

La thyroïde pendant la grossesse : *il faut s'en occuper!*

Frédéric Bernier, MD, FRCPC et Marie-France Langlois, MD, FRCPC, CSPQ

Le cas de Gabrielle, Sarah et Rebecca

Lundi après-midi, trois femmes patientent dans votre salle d'attente.

Gabrielle souffre d'une thyroïdite d'Hashimoto traitée avec de la lévothyroxine et veut devenir enceinte.

Sarah a eu une maladie de Graves il y a trois ans et est maintenant au troisième trimestre de sa première grossesse.

Rebecca est enceinte et présente des symptômes typiques d'hyperthyroïdie.

Comment allez-vous aborder chacune de ces situations?



Le **Dr Bernier** est résident en endocrinologie et métabolisme au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).



La **Dre Langlois** est endocrinologue au CHUS et professeure agrégée de médecine, biochimie et physiologie à la faculté de Médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Les effets de la grossesse sur la thyroïde

La grossesse influence la fonction de presque tous les organes et la thyroïde n'y échappe pas.

Les changements survenant pendant le premier trimestre de la grossesse favorisent la production d'hormones thyroïdiennes. Ainsi, la gonadotrophine chorionique humaine (hCG) possède une certaine homologie avec la thyrotropine (TSH), ce qui confère au hCG une capacité moindre, mais significative de stimulation des récepteurs TSH de la thyroïde. Il est donc normal de voir la TSH s'abaisser légèrement et la T4 libre s'élever près des limites supérieures de la normale.

De plus, dans ce même trimestre, les taux de protéines transportant les hormones thyroïdiennes (TBG) augmentent, élevant ainsi la quantité totale d'hormones présentes, mais conservant le taux d'hormones libres stable dans des conditions normales. La clairance des hormones thyroïdiennes est également accélérée, ce qui en augmente les besoins.

Un dépistage systématique de la TSH n'est pas recommandé pendant la grossesse, mais la TSH devrait être mesurée chez toutes les femmes présentant des symptômes ou des facteurs de risque de troubles thyroïdiens.

Les femmes traitées pour hypothyroïdie, comme Gabrielle, doivent augmenter leur dose de 25 à 47 %, en moyenne, pendant la grossesse, afin de maintenir un taux normal de TSH.

L'hypothyroïdie et la grossesse

Le traitement et le suivi

Le métabolisme des hormones thyroïdiennes par le placenta et l'augmentation du taux de filtration glomérulaire augmentent les besoins en hormones thyroïdiennes. Ainsi, les femmes traitées pour hypothyroïdie, comme Gabrielle, doivent augmenter leur dose de médicament de 25 à 47 %, en moyenne, pendant la grossesse, afin de maintenir un taux de TSH normal.

Un dosage de la TSH doit être fait dès que possible chez une femme enceinte connue hypothyroïdienne. La dose de lévothyroxine doit systématiquement être augmentée d'environ 25 à 30 % dès le diagnostic de grossesse, même si la TSH est normale. Le taux de TSH visé en grossesse est de 2,5 mU/L. Par la suite, un dosage de la TSH doit être fait toutes les quatre à six semaines pour la première moitié de la grossesse, puis toutes les six semaines, et la dose de lévothyroxine doit être ajustée conséquemment.

Les risques pour l'enfant

L'hypothyroïdie en grossesse augmente les risques d'hypertension gestationnelle. Il semblerait que cette maladie serait aussi associée au travail préterme et aux décollements placentaires.

Un enfant de mère hypothyroïdienne est plus souvent de petit poids. Comme la thyroïde fœtale ne commence à fonctionner qu'à douze semaines, les hormones de la mère sont primordiales au développement neurologique, qui se fait principalement au premier trimestre.

Un enfant de mère dont l'hypothyroïdie n'a pas été supplémentée a un QI inférieur, de 4 à 7 points en moyenne, par rapport à un enfant né de mère normale ou supplémentée adéquatement. Les risques associés à l'hypothyroïdie sont proportionnels à sa gravité.

L'hyperthyroïdie et la grossesse

Les causes

La maladie de Graves explique la majorité des cas d'hyperthyroïdie en grossesse, les autres étant

COMPRIMÉ PAR JOUR
SINGULAIR[®]
(montelukast sodique) Antagoniste des récepteurs des leucotriènes

MERCK FROSST
Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.
Merck Frost Canada Ltée, Kirkland, Québec

Avant de prescrire SINGULAIR[®], consulter les renseignements d'ordonnance.
*Marque déposée de Merck Frost & Co., Inc., utilisée sous licence.

SGA-06-CDN-34350832a-JA-F

causés, la plupart du temps, par un adénome toxique, un goitre multinodulaire toxique ou une thyroïdite subaiguë. Ces causes d'hyperthyroïdie affecteront 0,1 à 0,4 % des femmes enceintes, comme Sarah et Rebecca.

Il ne faut pas oublier que la thyrotoxicose gestationnelle transitoire est beaucoup plus fréquente et touche 2 à 3 % des grossesses. C'est une condition survenant surtout chez des femmes ayant un *hyperemesis gravidarum*, mais qui peut se présenter chez une femme asymptomatique. Il s'agit du développement d'une hyperthyroïdie par l'augmentation du hCG. Cette condition se résout spontanément avant la vingtième semaine de gestation et ne nécessite habituellement pas de médication.

Le diagnostic

Comme il peut être difficile de faire la différence entre une thyrotoxicose gestationnelle et les autres causes d'hyperthyroïdie, l'examen physique et le bilan paraclinique peuvent nous être utiles. Les anticorps anti-récepteurs TSH positifs, les anticorps anti-TPO positifs, une T3 libre disproportionnellement élevée par rapport à la T4 (suggestif de Graves), un nodule à la palpation, un goitre multinodulaire ou une exophtalmie peuvent nous aider à orienter le diagnostic.

Il ne faut pas oublier que la thyrotoxicose gestationnelle transitoire est beaucoup plus fréquente et touche 2 à 3 % des grossesses.

À retenir...

- La TSH peut diminuer durant le premier trimestre sous l'influence du hCG.
- Les besoins en lévothyroxine augmentent rapidement en grossesse, ce qui nécessite, lors d'hypothyroïdie, une augmentation systématique des doses de remplacement.
- Les anticorps anti-récepteur TSH peuvent persister chez la femme enceinte même si, quelques années auparavant, celle-ci a été traitée par iode radioactif. Un dépistage est donc nécessaire durant la grossesse.
- Lors d'une grossesse, les dysthyroïdies doivent être traitées adéquatement, car leurs complications sont multiples et reliées à leur degré de gravité.

Lorsque l'hyperthyroïdie est légère et que le diagnostic le plus probable est la thyrotoxicose gestationnelle, un suivi de la TSH et de la T4 libre peut confirmer le diagnostic. Il est nécessaire de doser la T4 libre, car la TSH peut prendre plusieurs semaines après la fin de l'hyperthyroïdie avant de se normaliser.

Le traitement et le suivi

Le traitement et le suivi de l'hyperthyroïdie en grossesse doivent se faire par une équipe qualifiée comprenant un endocrinologue ou un interniste ainsi qu'un gynécologue-obstétricien ayant de l'expérience dans le traitement de l'hyperthyroïdie.

Habituellement, on vise le maintien d'une T4 libre à la limite supérieure de la normale. Les thionamides (le propylthiouracil de préférence) sont utilisés pour contrôler l'hyperthyroïdie et sont assez sécuritaires en grossesse. Il est à noter

que l'utilisation de l'iode radioactif est totalement contre-indiquée en grossesse.

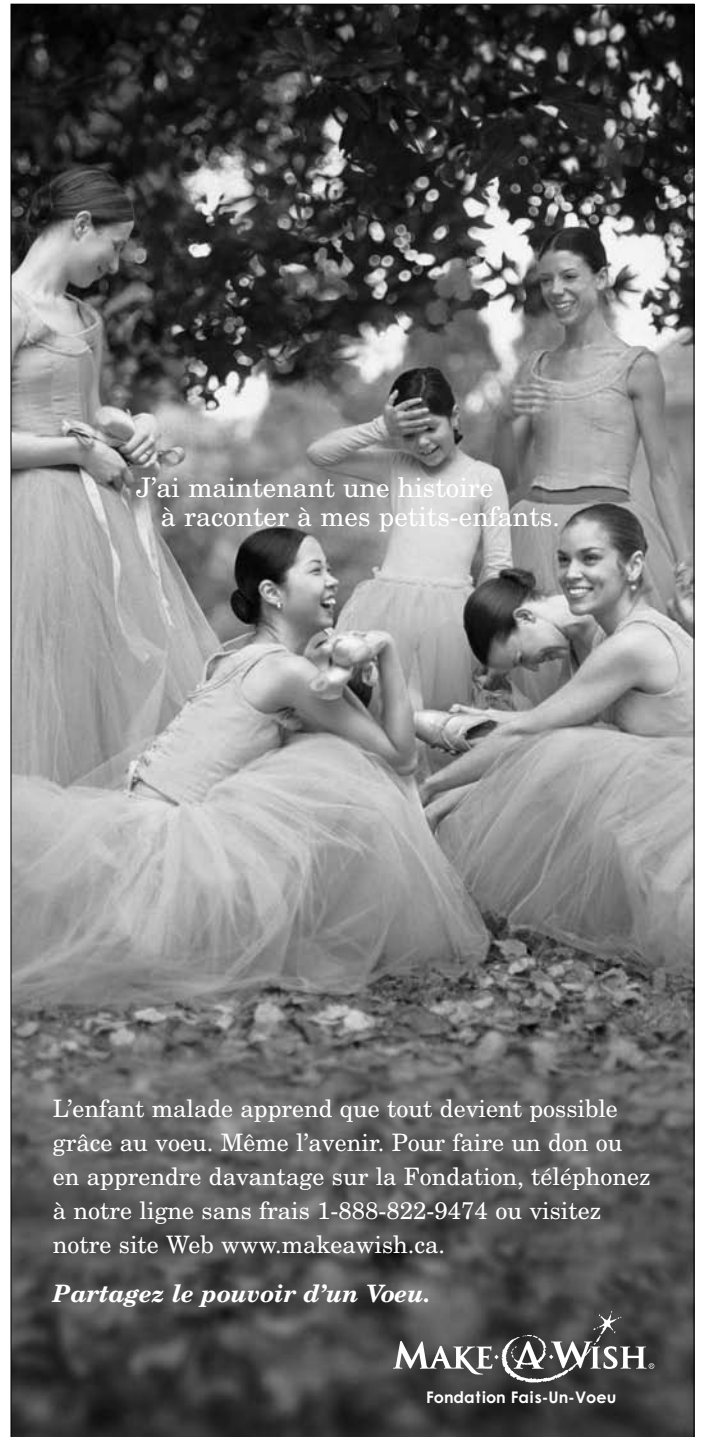
Les risques pour l'enfant

Les complications durant la grossesse dépendent de la durée et du contrôle de l'hyperthyroïdie. Le travail préterme, la pré-éclampsie ainsi que des malformations congénitales, des bébés de petit poids et des enfants morts-nés en font partie.

L'hyperthyroïdie néonatale affecte 1 % des nouveaux-nés de mères ayant ou ayant eu une maladie de Graves, comme c'est le cas pour Sarah. Le passage transplacentaire des anticorps anti-récepteurs TSH, qui stimulent la synthèse et la sécrétion d'hormones thyroïdiennes, cause cette affection. Les anticorps peuvent persister, même si la mère a été traitée depuis plusieurs années. Ils doivent être dosés chez les femmes avec des antécédents de maladie de Graves. Si les anticorps sont positifs, une consultation en service de grossesse à risque est nécessaire afin d'évaluer le fœtus. Cette consultation comprend une échographie pour voir si le fœtus développe un goitre et s'il semble euthyroïdien. *Clin*

Bibliographie :

1. LeBeau, S O et Mandel S J: Thyroid disorders during pregnancy, *Endocrinol Metab Clin N Am* 2006; 35(1):117-36.
2. Alexander EK et al: Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism, *New England Journal of Medicine* 2004; 351(3):241-49.
3. Braverman LE et al: *The Thyroid: a fundamental and clinical text*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2005; 1101.



J'ai maintenant une histoire à raconter à mes petits-enfants.

L'enfant malade apprend que tout devient possible grâce au vœu. Même l'avenir. Pour faire un don ou en apprendre davantage sur la Fondation, téléphonez à notre ligne sans frais 1-888-822-9474 ou visitez notre site Web www.makeawish.ca.

Partagez le pouvoir d'un Vœu.

MAKE A WISH
Fondation Fais-Un-Vœu