

Maladie de Basedow et Grossesse

La Maladie de Basedow: Quelques chiffres

- + 80% des hyperthyroïdies**
- + 0,2 à 1% de la population générale**
- + Prépondérance féminine**
- + Pendant la grossesse: 0,2% des cas**

Thyroïde maternelle pendant la grossesse

⊕ Augmentation de la synthèse de la *Thyroid Binding Globulin*

⊙ ↗ de la synthèse hépatique de la *Thyroid Binding Globulin*

⊙ ↘ du catabolisme de la *Thyroid Binding Globulin*

⇒ ↗ T3 et T4 totales

⇒ ↘ transitoire de T4 libre

⊕ Action Thyrétrope de l'Hormone Chorionique de la Grossesse

⇒ effet stimulant de l'Hormone Chorionique de la grossesse

⊕ Carence iodée relative

⊙ ↗ de la clairance rénale de l'iodure

⇒ fuite iodée compensée par le captage de l'iode par la thyroïde et une

hypertrophie réactionnelle pouvant aboutir à la formation d'un

goitre dans les zones de carences iodées

Les relations foeto-maternelles

⊕ Le placenta:

Ⓢ Rôle métabolique:

→ Inactivation de la plupart des hormones thyroïdiennes circulantes

→ Apport continu d'iode au fœtus

Ⓢ Echange sélectif de substances entre la mère et le fœtus

⊕ Le liquide amniotique

Maladie de Basedow et Grossesse

+ Physiopathologie:

- Ⓢ Anticorps spécifiques dirigés contre les récepteurs de la TSH (TRAK)
 - ⇒ Dysthyroïdies fœtales et néonatales

+ Influence sur la fécondité:

- Ⓢ Troubles ovulatoires
- Ⓢ Une fois traitée: pas de conséquences majeures sur la fécondité

Diagnostic Clinique de la Maladie de Basedow pendant la grossesse

- + De nombreux signes peuvent être l'objet de la grossesse elle-même**
- + Cependant, il existe d'autres signes spécifiques à la maladie de Basedow:**
 - @ Absence de prise de poids malgré un appétit conservé voir même augmenté**
 - @ Signes d'ophtalmopathie basedowienne**
 - @ Asthénie prolongée et inexpliquée**
 - @ Sudation et thermophobie**
 - @ Thrill à l'auscultation du cou**

Explorations pendant la grossesse

✚ Chez la mère

🌐 Biologie

🔗 Dosage de la TSH puis T4 libre et T3 libre

Mère	TSH <i>mUi/L</i>	T4 libre <i>pmol/l</i>	T3 libre <i>pmol/L</i>
<u>Valeurs normales</u>	0, 2 à 6	11 à 24	3 à 9

🔗 TRAK

🌐 Morphologie

🔗 Echographie thyroïdienne

🔗 Cytoponction

🔗 Scintigraphie contre indiquée pendant la grossesse mais importante dans le post partum.

Explorations pendant la grossesse

✚ Chez le fœtus:

Ⓢ Echographie thyroïdienne fœtale

Ⓢ Amniocentèse

Ⓢ Ponction de sang fœtal

Traitements de la Maladie de Basedow pendant la grossesse

- ⊕ Les anti-thyroïdiens de synthèse
- ⊕ Les bêtabloquants non cardiosélectifs
- ⊕ La chirurgie
- ⊕ Les traitements adjuvants

Les conséquences obstétricales de la Maladie de Basedow

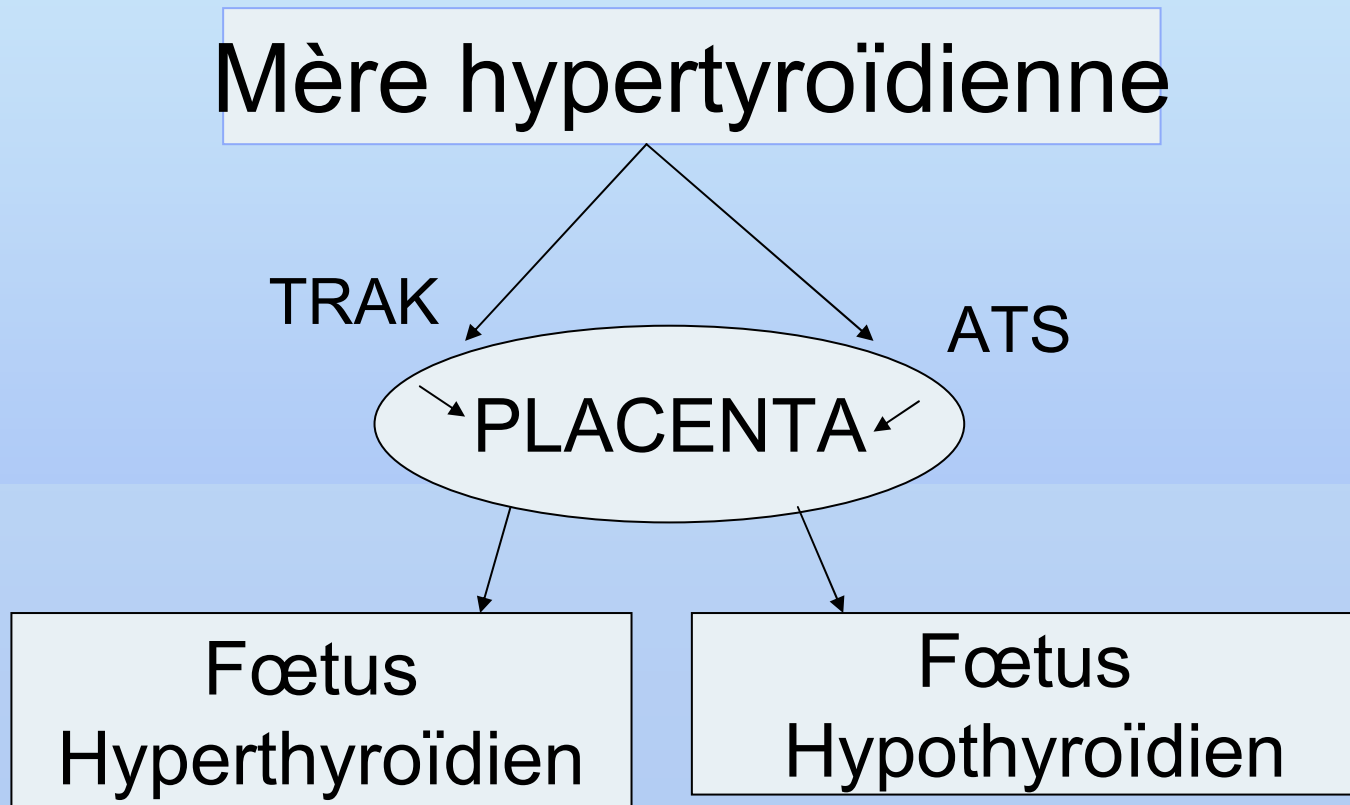
- ⊕ Crise thyrotoxique**

- ⊕ Pré éclampsie**

Conséquences fœtales et néonatales de la Maladie de Basedow

- ⊕ Mortalité fœtale et néonatale
- ⊕ Prématurité
- ⊕ Hypotrophie
- ⊕ Malformations
- ⊕ Hypertyroïdie fœtale et néonatale
- ⊕ Hypothyroïdie fœtale et néonatale

Conséquences fœtales de l'hyperthyroïdie maternelle



Proposition de protocole de prise en charge de la mère pendant la grossesse

Antécédent Maternel de Maladie de Basedow

Maladie de Basedow déclarée pendant la grossesse

Surveillance Obstétricale Mensuelle

Surveillance Endocrinologique Mensuelle

TRAK au 3ème Trimestre

Proposition de protocole de prise en charge du fœtus pendant la grossesse

Surveillance fœtale :

- ERCF 1 fois par semaine
- Echographie 1 fois par mois

Signes d'appel :

- goitre
- déflexion de la tête
- tachy. ou bradycardie
- oligo. ou hydramnios
- RCIU

Absence de retentissements

STOP

Suspicion de retentissement fœtal :

- TRAK+
- Bilan hormonal maternel perturbé
- +/-ATS à fortes dose

Ponction de Sang Fœtal

Hypothyroïdie fœtale

Traitement fœtal par injection intra-amniotique hebdomadaire de L-thyroxine

Echo.fœtale hebdomadaire
ERCF hebdomadaire

Si aggravation

Hyperthyroïdie fœtale

Traitement maternel par ATS

Echo.2 fois par mois
ERCF hebdomadaire

Si aggravation

Euthyroïdie fœtale

Echo. 1 fois par mois
ERCF hebdomadaire

Si apparition d'un retentissement fœtal

Nouvelle ponction de Sang Fœtal

Proposition de protocole de prise en charge de l'enfant à la naissance

Détresse respiratoire possible :

Pédiatre présent à l'accouchement
Matériel de réanimation néonatale vérifié et prêt

Bilan sanguin au cordon :

- TSH
- T4 libre
- T3 libre
- TRAK si TRAK + chez la mère

Examen clinique minutieux

Proposition de protocole de prise en charge de la mère dans le post partum

Risque de thyrotoxicose

Surveillance clinique régulière à la recherche d'une hyperthyroïdie
Bilan hormonal à J1 : TSH et T4L

Euthyroïdie

Hyperthyroïdie

Consultation en urgence
avec un endocrinologue

Traitement :
▪ATS
▪+/-Bêta-bloquants

- Dosage TSH, T4L et T3L
1 mois après l'accouchement
- Consultation avec un endocrinologue

- Dosage T4L et TSH 2 fois par mois
- Hémogramme 2 fois par mois pendant les 3 premiers mois du traitement

Proposition de protocole de prise en charge du nouveau-né

A l'accouchement :

Bilan au sang du cordon :

Appel du pédiatre
Examen clinique minutieux

Hyperthyroïdie

Hypothyroïdie

Euthyroïdie

Traitement :

- ATS
- +/-Bêta-bloquants

Traitement : LEVOTHYROX

- Dosage TSH, T4L et T3L 1 fois par semaine
- Hémogramme 1 fois par semaine

Surveillance clinique régulière

Dépistage systématique à J3

Dépistage systématique à J3

Arrêt du traitement dès la normalisation du bilan thyroïdien et du taux d'anticorps

Rôle de la Sage-Femme

⊕ Pendant la grossesse:

- ⊙ Reconnaître la pathologie
- ⊙ Rechercher les informations nécessaires à l'élaboration du diagnostic
- ⊙ Surveillance de la patiente
- ⊙ Obtention de la bonne exécution du traitement
- ⊙ Informer la patiente sur la maladie, les risques pour le fœtus et pour elle-même

⊕ Pendant l'accouchement:

- ⊙ Examen obstétrical minutieux
- ⊙ Prévenir le pédiatre
- ⊙ Vérification du matériel de réanimation

⊕ Dans le post-partum:

- ⊙ Vigilance
- ⊙ Surveiller la bonne adaptation du nouveau né à la vie extra utérine
- ⊙ Sensibiliser la patiente sur la nécessité de consulter un endocrinologue à l'issu du premier mois du post partum
- ⊙ Rappeler à la patiente, la nécessité de débiter une nouvelle grossesse dans un contexte d'euthyroïdie
- ⊙ Prescrire une contraception efficace

Conclusion

Le pronostic immédiat et ultérieur de la mère et de son enfant est favorable si et seulement si la prise en charge de ces grossesses est pluridisciplinaire. Celle-ci doit faire l'objet d'une étroite collaboration entre l'obstétricien, la sage-femme, l'échographiste, l'endocrinologue d'adultes, le pédiatre, l'endocrino-pédiatre, le médecin traitant ...

Conclusion

**...et un psychiatre ou un psychologue
car un temps de parole avec l'un
d'entre eux aurait sa place dans tout
protocole de prise en charge en milieu
médical.**