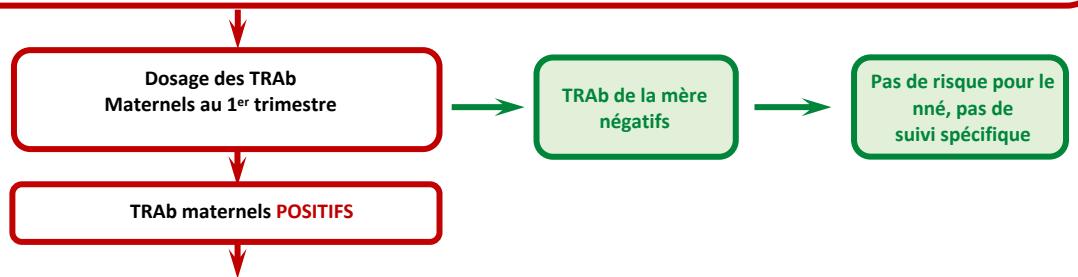


ANAMNESE EN FAVEUR D'UNE DYSTHYOÏDIE MATERNELLE:

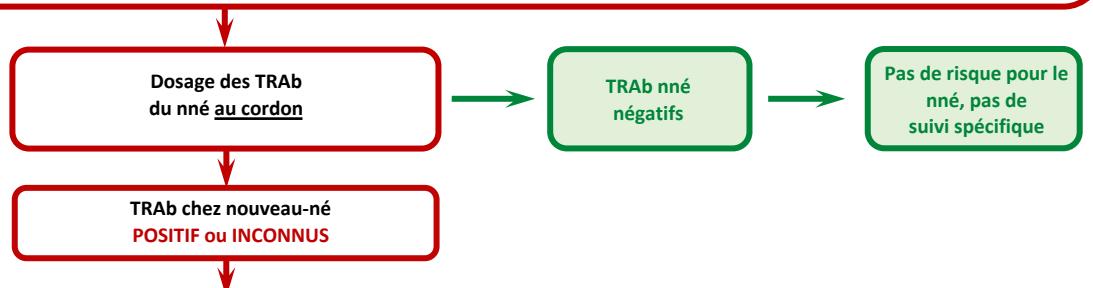
- Mère avec maladie thyroïdienne.
- Mère avec antécédents de maladie thyroïdienne traitée ou pas / guérie ou pas (les TRAb* restent positifs ad 18 mois dans 20-30% des cas post thyroïdectomie et ad 5 ans dans 40% des cas post traitement par Iode radioactif)
- Mère avec antécédents de fausses couches
- Mère avec diabète de type I

* TRAK = TRAb = TSI = LATS= thyroid stimulating immunoglobulin = anticorps stimulants anti-récepteur TSH



RISQUE AUGMENTÉ POUR LE FŒTUS/NOUVEAU-NÉ SI:

- Mère avec goitre
- Mère avec TRAb hauts (> 4 x la norme) ou en augmentation durant dernier trimestre.
- Nécessité d'augmenter le traitement maternel durant la grossesse (carbimazole, propylthiouracil, tyroxine, bêta-bloquant)
- Anomalie à l'US fœtal: goitre, trachée déviée, accélération de la maturation osseuse, crânio-synostose, microcéphalie, RCIU,, facies triangulaire, bosse frontale, tachycardie, anomalie de la mobilité foetale.



TRAb STIMULANTS

SIGNES/SYMPTÔMES D'HYPER-THYROÏDIE

Signes d'imprégnation chroniques:

- Prématuré, RCIU
- Goitre, cou large, SDR
- Microcéphalie, crâniosynostose, petite fontanelle
- Exophtalmie

Signes de toxicité aigus

- Hyperthermie, sudation
- Peau moite, chaude, flushing
- Irritabilité, agitation
- Perte de poids malgré prise alimentaire suffisante et appétit ++
- Hypertension, hépato-spléno-mégalie
- Ictère
- Hypoglycémie
- Vomissements, diarrhées

Signes de décompensation --> ttt Bêta-bloquants

- Tachycardie/tachypnée
- Arythmie
- SDR sur compression trachéale par goitre

TRAITEMENT DE L'HYPER-THYROÏDIE

HYPERTHYROÏDIE AU LABORATOIRE SANS SYMPTÔMES

- Carbimazole (= précurseur du méthimazole): 0,2 - 1 mg/kg/jour en 2 doses
- Méthimazole: 0,2-0,5 mg/kg/jour en 2 doses

NB: Pas de consensus pour le traitement des hyperthyroïdies sans symptômes; le but du traitement serait de protéger le QI de l'enfant à distance...

HYPERTHYROÏDIE AU LABORATOIRE AVEC SYMPTÔMES:

- Carbimazole (=précurseur du méthimazole): 0,2-1 mg/kg en 2 doses
- Méthimazole: 0,2-0,5 mg/kg en 2 doses
- En cas de signes d'hyper activité: Propranolol: 2 mg/kg/j en 2 doses.
- En cas d'échec du propranolol → traitement à l'iode (solution de Lugol ou iode potassique) → Un apport excessif en iode bloque temporairement la TPO (Tyrosine Peroxydase) et donc la production de T4 et permet de calmer une crise (effet Wolf-Cheikoff)

NB:

- La réponse aux antithyroïdiens n'apparaît qu'une fois les stock de T4/T3 utilisés → cela peut prendre des jours.
- Le carbimazole et methimazole font des effets secondaires dans 28% des cas: atteinte hépatique et leucopénie/agranulocytose --> Suivre et STOP traitement si EF avec angine/stomatite.

SURVEILLANCES DES SIGNES ET SYMPTÔMES CHEZ L'ENFANT (hospitalisation, monitoring, T°, poids)

NB:

- Premiers symptômes possibles dès la naissances en l'absence de traitement maternels
- Symptômes possiblement retardé ad 10-20 jours si traitement antithyroïdien maternel

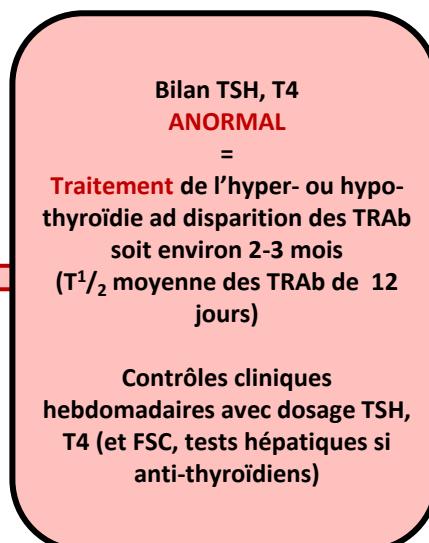
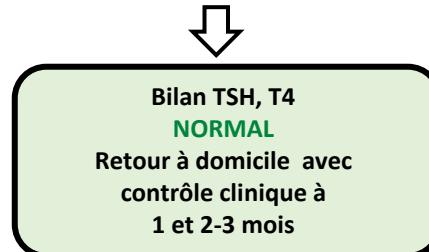
ET

DOSAGE DES HORMONES THYROÏDIENNES DU NNÉ À J3-5* ET À J10-14**

- TSH
- T4 libre
- TRAb nné (si pas déjà fait avant)

* Inutile de doser la TSH et T4 au cordon car le tableau clinique devient plus évident après 48 h de vie, lorsque l'activité de la 5-mono désiodinase (qui converti la T4 et T3) augmente et l'arrêt de l'effet des hormones thyroïdiennes maternelles. (Endocrinol Nutr. 2013; 60(9):e31-e32)

** Délai des symptômes/laboratoires si traitement maternel antithyroïdien



TRAb INHIBITEURS

SIGNES/SYMPTÔMES D'HYPO-THYROÏDIE

- Hypothermie
- Hypotonie
- Pb d'alimentation
- Périodes d'éveil courtes, léthargie
- Prise de poids rapide
- Fatigue à la tétée
- Traits «grossiers»
- Cri rauque
- Macroglossie
- Fontanelles largement ouvertes
- Goitre, impression de cou élargi
- Ictère marqué ou prolongé
- Hernie ombilicale
- Constipation
- Bradycardie ou hypotension

TRAITEMENT DE L'HYPO-THYROÏDIE

- L'hypothyroïdie se traite systématiquement, même en l'absence de symptômes clinique, au vu du risque d'atteinte cérébrale en l'absence de substitution.
- La substitution se fait par Lévothyroxine: 10 mcg/kg/j dès 1 semaine de vie si les valeurs de TSH et T4L restent anormales.
- Le suivi et la titration du traitement de tyroxine se fait par dosage 2x/mois de la TSH/T4L
- En cas d'hypothyroïdie centrale, sans hyperthyroïdie néonatale préalable et TRAb inconnus, penser à un déficit pituitaire.