

 <p>Aux portes de la vie</p>	THYROÏDE ET GROSSESSE	Protocole obstétrical n°22 version 1 page 1/3
---	------------------------------	---

Référence : RSN/PR/REA.O/021/C	Date de 1^{ère} mise en service : 13/01/2015
---------------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction Dr S.HYERONIMUS Dr C.AMIEL Mme B. RAMILISSON	Nom et fonction :	Nom et fonction Dr AM. MAILLOTTE	Nom et fonction : CMS
Date : 10/01/2015	Date :	Date : 11/01/2015	Date : 13/01/2015
Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>	Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>	Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>	Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>

Afin de dépister les formes frustre ou modéré de dysthyroïdie, il est recommandé de réaliser en début de grossesse (au premier trimestre) un dosage de la TSH chez les patientes à risque :

- Antécédents personnels et/ou familiaux de maladie thyroïdienne
- Existence d'une dystrophie thyroïdienne (goitre, nodule(s))
- Antécédents de maladie auto-immune (diabète de type 1, lupus,...)
- Traitement antérieur ou en cours susceptible d'altérer la fonction thyroïdienne
- Antécédent d'au moins 2 fausses couches spontanées ou accouchement prématuré

Un résultat pathologique nécessite une consultation avec un médecin endocrinologue.

Norme TSH au cours de la grossesse :

- TSH < 2.5 mUI/L au premier trimestre de la grossesse
- TSH < 3 mUI/L au deuxième et troisième trimestre de grossesse

1. HYPOTHYROÏDIE ET GROSSESSE

1.1. Hypothyroïdie connue avant la grossesse

La grossesse chez une patiente atteinte d'hypothyroïdie impose l'adaptation de son traitement substitutif à l'évolution du taux de la TSH. Dans tous les cas le dosage du traitement sera augmenté.

1.2. Hypothyroïdie découverte en cours de grossesse

La cause la plus fréquente est la thyroïdite auto-immune ou thyroïdite de Hashimoto.

La découverte d'une hypothyroïdie en cours de grossesse impose l'instauration d'un traitement substitutif par hormones thyroïdiennes (Levothyrox® ou Levothyroxine®) sans délai.

Les modalités de suivi seront à discuter avec l'endocrinologue référent.



Ne pas prendre la levothyroxine en même temps que :

- La supplémentation en fer
- Les suppléments de grossesse contenant du Calcium et/ou du fer
- Le Gaviscon® et les Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP)

Il est nécessaire d'espacer de 4 heures la prise entre les hormones de substitution et ces traitements car ils inhibent l'absorption de la lévothyroxine.

2. HYPERTHYROÏDIE ET GROSSESSE

Il existe 2 étiologies principales d'hyperthyroïdie pendant la grossesse.

- La thyrotoxicose gestationnelle transitoire
- La maladie de Basedow

2.1. La thyrotoxicose gestationnelle transitoire

Il s'agit d'une hyperthyroïdie biochimique, assez fréquente (2 à 3% des femmes enceintes), non auto-immune. La prévalence est plus forte lors des grossesses gémellaires.

Généralement, il n'y a pas de signes de thyrotoxicose et les anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAK) sont négatifs (diagnostic différentiel avec la Maladie de Basedow). Ce diagnostic est à évoquer pour toute femme présentant un syndrome de vomissement incoercible du premier trimestre et n'ayant pas d'antécédent thyroïdien ou digestif. Le traitement sera celui des symptômes.

Dans la plupart des cas, cette hyperthyroïdie régresse spontanément vers 20 SA et, il n'y a pas d'effet foetal ou néonatal.

2.2. La maladie de Basedow

Deux situations possibles :

- patiente atteinte d'une Maladie de Basedow active : maladie connue avant la grossesse ou découverte au cours de la grossesse
- patiente ayant un antécédent de maladie de Basedow traité radicalement par chirurgie ou iode 131

Cas des patientes ayant une maladie de Basedow active

Le traitement par anti-thyroïdiens de synthèse (ATS) a pour objectif d'obtenir une euthyroïdie pour prévenir les complications maternelles et fœtales. Les ATS passant la barrière placentaire, la stratégie thérapeutique visera à trouver la dose minimale efficace pour minimiser les risques d'hypothyroïdie fœtale.

 <p>Aux portes de la vie</p>	THYROÏDE ET GROSSESSE	Protocole obstétrical n°22 version 1 page 3/3
---	------------------------------	---

Cas des patientes traitées radicalement (chirurgie ou iode 131)

Ces patientes sont substituées par Lévothyrox® et, **il est nécessaire de bien renseigner dans le dossier obstétrical l'étiologie de l'hypothyroïdie**. En effet, les nouveau-nés de mère ayant un antécédent de Maladie de Basedow nécessitent une surveillance rapprochée durant la période néonatale.

Un dosage des TRAK doit être fait au cours du **premier et du troisième trimestre** de la **grossesse** pour toute patiente présentant une Maladie de Basedow active ou non. Un taux élevé de TRAK, surtout au 3ème trimestre, expose à une dysthyroïdie fœtale et néonatale.

En conclusion, au moindre doute il est conseillé de prendre l'avis d'un endocrinologue pour la conduite à tenir, aussi bien pour le suivi maternel que pour la surveillance du nouveau-né.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1 – **CNGOF** Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique (2004)
Anomalies thyroïdiennes en début de grossesse : que faire ?
luton.qxd – 2004 _Go_131_luton.pdf [internet]
- 2 – **HAS** Hypothyroïdies frustrées chez l'adulte : diagnostic et prise en charge (avril 2007)
- 3 - **Bricaire L, Groussin L.** Pathologies thyroïdiennes et grossesse. Rev Med Interne (2014),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2014.07.010>
- 4 - **De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al.** Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2012;97:2543–65.
- 5 - **Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al.** Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011;21:1081–125.
- 6 - **WHO** Secretariat, Andersson M, de Benoist B, Delange F, Zupan J. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the technical consultation. Public Health Nutr 2007;10:1606–11.
- 7 – J.Lansac, G. Magnin, L. Sentilhes, Obstétrique pour le praticien Elsevier Masson