

Modification de la physiologie thyroïdienne durant la grossesse

La grossesse est une situation où s'exerce une forte contrainte sur la thyroïde de par les éléments suivants :

- Augmentation de la synthèse de TBG due à la concentration élevée en estrogènes qui a pour conséquence une diminution de la concentration en T4 libre et une augmentation de la concentration en T4 totale.
- Stimulation thyroïdienne par l'hCG.
L'hCG en raison de son homologie de structure avec la TSH a une faible action thyroestimulante, ce qui explique qu'au cours de la grossesse, les concentrations de TSH et d'hCG évoluent en miroir. C'est ainsi qu'au premier trimestre, période pendant laquelle les concentrations d'hCG sont les plus élevées, 20% des femmes euthyroïdiennes peuvent présenter une concentration de TSH inférieure à la normale. Si les concentrations d'hCG sont particulièrement élevées, il peut y avoir une thyrotoxicose transitoire pendant le 1er trimestre. Ce phénomène est souvent en cause chez les femmes présentant des vomissements incoercibles en début de grossesse.
- Diminution du pool iodé due à l'augmentation de la filtration glomérulaire et au passage de l'iodure de la circulation maternelle à l'unité fœto-placentaire.
- Augmentation des besoins en T4 dû à une consommation par le fœtus et à une destruction par le placenta.

Hypothyroïdie maternelle

La thyroïde fœtale n'est formée qu'à partir de la 12^{ème} semaine de grossesse et le fœtus dépend totalement de la thyroïde maternelle pendant le premier trimestre. Ensuite la thyroïde fœtale va progressivement synthétiser de la T4 et de la T3, 50% de la T4 fœtale provenant encore de la thyroïde maternelle en fin de grossesse.

La morphogénèse cérébrale du fœtus, qui intervient au 1^{er} trimestre, dépend des hormones thyroïdiennes. Par conséquent, en cas d'hypothyroïdie maternelle il y a un risque pour le développement cérébral du fœtus. Des publications font état d'une baisse de quotient intellectuel de 5 à 10 points chez les enfants nés de mère hypothyroïdienne non équilibrée.

Actuellement, un dépistage systématique de l'hypothyroïdie chez les femmes enceintes n'est pas préconisé. Cependant, un interrogatoire méticuleux de la patiente doit être réalisé et un bilan thyroïdien avec dosage de la TSH et recherche des anti-TPO doit être pratiqué dans les cas suivants :

- Signes d'hypothyroïdie
- Antécédents personnels ou familiaux de dysthyroïdies
- Contexte de pathologie auto-immune tel que diabète de type 1

S'il y a présence d'anti-TPO, la TSH devra être surveillée.

En cas d'hypothyroïdie maternelle avérée, une surveillance des taux de TSH et de T4L doit être effectuée jusqu'à l'accouchement (toutes les 6 à 8 semaines jusqu'à 20 semaines). L'objectif du traitement substitutif est d'avoir une TSH inférieure à 2 mUI/l et une T4L dans le tiers supérieur de la zone des valeurs de référence. Les besoins en T4 s'élevant pendant la grossesse une augmentation progressive des doses est nécessaire.

La présence d'anti-TPO multiplie par 3 le risque de fausse couche, augmente le risque d'hypothyroïdie pendant la grossesse et augmente le risque de thyroïdite du post-partum (TPP).

La TPP survient lors de 5 à 9% des grossesses. Elle est favorisée par le rebond immunitaire en fin de grossesse chez les femmes prédisposées (pathologies auto-immunes, présence d'anti-TPO). La TPP se déroule généralement en deux phases :

- Une phase de thyrotoxicose cytolytique avec hyperthyroïdie entre deux et quatre mois après l'accouchement
- Puis une phase d'hypothyroïdie entre quatre et huit mois après l'accouchement. Des formes tronquées ou atypiques peuvent exister.

Hyperthyroïdie maternelle

L'hyperthyroïdie maternelle non contrôlée pendant la grossesse expose le fœtus à des risques de malformations et de mort in utero. Ceci est rare maintenant car les femmes sont correctement prises en charge.

Deux éléments peuvent avoir un impact important sur le fœtus :

- La présence d'Ac anti-RTSH (anti-récepteurs de la TSH) chez la mère
Ces anticorps traversent le placenta et peuvent entraîner une hyperthyroïdie chez le fœtus. Les Ac anti-RTSH peuvent persister chez la mère plusieurs années après la guérison de l'hyperthyroïdie. Il faut donc les rechercher chez une femme enceinte ayant des antécédents de maladie de Basedow et surveiller le fœtus s'ils sont positifs.
- Le traitement maternel par de fortes doses d'ATS, qui peut entraîner une hypothyroïdie fœtale.

Surveillance maternelle

Dosage de la T4L qui doit être maintenue à la limite supérieure de la normale

Surveillance fœtale

Une surveillance échographique de la taille de la thyroïde du fœtus est alors instaurée à partir de la 18ème ou de la 20ème semaine afin de détecter une éventuelle dysthyroïdie.

Dépistage de l'hypothyroïdie congénitale

En France, un dépistage systématique de l'hypothyroïdie congénitale est organisé depuis 1975, celle-ci étant la plus fréquente des pathologies néonatales (1/3500 à 1/4000). Une goutte de sang du bébé est récupérée sur un papier buvard après piqûre au talon et le dosage de la TSH est réalisé dans une vingtaine de centres dédiés.

Si une hypothyroïdie est dépistée chez un bébé, un traitement par T4 doit être instauré le plus rapidement possible.

D'après la session « Thyroïde et grossesse » des 11èmes journées de Médecine fœtale (mars 2006)