

# Recommandations relatives au dépistage et au traitement de l'hypothyroïdie chez les femmes enceintes



Lignes directrices de l'American Thyroid Association (ATA) pour le diagnostic et la prise en charge des maladies thyroïdiennes pendant la grossesse et le postpartum

# La grossesse entraîne des changements importants de la fonction thyroïdienne<sup>1</sup>

Pendant la grossesse :

- La thyroïde s'adapte par des modifications des hormones thyroïdiennes et de la régulation de l'axe hypothalamo-hypophysio-thyroïdien.
- Les taux circulants de thyroxine totale ( $TT_4$ ) et de globuline liant la thyroxine ( $T_4$ ) augmentent à compter de la 7<sup>e</sup> semaine de grossesse, culminent aux environs de la 16<sup>e</sup> semaine de grossesse et demeurent élevés jusqu'à l'accouchement.
- Le dosage de la  $T_4$  libre sérique est compliqué par l'augmentation du taux de globuline liant la  $T_4$  et la diminution des concentrations d'albumine. L'utilisation de plages de référence spécifiques à un trimestre de la grossesse pour une population donnée demeure la meilleure solution à ce problème.
- Vers la fin du premier trimestre de grossesse, soit de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> semaine, la limite supérieure de la plage de référence pour les concentrations de thyroïdostimuline (TSH) sérique est de 4,0 mU/L. Les concentrations reviennent graduellement aux plages de valeurs qui ne sont pas spécifiques à la grossesse au cours du deuxième et du troisième trimestres.

## Le dysfonctionnement de la thyroïde peut avoir des effets néfastes sur la grossesse et le fœtus<sup>1</sup>

L'hypothyroïdie manifeste ou subclinique peut avoir des effets néfastes sur l'évolution de la grossesse et le développement du fœtus. Elle est notamment associée à :

- Une augmentation du risque d'effets néfastes en ce qui concerne l'issue de la grossesse (fausse couche, perte fœtale, naissance prématurée et faible poids à la naissance).
- Une augmentation du risque d'effets périnataux néfastes (complications de la grossesse, accouchement prématuré, hypertension gestationnelle).
- Une augmentation du risque d'effets dommageables sur le développement neurocognitif et le quotient intellectuel de l'enfant.

# Le dosage de la TSH sérique est recommandé lorsqu'un facteur de risque est présent chez les patientes qui veulent devenir enceintes ou qui sont en début de grossesse<sup>1</sup>

- Les données probantes sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique des concentrations anormales de TSH avant la conception, sauf chez les femmes qui prévoient une procréation assistée ou qui présentent des anticorps antithyroperoxydase. (Aucune recommandation, données probantes insuffisantes)
  - Le dépistage systématique des faibles concentrations de T<sub>4</sub> libre n'est pas recommandé chez les femmes enceintes. (Recommandation faible, données probantes de qualité moyenne)
  - Les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un dépistage verbal lors de la première visite prénatale afin de repérer tout antécédent de dysfonctionnement de la thyroïde et toute utilisation antérieure ou actuelle d'hormones thyroïdiennes (lévothyroxine) ou d'antithyroïdiens (méthimazole, carbimazole ou propylthiouracile). (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)
- Toutes les patientes qui veulent devenir enceintes ou qui sont en début de grossesse devraient faire l'objet d'une évaluation clinique. Le dosage de la TSH sérique est recommandé lorsque l'un des facteurs de risque suivants est présent (forte recommandation, données probantes de qualité moyenne) :**
- Antécédents d'hypothyroïdie/hyperthyroïdie ou symptômes/signes actuels de dysfonctionnement de la thyroïde
  - Présence avérée d'anticorps thyroïdiens ou d'un goitre
  - Antécédents d'irradiation de la tête ou du cou ou chirurgie thyroïdienne antérieure
  - Âge > 30 ans
  - Diabète de type 1 ou autres troubles auto-immuns
  - Antécédents de fausse couche, d'accouchement prématuré ou de stérilité
  - Multiples grossesses antérieures (≥ 2)
  - Antécédents familiaux de maladie thyroïdienne auto-immune ou de dysfonctionnement de la thyroïde
  - Obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>)
  - Utilisation d'amiodarone ou de lithium, ou administration récente d'un produit de contraste radiologique iodé
  - Résidence dans une région associée à un risque connu de carence modérée à sévère en iode

## Les taux d'hormones des femmes enceintes en bonne santé diffèrent de ceux des femmes en bonne santé qui ne sont pas enceintes<sup>1</sup>

### Chez les femmes enceintes

Les plages de référence spécifiques à la grossesse pour le taux de TSH devraient être définies comme suit :

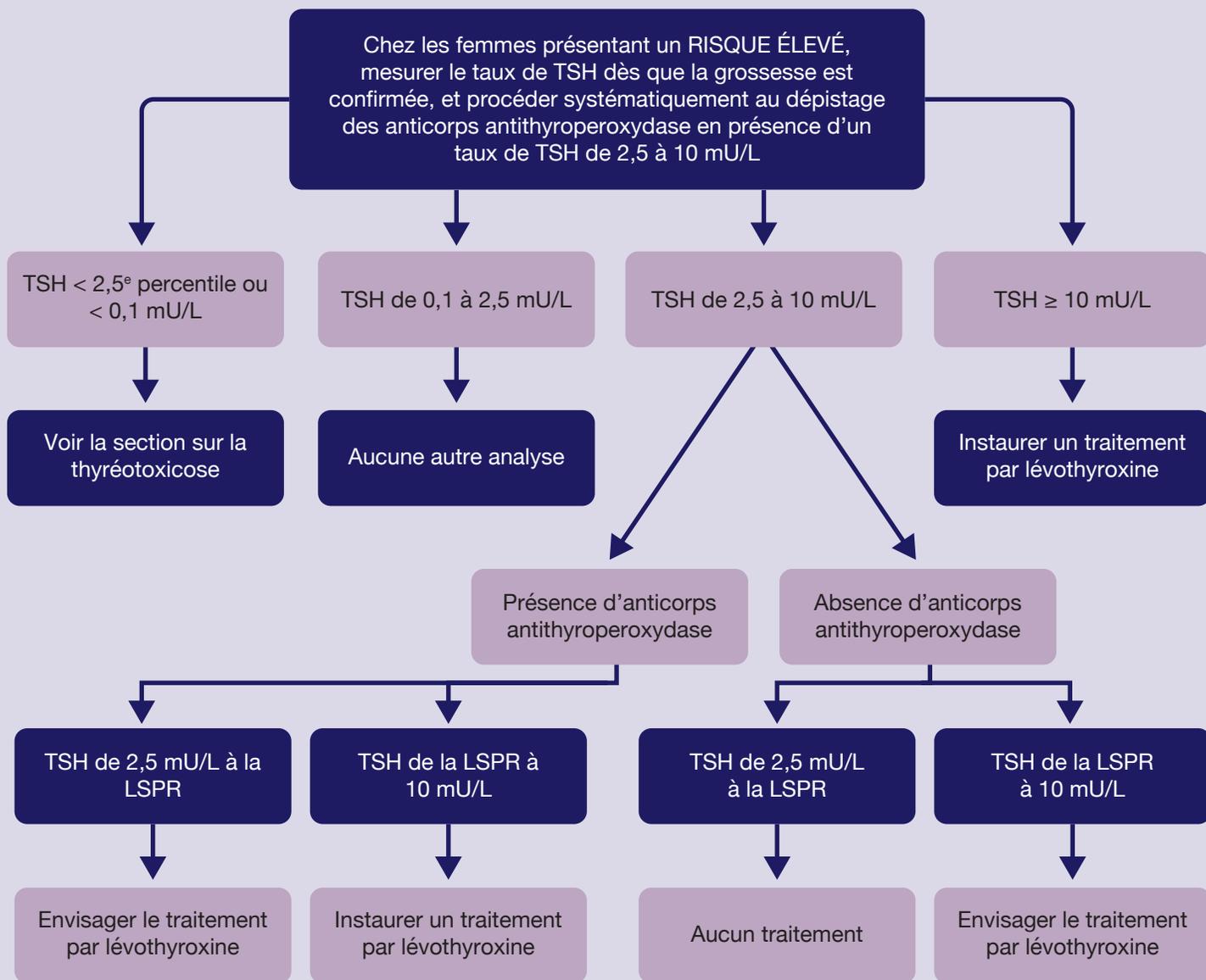
- Lorsqu'elles sont disponibles, les plages de référence spécifiques à la population et au trimestre pour la TSH sérique pendant la grossesse devraient être définies par l'établissement ou le laboratoire du prestataire et devraient représenter la population type pour laquelle les soins sont prodigués. Les plages de référence devraient être définies pour les femmes enceintes en bonne santé ne présentant pas d'anticorps antithyroperoxydase, ayant un apport optimal en iode et ne souffrant pas d'une maladie de la thyroïde. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)
- Lorsque cet objectif n'est pas réalisable, des plages de référence spécifiques à la grossesse pour la TSH, obtenues à partir de populations de patientes similaires et réalisées à l'aide de dosages de la TSH similaires, devraient être utilisées. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)
- Si des plages de référence spécifiques à la grossesse pour la TSH ne sont pas établies à l'interne ou transférables, une limite supérieure d'environ 4,0 mU/L peut être utilisée comme valeur de référence. Dans la plupart des cas, cette limite représente une réduction d'environ 0,5 mU/L par rapport à la limite supérieure des valeurs de référence pour la TSH en l'absence de grossesse. (Forte recommandation, données probantes de qualité moyenne)

### Chez les femmes qui ne sont pas enceintes

Selon l'American Association of Clinical Endocrinologists, un taux de TSH normal se situe à<sup>2</sup> :

**0,45-4,12 mU/L**

# Dépistage du dysfonctionnement de la thyroïde pendant la grossesse<sup>1</sup>



LSPR : limite supérieure de la plage de référence

# Traitement de l'hypothyroïdie pendant la grossesse<sup>1</sup>

<b>Hypothyroïdie manifeste</b>	<b>Hypothyroïdie subclinique</b>
<p>L'hypothyroïdie manifeste correspond à un taux de TSH élevé (&gt; 2,5 mUI/L) associé à une baisse de la concentration de T<sub>4</sub> libre. Les femmes qui ont un taux de TSH ≥ 10,0 mUI/L, peu importe le taux de T<sub>4</sub> libre, sont aussi considérées comme étant atteintes d'hypothyroïdie manifeste.</p> <p><b>Recommandations non exhaustives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le traitement par lévothyroxine est recommandé chez les femmes infertiles atteintes d'hypothyroïdie manifeste qui souhaitent concevoir un enfant. (Forte recommandation, données probantes de qualité moyenne)</li><li>• Le traitement de l'hypothyroïdie manifeste est recommandé durant la grossesse. (Forte recommandation, données probantes de qualité moyenne)</li></ul>	<p>L'hypothyroïdie subclinique correspond à un taux de TSH sérique entre 2,5 et 10,0 mUI/L et une concentration de T<sub>4</sub> libre normale.</p> <p>Les femmes enceintes ayant un taux de TSH &gt; 2,5 mUI/L devraient faire l'objet d'un dépistage des anticorps antithyroperoxydase.</p> <p><b>Le traitement par lévothyroxine est recommandé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chez les femmes présentant des anticorps antithyroperoxydase et un taux de TSH supérieur aux valeurs de la plage de référence spécifique à la grossesse. (Forte recommandation, données probantes de qualité moyenne)</li><li>• Chez les femmes ne présentant pas d'anticorps antithyroperoxydase, mais ayant un taux de TSH supérieur à 10,0 mUI/L.</li></ul> <p><b>Le traitement par lévothyroxine peut être envisagé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chez les femmes présentant des anticorps antithyroperoxydase et un taux de TSH &gt; 2,5 mUI/L et inférieur à la limite supérieure de la plage de référence spécifique à la grossesse. (Recommandation faible, données probantes de qualité moyenne)</li><li>• Chez les femmes ne présentant pas d'anticorps antithyroperoxydase et chez les femmes ne présentant pas d'anticorps antithyroperoxydase ayant un taux de TSH supérieur aux valeurs de la plage de référence spécifique à la grossesse et inférieur à 10,0 mUI/L. (Recommandation faible, données probantes de faible qualité)</li></ul> <p><b>Le traitement par lévothyroxine n'est pas recommandé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chez les femmes ne présentant pas d'anticorps antithyroperoxydase et ayant un taux de TSH normal (taux de TSH se situant à l'intérieur de la plage de référence spécifique à la grossesse ou &lt; 4,0 mUI/L si aucune plage de référence n'est disponible). (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)</li></ul>

## Traitement recommandé de l'hypothyroïdie manifeste et subclinique pendant la grossesse<sup>1</sup> (Forte recommandation, données probantes de faible qualité)

Chez la femme enceinte atteinte d'hypothyroïdie, le traitement recommandé consiste en l'administration de lévothyroxine par voie orale. Aucune autre préparation d'hormones thyroïdiennes, telles la triiodothyronine (T<sub>3</sub>) ou la thyroïde desséchée, ne devrait être utilisée pendant la grossesse.

**Similairement au traitement de l'hypothyroïdie dans la population générale, il est raisonnable de cibler un taux de TSH se situant dans la moitié inférieure de la plage de référence spécifique au trimestre. Lorsqu'aucune plage de référence n'est disponible, il est raisonnable de viser l'obtention de concentrations de TSH maternelles inférieures à 2,5 mUI/L. (Recommandation faible, données probantes de qualité moyenne)**

# Surveillance de la fonction thyroïdienne chez les femmes enceintes traitées pour l'hypothyroïdie<sup>1</sup>

Les femmes atteintes d'hypothyroïdie manifeste ou subclinique (traitées ou non) ou celles présentant un risque d'hypothyroïdie (par exemple les patientes euthyroïdiennes présentant des anticorps antithyroperoxydase ou antithyroglobuline, ayant subi une hémithyroïdectomie ou traitées à l'iode radioactif) doivent faire l'objet d'une surveillance par le dosage de la TSH sérique environ toutes les 4 semaines jusqu'en moitié de grossesse et au moins une fois vers la 30<sup>e</sup> semaine de grossesse. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)

# Prise en charge du traitement par lévothyroxine chez les femmes traitées pour l'hypothyroïdie<sup>1</sup>

Les femmes en âge de procréer qui reçoivent un traitement pour l'hypothyroïdie devraient être informées de la probabilité d'une augmentation de la demande de lévothyroxine pendant la grossesse. Il faut également leur conseiller de communiquer avec leur soignant dès qu'une grossesse est confirmée ou soupçonnée. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)

# Ajustement de la dose de lévothyroxine<sup>1</sup>

## **Patientes traitées pour l'hypothyroïdie qui prévoient devenir enceintes**

Chez les femmes hypothyroïdiennes traitées par lévothyroxine qui envisagent une grossesse, la TSH sérique devrait être évaluée avant la conception, et la dose de lévothyroxine devrait être ajustée de façon à obtenir un taux de TSH compris entre la limite inférieure des valeurs de référence et 2,5 mU/L. (Forte recommandation, données probantes de qualité moyenne)

## **Patientes traitées pour l'hypothyroïdie qui sont en début de grossesse**

Les patientes atteintes d'hypothyroïdie qui reçoivent un traitement par lévothyroxine et chez qui une grossesse est soupçonnée ou confirmée (par exemple test de grossesse à domicile positif) devraient augmenter de façon autonome leur dose de lévothyroxine d'environ 20 à 30 % et aviser d'urgence leur soignant afin qu'il procède rapidement à des analyses et à une évaluation plus approfondie. Cette augmentation de la dose peut s'effectuer par l'ajout de deux comprimés par semaine à la dose quotidienne de lévothyroxine que prend la patiente. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)

## **Après l'accouchement**

- La dose de lévothyroxine devrait être ramenée à la dose préconceptionnelle de la patiente. D'autres tests de la fonction thyroïdienne devraient être effectués environ 6 semaines après l'accouchement. (Forte recommandation, données probantes de qualité moyenne)
- Certaines femmes chez qui le traitement par lévothyroxine est instauré pendant la grossesse peuvent ne plus en avoir besoin après l'accouchement. Ces femmes sont candidates à l'arrêt du traitement par lévothyroxine. Si l'on souhaite mettre fin au traitement par lévothyroxine, la décision devrait être prise de concert par la patiente et son soignant. Si le traitement par lévothyroxine est interrompu, la TSH sérique devrait être évaluée après environ 6 semaines. (Recommandation faible, données probantes de qualité moyenne)



# La grossesse entraîne des changements importants de la fonction thyroïdienne<sup>1</sup>

## Les taux d'hormones des femmes enceintes en bonne santé diffèrent de ceux des femmes en bonne santé qui ne sont pas enceintes<sup>1</sup>

Chez les femmes enceintes	Chez les femmes qui ne sont pas enceintes
Les plages de référence spécifiques à la grossesse pour le taux de TSH devraient être définies comme suit <sup>1</sup> :	Selon l'American Association of Clinical Endocrinologists, un taux de TSH normal se situe à <sup>2</sup> :
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lorsqu'elles sont disponibles, les plages de référence spécifiques à la population et au trimestre pour la TSH sérique pendant la grossesse devraient être définies par l'établissement ou le laboratoire du prestataire et devraient représenter la population type pour laquelle les soins sont prodigués. Les plages de référence devraient être définies pour les femmes enceintes en bonne santé ne présentant pas d'anticorps antithyroperoxydase, ayant un apport optimal en iode et ne souffrant pas d'une maladie de la thyroïde. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)</li><li>• Lorsque cet objectif n'est pas réalisable, des plages de référence spécifiques à la grossesse pour la TSH, obtenues à partir de populations de patientes similaires et réalisées à l'aide de dosages de la TSH similaires, devraient être utilisées. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité)</li><li>• Si des plages de référence spécifiques à la grossesse pour la TSH ne sont pas établies à l'interne ou transférables, une limite supérieure d'environ 4,0 mU/L peut être utilisée comme valeur de référence. Dans la plupart des cas, cette limite représente une réduction d'environ 0,5 mU/L par rapport à la limite supérieure des valeurs de référence pour la TSH en l'absence de grossesse. (Forte recommandation, données probantes de qualité moyenne)</li></ul>	<b>0,45-4,12 mU/L</b>

**Dites à vos patientes de visiter les sites Web**  
**symptomesthyroïde.ca et thyroid.ca**  
**pour obtenir de plus amples renseignements sur l'hypothyroïdie pendant la grossesse**

\* Les valeurs normales des plages de référence pour la TSH peuvent varier selon le laboratoire en raison de variations analytiques et biologiques. En ce qui concerne le taux de TSH, la limite supérieure varie de 2,5 à 5,0 mU/L dans la littérature.

Conformément aux politiques actuelles de l'ATA, le système de classification de l'American College of Physicians a été adopté pour l'élaboration des présentes lignes directrices. Selon ce système, les recommandations sont classées comme étant fortes ou faibles, ce qui est couplé à une classification de la qualité des données probantes sur lesquelles elles s'appuient, soit des données probantes de haute qualité, de qualité moyenne ou de faible qualité (ou encore des données probantes insuffisantes, ce qui ne s'applique qu'aux recommandations faibles).

**Références :** 1. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, *et al.* 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017 Mar;27(3):315-389. 2. Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults: Co-sponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid*. 2012;22(12):1-36.

VIATRIS et VIATRIS & Design sont des marques de commerce de Mylan Inc., utilisées avec permission par BGP Pharma ULC, une société de Viatris.

© 2023 Viatris Inc. Tous droits réservés.

1 844 596-9526

MYL-2023-0005F - MA2023

