

Mise au point

## Hypothyroïdie : du désir de grossesse à l'accouchement

### Hypothyroidism: from quest of pregnancy to delivery

S. Ouzounian\*, S. Bringer-Deutsch, C. Jablonski, L. Théron-Gérard, E. Snaifer,  
I. Cédric-Durnerin, J.-N. Hugues

*Service de médecine de la reproduction, CHU Jean-Verdier, avenue du 14-Juillet, 93143 Bondy cedex, France*

Reçu le 31 octobre 2006 ; accepté le 19 janvier 2007

Disponible sur internet le 23 février 2007

#### Résumé

Le rôle des hormones thyroïdiennes sur la fonction reproductive est actuellement imparfaitement connu. Cependant, certaines études ont rapporté un lien entre hypothyroïdie et infertilité notamment par l'intermédiaire des troubles du cycle, souvent observés dans cette pathologie. Par ailleurs, la présence d'anticorps antithyroperoxydase témoignant d'une auto-immunité thyroïdienne semble augmenter le taux de fausses couches spontanées. Dans le cadre d'un bilan d'infertilité, le dosage de la TSH plasmatique pourrait être limité aux indications suivantes : présence d'une hypothyroïdie clinique, antécédents personnels ou familiaux de pathologie thyroïdienne, antécédents personnels de pathologie auto-immune, troubles de l'ovulation et ménométrorragies sans autres étiologies retrouvées. Il est par ailleurs licite de doser les anticorps antithyroïdiens chez les patientes présentant des antécédents de fausses couches spontanées à répétition, compte tenu de l'effet bénéfique potentiel d'un traitement par L-thyroxine dans ces indications. Pendant la grossesse, l'équilibre thyroïdien est indispensable pour le bon développement cérébral fœtal. En effet, plusieurs études révèlent que les enfants nés de mères en hypothyroïdie non ou insuffisamment substituées ont des quotients intellectuels inférieurs à la population générale. Par ailleurs, d'autres conséquences maternelles (hypertension gravidique, prééclampsie...) et fœtales (RCIU, déficit intellectuel) de l'hypothyroïdie pendant la grossesse ont été décrites. Bien que les recommandations actuelles proposent un dépistage ciblé des patientes à risque d'hypothyroïdie, il est souhaitable que, dans un avenir proche, ce dépistage devienne systématique dès le diagnostic de grossesse confirmé. Dès lors, un traitement par L-thyroxine doit être rapidement instauré (ou adapté en cas d'hypothyroïdie connue avant la grossesse) dans le but d'obtenir une TSH inférieure à 2,5 mUI/l. Dans tous les cas, un complément d'apport en iode doit être proposé de la période préconceptionnelle jusqu'à l'allaitement.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

The link between hypothyroidism and infertility is still a matter of debate. Hypothyroidism can result in cycle disturbances, such as oligomenorrhea and functional bleeding. Additionally, several studies have shown that thyroid autoimmunity (detection of anti peroxidase antibodies) may account for the occurrence of repetitive miscarriages. In infertility work-up, screening thyroid function should be specifically recommended for women with clinical hypothyroidism, with a personal, familial history of thyroid or other auto immune diseases (such as type I diabetes) as well as for women with unexplained anovulation or functional bleeding. Moreover, detection of thyroid antibody seems to be worthwhile for the assessment of recurrent miscarriages, due to the potential benefit of thyroid supplementation. In pregnant women, assessment of thyroid function seems specifically crucial to ensure adequate foetal development. Indeed, it has been well established that untreated maternal hypothyroidism may be associated with disturbances of brain development and low intellectual quotient. Additionally, other foetal (growth deficiency, premature birth, low birth weight) as well as maternal (gestational hypertension, pre-eclampsia...) complications have been also reported in pregnant women with untreated hypothyroidism. Consequently, screening of thyroid function should be performed in every woman at risk of thyroid disease. Recent studies even advocate that thyroid screening should be extended to the overall pregnant population. The objective is to adjust

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sophie.ouzounian@free.fr](mailto:sophie.ouzounian@free.fr) (S. Ouzounian).

L-thyroxin supplementation to maintain serum TSH concentrations below the threshold of 2,5 mUI/l. Finally, iodine deficiency, currently observed in pregnant women, should be prevented by iodine supply prior to conception, during pregnancy and during breast feeding as well.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Hypothyroïdie ; Infertilité ; Grossesse ; Carence iodée ; Anticorps antithyroïdiens

*Keywords*: Hypothyroidism; Infertility; Pregnancy; Iodine deficiency; Thyroid autoimmunity

## 1. Introduction

La grossesse modifie les besoins en hormones thyroïdiennes et, conjointement, l'équilibre de la fonction thyroïdienne est essentiel pour le bon déroulement de celle-ci. En effet, il a été démontré que certaines dysfonctions thyroïdiennes pouvaient augmenter le risque de fausses couches spontanées, être responsables d'altérations du développement cérébral et accroître le risque de complications obstétricales telles que l'accouchement prématuré.

Dans un premier temps, nous aborderons les conséquences d'une hypothyroïdie sur la fertilité, et discuterons de l'intérêt éventuel d'un dépistage, et d'un traitement adapté. Dans un second temps, le problème de l'hypothyroïdie au cours de la grossesse sera traité. Enfin, des recommandations reposant sur un consensus d'experts endocrinologues, seront proposées.

## 2. Hypothyroïdie et désir de grossesse

### 2.1. Hypothyroïdie clinique et infertilité

La prévalence de l'hypothyroïdie clinique dans la population générale en âge de procréer est évaluée entre 3 et 5 % selon les études [1]. Bien que le rôle exact des hormones thyroïdiennes sur la fonction reproductive de la femme soit imparfaitement connu, les patientes présentant une hypothyroïdie clinique sont davantage sujettes à des troubles du cycle et de l'ovulation. Selon une analyse de Krassas et al. [2], comparant 171 patientes en hypothyroïdie franche (TSH > 15 mUI/l ± T4 et T3 abaissées) et 214 patientes témoins, 23,4 % des patientes en hypothyroïdie présentaient des irrégularités menstruelles soit une incidence trois fois supérieure à celle de la population témoin (8,4 %). Le trouble le plus fréquent était l'oligoménorrhée

(42,5 %). Ces troubles semblaient d'autant plus fréquents que l'hypothyroïdie était sévère. Les troubles menstruels se sont normalisés chez 24 patientes hypothyroïdiennes traitées par L-thyroxine durant six mois, la prévalence des irrégularités menstruelles diminuant ainsi de 23,4 à 9,3 %. Dans cette étude, un autre trouble fréquemment observé était la survenue de ménorragies, expliquées, selon certains auteurs, par des troubles de la coagulation observés chez les patientes en hypothyroïdie.

Ainsi, la fréquence des troubles menstruels décrits chez les patientes en hypothyroïdie semble inférieure à celle rapportée jusqu'à présent dans la littérature. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le diagnostic d'hypothyroïdie est actuellement établi plus précocement, à l'occasion d'un tableau clinique moins sévère.

Plusieurs hypothèses physiopathologiques pourraient expliquer ces troubles du cycle.

#### 2.1.1. Effets sur l'axe gonadotrope

La sécrétion de prolactine est régulée par deux principaux facteurs hypothalamiques : la TRH (Thyroid Releasing Hormone) qui stimule la sécrétion de prolactine et la dopamine qui l'inhibe (Fig. 1). L'hyperprolactinémie fréquemment observée chez les patientes en hypothyroïdie serait ainsi la résultante de l'hypothyroïdie, qui, d'une part stimule la sécrétion de la TRH, et, d'autre part, inhibe la sécrétion de dopamine. Cette hyperprolactinémie, en modifiant la pulsatilité de la GnRH, expliquerait les troubles du cycle [3].

Néanmoins, Raber et al. [4] ont récemment dosé la prolactine chez 1003 patientes en hypothyroïdie (TSH > 4 mUI/l). La prolactine plasmatique était supérieure à la normale chez seulement 8 % des patientes, et sans corrélation avec les valeurs de TSH. De plus, chez les patientes présentant une hyperprolacti-

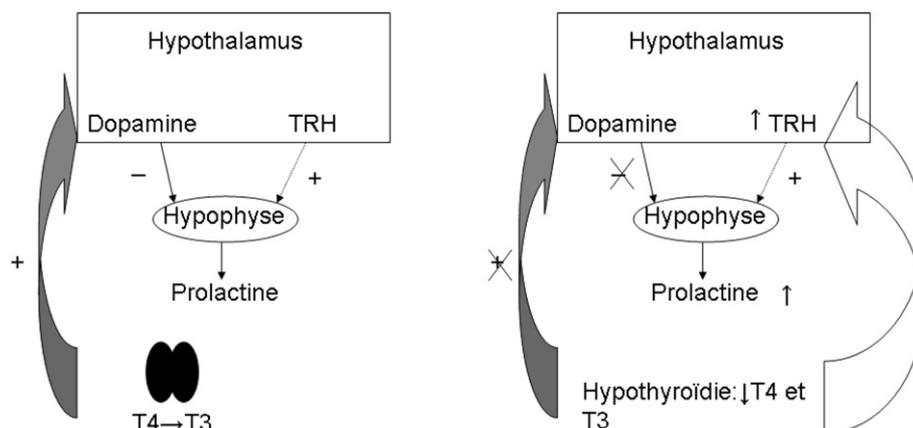


Fig. 1. Interactions entre axe thyroïdienne et lactotrope. À gauche, régulation physiologique. À droite, modifications rencontrées en cas d'hypothyroïdie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952784>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952784>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)