



## Article original

### Dysthyroïdie et grossesse à l'hôpital du Mali

Dysthyroidism and pregnancy in the hospital of Mali

MB Diallo\*, A Koné, M Mariko, DS Sow, AT Sidibé

#### Résumé

Introduction : Les dysfonctionnements thyroïdiens sont fréquents en période d'activité

génitale. Sa prise en charge est multidisciplinaire.

Notre étude avait pour but d'étudier cette affection chez la gestante.

Méthodologie : Etude prospective de 18 mois chez les gestantes en dysthyroïdie d'Avril 2017 à Septembre 2018 à l'Hôpital du Mali et dans les centres de santé de référence de la commune II, IV, V.

Résultats : Trente-deux gestantes ont été colligées dans notre étude dont 81% d'hyperthyroïdie (n=26) et 19 % d'hypothyroïdie (n=6). Soixante pourcent (60%) avaient une dysthyroïdie connue avant la grossesse. L'âge moyen était de 31 ans avec des extrêmes allant de 18 à 41ans. Les manifestations cliniques de l'hyperthyroïdie étaient dominées par la tachycardie 100% (n=26), asthénie d'effort 80,8% (n=21), exophtalmie bilatérale 50% (n=13), un goitre qui était diffus dans 53,8% des cas (n=14). La maladie de Basedow représentait la 1ère étiologie des hyperthyroïdies 57,7% (n=15). Quant à l'hypothyroïdie (n=6), les manifestations cliniques étaient : la bradycardie 83,3% (n=5), peau sèche 50% (n=3), asthénie matinale 66,7% (n=4). L'hypothyroïdie post thyroïdectomie était la première étiologie dans 50% (n=3). Une prise en charge adaptée

a été effectuée: les antithyroïdiens de synthèse (ATS) pour l'hyperthyroïdie et les hormones thyroïdiennes pour l'hypothyroïdie.

Conclusion : La dysthyroïdie chez les gestantes existe dans nos structures de santé. Près de soixante pourcent des femmes enceintes avaient une dysthyroïdie connue avant la grossesse.

Mots-clés : Dysthyroïdie /Grossesse / Hôpital du Mali.

#### Abstract

Introduction: Thyroid dysfunction is common during periods of genital activity. His care is multidisciplinary. Our study was designed to study this condition in pregnant women.

Methodology: Prospective study of 18 months in pregnant dysthyroidism from April 2017 to September 2018 at the Mali Hospital and in the reference health centers of commune II, IV, and V.

Results: Thirty-two pregnant women were collected in our study including 81% hyperthyroidism (n = 26) and 19% hypothyroidism (n = 6). Sixty percent (60%) had known dysthyroidism before pregnancy. The average age was 31 years old with extremes ranging from 18 to 41 years old. The clinical manifestations of hyperthyroidism were dominated by 100% tachycardia (n = 26), 80.8% stress asthenia (n = 21),

50% bilateral exophthalmos (n = 13), a goiter that was diffuse in 53.8% of cases (n = 14). Basedow's disease represented the first etiology of hyperthyroidism 57.7% (n = 15). As for hypothyroidism (n = 6), the clinical manifestations were: bradycardia 83.3% (n = 5), dry skin 50% (n = 3), morning asthenia 66.7% (n = 4). Post thyroidectomy hypothyroidism was the first etiology in 50% (n = 3). A suitable management was carried out according to the dysthyroidism: antithyroid of synthetic (SAT) for hyperthyroidism and thyroid hormones for hypothyroidism.

Conclusion: The dysthyroidism in the pregnant exists in our structures of health. Nearly sixty percent of pregnant women had known dysthyroidism before pregnancy.

Keywords: Dysthyroidism / Pregnancy / Mali Hospital.

---

## Introduction

Les dysfonctionnements thyroïdiens sont fréquents chez la femme, en particulier en période d'activité génitale [1-2]. La pathologie thyroïdienne est la deuxième cause de maladie endocrinienne en cours de grossesse et l'obstétricien est fréquemment amené à suivre ces grossesses conjointement avec l'endocrinologue.

Au cours de la grossesse, d'une part, les besoins en iode augmentent, du fait de l'augmentation de la clairance rénale de l'iode et du transfert trans-placentaire de l'iode inorganique vers le fœtus et, d'autre part, l'activité fonctionnelle de la glande thyroïde maternelle augmente du fait de l'augmentation de la concentration plasmatique de la TBG (thyroxine-binding globulin), de l'action TSH-like de l'hormone chorionique gonadotrophique (HCG) et de l'apparition de l'activité de la désiodase placentaire de type 3. De même, au cours de la grossesse, l'activité immunologique maternelle est partiellement supprimée, ce qui entraîne une diminution de la production des anticorps anti-récepteurs de la TSH, responsables de l'hyperthyroïdie basedowienne.

Ces données physiologiques expliquent tout ou en partie des particularités des dysfonctionnements thyroïdiens, tels que l'hypothyroïdie et la thyrotoxicose, présentés par les femmes au cours de la grossesse. Depuis les deux dernières décennies, les recherches ont identifié de multiples conséquences délétères affectant la mère et le fœtus associées avec des anomalies thyroïdiennes et l'auto immunité thyroïdienne maternelle. C'est en 1990 que pour la première fois Stagnaro Green et al ont montré une association entre la présence des anticorps thyroïdiens et les fausses couches et en 1999 que Haddow et al sont les premiers à montrer une diminution des performances intellectuelles chez les enfants nés de mères ayant eu une hypothyroïdie pendant la grossesse.

L'hypothyroïdie a également des conséquences délétères obstétricales (hypertension gravidique, pré éclampsie, anémie, avortements, hémorragies du postpartum) et d'autres conséquences fœtales (retard de croissance intra utérin, morbidité et mortalité fœtale et périnatale accrue) tout comme l'hyperthyroïdie (hypertension gravidique, fausse couche spontanée tardive, infections, anémie, insuffisance cardiaque, malformations fœtales, retard de croissance intra utérin, mort in utero).

Les dysthyroïdies pendant la grossesse ne sont pas rares, la prévalence de l'hypothyroïdie est de 2 à 3% et celle de l'hyperthyroïdie de 1 à 3%.

Ces prévalences sont non négligeables, sont à prendre en compte car les conséquences peuvent être catastrophiques pour la santé de la mère et du fœtus. Dans ce nouvel Hôpital, aucune étude n'a porté sur ce thème, d'où l'initiation de cette étude multicentrique.

**Objectifs :** Etudier les aspects cliniques, évolutifs et thérapeutiques des dysthyroïdies et grossesse l'Hôpital du Mali et dans les centres de santé de référence de la commune II, IV et V)

## Méthodologie

L'étude s'est déroulée à l'Hôpital du Mali de Bamako et dans les centres de santé de référence

de la commune II, IV, V. Il s'agissait d'une étude descriptive, multicentrique avec recueil des données prospectives d'Avril 2017 à Septembre 2018 soit 18 mois. Elle a concerné les femmes enceintes.

Était incluse toute femme enceinte dont le diagnostic de dysthyroïdie a été établi par des examens cliniques et para cliniques.

Les renseignements ont été collectés à partir des dossiers des patientes. Pour chaque gestante une fiche d'exploitation individuelle était remplie, comportant les paramètres suivants : Données sociodémographiques : identité ou initiale, sexe, âge, résidence (origine géographique), lieu d'enfance, profession et ethnique.

Les antécédents :

Médicaux : personnels ou familiaux de maladies non et ou auto-immunes, de pathologies thyroïdiennes, existence ou non d'irradiation cervicale, et la notion de prise médicamenteuse. Chirurgicaux : thyroïdectomie totale ou partielle.

Gynéco-obstétricaux : nombre de grossesse, de parité, antécédents d'infertilité, de mort fœtal in utero, accouchement prématuré, mort néonatale, de fausse couche, de retard de croissance intra-utérin.

Les renseignements de l'examen clinique :

Signes fonctionnels d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie, paramètres (poids, taille, température, pression artérielle, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pouls).

Examen de la thyroïde à la recherche de goitre ou de nodule en précisant ses caractéristiques, le périmètre du cou, présence de souffle thyroïdien ou d'adénopathies cervicales et le stade de goitre selon l'OMS.

Examen cardiovasculaire à la recherche d'un souffle cardiaque, un frottement péricardique, des troubles du rythme.

Examen des autres organes à la recherche d'autres anomalies. Les données para clinique:

Biologie : TSHus (Hormone thyroïdienne stimulante ultrasensible), FT4 (Thyroxine libre), anticorps anti-thyroperoxydase (Ac anti-TPO), anticorps anti-récepteur de la TSH (TRAK), anti thyroglobuline

(anti TG), iodémie, iodurie des 24h, CRP (Protéine C Réactive), VS (Vitesse de Sédimentation).

Imagerie : échographie thyroïdienne, échographie obstétricale.

Les renseignements sur le traitement administré au patient Les données évolutives des gestantes

La saisie et l'analyse des données sont faites à l'aide du logiciel SPSS version 21.0 for Windows et Microsoft Office Word et Excel 2007.

La confidentialité des données a été respectée et chaque dossier présente un numéro d'anonymat. Le consentement éclairé était accordé avant la collecte des données.

## Résultats

Trente-deux gestantes ont été colligées dans notre étude dont 81% d'hyperthyroïdie (n=26) et 19 % d'hypothyroïdie (n=6). Soixante pourcent (60%) avaient une dysthyroïdie connue avant la grossesse.

L'âge moyen des gestantes était de 31 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 41 ans.

Les antécédents familiaux étaient : 46,15 % de goitre, 11,53 % d'hyperthyroïdie, 23,07% cas de diabète Comme signes d'hyperthyroïdie, il s'agissait : de palpitation 100% ; la nervosité, une insomnie et une asthénie 80,8 % chacune.

Les signes d'hypothyroïdie étaient dominés par la bradycardie 83,3 % ; les céphalées, une prise de poids, des crampes des membres inférieurs et l'asthénie matinale, une constipation : 66,7 % chacune.

La biologie hormonale montrait une TSHus effondrée dans 92 % des cas avec une FT4 élevée 65,4% chez les gestantes présentant l'hyperthyroïdie. Quarante-trois pourcent (83%) des gestantes qui étaient en hypothyroïdie, avaient une TSHus élevée.

La dysthyroïdie était connue avant la grossesse chez 44 % des gestantes en hyperthyroïdie et 16% en hypothyroïdie.

Le dosage des anticorps anti récepteurs de la TSH (TRAK), des anticorps anti peroxydase (TPO) couplés à l'échographie thyroïdienne ont permis de faire le diagnostic étiologique. Onze pourcent (11%)

des gestantes avaient pu réaliser le dosage des auto-anticorps.

La maladie de Basedow dominait les étiologies de l'hyperthyroïdie avec 57,7 % suivie de 34,6 % un goitre multi nodulaire toxique. Par contre les étiologies de l'hypothyroïdie étaient iatrogènes dans 50 % des cas (thyroïdectomie partielle ou totale) suivie de la maladie de Hashimoto 33,3 %.

L'âge gestationnel des patientes variait de 05 semaines d'aménorrhée à 40 semaines d'aménorrhée avec 53,1 % des patientes venues au 1er trimestre, 43,8% au 2ème trimestre et 3,1 % au 3ème trimestre.

La prise en charge de nos patientes a été une adaptation des doses pour celles qui recevaient déjà un traitement et l'instauration du traitement pour celles qui sont nouvellement diagnostiquées, à savoir un antithyroïdien de synthèse en cas d'hyperthyroïdie et l'opothérapie substitutive en cas d'hypothyroïdie. Parmi nos patientes qui avaient un antécédent d'hypothyroïdie connu : au 1er trimestre une seule sur 3 était dans l'objectif cible des TSHus (<2,5 mUI/ml). Parmi celles venues au 2ème ou 3ème trimestre, aucune gestante n'était dans l'objectif cible de la TSHus (<3 mUI/l).

Le suivi sous traitement a permis une normalisation de la TSHus à 6ème mois dans 15,4 % des cas pour les gestantes en hyperthyroïdie et en 2 mois dans 66,7% des cas pour celles en hypothyroïdie.

Nous ne déplorons aucune complication materno-fœtale.

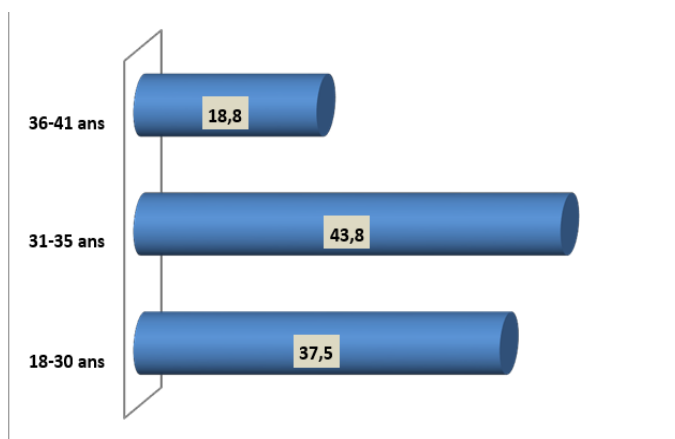


Figure 1 : répartition selon la tranche d'âge.

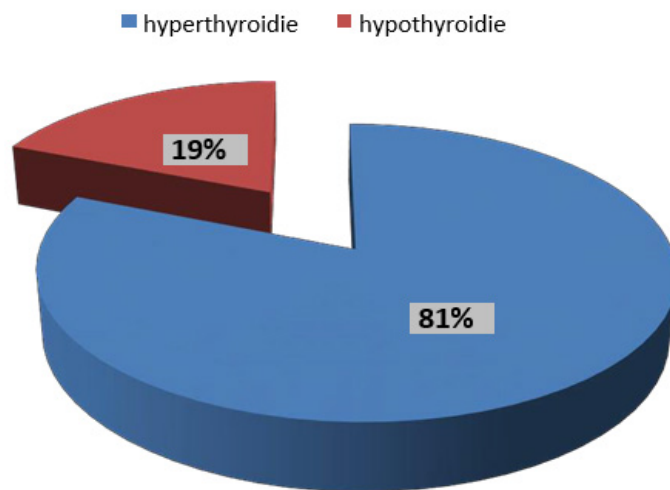


Figure 2 : Répartition de la dysthyroïdie au cours de la grossesse.

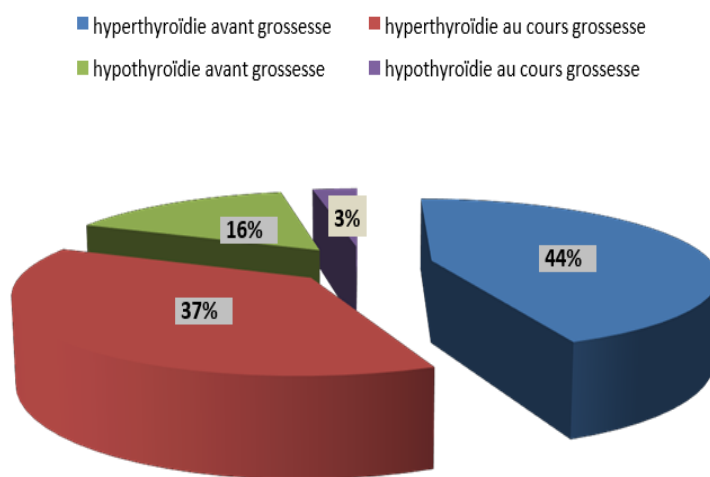


Figure 3 : Répartition selon dysthyroïdie connue avant et ou au cours de la grossesse.

### Discussion

Dans notre étude nous avons colligé 32 gestantes dont 26 cas d'hyperthyroïdie et 6 cas d'hypothyroïdie.

L'âge moyen des gestantes était de 31 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 41ans ceci concorde avec Lahlou [7], Rchachi [8], Abdous [12] qui retrouvaient respectivement comme âge moyen 34 ans, 34 ans et 31 ans.

Les antécédents familiaux de nos patientes étaient : 23,07% de diabète étaient comparables avec ceux de Lahlou [7] qui retrouvait 19,67% diabète.

Dans notre étude, 81 % des gestantes étaient en hyperthyroïdie et 19% en hypothyroïdie ceci était différent de l'étude de Lahlou [7] qui retrouvait 3,47

% en hyperthyroïdie et 6,52 % en hypothyroïdie. Cette non concordance s'expliquerait par la différence de méthodologie.

44 % (14 cas) des gestantes avaient une hyperthyroïdie connue avant la grossesse ceci concorde avec l'étude de Rchachi [8] qui retrouvait que 12 cas de gestantes ayant une hyperthyroïdie connue avant la grossesse.

Concernant l'hypothyroïdie 16% des gestantes avaient une hypothyroïdie connue avant la grossesse, ce résultat était comparable à celui de Rchachi [9] qui retrouvait 20 % d'hypothyroïdie connue avant la grossesse.

Le diagnostic de l'hyperthyroïdie est relativement facile quand l'hyperthyroïdie est connue avant la grossesse, le diagnostic est difficile en absence d'antécédents connus car la plupart des signes (troubles de la régulation thermique, de l'appétit, labilité émotionnelle, tendance à la tachycardie peuvent être mis sur le compte de l'état gestationnel [10]. La palpitation a été retrouvée chez toutes les gestantes et 80,8 % d'entre elles avaient une nervosité, une insomnie et une asthénie d'effort comme signes de thyrotoxicose.

Le diagnostic d'une hypothyroïdie est aisé chez les femmes présentant un antécédent thyroïdien personnel (thyroïdectomie, traitement par l'iode radioactif, prise de médicaments interférant avec la fonction thyroïdienne) ou familial. Le diagnostic clinique d'hypothyroïdie doit être évoqué devant une asthénie, une chute des cheveux, une sécheresse cutanée, un bourrelet pseudo - myotonique ou un goitre [1, 6]. Quatre-vingt-trois pourcent (83,3 %) des gestantes avaient une bradycardie, et 66,7 % des céphalées, une prise de poids, des crampes des membres inférieurs, une asthénie matinale, et une constipation correspondant à des signes d'hypo métabolisme de l'hypothyroïdie.

Parmi les patientes qui étaient en hyperthyroïdie 92 % avaient une TSHus effondrée concordant avec le diagnostic biologique de l'hyperthyroïdie et 65,4% avaient une FT4 élevée concordant avec le diagnostic biologique de l'hyperthyroïdie.

Quatre-vingt-trois pourcent (83,3 %) des gestantes

en hypothyroïdie avaient une TSHus élevée ce qui concordait avec le diagnostic biologique de l'hypothyroïdie.

La confirmation du diagnostic de la maladie de basedow repose sur un taux élevé d'anticorps anti récepteur de la TSH (TRAK). Seules 11% des gestantes avaient pu réaliser le dosage des anticorps anti TSH (TRAK), pour celles qui n'ont pas pu faire le dosage le diagnostic de maladie de basedow a été retenu surtout devant la clinique (signes spécifiques orbitopathie de basedow, cutanées myxœdème pré tibial si présente et l'aspect échographique de la thyroïde).

Le diagnostic étiologique de la thyroïdite d'Hashimoto repose sur un taux élevé d'anticorps anti peroxydase, seules 11% des gestantes ont pu réaliser le dosage des anticorps anti peroxydase (TPO).

L'étiologie la plus fréquente de l'hyperthyroïdie au cours de la grossesse est la maladie de basedow [15]. Elle se manifeste dans 0,1 à 1% des grossesses [5]. Toutes les autres étiologies de l'hyperthyroïdie peuvent être retrouvées au cours de la grossesse, l'échographie thyroïdienne est alors d'une aide notable permettant d'orienter le diagnostic en fonction de l'aspect de la thyroïde. Dans notre étude, 57,7 % des étiologies d'hyperthyroïdie étaient la maladie de basedow, ce qui est différent de celui de Lahlou [7] (40 % de maladie de basedow) due à une méthodologie différente.

La carence en iode est la première cause d'hypothyroïdie dans le monde [3, 4].

Dans les zones où l'apport en iode est suffisant telles que les Etats unis ou l'Europe ; l'étiologie la plus fréquente est la thyroïdite auto-immune (thyroïdite d'Hashimoto) [11]. La moitié (50 %) de nos gestantes en hypothyroïdie avait comme étiologie iatrogénique (thyroïdectomie partielle ou totale) ce résultat ne concordant pas avec l'étude de Rchachi [9] qui retrouvait 78 % d'hypothyroïdie post thyroïdectomie ; notre seconde étiologie était la maladie d'Hashimoto (33,3 %) comparable à l'étude de Lahlou [7] (41%).

L'âge gestationnel des gestantes variait de 05 semaines d'aménorrhée à 40 semaines d'aménorrhée comparable avec celui de Lahlou [7] 4 semaines

d'aménorrhée à 38 semaines d'aménorrhée.

La prise en charge de nos patientes a été une adaptation des doses pour celles qui recevaient déjà un traitement et l'instauration du traitement pour celles qui sont nouvellement diagnostiquées, à savoir un antithyroïdien de synthèse en cas d'hyperthyroïdie et l'opothérapie substitutive en cas d'hypothyroïdie. Afin d'éviter les risques liés au passage des antithyroïdiens de synthèse à travers la barrière placentaire les gestantes ont bénéficié d'une adaptation thérapeutique de leur antithyroïdien de synthèse. Soit au 1er trimestre pour celles qui prenaient les imidazoles (carbimazole et thiamazole) contre indiqués, et celles dont la dose d'antithyroïdiens de synthèse était insuffisante après le dosage de la TSHus et de la FT4, En hypothyroïdie les gestantes sous opothérapie substitutive ont bénéficié d'une adaptation thérapeutique en fonction de leur terme de grossesse après dosage de la TSHus. Parmi nos patientes qui avaient un antécédent d'hypothyroïdie connu : au 1er trimestre une seule sur 3 était dans l'objectif cible des TSHus (<2,5 mUI/ml). Parmi celles venues au 2ème ou 3ème trimestre, aucune gestante n'était dans l'objectif cible de la TSHus (<3 mUI/l), s'exposant aux risques de complications maternelles et ou fœtales.

Dans notre étude le taux de TSHus s'est normalisé au bout de 6 mois de traitement pour hyperthyroïdie et au bout de 2 mois pour l'hypothyroïdie.

Aucune complication maternelle et fœtale n'a été retrouvée chez les gestantes en hyperthyroïdie ceci était différent de l'étude de Rhachi [8] qui retrouvaient 02 cas d'avortements spontanés ceci est dû à la précocité de la prise en charge dans notre étude.

L'hypothyroïdie est associée avec un risque élevé de fausse couche de diminution du QI des enfants, d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance, de mort-nés, d'hypertension gestationnelle (éclampsie, pré éclampsie, détresse respiratoire néonatale) [13] : aucune complication n'a été retrouvée chez les gestantes en hypothyroïdie ce qui concordait avec l'étude de Rhachi [9] qui retrouvait aucune complication.

## Conclusion

La dysthyroïdie au cours de la grossesse existe dans nos structures de santé. Près de soixante pourcent des femmes enceintes avaient une dysthyroïdie connue avant la grossesse. La maladie de Basedow représentait la 1ère étiologie des hyperthyroïdies 57,7% L'hypothyroïdie post thyroïdectomie était la première étiologie dans 50% en hypothyroïdie. Les antithyroïdiens de synthèse (ATS) ont été administrés pour l'hyperthyroïdie et les hormones thyroïdiennes pour l'hypothyroïdie. Sa prise en charge nécessite une collaboration étroite entre Gynécologues, Obstétriciens et Endocrinologues.

---

## \*Correspondance

Modibo Bouran Diallo

[modibdiallo@yahoo.fr](mailto:modibdiallo@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 01 Septembre 2020

Service de Médecine/Endocrinologie -Hôpital du Mali, Bamako-Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Andersen SL, Carlé A, Olsen J, Laurberg P. Hypothyroidism incidence in and around pregnancy : a Danish nationwide study. *Eur J Endocrinol* 2016; 175:387-93.
- [2] Glinoe, D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endo-crine adaptation from physiology to pathology. *Endocr Rev*, 1997. 18(3): p. 404-33.
- [3] Glinoe, D. What happens to the normal thyroid during pregnancy? *Thyroid*, 1999. 9(7): p. 631-5.
- [4] Glinoe, D. What happens to the normal thyroid during pregnancy? *Thyroid*, 1999. 9(7): p. 631-5.
- [5] Glinoe, D. What happens to the normal thyroid during

pregnancy? Thyroid, 1999. 9(7): p. 631-5.

[6] Lazarus JH, Bestwick JP, Channon S, et al. Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. *N Engl J Med.* 2012; 366:493-501.

[7] Lahlou kenza : dysthyroidie et grossesse au Service d'Endocrinologie et Maladies Mé-taboliques CHU Hassan 2 de Fès de septembre 2011 à janvier 2015[Mémoire de fin d'étude du Diplôme de Spécialité en Endocrinologie et Maladies Métaboliques].Fès .Université Sidi Mohammed Ben Abdallah. Faculté de médecine et de Pharmacie ;2015

[8] Rechachi M, Bensouda M, El Ouahabi H, et al. Hyperthyroïdie au cours de la grossesse au Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques CHU Hassan 2, Fès, Maroc .*Annales d'Endocrinologie* 2016 ; 77 : 372-412

[9] Rechachi M, Bensouda M, El Ouatai H, et al. Hypothyroïdie au cours de la grossesse. Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques CHU Hassan 2, Fès, Ma-roc.*Annales d'Endocrinologie* 2016 ; 77 : 372-412

[10] Gaberscek S, Zaletel K. Thyroid physiology and autoimmunity in pregnancy and after delivery. *Expert review of clinical immunology* 2011; 7(5): 697-707.

[11] Stagnaro-Green A. Approach to the patient with postpartum thyroiditis. *The journal of clinical endocrinology and metabolism* 2012; 97(2): 334-342.

[12] Abdous B Hyperthyroïdiennes et grossesse CHU, Casablanca Maroc. *Annales d'Endocrinologie* 2016 ; 77 : 372-412

[13] Olivieri A, Valensise H, Magnani F, et al. High frequency of anti-thyroid auto antibodies in pregnant women at increased risk of gestational diabetes mellitus. *Eur J Endocrinol*2000;143:741–7.

[14] Shupnik, M.A., E.C. Ridgway, and W.W. Chin, Molecular biology of thyrotro-pin. *EndocrRev*, 1989. 10(4): p. 459-75.

[15] Stagnaro-Green, A, et al., Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*, 2011. 21(10): p. 1081-125.

### **Pour citer cet article :**

MB Diallo, A Koné, M Mariko, DS Sow, AT Sidibé. Dysthyroïdie et grossesse à l'hôpital du Mali. *Jaccr Africa* 2020; 4(3): 471-477