

PRÉVALENCE DES DYSTHYROÏDIES AU COURS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Les dysfonctionnements thyroïdiens, fréquents chez les femmes en âge de procréer, prennent une importance accrue pendant la grossesse. Ces troubles, en particulier l'hypothyroïdie, représentent la deuxième affection endocrinienne la plus fréquente pendant la grossesse après le diabète.

Objectifs:

Présenter la prévalence de la pathologie thyroïdienne découverte au cours de la grossesse ainsi que les principales complications maternofoetales retrouvées.

PATIENTS ET MÉTHODES

- Etude rétrospective de 20 mois, d'août 2022 à mars 2024 incluant toutes les femmes consultantes au service de gynécologie obstétrique de HMIMV. Les parturientes ayant une dysthyroïdie antérieure à la grossesse sont exclues.
- Le dosage de la TSH, FT4 et ATPO est réalisé par technique immunologique CMIA (chimiluminescence par microparticules sur Alinity Abbott ®).
- Le dosage de T4 totale et de l'iodurie n'ont pas été effectué.
- Les seuils de la TSH et de la FT4 utilisés pour diagnostiquer les dysthyroïdies sont ajustés selon les recommandations de l'American Thyroid Association (ATA) de 2011. Les plages de références spécifiques aux trimestres de grossesse sont présentées dans le tableau 1.

	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre
TSH	0.1-2.5 mUI/L	0.2-3 mUI/L	0.3-3 mUI/L
FT4	7.8- 16.6 pmol/L	5.8 – 13.2 pmol/L	5.5 – 9.6 pmol/L

Tableau 1: Plages de références de la TSH et la FT4 en fonction de l'âge de la grossesse

- L'hypothyroïdie infraclinique est définie par une TSH >2.5mUI/I, une FT4 et ATPO négatif (< 5.6 mUI/L) .
- L'hypothyroïdie clinique est définie par une TSH > 2.5mUI/I et une FT4 inférieur à la normale.
- L'hyperthyroïdie infraclinique est définie par une TSH < 0,1 mUI/I et une FT4 normale
- L'hyperthyroïdie clinique est définie par une TSH < 0,1 mUI/I et une FT4 supérieure à la normale.

RÉSULTATS

- 4871 femmes enceintes ont bénéficié d'un dépistage systématique. 44 patientes ont une dysthyroïdie soit une prévalence de 0.9%. 12 cas présentaient un diabète gestationnelle associé soit 27%.
- L'âge moyen des patientes était de 31 ans. 68% des femmes sont des multipares et 32% des primipares.

Figure 1 : RÉPARTITION PAR TRIMESTRE DE DÉPISTAGE (N=44)

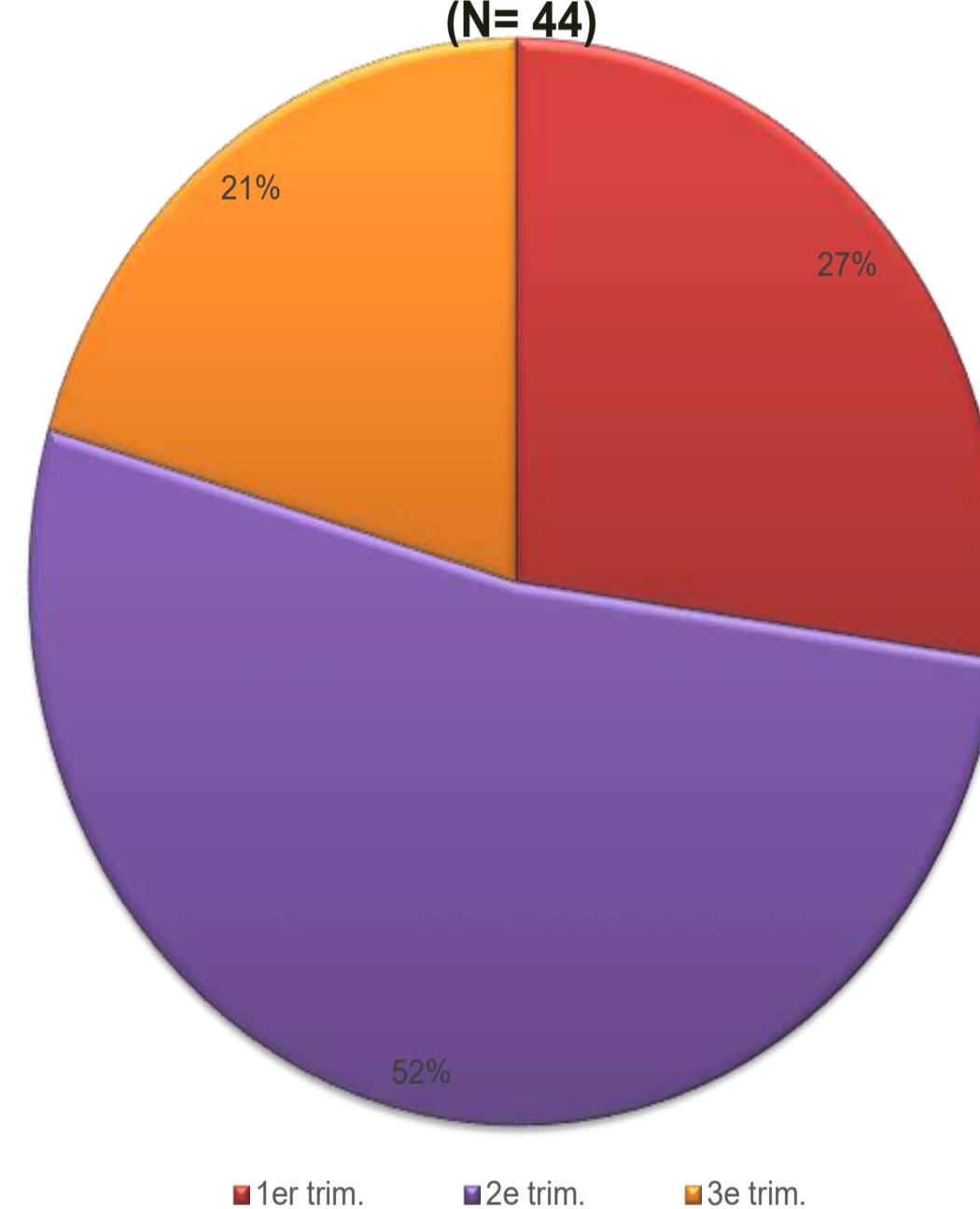


Figure 2 : RÉPARTITION DES DYSTHYROÏDIES (N = 44)

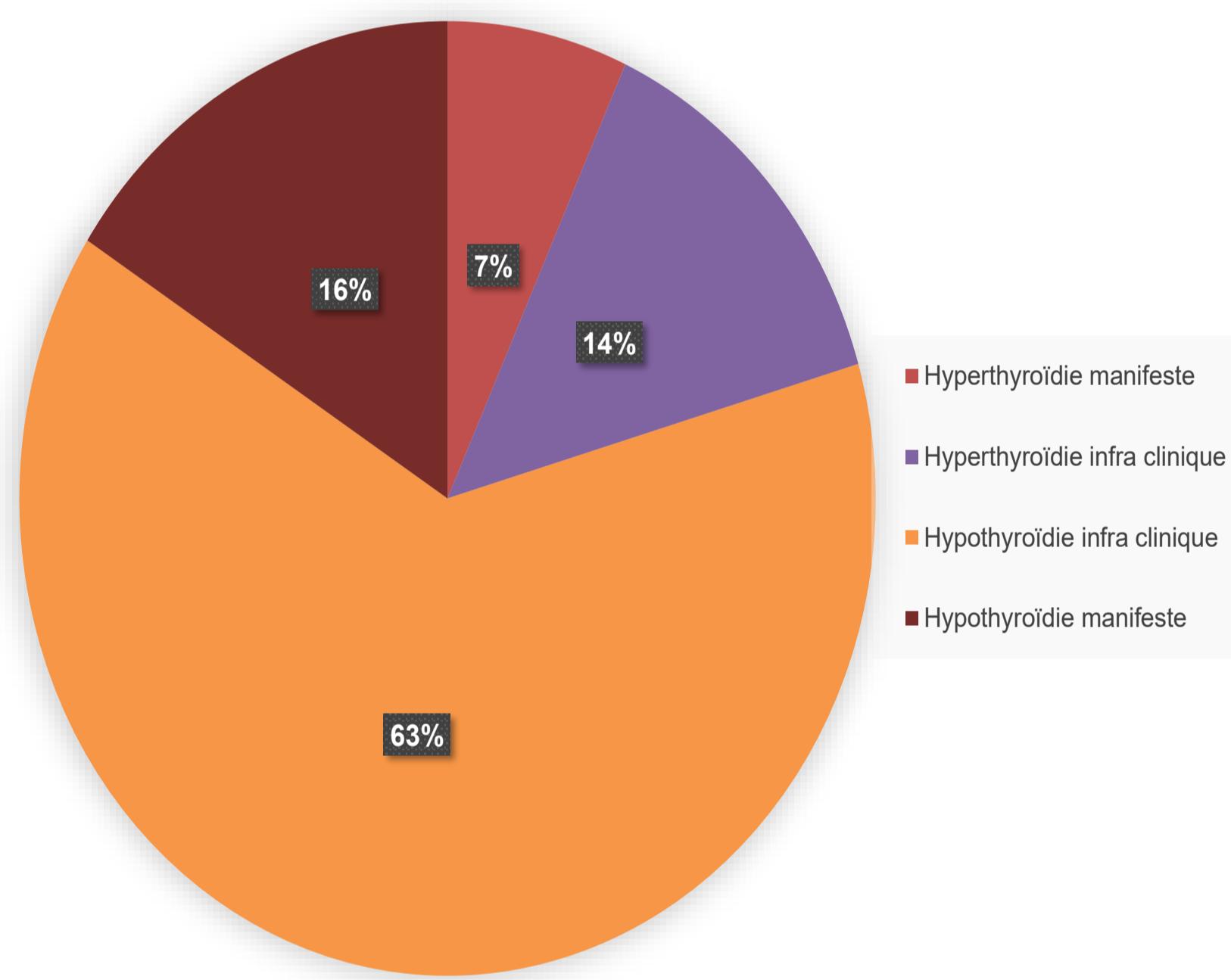


FIGURE 3 : RÉPARTITION DES COMPLICATIONS MATERNELLES (N=44)

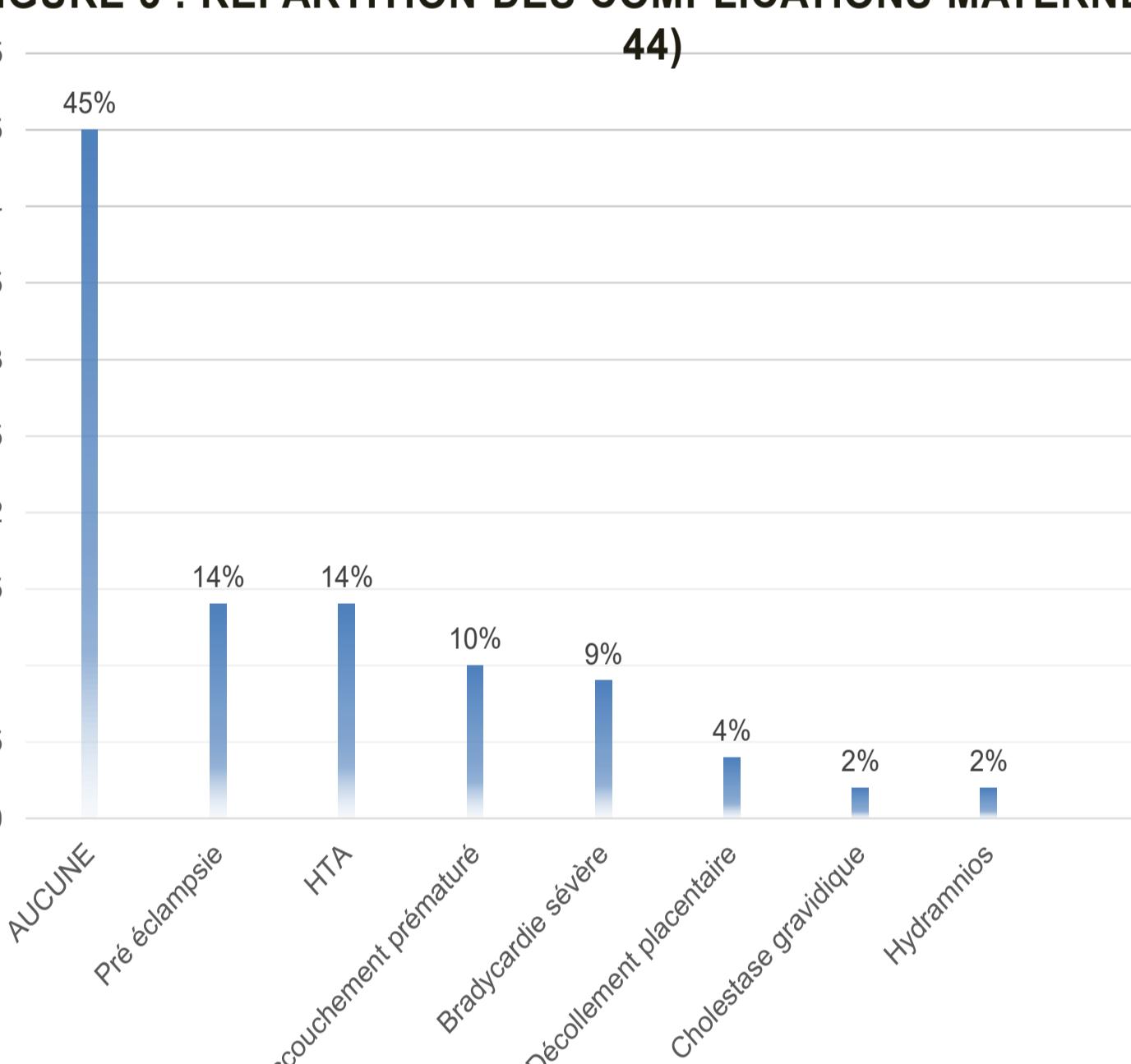
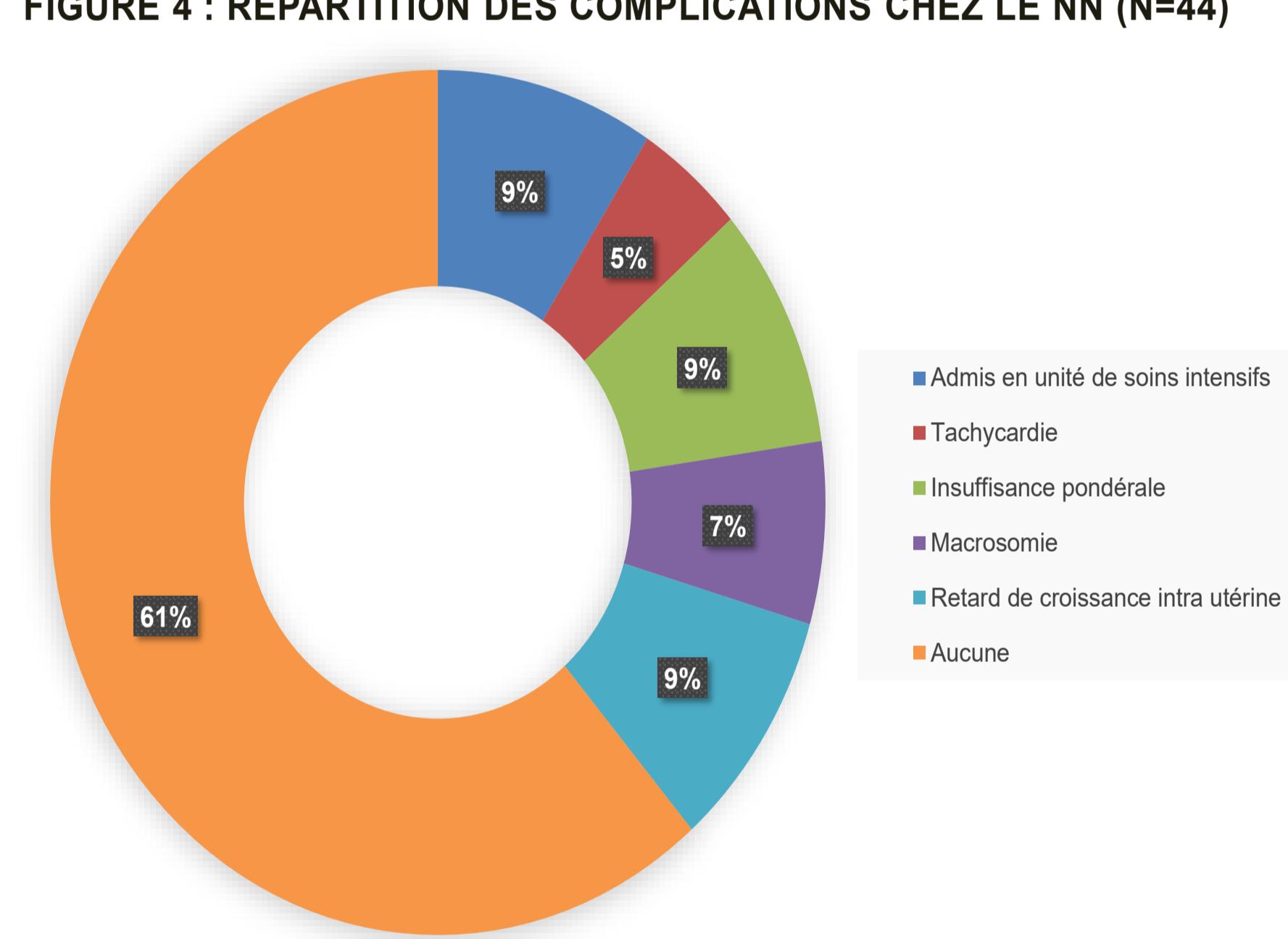


FIGURE 4 : RÉPARTITION DES COMPLICATIONS CHEZ LE NN (N=44)



DISCUSSION

- La grossesse induit d'importantes modifications hormonales influençant profondément l'homéostasie thyroïdienne. L'augmentation des besoins en hormones thyroïdiennes, associée à une élévation de la thyroxine-binding globulin (TBG), à l'effet TSH-like de la hCG et à une clairance accrue de l'iode, expose la femme enceinte à un risque accru de dysfonction thyroïdienne.
- Notre étude rapporte une prévalence relativement faible des dysthyroïdies (0,9 %), inférieure à celle retrouvée dans la littérature 5 à 7 % dans les études de Siscart et al. [1] et Gupta et al [2]. Cette disparité s'explique probablement par l'absence de dépistage systématique, la variabilité des seuils diagnostiques et le moment du dépistage. Seules 28 % des femmes ont été dépistées au premier trimestre, ce qui reste faible au regard des recommandations de l'ATA (dépistage ciblé avant 12 SA) contre 30,3 % en Tunisie [3] et 25,56 % en Inde [4]. De plus, 52% des femmes dans notre étude ont été dépistées au deuxième trimestre, un taux proche de celui rapporté par Adoueni et al. (58,7%), ce qui reflète une tendance similaire dans les deux études, avec un nombre important de dépistages effectués tardivement [5].
- L'hypothyroïdie infraclinique est la forme la plus fréquente (63 %), suivie de l'hypothyroïdie clinique (16 %), tendance similaire à d'autres séries (Gupta, Abadi) [2,6]. Seules les formes cliniques ont bénéficié d'un traitement.
- Les complications maternelles observées confirment la gravité potentielle des dysthyroïdies gestationnelles lorsqu'elles ne sont pas prises en charge précocement. La prééclampsie est la complication la plus fréquente (14%), probablement liée à une altération de la vascularisation utéroplacentaire, à une contraction du muscle lisse vasculaire et à une résistance périphérique accrue induite par l'hypothyroïdie. La prématurité (10 %) pourrait également découler de cette insuffisance placentaire et de la mauvaise adaptation cardiovasculaire. Par ailleurs, un taux d'anémie de 14 % a été noté, illustrant le rôle de la thyroïde dans l'absorption du fer et la synthèse de l'hémoglobine, avec un lien probable entre hypothyroïdie et déficit en fer fonctionnel. Nos résultats concordent avec la littérature notamment avec l'étude de Mahadik [7] (Prééclampsie 15,8% - prématurité 5,3% - Anémie 26,3%).
- Concernant les complications fœtales, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) représente l'anomalie la plus fréquente (9%), un résultat similaire aux taux de 3,1% en cas d'hypothyroïdie et 8,9% en cas d'hyperthyroïdie rapportés dans l'étude d' Imarazene et al. [8]. Ces données se situent dans la même fourchette que celles de Mahadik et al. (8,5%) et Abadi et al. (7,3%) [6,7]. Par ailleurs, nos résultats montrent un taux d'admission en unité de soins intensifs néonatale (9%) inférieur à celui décrit par Gupta et al. (12%) [2]. Enfin, la prévalence de macrosomie dans notre cohorte (7%) s'avère significativement plus faible que les 17,3% observés dans l'étude d'Abdulslam et al. portant sur des patientes hyperthyroïdiennes [9].

CONCLUSION

Notre étude met en lumière la faible prévalence des dysthyroïdies gravidiques dans notre cohorte, tout en soulignant la fréquence élevée des formes infracliniques. Elle reflète également l'absence de standardisation dans les pratiques de dépistage, tant en termes de moment que de critères biologiques utilisés. Ces données renforcent la nécessité d'un dépistage ciblé précoce, ainsi que d'une harmonisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

REFERENCES

- [1] Siscart J, Perejón D, Serna MC, Oros M, Godoy P, Sole E. Prevalence, risk factors, and consequences of hypothyroidism among pregnant women in the health region of Lleida: A cohort study. *PLoS ONE* 2023;18:e0278426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278426>.
- [2] Gupta P, Jain M, Verma V, Gupta NK. The Study of Prevalence and Pattern of Thyroid Disorder in Pregnant Women: A Prospective Study. *Cureus* 2021. <https://doi.org/10.7759/cureus.16457>.
- [3] BOUGHANMI S, KRIR A, MEDDEB N, MRAD M, BAHLOUS A. EVALUATION DU STATUT THYROIDIEN CHEZ LA FEMME ENCEINTE. *BIO MED-J* 2023.
- [4] Athar S, Nasir H, Al Kindi S, Al Busaidi N, Al Haddabi H, Al Zaabi M. The Prevalence of Thyroid Autoimmunity in Pregnancy and Adverse Neonatal Outcomes at a Secondary Care Hospital in the Middle East. *Cureus*. 2023;15(3):e36732. <https://doi.org/10.7759/cureus.36732>.
- [5] Adoueni A, Bagnan-Tohon L, Akpadza K. Dépistage des dysthyroïdies en cours de grossesse à Cotonou: prévalence et facteurs associés. *Pan African Medical Journal*. 2022;41:37. <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/37/pdf/37.pdf>
- [6] Abadi KK, Jama AH, Legesse AY, Gebremichael AK. Prevalence of Hypothyroidism in Pregnancy and Its Associations with Adverse Pregnancy Outcomes Among Pregnant Women in A General Hospital: A Cross Sectional Study. *IJWH* 2023;Volume 15:1481–1485. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S429611>.
- [7] Mahadik K, Choudhary P, Roy PK. Study of thyroid function in pregnancy, its feto-maternal outcome; a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:769. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03448-z>.
- [8] Imarazene M. [Synthèse bibliographique sur les dysthyroïdies et la grossesse: Etude rétrospective] [thèse]. Algérie: Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou; [2017]. <https://dspace.unmto.dz/server/api/core/bitstreams/b3a84aae-f328-4bea-829e-1421323b9c91/content>
- [9] Abdulslam K, Yahaya I. Prevalence of thyroid dysfunction in gestational hypertensive Nigerians. *Sub-Saharan Afr J Med* 2015;2:19. <https://doi.org/10.4103/2384-5147.151569>.