

ETIOLOGIES DE L'HYPERTHYROÏDIE AU COURS DE LA GROSSESSE

R. GHARBI, N. HBAILI, M. CHIHAOUI, M. YAZIDI, F. CHAKER, F. KANOUN, B. FTOUHI, H. SLIMANE

Service d'endocrinologie-diabétologie – Hôpital « La Rabta » Tunis, Tunisie

Introduction

L'hyperthyroïdie est une pathologie fréquente chez la femme jeune, et peut ainsi être diagnostiquée au cours de la grossesse. Elle pose alors des problèmes de diagnostic étiologique.

L'objectif de ce travail était d'élucider, en fonction du terme, les principales causes d'hyperthyroïdie chez la femme enceinte.

Sujets & Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 19 femmes chez qui une hyperthyroïdie a été identifiée pendant la grossesse. L'âge variait de 20 à 37 ans. Nous avons relevé à partir de dossiers médicaux les données cliniques, (âge, terme, signes physiques), para-cliniques (FT4, TSH, urée, ionogramme, transaminases anticorps anti récepteur de la TSH et anti thyroglobuline) et évolutives.

Résultats

Des antécédents familiaux de dysthyroïdie ou de goitre étaient présents chez 6 de nos patientes.

➤ L'hyperthyroïdie était connue avant la grossesse dans 3 cas ; 2 cas de maladie de Basedow et 1 cas d'adénome toxique.

➤ Chez 10 femmes, l'hyperthyroïdie a été découverte au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse. Toutes ces patientes avaient consulté pour des vomissements gravidiques incoercibles. Quatre avaient des palpitations et des tremblements des extrémités.

La biologie a révélé un taux moyen de FT4 à 2.47ng/dl [1.9 - 5.1] et une TSH moyenne à 0.002 mU/l [0.001 - 0.05]. La kaliémie moyenne était à 3.35mmol/l et la natrémie à 135mmol/l. Les transaminases étaient supérieures à 3 fois la normale chez 3 patientes, avec une ASAT moyenne à 85U/l et une ALAT moyenne à 200U/l.

Chez 9 patientes, le diagnostic d'hyperthyroïdie transitoire de la grossesse a été retenu par la négativité des anticorps anti thyroïdiens et anti-récepteur de TSH, ainsi que l'évolution transitoire n'ayant pas dépassé le premier trimestre de grossesse. Cinq d'entre elles ont été traitées par des bêta bloquants.

Chez 1 femme l'hyperthyroïdie a persisté au-delà du premier trimestre mais n'a pas été traitée vu que la patiente a été perdue de vue. L'hyperthyroïdie a été associée à des complications obstétricales à type de prématurité. L'hyperthyroïdie était due à une maladie de Basedow; diagnostic retenu par une scintigraphie thyroïdienne faite au post partum.

➤ Chez 6 femmes, l'hyperthyroïdie a été découverte au cours du 2^{ème} ou du 3^{ème} trimestre. La clinique associait des vomissements (3 patientes), des palpitations (3 patientes) et un goitre homogène et ferme (4 patientes). Les perturbations biologiques consistaient en une FT4 moyenne à 2.26ng/dl et une TSH à 0.003mU/l

L'hyperthyroïdie était due dans 3 cas à une thyroïdite auto-immune, mise en évidence par un taux positif d'anticorps anti thyroperoxydase, et dans un cas à une maladie de Basedow, confirmée par des anticorps anti récepteurs de TSH positifs. Un traitement par antithyroïdiens de synthèse et bêta bloquants a été administré chez 4 patientes .

Cette thyrotoxicose a persisté dans 2 cas au-delà du post-partum (1 patiente ayant la maladie de Basedow, l'autre une thyroïdite auto-immune). Les 4 autres patientes ont été perdues de vue.

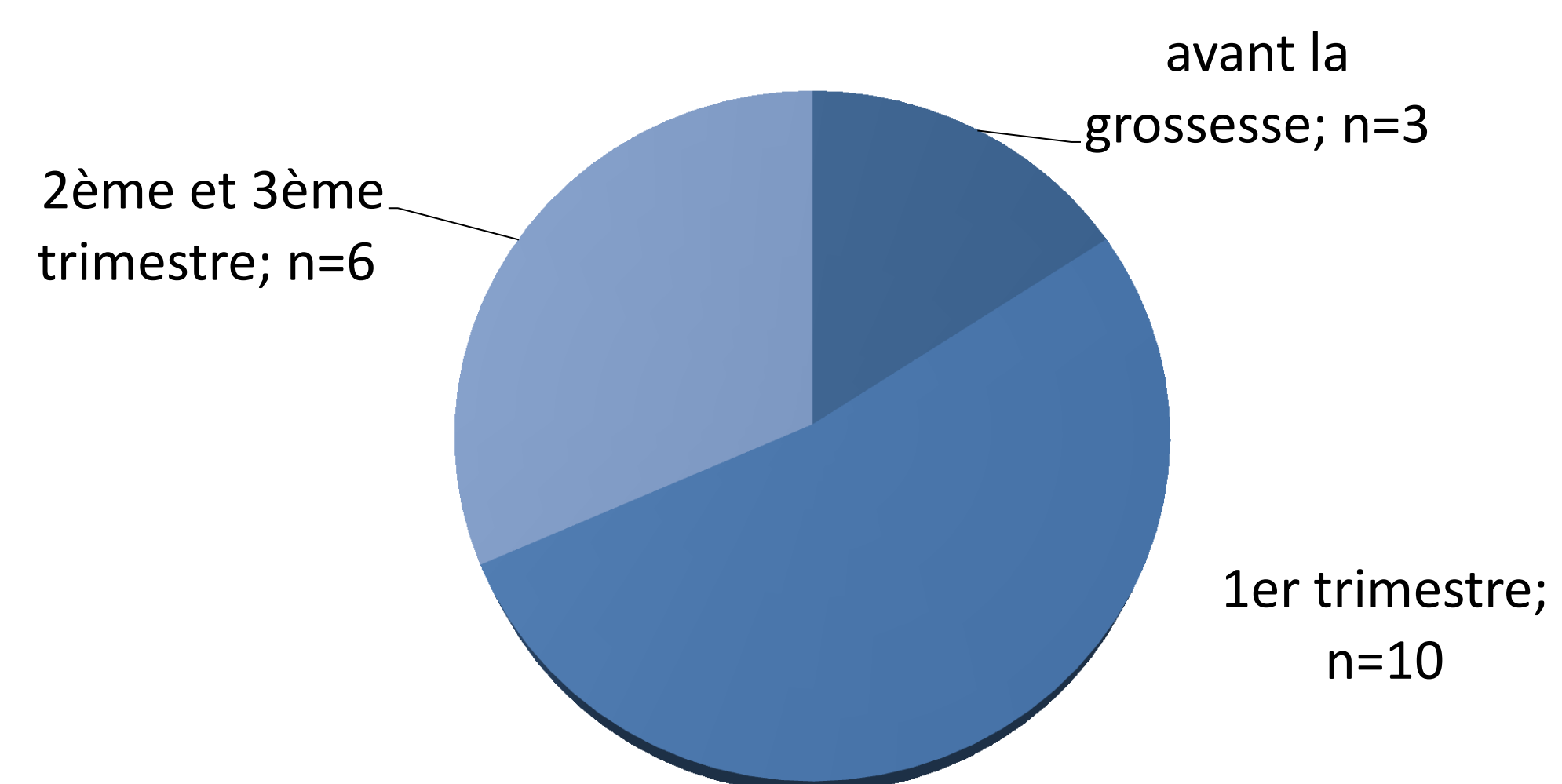


Figure 1: nombre de cas en fonction du moment de découverte par rapport à la grossesse

Discussion

Cette étude montre que l'hyperthyroïdie au cours du premier trimestre de la grossesse est le plus souvent due à une hyperthyroïdie transitoire de la grossesse, affection due à l'effet TSH like de la hCG trophoblastique. La clinique, comme constatée au cours de notre étude, est plus souvent riche en signes sympathiques intenses (vomissements notamment) qu'en signes de thyrotoxicose. La biologie associe une perturbation du bilan thyroïdien, des perturbations ioniques (hypokaliémie), et aussi parfois une cytolyse. Le traitement, outre la correction des troubles hydro-électrolytiques, est essentiellement symptomatique, à base de bêta bloquants.

L'évolution est transitoire et ne dépasse souvent pas la 20^{ème} semaine d'aménorrhée.

L'hyperthyroïdie d'origine auto-immune est plutôt rencontrée au cours du second et 3^{ème} trimestre de grossesse. Le traitement est essentiellement à base de bêta bloquants pour la thyroïdite auto-immune, associés à des antithyroïdiens de synthèse pour la maladie de Basedow

Conclusion

L'hyperthyroïdie survenant au premier trimestre est le plus souvent transitoire. Celle du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre est le plus souvent due à une thyroïdite auto-immune ou une maladie de Basedow.