Enfant de mère avec maladie thyroidienne

A/Hypoplasie congénitale Dyshormonogenèse | **Thyroïdite Hashimoto** *(diagnostic sûr)*

-risque faible-
Risque **d'hypo**thyroïdie NEO

si TSH inconnu

si TSH élevée
Ac anti-TPO +
Ac anti-TG +

Risque hypothyroïdie transitoire

Risque très faible

J4 : Guthrie

Maladie de Basedow

-danger-
Risque **d'hyper**thyroïdie **fœt. /neonat.**

Post chir. ou RX
Hypothyreose mat

Active
Hyperthyreose

80%

TRAK pos**= IgG stimulants
TRAK maternels positif si > 2x norme
et risque néonatal ++ si > 500 x la norme

TRAK -

TRAK + ou inconnu

US de la thyroïde fœtale à 20 sem.
Consultation pluridisciplinaire

À la naissance : EXAMEN CLINIQUE ***
Sang cordon : TRAK, TSH, T3,T4 libre
Consult. endocrinologie

Évidence de thyréotoxicose
- Goitre clinique ou US prénatal
- TRAK sang du cordon positif

non[3] → **Risque faible**

oui 1-2% des nnés → **Haut risque**

hospitalisation

J4 : Guthrie

J2-7 : sang TSH, T4 libre

J10-14 : sang :TSH,T4 libre
Examen clinique

Normal
Pas de traitement

Hypothyroïdie
Si confirmé : traitement L-thyroxine
Suivi endocrinologie

Hyperthyroïdie
Si confirmé : considérer traitement par PTU/Carbimazole +/- propranolol
Suivi endocrinologie
En général TT 3-12 sem (disparition des TSI)

Facteurs de risque important si:
- Goitre foetal à US de 20 SA
- Goitre néonatal => Rechercher cou large, trachée déviée, SDR
- Augmentation récente du ttt thyroifien maternel
- TRAK maternel ou au cordon +

Anamnèse
- Thyréotoxicose clinique 3e trim.
- Thionamide nécessaire 3e trim.
- Mutation récept. TSH*
- Traitement actuel

*****SYMPTÔMES CHEZ LE NNE**

Symptômes d'hypo-thyroïdie
Seulement 5% des enfants sont symptômatique d'emblée => surveiller car atteinte QI dès J10!
- **Bradycardie** ou hypoTA
- **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**

Symptômes d'hyper-thyroïdie
- **Prématuré, RCIU**
- **Hyperthermie, tachycardie, tachypnée,** arythmie, **décompensation cardiaque**
- **Goitre** visible à la naissance
- **Exophtalmie**
- **Irritabilité, agitation**
- **Perte de poids malgré prise alimentaire suffisante et appétit ++**
- **Ictère**
- **Microcéphalie**
- **Craniosynostose**
- **Hépatosplénomégalie**
- **Hypoglycémie**
- Vomissements, diarrhées

Références :
1. ADC 2002, F1165
2. Polak, J Clin Endocrinol Metab 2005
3. Luton, J Clin Endocrinol Metab 2005

Remarques :
TRAK = TRAB = TSI = thyroid stimulating immunoglobulin = anticorps stimulants anti-récepteur TSH
Anti-TPO = anti-thyreoperoxidase
Anti-TG = anti-thyreoglobuline
*Anamnèse de mutation activatrice du récepteur TSH (autosom. dom.) **TRAK + en général si > 2x norme

v7.5 VS, RP, Maj 3.2009