

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DE L'ASSOCIATION DYSTHYROÏDIE ET GROSSESSE AU CHU POINT G BAMAKO/ MALI DE 2021 A 2022

I.O. KANTE, M. SIMA, A. COULIBALY, M.S. TRAORE, T. THERA, A. BOCOUM, S. FANE,
S.O. TRAORE, K. KONE, I. TEGUETE, Y. TRAORE, N. MOUNKORO, A. DOLO

RESUME

But : Déterminer le pronostic de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes enceintes atteintes de dysthyroïdie.

Méthodologie : Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire du Point G à Bamako (Mali). Il s'agissait d'une étude transversale du 1^{er} Janvier 2021 au 31 Décembre 2022 soit une période de 2 ans. L'ensemble des femmes enceintes reçues en consultation prénatale ont été concernées. Les critères d'inclusion étaient les femmes enceintes avec troubles de la thyroïde. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 12.0. Les tests statistiques étaient khi2 de Pearson avec un seuil de significativité < 0,05.

Résultats : Nous avons colligé 239 cas de dysthyroïdie et grossesse sur une population de 8182 cas de femmes enceintes, soit une fréquence de 3 %. L'hypothyroïdie a représenté 43,5% (104/239) avec celle de Hashimoto au premier rang avec 12,1% (29/239) ; l'hyperthyroïdie représentait 56,5% (135//239) avec la maladie de Basedow au premier plan avec 20,1% (48/239) ; les tumeurs placentaires ont représenté 3,8% (9/239) des hyperthyroïdies. Il existait également une corrélation entre les types de dysthyroïdies et les complications maternelles et fœtales avec respectivement khi2 : 43 ; p : 0,00 ; khi2 : 37 ; p : 0,00.

Conclusion : La recherche des troubles de la thyroïde lors des consultations prénatales n'est pas systématisée. Mais ils peuvent être source de complications materno-fœtales.

Mots-clés : Dysthyroïdie ; Grossesse ; Complications ; Consultation prénatale.

SUMMARY

Epidemiological and clinical profile of the association between thyroid disorders and pregnancy at CHU Point G, Bamako (Mali) from 2021 to 2022.

Purpose : To determine the prognosis of pregnancy and childbirth in pregnant women with dysthyroidism.

Methodology : Our study took place in the Gynecology-Obstetric department. This was a cross-sectional study from January 1st, 2021 to December 31st, 2022, a period of 2 years. All pregnant women receiving prenatal consultation in the obstetrics department were affected. The inclusion criteria were pregnant women with thyroid disorders. Data were entered and analyzed using SPSS 12.0 software. Statistical tests were Pearson's chi2 with a significance threshold < 0.05.

Results : We collected 8182 cases of pregnant women out of 239 cases of dysthyroidism and pregnancies, i.e. a frequency of 3%. Hypothyroidism represented 43.5% (104//239) with Hashimoto in first place at 12.1% (29/239); hyperthyroidism 56.5% (135//239) with Basedow in the foreground or 20.1% (48/239), placental tumors represented 3.8% (9/239) of hyperthyroidism. There was also a correlation between the types of dysthyroidism and maternal and fetal complications with respectively chi2: 43; p: 0.00; chi2: 37; p: 0.00.

Conclusion : The search for thyroid disorders during prenatal consultations is not systematic, they can be a source of maternal-fetal complications.

Keywords : Dysthyroidism; Pregnancy; Complications; Prenatal consultation.

INTRODUCTION

Les dysthyroïdies désignent l'ensemble des affections thyroïdiennes caractérisées par un trouble de la sécrétion permanente des hormones thyroïdiennes [1]. La grossesse est une épreuve pour la thyroïde [2]. Elle doit faire face à l'accroissement de sa production hormonale, à un appauvrissement de la disponibilité en iode. Des déséquilibres hormonaux sont possibles notamment en carence iodée, ou lorsque

le parenchyme thyroïdien est fragilisé par une auto-immunité antithyroïdienne. Ces déséquilibres ne sont pas sans conséquence sur la mère et sur le fœtus [3, 4, 5]. L'hypothyroïdie clinique est définie par une Thyroostimuline hormone (TSH) élevée (>2.5mUI/L) et une tétra-iodothyronine ou thyroxine libre (FT4) basse. Les femmes avec une TSH ≥ 10mUI/L quel que soit le taux de T4 libre sont aussi considérées comme ayant une hypothyroïdie clinique [6]. Sa fréquence est de 2,5 % des femmes

Tirés à part : Service de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U du Point G, Bamako Mali.
Email : ibrahimkante197462@gmail.com
kante_ibra@yahoo.fr
Tel : 00223 76316993 ou 66982617

KANTE I.O., SIMA M., COULIBALY A., TRAORE M.S., THERA T., BOCOUM A., FANE S., TRAORÉ S.O., KONE K., TEGUETE I., TRAORE Y., MOUNKORO N., DOLO A. Aspects épidémiocliniques de l'association dysthyroïdie et grossesse au CHU point G. Bamako/ Mali de 2021 à 2022 Journal de la SAGO, vol.26, n°2, p 1-5.

enceintes. L'hypothyroïdie clinique représente 0,4 % [1,2,7,8]. L'hyperthyroïdie est définie par une TSH basse, en dessous des valeurs de l'intervalle de référence spécifique de chaque trimestre avec des taux élevés de tri-iodothyronine libre (FT3), T4 libre ou les deux. La thyrotoxicose est définie par le syndrome clinique d'hypermétabolisme et d'hyperactivité quand les concentrations en T4 libre et/ou T3 libre sont élevées. La pathologie thyroïdienne constitue ainsi, après le diabète sucré, la deuxième cause d'endocrinopathie en cours de grossesse, peu de données dans notre service. D'où cette étude avec comme objectif d'étudier les aspects épidémiocliniques de l'association de dysthyroïdie et grossesse.

I. MÉTHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie. Il s'agissait d'une étude transversale du 1^{er} Janvier 2021 au 31 Décembre 2022 soit une période de deux ans. L'ensemble des femmes enceintes reçues consultation prénatale dans le service d'obstétrique ont été concernées. Les critères d'inclusion ont concerné les femmes enceintes avec troubles de la thyroïde. Les femmes avec dysthyroïdie non suivies dans le service, non consentantes étaient exclues de l'étude. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 12.0. Les tests statistiques étaient khi2 de Pearson avec un seuil de significativité < 0,05.

II. RÉSULTATS

1. Résultats globaux (Figure 1)

Sur un total de 8182 consultations prénatales (CPN) nous avons diagnostiqué 239 cas de dysthyroïdie et grossesse, soit une fréquence de 3%. C'est en 2022 qu'on a eu le grand nombre de cas : 58 % (138/239 cas), et en 2021 notre étude a concerné 42 % soit 101/239 cas. La tranche d'âge 18-22 ans était la plus représentée soit 89 cas (37,2 %) ; la tranche d'âge 23-27 était de 87 cas soit 36,4 % ; la tranche d'âge 33-37 ans représentait 1,3 % (3/239) en enfin celles qui avaient un âge supérieur à 42 ans ont représenté 0,2% (2/239). L'hyperthyroïdie a représenté 56,5 %, soit 135/239 avec en première ligne hyperemesis gravidarum, soit 7,4 % (10/135), hyperthyroïdie liée aux tumeurs placentaires 6,6% (9/135), l'hyperthyroïdie gestationnelle transitoire 5,9% (8/135), l'hyperthyroïdie par mutation du récepteur de la TSH, (maladie de Rodien) 5,9% (8/135), en fin autres les causes hyperthyroïdies: 74,1% (100). L'hypothyroïdie représentait 43,3% (104/239) avec en tête la thyroïdite Hashimoto avec 27,8% (29/104), suivie de la thyroïdite de

Riedel (goitre multinodulaire) 21,2% (22/104), la thyroïdite sub aigue de Quervain 20,2% (21/104), les antécédents de thyroïdectomie 17,4% (18/104) et l'hypothyroïdie médicamenteuse 13,4% (14/104). Nous avons retrouvé 43,5% d'hypothyroïdie, 41,8% d'hyperthyroïdie et 14,6% hyperthyroïdie gravidique.

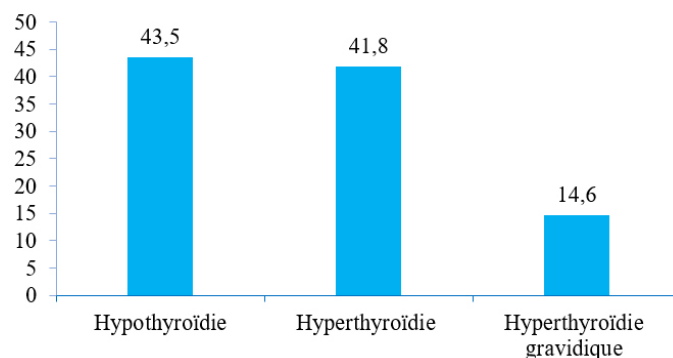


Figure 1 : Les différents types de dysthyroïdie

2. Complications maternelles (Tableau I ; Figure 2)

Les complications maternelles étaient : l'œdème aigu du poumon : 17,8% (10/56), les fausses couches spontanées : 16,1% (9/56) ; l'hémorragie de la délivrance : 16,1 (9/56) ; l'hémorragie du post partum immédiat : 16,1% (9/56) ; prééclampsie : 12,5% (7/56) ; hématome retro placentaire : 12,5% (7/56) et insuffisance rénale : 8,9% (5/56). Nous notons plus de cas de prééclampsie dans l'hyperthyroïdie (57,1%) que dans l'hypothyroïdie (42,9%).

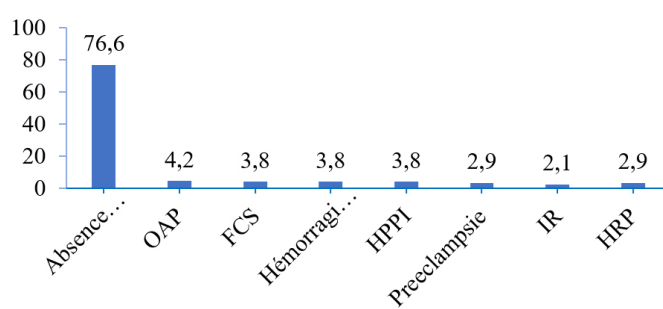


Figure 2 : Les complications maternelles

Tous les cas des œdèmes aigus des poumons, de fausses couches spontanées, d'hématome retro-placentaire, d'hémorragie du post partum immédiat étaient retrouvés dans l'hyperthyroïdie avec Khi² : 43 ; p : 0,000.

Tableau I : Complications maternelles et type dysthyroïdie

Complications maternelles	Type dysthyroïdie		Total
	Hypothyroïdie	Hyperthyroïdie	
Prééclampsie	42,9	57,1	100
OAP	0	100	100
FCS	0	100	100
HRP	0	100	100
Néphropathie IR SN	80	20	100
HDD	0	100	100
HPPI	0	100	100
Pas complications	52,5	47,5	100
Total	43,5	56,5	100

Khi² : 43 ; p : 0,000

3. Complications fœtales (Tableau II)

Les complications fœtales étaient : la prématurité : 19,2% (10/52), le petit poids de naissance : 19,2% (10/52), les fausses couches spontanées : 17,3 % (9/52), la mort fœtale in utero (MFIU) : 11,5% (6/52), l'agénésie thyroïdienne : 11,5% (6/52), l'hypoplasie thyroïdienne : 9,6 % (5/52), le déficit moteur : 5,7% (3/52), la souffrance fœtale chronique (SFC) : 5,7% (3/52). La prise en charge (PEC) de l'accouchement a été par voie basse dans 87 % des cas (208/239), par césarienne 9,6% des cas (23/239), par aspiration électrique dans 3,3% des cas (8/239). Chez les mères nous déplorons 2% de décès maternel soit 6/239 et 98 % des mères étaient vivantes (233/239) ; chez les nouveau-nés : 93,7 % (224/239) nouveau-nés étaient vivants, 6,3 % des nouveau-nés sont décédés.

Tous les cas de petit poids de naissance, hypoplasie thyroïdienne, agénésie thyroïdienne, déficit moteur étaient retrouvés dans l'hyperthyroïdie par contre les cas de souffrances fœtales chroniques étaient retrouvées dans l'hypothyroïdie avec Khi² : 39 ; p : 0,000.

Tableau II : Complications fœtales et type dysthyroïdie

Complications fœtales	Type dysthyroïdie		Total
	Hypothyroïdie	Hyperthyroïdie	
FCS	0	100	100
SFC	100	0	100
MFIU	0	100	100
Prématurité	40	60	100
Petit poids de naissance	0	100	100
Hypoplasie thyroïdienne	0	100	100
Agénésie thyroïdienne	0	100	100
Déficit moteur	0	100	100
Absence de complications	59	48,1	100
Total	43,5	56,5	100

Khi² : 39 ; p : 0,000

4. Pronostic maternel (Tableau III)

Tous les cas de décès maternel (100%) étaient observés dans les hyperthyroïdies et grossesse avec Khi² : 4,7 ; P : 0,029.

Tous les cas de décès périnataux étaient observés dans l'hyperthyroïdie avec Khi² : 12,3 ; p : 0,000.

Tableau III : Pronostic maternel et type dysthyroïdie

Pronostic maternel	Type dysthyroïdie		Total
	Hypothyroïdie	Hyperthyroïdie	
Décès maternel	0	100	100
Vivante	44,6	55,4	100
Total	43,5	56,5	100

Khi² : 4,7 ; p : 0,029

III. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au cours de notre étude nous avons été confrontés à plusieurs difficultés entre autres : le mauvais archivage des dossiers, la collecte des dossiers, le retard à la consultation prénatale ou le retard à la référence ou à l'évacuation, le coût élevé des examens complémentaires, le suivis post-partum.

Durant notre étude transversale rétrospective de 2021 à 2022, nous avons colligé huit mille cent quatre-vingt-deux (8182) patientes en consultation prénatale, la dysthyroïdie a représenté 3% (239/8182) de notre consultation prénatale, l'hyperthyroïdie a représenté 56,5% (135/239) de dysthyroïdie et 1,64% (135/8182) de consultation prénatale et l'hypothyroïdie a représenté 43,3% (104/239) des dysthyroïdies et 1,27% (104/8182) des grossesses (figure 1); c'est en 2022 qu'on a eu le plus grand nombre de dysfonctionnement thyroïdien et grossesse soit une fréquence de 58% (158/239) des dysthyroïdies et grossesse et 1,9% (138/8182) des grossesses suivies et en 2021, la fréquence était de 43,3% (101/239) des dysthyroïdies et grossesse et 1,1% (101/8182) de consultation prénatale.

Selon Brigitte L. et coll. La fréquence de l'hypothyroïdie et grossesse est de 2,5% des femmes enceintes et de l'hyperthyroïdie était de 3% [9]. Dans l'hyperthyroïdie, hyperemesis gravidarum a représenté 7,4% (10/135), l'hyperthyroïdie gestationnelle : 5,9% (8/135), l'hyperthyroïdie par mutation du récepteur de la THS (hormone stimulante thyroïdienne) : 5,9% (8/135), l'hyperthyroïdie liée aux tumeurs placentaires : 6,6% (9/135) et autres causes d'hyperthyroïdie 74,1% (100/135). Selon Brigitte L. et col. Hyperthyroïdie gestationnelle transitoire (hyperemesis gravidarum) a représenté 2% des hyperthyroïdies [9]. L'hyperthyroïdie liée aux tumeurs placentaires a représenté 1/200 grossesses en Asie [10]. La fréquence de la maladie de Basedow était de 2% selon Karlsson et al. [11]. Selon notre étude

la fréquence dans l'hypothyroïdie, la thyroïdite de Hashimoto était de 27,8% (29/104), la thyroïdite de Riedel (goitre multinodulaire) : 21,2% (22/104), la thyroïdite Sub aigue de Quervain a représenté 20,2% (21/104), les antécédents de thyroïdectomie étaient de 17,4% (18/104) et l'hypothyroïdie médicamenteuse a représenté 13,4% (14/104). Selon Willem JP. Et col. La thyroïdite Hashimoto est plus fréquente pendant la grossesse ; la thyroïdite de Quervain est moins fréquente pendant la grossesse que la thyroïdite de Hashimoto ; la thyroïdite de Riedel est plus fréquente chez les femmes enceintes que chez les hommes [12]. Les complications maternelles étaient représentées selon notre étude par l'œdème aigu du poumon : 17,8% (10/56), les fausses couches spontanées : 16,1% (9/56) ; l'hémorragie de la délivrance : 16,1% (9/56) ; l'hémorragie du post partum immédiat : 16,1% (9/56) ; la prééclampsie : 12,5% (7/56) ; l'insuffisance rénale : 8,9% (5/56) et l'hématome retro placentaire : 12,5% (7/56).

Selon Wémeau JL. et al. [2]. ces complications étaient représentées par la prééclampsie, les fausses couches spontanées les accouchements prématurés, la rupture prématurée des membranes, l'anémie, les infections, la cardiopathie congestive et la thyrotoxicose sévère [13]. Selon notre étude les complications périnatales étaient la prématurité : 19,2% (10/52) ; l'hypotrophie fœtale : 19,2% (10/52) ; les fausses couches spontanées : 17,3% (9/52) ; la mort fœtale in utero : 11,5% (6/52), l'agénésie thyroïdienne : 11,5% (6/52) ; l'hypoplasie thyroïdienne : 9,6% (5/52) ; le déficit moteur : 5,7% (3/52) et la souffrance fœtale chronique 5,7% (3/52). Selon les auteurs [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21], les complications fœtales étaient représentées par le retard de croissance intra utérin, la déficience cardiaque, l'hyperthyroïdie fœtales, la mort néonatale, les malformations congénitales (anencéphalie, fente palatine, imperforation anale). Dans notre étude les femmes ont accouché par voie basse dans 87% (208/239), par voie haute dans 9,6% (23/239) et l'aspiration électrique a été faite dans 3,3% (8/239). Nous déplorons 2% (6/239) de décès maternel et 6,3% de mort néonatal. Selon notre étude nous avons trouvé une relation entre les complications maternelles (tableau I), fœtales (tableau II) et le type de dysthyroïdie avec respectivement Khi2 : 43 et P : 0,000 ; Khi2 : 39 et P : 0,000 ; ainsi que le pronostic maternel (tableau III) ; fœtal et type de dysthyroïdie avec respectivement Khi2 : 4,7 et p : 0,029 ; Khi2 : 12,3 et p : 0,000. Hadow JE. Et al. Ont trouvé une relation entre hypothyroïdie et les complications maternelles (la prééclampsie, les fausses couches spontanées, l'hémorragie du post-partum) et fœtales (déficit du développement psychomoteur, agénésie, hypoplasie, ectopie thyroïdienne fœtale, petit poids de naissance, déficit intellectuel, déficit moteur)

[22]. Les complications maternelles et fœtales d'hyperthyroïdie sont : prééclampsie, œdème aigu du poumon, cardiopathie maternelle retard de croissance intra-utérin, goitre fœtal, anencéphalie, fente palatine [13, 23, 24, 25].

CONCLUSION

Les dysthyroïdies et grossesse sont des pathologies fréquentes dans notre service, entraînent des complications materno-fœtales et sa prise en charge est multidisciplinaire.

Déclaration de conflits d'intérêt : les auteurs ont déclaré qu'ils n'existaient pas de conflit d'intérêt.

Ethique Humaine : tous les participants à cette étude ont donné leur consentement.

RÉFÉRENCES

1. **Delange F.** and al. Goitre endémique. Troubles dus à la déficience iodée. In : La thyroïde - De la physiologie cellulaire aux dysfonctions- Des concepts à la pratique clinique. Paris : Expansion Scientifique Française, 1992 : 305-17.
2. **Wémeau JL** and al. Thyroïde et grossesse. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson SAS) Endocrinologie-Nutrition 2005. 10-010-A-10.
3. **Abalovich M.** and al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum : Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2007 ; 92 (8Suppl) : S1-147.
4. **Glinoeur D.** and al. Regulation of maternal thyroid during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab 1990 ; 71 : 276-87.
5. **Morreale D. E.** and al. Maternal thyroid hormone early in pregnancy and fetal brain development. Best Pract Res Clin Endocr Metab 2004 ; 18 : 225-48.
6. **Stagnaro G.A.** and al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011 ; 21(10) : 1081-1125. (13)
7. **Wémeau JL** and al. Les maladies de la thyroïde. Paris : Elsevier Masson ; 2010.
8. **Glinoeur D.** and al. The regulation of thyroid function during normal pregnancy : importance of the iodine nutrition status. Best Pract Res Clin Endocr Metab 2004 ; 18 : 133-48. (18).
9. **CNGOF. Brigitte L.** et col. 2ème édition endocrinologie gynécologique ISBN : 978-75965-9 ; e-ISBN : 978-2-294-76035-8. 2019 Elsevier Masson SAS. P :237-251.

10. **Hershman JM.** And al. Human chorionic gonadotropin and the thyroid : hyperemesis gravidarum and trophoblastic tumors. *Thyroid* 1999 ; 9 : 653-7.
11. **Karlsson FA.** Et al. Maladie de Basedow et grossesse. *Endocrinol Metab* 2022 ; 87 : 947-8.
12. **Wémeau JL.** And al. Thyroïdite du post partum: thyroïdites silencieuses. *Presse Med* 1991 ; 20 :601-6.
13. **Willem JP.** Et col. Les troubles de la thyroïde: symptômes - traitements - conseils. 7ème édition. Site web : www.docteurwillem.fr ou jean-pierre.willem@wanadoo.fr ISBN : 978-2-7163-1658-3. Pp : 101-117.
14. **Polak M.** and al. Fetal and neonatal thyroid function in relation to maternal Graves' disease. *Best Pract Res Clin Endocr Metab* 2004 ; 18 : 289-302.
15. **Luton D.** and al. Management of Graves' disease during pregnancy : the key role of fetal thyroid gland monitoring. *J Clin Endocrinol Metab* 2005 ; 90 : 6093-8.
16. **Volumenie JL.** Et al. Management of fetal thyroid goitres : a report of 11 cases in a single perinatal unit. *Prenatal diagn* 2000 ; 20 : 799-806.
17. **Towers CV.** And al. The fetal heart monitor tracing in pregnancies complicated by fetal thyrotoxicosis. *Am J perinatol* 2009 ; 26 : 373-7.
18. **Huel C,** and al. Use of ultrasound to distinguish between fetal hyperthyroidism and hypothyroidism on discovery of a goiter. *Ultrasound Obst Gynecol* ; 33 : 412-20.
19. **Ribault V.** and al. Fench fetal Coiter study Group. Experience with intaramniotic thyroxine treatment in nonimmune fetal goitrous hypothyroidism in 12 cases. *J Clin Endocrinol Metab* 2009 ; 94 : 3731-9.
20. **Luton D.** et al. Assessment of thyroid hormones and androgens in amniotic fluid : clinical interest. *Ann biol Clin (Paris)* 2009 ; 67 : 2999-305.
21. **Morine M.** et al. Antenatal diagnosis and treatment of a case of fetal goitrus hypothyroidism associated with high-output cardiac failure. *Ultrasound Obst gynecol* 2002 ; 19 : 506-9.
22. **Haddow JE.** Et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of child. *N Engl J Med* 1999 ; 341 : 549-55.
23. **Bournaud C,** et col. Thyroïde et grossesse. *Ann Endocrinol* 2003 ; 64 : 324-31.
24. **Lazarus JL.** Et col. Thyroïdites du post-partum silencieuses. *Presse Méd* 1991 ; 20 : 601-6.
25. **Towers CV.** Et col. The fetal heart monitor tracing in pregnancies complicated by fetal thyrotoxicosis. *Am J Perinatol* 2009 ; 26 : 373-7.