6 semaines); jusqu'à 30 semaines.
- But : TSH < 2.5 mIU/L.
- PP : reprise dose avant la grossesse et contrôle dans 6 semaines

B) Hyperthyroïdie connue : tjrs présente ou dans les antécédents: suivi endocrinologique et obstétrique niveau 3

C) Dépistage : dès la 1^{ère} CPN ou en préconceptionnel: mesures de TSH, Anti-TPO

TSH > Normal



LT= L-thyroxine

Prise le matin à jeun (vitamines iodées à midi)

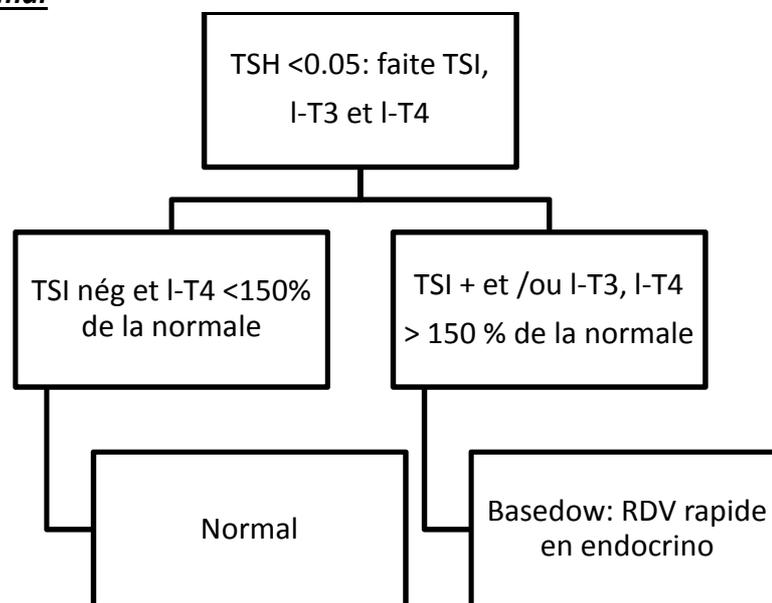
Prévoir rdv endocrino (rapide qd TSH >10 mIU/L)

Contrôle T4-libre et TSH 1 mois après le début du traitement : adapter le traitement pour obtenir une TSH < 2.0 (2.5) mIU/L (1^{er} (2-3èmes) trim.)

Suivi Niveau 2 ou 3 si TSH > 10 mIU/L

PP : stop traitement si dose nécessaire pdt la grossesse ne dépasse pas 50 µg et contrôle 6 semaines après .

TSH < Normal



1. Valeurs normales pendant la grossesse

- Iode urinaire :150 – 250 µg/L
- TSH : 0.05 – 3.5 (mUI/ml) - au 1^{er} trimestre (exception femmes Caucasiennes TSH limite inférieur 0.1 mIU/L)
- TSH : 0.30- 4 mIU/L - aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres
- l-T4 : 12-22 pmol/L*
- Anti-TPO <34 UI/mL

* Les taux de thyroxine (T4, T3) peuvent varier d'un labo à l'autre et d'un trimestre à l'autre. Nous recommandons d'adapter ce protocole en matière de taux de thyroxine avec votre laboratoire.

2. Besoins en Iode pendant la grossesse et l'allaitement

250 µg par jour en ne dépassant pas 500 µg par jour

En Belgique apport 'naturel' insuffisant en moyenne >> supplémentation de 100 à 150 µg/jour

3. Thyroïde et grossesse normale

- E2 > augmentation de la Thyroxine Binding Globulin (TBG) >> augmentation de la T4 et T3 totales, mais pas de la l-T4 et de la l-T3 (libres).
- Légère augmentation du volume de la thyroïde consécutive aux besoins accrus
- HCG a un effet TSH-like >> stimule la thyroïde et provoque un rétrocontrôle négatif sur la synthèse de TSH . Ceci entraîne une chute temporaire de la TSH (principalement au premier trimestre) (effet en « miroir ») >> valeur normale plus basse qu'en dehors de la grossesse. Transitoirement, on peut observer une augmentation de la l-T4 et l-T3 au premier trimestre, mais les taux restent généralement dans les limites de la normale.

4. Hypothyroïdie et grossesse

4.a.Hypothyroïdie subclinique

Définition

TSH supranormale avec l-T4 normale

Fréquence: 3%

Traitement : Cf schéma au début

4.b. Anti TPO et/ ou anti TG avec tests thyroïdiens normaux :

Fréquence: 5-15%

Traitement : L-Thyroxine si TSH dépasse 2.0 mIU/L

Une étude a montré une diminution du risque, mais à confirmer par d'autres études.

4.d.Hypothyroïdie Clinique

Définition

TSH supranormale avec l-T4 infranormale

Fréquence : < 1%

Traitement :

L-thyroxine : T4 synthétique qui, après désiodation, se transforme en T3 active

La $\frac{1}{2}$ vie est de 7 jours

Doit être pris A JEUN (de préférence le matin), absorption diminuée par fer, calcium, cholestyramine, hydroxide d'aluminium, antiulcéreux, ...)

5. Hyperthyroïdie et grossesse

Fréquence: <1%

Maladie de Basedow

Définition :

Maladie auto-immunitaire < Thyroid Stimulating Immunoglobulin (TSI ou TSA_b) = Ig anti-Récepteur de la TSH

>> suppression de la TSH et nette augmentation de la l-T4

Risques pour le fœtus/né:

Soit Hyperthyroïdie < passage de TSI maternel : peu fréquent (1%) mais peut être très grave (mort, séquelles neurologiques), surtout si le TSI reste élevé chez la mère au cours de la seconde partie de la gestation

Soit Hypothyroïdie (50%) < passage du PTU qui inhibe la thyroïde fœtale à partir de 20 sem de grossesse et/ou de l'inhibition de son axe hypothalamo-hypophysaire vu l'excès de T4 < mère (éviter in utero si l-T4 maternelle maintenue à la limite supérieure de la nle, transitoire après la naissance)

>> Symptômes in utéro :

Goitre, Tachycardie fœtale, RCIU, MFIU, accélération de la croissance (ossification avancée, points d'ossification précoces), etc.

Donc échographie 1 x par mois à partir de 24 semaines pour surveillance croissance, doppler, goitre ?

Biologie:

TSH<0.05

+ l-T4> 150% valeur normale

+ TSI >1.5 U/L = diagnostic de Basedow

Traitement:

Préliminaire

En début de grossesse et plus particulièrement en cas d'hyperémésis gravidique il existe souvent une hyperthyroïdie physiologique

La TSH est << nle mais la l-T4 est plus rarement > nle

Jamais de traitement si TSI négatif et l-T4 pas supérieur à 150%

- **Propylthiouracyl (PTU) : (mieux que Strumazol suspect de tératogénicité)**
 - Empêche la transformation de la T4 en T3
 - N'agira que lentement car T4 et T3 sont stockées dans la thyroïde et ont une très longue demi-vie
 - ES : Nausée, rash, subpyrexie (fréquent) // aplasie médullaire, hépatite, vasculite (très rare)
 - **A la dose la plus faible possible (100-200 mg/jour)**
 - A diminuer progressivement en cours de grossesse. Dans 30% des cas, plus de traitement nécessaire au 3^{ème} trimestre
 - Allaitement maternel autorisé si dose < 300 mg/j
 - **But : maintenir la l-T4 maternelle à la limite sup de la normale**
- Béta-bloquants: à éviter vu ES chez le nné.
- Thyroïdectomie : à envisager (de préférence au 2^{ème} trimestre) si intolérance au PTU
- Traitement à l'iode radioactif Iode131 TOTALEMENT CONTRE-INDIQUÉ, destruction de la thyroïde foetale (surtout si administré après le 1^{er} trimestre)

6. Thyroïdite du PP (même après grossesse arrêtée au 1^{er} trimestre)
< exacerbation d'une thyroïdite de Hashimoto

Fréquence:

5 à 10 %

25% si diabète type 1

50% si anti-TPO élevés pendant la grossesse

Dépistage :

TSH à 3 et 6 mois PP si anti-TPO positifs pendant la grossesse, en cas de diabète de type 1, si antécédent de thyroïdite du PP ou si dépression

Traitement suivi :

Pendant la phase d'hyperthyroïdie : Béta bloquants (40 à 120 mg de propanolol ou 25 à 50 mg d'aténolol)

Pendant la phase d'hypothyroïdie (si TSH > 10 mIU/L): L-thyroxine ou éventuellement abstention thérapeutique si peu de symptôme + TSH <10+ pas de projet immédiat de grossesse = surveillance TSH 1 x par mois)

Références :

- 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children Lazarus L, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B Eur Thyroid J 2014;3:76–94
- Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, Eastman CJ, Lazarus JH, Luton D, Mandel SJ, Mestman J, Rovet J, Sullivan S: J Clin Endocrinol Metab 2012; 97: 2543–2565
- High prevalence of thyroid disorders in pregnant women in a mildly iodine-deficient country: a population-based study. Moreno-Reyes R, Glinoeer D, Van Oyen H, Vandevijvere S J Clin Endocrinol Metab 2013; 98: 3694–3701.
- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease during Pregnancy and Postpartum. Thyroid 2011; 21: 1081–1125.

Protocole élaboré par le groupe périnat du GGOLFB : Sophie Alexander, Patricia Barlow, Pierre Bernard (directeur), Gilles Ceysens, Maité Delfosse, Patrick Emonts, Philippe Jadin, Clotilde Lamy, Delphine Leroy, Philippe Petit, Christine Van Linthout, Louise Watkins-Masters, 2017