

GÉNÉRALITÉS

1. Besoins en iode
1.1 Les apports globaux en iode recommandés pour la grossesse et l'allaitement sont de 250mcg/j (OMS) (max de 500mcg/j).
Commentaire : Les sources alimentaires principales d'iode sont le sel iodé et les produits laitiers.
1.2 Un supplément de 150mcg/j est recommandé pour les femmes planifiant une grossesse (3 mois avant), enceintes et qui allaitent.
Commentaire : Les multivitamines prénatales contiennent 150 à 220 mcg d'iodure de potassium /co.
2. Dépistage
2.1 Il n'existe pas assez de données pour se prononcer pour ou contre le dépistage universel (TSH) pendant la grossesse ou avant la grossesse en autant qu'une procréation assistée ne soit pas planifiée ou qu'une pathologie thyroïdienne ou des anticorps anti-microsomiaux (TPO) soient présents.
2.2 La présence et les facteurs de risque de dysfonction thyroïdienne et la prise antérieure ou actuelle de lévothyroxine ou d'antithyroïdiens de synthèse doivent être établis à la première visite prénatale.
2.3 En présence d'un ou plusieurs paramètres suivants, la TSH devrait être mesurée chez toute femme enceinte ou désirant l'être :
<ul style="list-style-type: none">• Antécédent personnel d'hypo- ou hyperthyroïdisme• Symptômes actuels de dysfonction thyroïdienne• Présence d'anti TPO ou de goitre• Irradiation de la tête ou du cou ou chirurgie thyroïdienne• Âge > 30 ans• Diabète type 1 ou autre maladie autoimmune• Antécédent de perte fœtale, d'accouchement prématuré ou d'infertilité• Antécédent de grossesse multiple• Antécédent familial de maladie thyroïdienne autoimmune• Obésité morbide• Utilisation d'amiodarone ou de lithium ou d'exposition récente à un produit de contraste iodé.• Habiter dans une région reconnue comme étant une zone de déficience modérée à sévère en iode
3. Valeurs normales de TSH pendant la grossesse
3.1 Il est préférable d'utiliser des valeurs de références établies à chaque trimestre dans notre population locale saine (sans pathologie thyroïdienne et sans anti-TPO) et par le laboratoire local ou dans une population ayant les mêmes caractéristiques (région, ethnie, âge, consommation en iode).
3.2 Si ceci est impossible, les valeurs de références de notre laboratoire peuvent être utilisées en diminuant la borne inférieure de TSH de 0.4mU/l et la borne supérieure de 0.5mU/l, ce qui équivaut à 4.0 mU/l pour la plupart des techniques de mesures (après 7 semaines).
Commentaire : Ceci est une nouveauté. Voir plus loin la nuance à apporter en présence d'anti-TPO pour le traitement.
4. Hypothyroïdie et infertilité
4.1 La TSH doit être mesurée pour toute femme souffrant d'infertilité.
4.2 Toute femme souffrant d'infertilité et d'hypothyroïdie avérée doit être traitée.
4.3 Toute femme souffrant d'hypothyroïdie subclinique devant subir une FIV devrait être traitée. La TSH visée est de moins de 2.5 mU/l.
4.4 On devrait considérer traiter une femme souffrant d'hypothyroïdie subclinique qui désire une grossesse (sans FIV), en considérant que l'hypothyroïdie peut progresser pendant la grossesse et que de faibles doses de lévothyroxine (25-50 mcg) ne comportent pas de risques importants.
4.5 De faibles doses de lévothyroxine (25-50mcg) peuvent être considérées chez les femmes euthyroïdiennes mais avec anti-TPO positifs allant subir une FIV, même s'il n'existe pas de données prouvant l'efficacité du traitement à augmenter la réussite d'une FIV.
4.6 De faibles doses de lévothyroxine (25-50mcg) peuvent être considérées chez les femmes euthyroïdiennes mais avec anti-TPO positifs présentant des avortements spontanés, même s'il n'existe pas de données prouvant l'efficacité du traitement à diminuer ce problème.

4.7 Les tests de fonction thyroïdienne devraient être effectués avant ou 1-2 semaines après une hyperstimulation ovarienne.
5. Hypothyroïdie pré-grossesse
5.1 Toute femme avec hypothyroïdie avérée doit être traitée pendant la grossesse et l'allaitement.
5.2 Toute femme en âge de procréer présentant une hypothyroïdie devrait savoir que les besoins en levothyroxine augmentent pendant la grossesse.
5.3 Les femmes présentant une hypothyroïdie traitée et qui désirent une grossesse devraient avoir une TSH située entre la borne inférieure de la normale et 2.5mU/l.
5.4 À l'annonce de la grossesse, les femmes devraient contacter leur médecin. Elles doivent aussi augmenter leur dose de levothyroxine à raison de 2 co supplémentaires par semaine .
5.5 La TSH visée pendant la grossesse est de < 2.5 mU/l.
5.6 La TSH doit être mesurée toutes les 4 semaines jusqu'à 20 semaines de grossesse puis à 30-32 semaines.
5.7 À l'accouchement, la dose de levothyroxine doit être diminuée à la dose pré-grossesse. La TSH doit être mesurée 6 semaines postpartum.
5.8 Le (la) néonatalogiste ou pédiatre devrait être au courant de la maladie maternelle.
6. Hypothyroïdie subclinique
6.1 L'hypothyroïdie subclinique est définie par une TSH supérieure à la normale.
6.2 L'hypothyroïdisme isolé ne doit pas être traité.
6.3 Les anti-TPO doivent être mesurés chez les femmes présentant une TSH >2.5 mU/l.
Commentaire : Ceci est une nouveauté et augmente le délai de la prise de décision et les coûts.
6.4 La levothyroxine doit être débutée si : <ul style="list-style-type: none"> • la TSH est > 4mU/l et les anti TPO sont positifs • la TSH est > 10mU/l et les anti TPO sont négatifs
6.5 La levothyroxine peut être utilisée si : <ul style="list-style-type: none"> • la TSH se situe entre 2.5 et 4mU/l et les anti TPO sont positifs • la TSH se situe entre 4 et 10 mU/l et les anti-TPO sont négatifs
Commentaire : Notez la nuance entre 'doit' et 'peut'. Ceci découle du fait qu'il y a peu d'évidence d'augmentation de complications maternelles ou néonatales si la TSH est <5mU/l avec anti-TPO- .
6.6 Aucun traitement ne devrait être donné si la TSH est < 4 mU/l et les anti-TPO négatifs.
6.7 Une fois un traitement débuté, la TSH visée pendant la grossesse est de < 2.5 mU/l.
6.8 La TSH doit être mesurée toutes les 4 semaines jusqu'à 20 semaines de grossesse chez les femmes euthyroïdiennes mais avec anti-TPO positifs .
Commentaire : Ceci est recommandé en raison du risque de développement d'hypothyroïdie chez les femmes avec anti-TPO positifs.
6.9 En postpartum, la levothyroxine peut être arrêtée, surtout si la dose est ≤50mcg/j. ceci doit être discuté avec la patiente.
6.10 La TSH doit être mesurée 6 semaines postpartum.
6.11 Le (la) néonatalogiste ou pédiatre devrait être au courant de la maladie maternelle.
6.12 Une TSH devrait être mesurée chez toute femme présentant des difficultés d'allaitement.
7. Hyperthyroïdie -généralités
7.1 En présence d'une TSH inhibée, nous devrions procéder à un questionnaire médical, un examen physique et une mesure de T4. La mesure d'AC antirécepteurs à la TSH (AR-TSH) et la T3 peuvent aider à préciser le diagnostic.
7.2 L'hyperthyroïdie gestationnelle ne nécessite pas de traitement à l'aide d'antithyroïdiens de synthèse. Les bêtabloqueurs peuvent être utilisés.
7.3 Une scintigraphie thyroïdienne ne doit pas être effectuée pendant la grossesse.
7.4 Le (la) néonatalogiste ou pédiatre ou endocrinologue-pédiatre devrait être au courant de la maladie maternelle, avant ou au moment de l'accouchement selon la complexité du problème.
8. Maladie de Graves
8.1 Il faut discuter de la prise en charge d'une grossesse avec toute femme atteinte de maladie de Graves

en âge de procréer. Ceci peut influencer le traitement choisi.
Commentaire : Le niveau des AC AR-TSH augmentent après un traitement à I¹³¹ et peuvent rester élevés pendant plusieurs mois.
8.2 Il est préférable que la fonction thyroïdienne soit stable depuis 6 mois avant une grossesse.
Commentaire : Ceci inclue l'hyper-et l'hypothyroïdie qui suit la chirurgie et l'I¹³¹.
8.3 Une fois enceintes, les femmes doivent contacter leur médecin le plus rapidement possible.
8.4 En cas de prise d'antithyroïdiens de synthèse et de grossesse, le médecin doit envisager, sur une base individuelle, la cessation de la médication, surtout si l'hyperthyroïdie est bien contrôlée avec de faibles doses de méthimazole (< 5-10mg/jour) ou de PTU (< 200mg/jour).
8.5 Si la médication est cessée, une évaluation clinique doit être faite et la TSH/T4L doivent être mesurées toutes les 1 à 2 semaines et toutes les 2 à 4 semaines au 2 et 3ème trimestres si la condition est stable.
8.6 Si les antithyroïdiens de synthèse sont utilisés pendant la grossesse, la TSH et la T4L doivent être mesurées toutes les 4 semaines. Nous devons viser une dose d'antithyroïdiens de synthèse la plus basse possible, la T4L pouvant être à la limite supérieure ou légèrement au-dessus de la normale.
8.7 Le méthimazole devrait être arrêté le plus tôt possible et remplacé par le PTU (20mg de PTU pour 1mg de méthimazole).
8.8 Le PTU devrait être utilisé jusqu'à 16 semaines de grossesse.
Commentaire : Ceci est nouveau. Avant on parlait de 'fin du premier trimestre'.
8.9 Après 16 semaines, il n'y a pas assez de données pour émettre une opinion sur la nécessité de changer le PTU pour du méthimazole.
Commentaire : Ceci est nouveau et plus tolérant qu'avant.
8.10 En présence d'hyperthyroïdie non contrôlée, une surveillance fœtale doit être instaurée.
8.11 Les antithyroïdiens de synthèse peuvent être employés pendant l'allaitement.
9. En présence d'AC antirécepteurs de la TSH (AC AR-TSH)
9.1 Les AC AR-TSH doivent être mesurés chez toute femme avec maladie de Graves (antérieure ou actuelle) dès le début de la grossesse.
9.2 Si les AC AR-TSH sont élevés en début de grossesse, ils doivent être recontrôlés entre 18-22 semaines.
9.3 Si les AC AR-TSH sont élevés à 18-22 semaines ou si la femme est sous antithyroïdiens de synthèse, ils doivent être contrôlés à 30-34 semaines pour évaluer la besoin de surveillance néonatale et postnatale.
Commentaire : Cette façon de faire n'est pas réaliste pour nous, ou le délai de résultat est de 6 à 8 semaines. D'autant plus que la recommandation suivante parle d'élévation à n'importe quel moment de la grossesse.
9.4 En présence d'AC AR-TSH élevés à n'importe quel moment au cours de la grossesse (>3 x normale), une surveillance fœtale (fréquence cardiaque, croissance, liquide amniotique, goitre) doit être instaurée.
10. THYROIDITE POSTPARTUM
10.1 Il n'existe aucun traitement pour la prévention de la thyroïdite postpartum.
10.2 Si nécessaire, une scintigraphie à l'Iode ¹²³ ou au technétium est possible pendant l'allaitement, moyennant une absence d'allaitement pendant 12h à 4 jours selon l'agent utilisé.
10.1 Une dysfonction thyroïdienne devrait être recherchée chez toute femme avec dépression, notamment en postpartum.
10.2 Au cours de la phase d'hyperthyroïdie de la thyroïdite postpartum, les bêta-bloqueurs peuvent être utilisés mais les antithyroïdiens de synthèse sont inutiles.
10.3 Une TSH devrait être mesurée 4 à 8 semaines après la phase d'hyperthyroïdie.
10.4 La levothyroxine peut être initiée pendant la phase d'hypothyroïdie, selon les symptômes et le désir de grossesse. Le traitement devrait être continué pendant 12 mois. Par la suite, la levothyroxine peut être diminuée progressivement, à moins que la femme n'envisage une grossesse ou soit enceinte.
10.5 La TSH devrait être mesurée toutes les 4 à 8 semaines jusqu'à stabilisation de la fonction thyroïdienne.

10.6	La TSH devrait mesurée annuellement chez les femmes ayant fait une thyroïdite postpartum.
11.	NODULES ET CANCERS THYROIDIENS
11.1	En présence d'un nodule thyroïdien, l'approche devrait inclure l'histoire, l'examen physique, particulièrement du cou, les tests de fonction thyroïdienne, et l'échographie de la thyroïde.
11.2	En présence de TSH inhibée après 16 semaines de grossesse, la biopsie à l'aiguille fine peut être effectuée après la grossesse ou une scintigraphie pourra aussi être effectuée.
11.3	Il n'y a pas assez de données pour recommander ou non la mesure de la calcitonine pendant la grossesse.
11.4	La biopsie à l'aiguille fine est recommandée pour un nodule détecté pendant la grossesse présentant des caractéristiques suspectes à l'échographie (et TSH non inhibée). Celle-ci peut se faire pendant la grossesse ou en postpartum immédiat selon le risque de cancer et la préférence de la patiente.
11.5	Aucune surveillance particulière n'est recommandée pendant la grossesse pour un nodule bénin.
11.6	En présence d'un antécédent de carcinome différencié traité et d'un niveau de thyroglobuline indétectable, aucun suivi particulier n'est requis.
11.7	En présence d'un carcinome différencié (réponse incomplète ou récurrence ou maladie résiduelle), une échographie thyroïdienne et une mesure de thyroglobuline doivent être effectuées pendant la grossesse.
11.8	Un cancer papillaire doit être surveillé par échographie (1 par trimestre) pendant la grossesse. Une chirurgie peut être envisagée en cas de croissance substantielle avant 24-26 semaines ou si les ganglions sont envahis.
11.9	La chirurgie pendant la grossesse n'est pas indiquée pour un nodule à cellules indifférenciées en absence de ganglions atteints ou de signe de métastases.
11.10	La chirurgie peut être considérée pendant la grossesse en présence d'un cancer indifférencié agressif .
11.11	En présence d'un cancer médullaire ou aplasique , une chirurgie est fortement conseillée, malgré l'absence de données.
11.12	Chez les femmes ayant déjà eu un cancer de la thyroïde, la TSH visée pendant la grossesse devrait être la même que celle désirée avant la grossesse. La TSH devrait être mesurée toutes les 4 semaines jusqu'à 16-20 semaines puis une fois entre 26-32 semaines.
11.13	Les inhibiteurs de la tyrosine kinase ne devraient pas être utilisés pendant la grossesse.
11.14	Le délai entre un traitement à l'iode 131 et une grossesse devrait être de 6 mois pour une femme et 120 jours pour un homme.