

# Lettre à l'éditeur

## Une heureuse TSH

T. Richard

Service de Médecine interne, C.H.U. de Charleroi, Site André Vésale

Une patiente de 28 ans consulte pour une réintervention à visée bariatrique.

Dans ses antécédents, on note une obésité morbide, traitée par la mise en place d'un anneau gastrique 7 ans auparavant. L'intervention a permis une perte de 40 kg, ensuite entièrement repris. Il existe une thalassémie mineure. Il n'y a pas d'antécédent familial. La patiente ne prend aucun médicament. Elle est mariée, sans emploi, et n'a pas d'assuétude toxique. Le poids corporel est stable depuis 6 mois.

L'examen clinique se révèle banal, hormis une obésité avec un indice de masse corporelle de 39. La palpation thyroïdienne est banale. La pression artérielle est de 120/80 mmHg.

Le bilan biologique met en évidence une microcytose avec un volume corpusculaire moyen à 76 fl, mais un taux d'hémoglobine normal à 12,5 g/dl. Le taux de ferritine est abaissé à 7 ng/ml (réf. 24-300), le taux de cyanocobalamine également (172 pg/ml, réf. > 180). On note par ailleurs un taux de TSH fortement réduit à 0,019 µU/ml (réf. 0,4-4). Le taux de T4 libre est de 13,23 pmol/l (réf. 9,8-19). Le taux de T3 libre est 3,3 pg/ml. La recherche d'auto-anticorps anti-TPO et anti-récepteurs de la TSH est négative. Le taux de thyroglobuline est de 2,1 ng/dl. L'anomalie biologique s'avère stable pendant un mois d'observation. Un examen diagnostique est pratiqué.

Le dosage du bêta-HCG est pratiqué et montre une valeur à 54.856 unités par litre.

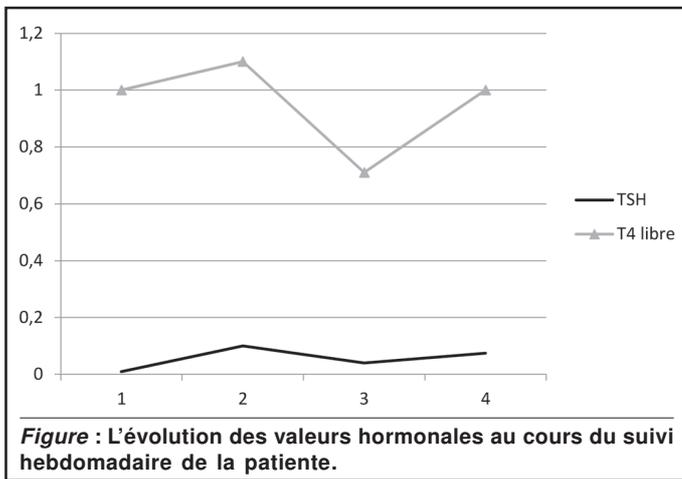
## DISCUSSION

Le premier tiers de la grossesse constitue un état physiologique de taux de TSH bas, consécutif à l'homologie entre la sous-unité bêta de l'hCG et la TSH. Cette particularité culmine entre la 10<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> semaine, lors du pic physiologique du taux d'hCG. Elle s'observe dans 9 % des cas<sup>1</sup>. Lorsque le taux d'hCG monte à des valeurs très élevées, soit supérieures à 200.000 U/l, ce phénomène peut alors mener à de vraies hyperthyroïdies, dans 0,1 à 0,4 % des cas, en particulier en cas de forme pathologique des nausées et vomissements liés à la grossesse (*hyperemesis gravidarum*) ou de grossesse multiple<sup>1,2</sup>. Ces hyperthyroïdies sont parfois difficiles à distinguer du tableau de nausées et perte pondérale qui accompagne le premier tiers de la grossesse. Par

ailleurs, chez les patientes présentant une maladie de Basedow, l'on observe habituellement une amélioration paradoxale de l'hyperthyroïdie pendant la durée de la grossesse. Ce phénomène est vraisemblablement lié à une modification de la production d'auto-anticorps pendant cette période<sup>3</sup>. Les interactions entre la fonction thyroïdienne et la reproduction humaine sont nombreuses : la thyroïdite chronique auto-immune est fréquemment associée à une augmentation du risque de fausse couche ou de prénatalité, même en l'absence d'hypothyroïdie associée. Les études d'intervention semblent montrer une certaine réversibilité de ce phénomène lors de la prise de lévothyroxine<sup>4-6</sup>. Par ailleurs, l'hyper comme l'hypothyroïdie franches constituent des situations à risque obstétrical important chez ces patientes : il existe alors un risque plus élevé de retard de croissance intra-utérin, d'avortement spontané, de prématurité ou de mort périnatale<sup>7,8</sup>. L'hyperthyroïdie est en outre accompagnée d'une élévation du risque de mort maternelle, principalement via le risque d'insuffisance cardiaque. L'hypothyroïdie est, elle, en outre associée à un risque de trouble du développement neurocognitif, d'hypertension gravidique et de prééclampsie.

Deux études randomisées ont investigué une stratégie de dépistage systématique des dysfonctions thyroïdiennes dans la grossesse : la première a comparé chez 4.562 patientes en Italie la pratique d'un dépistage universel et précoce de l'hypothyroïdie, à une stratégie de dépistage ciblé sur un groupe à risque (antécédent familial de dysthyroïdie, goitre, antécédent d'irradiation de la région cervicale, diabète de type 1, histoire de fausses couches répétées ou de grossesse prématurée)<sup>9</sup>. Cette étude n'a pas mis en évidence de modification du risque de survenue d'un évènement pré ou périnatal sévère (fausse couche, mort *in utero*, mort périnatale, prématurité). La seconde étude, portant sur 21.486 patientes au Royaume-Uni et en Italie, a comparé une attitude de dépistage systématique de l'hypothyroïdie chez les femmes enceintes de moins de 15 semaines et le traitement systématique des patientes présentant un taux de TSH au-delà du percentile 97,5, à des soins standards. Au terme de l'étude, le quotient intellectuel mesuré à l'âge de 3 ans chez les enfants de ces mères présentant un taux élevé de TSH n'était pas modifié<sup>10</sup>.

L'originalité de l'histoire clinique de cette patiente tient dans le fait que c'est via le taux de TSH bas que le diagnostic de grossesse a été posé (figure). Cette histoire clinique illustre le fait que la présence d'une



grossesse au premier tiers doit être incluse dans le diagnostic différentiel d'une hyperthyroïdie clinique ou subclinique chez la femme en âge de procréer.

### Références

1. Goodwin TM, Montoro M, Mestman JH, Pekary AE, Hershman JM : The role of chorionic gonadotropin in transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *J Clin Endocrinol Metab* 2010 ; 95 : 1699-707
2. Dashe JS, Casey BM, Wells CE *et al.* : Thyroid-stimulating hormone in singleton and twin pregnancy : importance of gestational age-specific reference ranges

3. Kung AW, Lau KS, Kohn LD : Epitope mapping of TSH receptor-blocking antibodies in Graves' disease that appear during pregnancy. *J Endocrinol Metab* 2001 ; 86 : 3647-53
4. Thangaratinam S, Tan A, Knox E : Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth : meta-analysis of evidence. *BMJ* 2011 ; 342 : d2616
5. Negro R, Formoso G, Mangieri T : Levothyroxine Treatment in Euthyroid Pregnant Women with Autoimmune Thyroid Disease : Effects on Obstetrical Complications. *J Endocrinol Metab* 2006 ; 91 : 2587-91
6. Negro R, Mangieri T, Coppola L *et al.* : Levothyroxine treatment in thyroid peroxidase antibody-positive women undergoing assisted reproduction technologies : a prospective study. *Hum Reprod* 2005 ; 20 : 1529-33
7. Davis LE, Lucas MJ, Hankins GD, Roark ML, Cunningham FG : Thyrotoxicosis complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989 ; 160 : 63
8. Leung AS, Millar LK, Koonings PP, Montoro M, Mestman JH : Perinatal outcome in hypothyroid pregnancies. *Obstet Gynecol* 1993 ; 81 : 349
9. Negro R, Schwartz A, Gismondi R : Universal Screening *Versus* Case Finding for Detection and Treatment of T. *J Clin Endocrinol Metab* 2010 ; 95 : 1699-707
10. Lazarus J, Bestwick J, Channon S : Antenatal Thyroid Screening and Childhood Cognitive Function. *N Engl J Med* 2012 ; 366 : 493-501