 <p>Aux portes de la vie</p>	NOUVEAU-NE DE MERE PRESENTANT UNE PATHOLOGIE THYROIDIENNE	Protocole pédiatrique n°5 version 4 page 1/3
---	--	--

Référence : RSN/PR/REA.P/005/C	Date de 1 ^{ère} mise en service : 09/05/2004
--------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :
1	07/12/2004		AG
2	19/09/2007		
3	15/02/2011		
4	13/01/2015	Mise à jour	Dr S. HYERONIMUS

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction Dr JC. MAS	Nom et fonction Dr S. HYERONIMUS Dr F. BRUCKER Dr M. HOFLACK Dr K.WAGNER Dr F. GASTAUD	Nom et fonction : Dr AM. MAILLOTTE	Nom et fonction : CMS
Date : 7/12/2004	Date : 10/01/2015	Date : 11/01/2015	Date : 15/02/2015
Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé

Une dysfonction thyroïdienne chez le nouveau-né peut résulter soit :

- **de la pathologie maternelle** : essentiellement maladie de Basedow avec passage de la mère à l'enfant d'anticorps dirigés contre le récepteur de la TSH
- **du traitement que reçoit la mère** : essentiellement les anti-thyroidiens de synthèse
- **soit des deux**


De ce fait, **il est indispensable que figurent dans le dossier obstétrical les antécédents maternels détaillés** (cf : protocole « thyroïde et grossesse »)

1 / Nouveau-Né dont la mère est traitée ou a été traitée en début de grossesse par anti thyroïdiens de synthèse (Néo-mercazole, Thyrozol ou Propylex (PTU))

Le risque d'une dysfonction thyroïdienne néo-natale (hyperthyroïdie ou hypothyroïdie) chez les nouveau-nés de mère avec maladie de Basedow dépend de la positivité des TRAK et/ou du traitement par anti-thyroidiens de synthèse au dernier trimestre.

Le bilan doit être impérativement communiqué et interprété par un endocrinopédiatre.

- **Le nouveau-né doit bénéficier d'un examen clinique attentif.** L'utilisation d'ATS en début de grossesse notamment (6-10 SA) expose à des malformations (toutes ne sont pas diagnostiquées in utero) : aplasia cutis (agénésie localisée du cuir

 <p>Aux portes de la vie</p>	NOUVEAU-NE DE MERE PRESENTANT UNE PATHOLOGIE THYROIDIENNE	Protocole pédiatrique n°5 version 4 page 2/3
---	--	--

chevelu), atrésie des choanes uni ou bilatéral (osseux ou membranes), défaut de fermeture de la paroi abdominale, atrésie œsophage, anomalies rénales...Enfin recherche d'un goitre

Si existence d'une malformation pouvant être rapportée à un ATS, penser à en informer la pharmaco vigilance.

- **Idéalement**, sur prescription médicale :
Bilan au sang de cordon : TSH, T4I, T3I, TRAK (la positivité des TRAK permet d'anticiper la prise en charge du nouveau-né).
Modalités de prélèvement : volume minimum 1,5 ml sur tube sec avec gélose ; préciser « sang de cordon » et inscrire l'identité de l'enfant.
Si possible à envoyer au laboratoire d'hormonologie du CHU* de préférence (Hôpital Pasteur, Pavillon J, 3^e étage).

- **Systématiquement bilan à J3** (ce délai correspond au temps d'élimination de l'ATS qui protège l'enfant) : TSH, T4I, T3I, TRAK à envoyer au laboratoire de son choix.
Modalités de prélèvement : volume minimum 1 ml sur tube sec avec gélose.
Si possible transmettre le bilan à un endocrino- pédiatre.

- **En cas de dysthyroïdie néo-natale** : échographie thyroïde et points d'ossification sur prescription de l'endocrino-pédiatre.


- **Allaitement** :
 - Neo-mercazole et apparentés: discuter avec le CRAT en fonction des doses et du traitement du nouveau-né.
 - PTU : A proposer en première intention aux posologies habituelles (< 400mg/J) est autorisé. Par prudence, vérifier TSH, T4I et T3I chez l'enfant mensuellement.
 - Si la maladie de Basedow est encore active en fin de grossesse, l'allaitement est déconseillé.

2/ Nouveau-Né dont la Mère prend uniquement un traitement substitutif par Levothyrox ou Levothyroxine:

Pour le nouveau-né, le traitement administré à la mère ne pose pas par lui-même de problème.

- Dans la majorité des cas, **le test de Guthrie** suffit pour dépister les hypothyroïdies chez le nouveau-né et **tout bilan supplémentaire est inutile**

- **Dans les rares cas** où l'hypothyroïdie est secondaire à une maladie de Basedow traitée par thyroïdectomie ou Iode radioactif **et que les TRAK sont toujours positifs**, faire TSH, T4I et T3I à J3. **Bilan à communiquer à l'endocrino-pédiatre.**

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p>NOUVEAU-NE DE MERE PRESENTANT UNE PATHOLOGIE THYROIDIENNE</p>	<p>Protocole pédiatrique n°5 version 4 page 3/3</p>
---	---	--

Au total : Ne seront prélevés que les nouveau-nés dont la mère a une maladie de Basedow opérée ou traitée par Iode radioactif (vérification d'une cicatrice ou la notion de prise de traitement) ou d'une mère qui reçoit un ATS.
Un nouveau-né sur 50000 présente une hyperthyroïdie néonatale

Références :

M Polak, D Luton. Fetal Thyroidology. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2014 28 161-173

P Laurberg & S Andersen; Antithyroid drug use in early pregnancy and birth defects: time windows of relative safety and high risk? European Journal of Endocrinology 2014 171 R13-R20

The American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease during pregnancy and postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011