

EXERCICE MÉDICAL

Flash pratique

Hypothyroïdie et grossesse : anticiper l'augmentation des besoins hormonaux



Brigitte Raccach-Tébeka,
Hôpital Robert-Debré,
Paris.

L'hypothyroïdie primaire concerne environ 3 à 10 % des femmes et survient fréquemment pendant la période d'activité génitale. On estime que 1 à 2 % des femmes enceintes reçoivent des hormones thyroïdiennes. Il est maintenant établi que l'hypothyroïdie non ou insuffisamment corrigée pendant la grossesse est associée à des altérations du développement cognitif fœtal et à une possible augmentation de la mortalité fœtale. On sait aussi que les besoins en hormones thyroïdiennes sont accrus lors de la grossesse et qu'une augmentation des doses de L-thyroxine est le plus souvent nécessaire chez les femmes traitées pour hypothyroïdie. Malgré tout, on assiste fréquemment chez elles à un passage en hypothyroïdie biochimique au début de leur grossesse.

Une équipe américaine a mené une étude prospective chez des femmes traitées pour hypothyroïdie, afin de déterminer avec précision le terme et l'importance de l'augmentation des besoins en hormones thyroïdiennes. Ils ont, ainsi, analysé l'évolution de la fonc-

tion thyroïdienne chez 19 femmes traitées par L-thyroxine avant la conception, tous les 15 jours durant le premier trimestre de leur grossesse, puis tous les mois jusqu'à l'accouchement. La dose de L-thyroxine était ajustée de telle sorte à maintenir tout au long de la grossesse un chiffre de TSH identique à celui observé avant la conception. Les taux de

« À maintenir tout au long de la grossesse un chiffre de TSH identique à celui observé avant la conception. »

TSH augmentaient pendant les 10 premières semaines de gestation, imposant un accroissement progressif de doses de L-thyroxine chez 85 % des femmes. Les besoins augmentaient rapidement entre la 6^e et la 16^e semaine de grossesse pour atteindre un plateau par la suite. Dès la 10^e semaine de grossesse, les doses de L-thyroxine nécessaires étaient supérieures de 29 % à celles de la période préconceptionnelle et de 48 % à la 20^e semaine.

Les posologies nécessaires ne se modifiaient habituellement plus jusqu'à l'accouchement. ■

EN PRATIQUE : Ces dosages hormonaux répétés très régulièrement ont permis de mettre en évidence que l'augmentation des besoins connue apparaissait dès la 5^e semaine de grossesse. Étant donné l'importance de l'euthyroïdie maternelle sur le développement fœtal à un stade extrêmement précoce de la grossesse, les auteurs envisagent une stratégie de prévention de ce passage quasi obligé en hypothyroïdie : ils suggèrent d'éduquer à la fois les médecins, mais aussi et surtout les femmes hypothyroïdiennes elles-mêmes, afin qu'une augmentation des doses quotidiennes de L-thyroxine d'environ 30 % soit systématiquement mise en route dès le diagnostic de la grossesse. Par la suite, un monitoring toutes les 6 semaines des taux de TSH jusqu'à l'accouchement permettrait un ajustement régulier de la substitution en hormones thyroïdiennes.

Alexander EK, Marqusee E, Lawrence J, Jarolim P, Fischer GA, Larsen PR. Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 241-9.