

Ce qui est nouveau dans le document :

1. Présentation : plus agréable, plus de tableaux, de figures colorées et d'organigrammes
2. Mise à jour des connaissances, plus de nuances et plus de guidance, recommandations plus courtes (évaluées selon GRADE), incorporation de l'état pré-grossesse
3. Recommandation d'être sélectif pour le dépistage de maladie thyroïdienne

A. Laboratoire

- a. La TSH est le meilleur reflet de la fonction thyroïdienne.
- b. Il serait préférable d'établir un intervalle de référence (2,5^e et 97,5^e percentile) spécifique à la grossesse, au trimestre et à chaque laboratoire.
- c. Si un tel intervalle n'existe pas, les bornes de normalités de TSH de **0,1 à 4,0 mU/L** peuvent être utilisées au 1^{er} et 2^{ème} trimestre **ou** une valeur inférieure de 0,5 mU/L des bornes usuellement utilisées.
- d. Il est préférable d'utiliser le même laboratoire pendant le suivi.
- e. La mesure des AC anti-TPO est préférable à celles des AC-antityroglobulines.

B. Définitions

- a. Hypothyroïdie avérée : TSH augmentée et T4L diminuée.
- b. Hypothyroïdie subclinique : TSH augmentée et T4L normale.
- c. Hypothyroxinémie maternelle isolée : TSH normale et T4L diminuée.
- d. Hyperthyroïdie avérée : TSH diminuée et T4L et/ou de T3L élevée.
- e. Hyperthyroïdie subclinique : TSH diminuée et T4L et/ ou T3 normale.

C. Qui dépister en début de grossesse ?

- a. Symptômes de dysfonction thyroïdienne ou présence d'un goitre,
- b. Histoire familiale de maladie thyroïdienne auto-immune,
- c. Prise de médicaments influençant la fonction thyroïdienne,
- d. Histoire personnelle de dysthyroïdie incluant thyroïdite postpartum,
- e. Histoire personnelle de maladie auto-immune (ex : DB1, maladie céliaque, anémie pernicieuse, maladie d'Addison, vitiligo, insuffisance ovarienne précoce, PAR, LED, sclérose en plaque),

- f. Histoire personnelle de ≥ 2 avortement spontanés (si non fait avant)
- g. Histoire personnelle d'infertilité (si non fait avant),
- h. Histoire personnelle de Syndrome de Turner ou de Down,
- i. Histoire personnelle d'irradiation de la tête ou du cou ou exposition à l'iode radioactive,
- j. Histoire personnelle de chirurgie thyroïdienne,
- k. Habiter dans une région connue pour une déficience en iode ou ne pas consommer du sel iodé,
- l. Autre selon le jugement du médecin.

D. Contexte d'infertilité et d'avortements à répétition

- a. TSH doit être mesurée chez toutes les femmes présentant de l'infertilité ou des avortements à répétition. La mesure des AC anti-TPO est laissée au jugement du prescripteur.
- b. En cas d'hypothyroïdie subclinique : Initier la lévothyroxine Si TSH > 10 mU/L
- c. En cas d'hypothyroïdie subclinique avec une TSH < 10 mU/L, attendre pour débuter traitement et répéter la mesure de la TSH au moins 1x, 4 à 6 sem après.
- d. Le traitement de fertilité devrait être retardé pour avoir une TSH normale sous lévothyroxine.
- e. Si AC anti-TPO + mais TSH normale : pas de traitement mais contrôle de la TSH aux 3-6 mois.
- f. Si prise de lévothyroxine : viser une TSH $\leq 2,5$ mU/L dans les mois précédant la grossesse.
- g. En présence d'hypothyroïdie et stimulation ovarienne : vérifier TSH 6-12 sem avant, 2 sem après un test de grossesse puis selon recommandations du paragraphe «Hypothyroïdie».
- h. En présence d'hyperthyroïdie subclinique : répéter la TSH ds 4-6 sem si traitement de fertilité peut être retardé
 - i. Si anomalies persistent : investigation et traitement approprié
 - ii. Si anomalies se normalisent : problème résolu

- i. Si **hyperthyroïdie subclinique** mais le traitement de fertilité ne peut **pas** être retardé : Investiguer et considérer un traitement si TSH <1 mU/L
- j. En présence d'**hyperthyroïdie avérée** : Investiguer et traiter cause sous-jacente. Si pas de cause identifiée ou si traitement de fertilité est urgent : débiter PTU petite dose ou suivi serré (< 200mg/j)

E. Hypothyroïdie

Nouveautés : moins d'importance aux AC anti-TPO, moins de traitement de l'hypothyroïdie subclinique, **seuil de traitement de la TSH de 6 mU/L**

- a. Hypothyroïdie avérée avant la grossesse : viser une $TSH \leq 2,5$ mU/L dans les mois précédant la grossesse.
- b. Augmenter la dose de lévothyroxine de 25% au test de grossesse positif (sur-traitement possible).
- c. Hypothyroïdie sous lévothyroxine : mesurer la TSH aux 4 sem jusqu'à 20 sem puis 1 fois vers 30 semaines.
- d. Hypothyroïdie sous lévothyroxine: viser une **$TSH \leq 2,5$ mU/L**.
- e. Ne pas se fier sur les AC anti-TPO (ou anti-thyroglobuline) pour initier ou non un traitement pendant la grossesse. Leur positivité aide à évaluer le risque de thyroïdite PP et la prise en charge future.
- f. Si AC anti-TPO + mais TSH normale : pas de traitement, pas de sélénium, pas de glucocorticoïdes ni IViG
- g. Si **$TSH > 10$ mU/L** : initier lévothyroxine.
- h. Si TSH entre **6 et 10 mU/L et T4L basse** : hypothyroïdie avérée; initier lévothyroxine
- i. Si TSH entre **2,5 et 6 mU/L et T4L basse** : refaire TSH dans 1-3 sem ou débiter lévothyroxine
- j. Si TSH entre **2,5 et 6 mU/L et T4L normale**:
 - i. **Au 1^{er} trimestre**: refaire TSH dans 1-3 sem (préférence) ou débiter lévothyroxine
 - ii. **Aux 2 ou 3^{ème} trimestre**: refaire TSH dans 4-6 sem et ne pas initier un traitement.
- k. Dose pour hypothyroïdie avérée : 1,5-1,7 mcg/kg/j +20-30% pour grossesse
- l. Dose pour hypothyroïdie subclinique : 25-75 mcg/j
- m. Ne pas utiliser de la liothyronine (T3) ou préparation thyroïdienne desséchée pendant la grossesse
- n. Hypothyroïdinémie seule : ne pas traiter surtout aux 2 et 3^{ème} trimestre.

F. Hyperthyroïdie

Nouveautés : Chirurgie possible à tous les trimestres, meilleure utilisation des AC des récepteurs de la TSH (TRAb) ou immunoglobulines stimulant la thyroïde (TSI)

- a. Le méthimazole devrait être remplacé par le PTU pour les femmes désirant une grossesse (20mg PTU pour 1mg méthimazole). Les autres options de traitement devraient être discutées.
- b. Les antithyroïdiens peuvent être arrêtés si euthyroïdie sous méthimazole < 5-10mg ou PTU < 100-200mg depuis > 6 mois.
- c. Utiliser PTU avant ou dès que grossesse confirmée (20mg PTU pour 1mg méthimazole) jusqu'à 16 sem de grossesse. Après : au choix du MD et de la femme. Peuvent être arrêtés en cours de grossesse selon l'activité de la maladie.
- d. Ne pas mesurer la TSH de manière systématique en présence d'hyperemesis gravidarum si absence d'autres signes d'hyperthyroïdie.
- e. T3L : peut aider au diagnostic différentiel mais ne pas s'en servir pour ajustement du traitement
- f. Si hyperthyroïdie subclinique : Ne pas traiter (sauf propranolol PRN) et répéter TSH aux 2 à 4 sem
 - i. Si normalisation : cesser tests
 - ii. Si persistance au 3ème trimestre: continuer le suivi biochimique et considérer la mesure des TRAb/TSI
 - iii. Si détérioration : prise en charge comme hyperthyroïdie avérée
- g. Ne pas faire échographie thyroïdienne dans le but de distinguer une hyperthyroïdie gestationnelle d'une maladie de Graves
- h. Si hyperthyroïdie avérée :
 - i. Hyperthyroïdie gestationnelle soupçonnée : répéter TSH et T4L ds 2-4 sem; si persistance après 20 sem mesurer les TRAb/TSI.

- ii. Maladie de Graves ou autre cause d'hyperthyroïdie soupçonnée : Écho thyroïde et rechercher TRAB ou TSI. Si TRAB/TSI positif : Initier traitement.
- i. Si Maladie de Graves en rémission depuis plus d'un an sans médicament : Faire TSH et T4L à chaque trimestre + 4-6 sem et 4-6 mois *postpartum*.
- j. Si hyperthyroïdie avérée connue avant la grossesse :
 - i. Mesure TSH, T4L et Trab/TSI au 1^{er} trimestre
 - ii. Si pas de prise d'antithyroïdiens ET TRAB/TSI >3x /normale, répéter les TRAB/TSI à 18-22sem et 30-34 sem et suivi foetal
 - iii. Si pas de prise d'antithyroïdiens ET TRAB/TSI < 3x/normale n'importe quand pendant la grossesse ET si la mère est euthyroïdienne : mesure des TRAB/TSI et monitoring foetal peuvent être cessés.
 - iv. Si prise d'antithyroïdiens : TSH et T4L aux 2 à 4 sem selon l'évolution; viser 1/3 supérieur de l'intervalle normal de T4L.
 - v. Si antithyroïdiens cessés : **Évaluation clinique** + TSH et T4L aux 1-2 sem au 1^{er} trimestre puis aux 2-4 sem; viser 1/3 supérieur de l'intervalle normal de T4L.
- k. Suivi foetal : à faire si prise d'antithyroïdiens ou si TRAB ou TSI >3x /normale : Écho foetale aux 4 sem à partir de 18-20 sem incluant la mesure de la thyroïde foetale.
- j. Autres thérapies possibles : chirurgie, propanolol, iodure de potassium, glucocorticoïdes, cholestyramine, plasmaphérèse.

G. Thyroïdite *postpartum*

(Les graphiques sont très parlants.)

- a. Les femmes à risque de thyroïdite *postpartum* (antécédant ou AC anti-TPO+) devraient être averties des risques et des symptômes de la thyroïdite *postpartum*.
- b. Pour contrer les symptômes de la phase d'hyperthyroïdie, une faible dose de bêtabloqueurs devrait être utilisée, même si la femme allaite. S'il y a des signes de maladie de Graves, celle-ci doit être recherchée.
- c. La lévothyroxine peut être utilisée dans la phase d'hypothyroïdie selon les symptômes, si la femme allaite ou si elle considère une grossesse dans les 6 prochains mois. Le sevrage peut être entrepris après 6 à 12 mois de traitement.
- d. La scintigraphie au Tc-99m est possible pendant l'allaitement mais il est recommandé de ne pas allaiter pendant les **36h suivant le test**.
- e. La scintigraphie à l'I-123 est possible pendant l'allaitement mais il est recommandé de ne pas allaiter pendant les **3-4jours** suivant le test.
- f. Il faut attendre au moins 3 mois après la fin de l'allaitement pour un traitement à l'I-131.

H. Autres chapitres pour les intéressés : lode, nodules, cancer, valeurs des autres tests thyroïdiens