



Pr Patrice Rodien et al.
Présenté leur congrès SFE Bordeaux 2016

Vendredi 29 septembre 2017, Montpellier, Lionel Groussin

Elaboration du consensus

Groupes de travail:

Epidémiologie, histoire naturelle, prédisposition, ...

Démarche diagnostique

Traitement (médicamenteux, chirurgical, par Iode 131)

Maladie de Basedow et grossesse

Maladie de Basedow chez l'enfant

Orbitopathie

- Groupes de relecture

- Association vivre sans thyroïde

Elaboration du Consensus

- Trois réunions présentiellees
 - Constitution des groupes complétée (groupes d'écriture et groupes de relecture)
 - Liste des questions/problèmes à aborder
 - Analyse de la littérature: revues, recommandations quand elles existent, articles princeps, études, ...
 - Elaboration de l'argumentaire puis des recommandations
- Circulation des textes dans les groupes de travail et entre les groupes
- Gradation en 1/2 (recommandation/suggestion) et + à +++ (force des arguments soutenant les suggestions/recommandations)
- Discussion collégiale présentielle (le 9-9-2016)
- Relecture indépendante

Avec par ordre d'apparition dans le texte
JL Wémeau, M Klein, JL Sadoul, FL Céphise

Groupe « Démarche diagnostique »

L Leenhardt, C Massart, V Raverot, J Tramalloni, B Goichot

B. Corvilain, J. Orgiazzi, P. Rodien, A. Hamy, L. Brunaud, C. Lussey-
Lepoutre, F. Borson-Chazot

A. Hamy, L. Brunaud

Rédacteurs : Claire Bournaud, Frédéric Illouz,

Dominique Luton, Michel Polak

Françoise Borson-Chazot
Charlotte Lussey-Lepoutre

Juliane Léger, Isabelle Oliver, Danielle Rodrigue, Anne Sophie Lambert,
Régis Coutant

Chantal Daumerie, Delphine Drui, Laurence Dupasquier et
Catherine Vignal

Démarche diagnostique:

R1 à R5

Traitement :

R6 à R39

- Médical R6 à R20
- Chirurgical R21 à R25
- IRAthérapie R26 à R39

Basedow et grossesse :

R40 à R64

Orbitopathie...

2016 American Thyroid Association Guidelines
for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism
and Other Causes of Thyrotoxicosis

Démarche diagnostique: R1 à R5

Rx	Recommandations
R1	Suspicion hyperthyroïdie → TSH
R2	Si TSH basse → T4L (ou T3L si T4L normale)
R3a	Femme jeune, goitre homogène, ophtalmopathie : pas examen étiologique indispensable
R3b	Pas présentation typique : TRAb (ou écho ou scintigraphie)

Démarche diagnostique: R1 à R5

Rx	Recommandations
R1	Suspicion hyperthyroïdie → TSH
R2	Si TSH basse → T4L (ou T3L si T4L normale)
R3a	Femme jeune, goitre homogène, ophtalmopathie : pas examen étiologique indispensable
R3b	Pas présentation typique : TRAb (ou écho ou scintigraphie)
R4	Ac anti TPO : uniquement si TRAb négatif
R5a	Forme typique : imagerie pas indispensable

Démarche diagnostique: R1 à R5

Rx	Recommandations
R1	Suspicion hyperthyroïdie → TSH
R2	Si TSH basse → T4L (ou T3L si T4L normale)
R3a	Femme jeune, goitre homogène, ophtalmopathie : pas examen étiologique indispensable
R3b	Pas présentation typique : TRAb (ou écho ou scintigraphie)
R4	Ac anti TPO : uniquement si TRAb négatif
R5a	Forme typique : imagerie pas indispensable
R5b	Forme non typique: si TRAb négatif <ul style="list-style-type: none">- Scintigraphie : meilleur examen- Échographie-doppler : complément scintigraphie, ou si scintigraphie pas accessible, ou si grossesse
R5c	<ul style="list-style-type: none">- Echographie initiale : volume thyroïde, vascularisation glande, vitesses circulatoires (critère de rémission)

Rx	Recommandations
R6	ATS ? Chirurgie ? Iode 131 ? Concertation avec malade, avis spécialisé nécessaire
R7	Initialement ATS pour obtention euthyroïdie

Rx	Recommandations
R6	ATS ? Chirurgie ? Iode 131 ? Concertation avec malade, avis spécialisé nécessaire
R7	Initialement ATS pour obtention euthyroïdie
R8	Initialement thiamazole ou carbimazole; grossesse planifiée ou 3 premiers mois grossesse = PTU

Rx	Recommandations
R6	ATS ? Chirurgie ? Iode 131 ? Concertation avec malade, avis spécialisé nécessaire
R7	Initialement ATS pour obtention euthyroïdie
R8	Initialement thiamazole ou carbimazole; grossesse planifiée ou 3 premiers mois grossesse = PTU
R9	Dose initiale : fonction sévérité T4L > 3 à 4 x LSN : 40mg carbimazole ou 30mg thiamazole T4L <3 à 4 x LSN : 20-30mg carbimazole ou 15-20mg thiamazole « titration » = « block and replace » « dose adaptée » = « traitement combiné »

Rx	Recommandations
R6	ATS ? Chirurgie ? Iode 131 ? Concertation avec malade, avis spécialisé nécessaire
R7	Initialement ATS pour obtention euthyroïdie
R8	Initialement thiamazole ou carbimazole; grossesse planifiée ou 3 premiers mois grossesse = PTU
R9	Dose initiale : fonction sévérité T4L > 3 à 4 x LSN : 40mg carbimazole ou 30mg thiamazole T4L <3 à 4 x LSN : 20-30mg carbimazole ou 15-20mg thiamazole « titration » = « block and replace » « dose adaptée » = « traitement combiné »
R10	Durée de 12 à 18 mois

Rx	Recommandations
R6	ATS ? Chirurgie ? Iode 131 ? Concertation avec malade, avis spécialisé nécessaire
R7	Initialement ATS pour obtention euthyroïdie
R8	Initialement thiamazole ou carbimazole; grossesse planifiée ou 3 premiers mois grossesse = PTU
R9	Dose initiale : fonction sévérité T4L > 3 à 4 x LSN : 40mg carbimazole ou 30mg thiamazole T4L < 3 à 4 x LSN : 20-30mg carbimazole ou 15-20mg thiamazole « titration » = « block and replace » « dose adaptée » = « traitement combiné »
R10	Durée de 12 à 18 mois
R11	Restauration euthyroïdie par ATS : suivi T4L (ou T3L) mensuel TSH peut rester freinée un mois ou plus

Rx	Recommandations
R12	Après obtention euthyroïdie suivi TSH tous les 2 mois (si doses adaptées) à 4 mois (si traitement combiné)
R13	Mesure TRAb conseillé fin du traitement (risque récidive)

Rx	Recommandations
R12	Après obtention euthyroïdie suivi TSH Tous les 2 mois (doses adaptées) à 4 mois (traitement combiné)
R13	Mesure TRAb conseillé fin du traitement (risque récurrence)
R14	Récurrence arrêt ATS : discussion ATS ? Iode131 ? Chirurgie ? Rarement ATS faible dose long cours

Rx	Recommandations
R12	Après obtention euthyroïdie suivi TSH Tous les 2 mois (doses adaptées) à 4 mois (traitement combiné)
R13	Mesure TRAb conseillé fin du traitement (risque récurrence)
R14	Récurrence arrêt ATS : discussion ATS ? Iode131 ? Chirurgie ? Rarement ATS faible dose long cours
R15	β -bloquants si symptomatique, si âgé, si fréquence > 90-100 bpm

Rx	Recommandations
R12	Après obtention euthyroïdie suivi TSH Tous les 2 mois (doses adaptées) à 4 mois (traitement combiné)
R13	Mesure TRAb conseillé fin du traitement (risque récurrence)
R14	Récurrence arrêt ATS : discussion ATS ? Iode131 ? Chirurgie ? Rarement ATS faible dose long cours
R15	β -bloquants si symptomatique, si âgé, si fréquence > 90-100 bpm
R16	Suivi systématique NFS selon RCP (pour ? contre ?) bien NFS avant ATS
R17	NFS urgence si infection, angine: arrêt si PNN < 1000/mm ³ , contre indication définitive si PNN < 500

Rx	Recommandations
R12	Après obtention euthyroïdie suivi TSH Tous les 2 mois (doses adaptées) à 4 mois (traitement combiné)
R13	Mesure TRAb conseillé fin du traitement (risque récurrence)
R14	Récurrence arrêt ATS : discussion ATS ? Iode131 ? Chirurgie ? Rarement ATS faible dose long cours
R15	β -bloquants si symptomatique, si âgé, si fréquence > 90-100 bpm
R16	Suivi systématique NFS selon RCP (pour ? contre ?) bien NFS avant ATS
R17	NFS urgence si infection, angine: arrêt si PNN < 1000/mm ³ , contre indication définitive si PNN < 500
R18	PTU risque hépatite, PTU = grossesse (ou projet), allergie mineure ATS ou certaines surcharge iodée Suivi transaminases : pas pour pas contre, si > 3N arrêt ATS

Rx	Recommandations
R19	Pas argument fort pour suivi systématique ANCA
R20	Toujours informations (idéalement écrites) sur effets indésirables, sur signes annonciateurs et sur conduite à tenir

ATA (R14): prévenir patients effets indésirables

Idéalement écrire:

- Prurit
- Ictère
- Nausées
- Urines foncées
- Fièvre
- Pharyngite

ATA (R15) : biologie de base

- NFS
- Bilirubine
- Transaminases

Traitement chirurgical R21 à R25

Rx	Recommandations
R21	Chirurgie si échec, complication ou non indication ATS
R22	Chirurgie après retour à euthyroïdie
R23	Chirurgie par centre expert (nombre de thyroïdectomies)

Traitement chirurgical R21 à R25

Rx	Recommandations
R21	Chirurgie si échec, complication ou non indication ATS
R22	Chirurgie après retour à euthyroïdie
R23	Chirurgie par centre expert (nombre de thyroïdectomies)
R24a	Première intention : thyroïdectomie totale
R24b	Si lobectomie première difficile : thyroïdectomie subtotale, pour limiter complications

Traitement chirurgical R21 à R25

Rx	Recommandations
R21	Chirurgie si échec, complication ou non indication ATS
R22	Chirurgie après retour à euthyroïdie
R23	Chirurgie par centre expert (nombre de thyroïdectomies)
R24a	Première intention : thyroïdectomie totale
R24b	Si lobectomie première difficile : thyroïdectomie subtotale, pour limiter complications
R25a	Pas argument pour LUGOL pour diminuer complications
R25b	LUGOL = choix du chirurgien

ATA (R53):

- Suite chirurgie, dose T4 = 1,6 µg/kg, fonction âge

ATA (R24) :

- Solution avec KI en préopératoire immédiat

ATA (R25):

- Considérer calcitriol en préopératoire si risque hypoPTH

ATA (R26):

- +/- si euthyroïdie difficile avec ATS avant chirurgie : BB, KI, GC, cholestyramine

Rx	Recommandations
R26	<p data-bbox="214 297 962 348">Contre indications absolues :</p> <ul data-bbox="214 372 1437 654" style="list-style-type: none"><li data-bbox="214 372 1000 424">- grossesse dans les 4-6 mois<li data-bbox="214 448 581 499">- allaitement<li data-bbox="214 524 1145 575">- nodule avec cytologies suspectes<li data-bbox="214 599 1437 654">- Incapacité à suivre règles de radioprotection

Rx	Recommandations
R26	<p>Contre indications absolues :</p> <ul style="list-style-type: none">- grossesse dans les 4-6 mois- allaitement- nodule avec cytologies suspectes- Incapacité à suivre règles de radioprotection
R27	<p>Contre indications relatives :</p> <ul style="list-style-type: none">- Incontinence urinaire- Dialyse- Goitre compressif- Orbitopathie sévère et/ou active (Score activité clinique ≥ 3)- Projet grossesse dans 2 ans (majoration TRAb après iode)

Rx	Recommandations
R28	Préparation par β -bloquants si hyperthyroïdie symptomatique, si contre-indication et/ou intolérance aux ATS

Rx	Recommandations
R28	Préparation par β -bloquants si hyperthyroïdie symptomatique, si contre-indication et/ou intolérance aux ATS
R29	Préparation par ATS si patient âgé, si très symptomatique, si taux hormones élevés, si antécédents cardio-vasculaires Suspendu les 2-7 jours entourant IRAthérapie (pas consensus durée optimale)

ATA :

- arrêt ATS 2-3 jours avant iode (R5)
- reprise ATS 3-7 jours après iode (R6)

Rx	Recommandations
R30	Stratégie « ablative » la plus appropriée= dose pour obtenir hypothyroïdie

Rx	Recommandations
R30	Stratégie « ablative » la plus appropriée= dose pour obtenir hypothyroïdie
R31	Aucune méthode à privilégier: soit activités fixes, soit méthodes dosimétriques Simplicité activités fixes et semi-fixes

Rx	Recommandations
R30	Stratégie « ablative » la plus appropriée= dose pour obtenir hypothyroïdie
R31	Aucune méthode à privilégier: soit activités fixes, soit méthodes dosimétriques Simplicité activités fixes et semi-fixes
R32	Échographie et scintigraphie préalables recommandées Échographie= nodule ? Volume ? Scintigraphie = niveau de fixation dans mêmes conditions que traitement

Rx	Recommandations
R30	Stratégie « ablative » la plus appropriée= dose pour obtenir hypothyroïdie
R31	Aucune méthode à privilégier: soit activités fixes, soit méthodes dosimétriques Simplicité activités fixes et semi-fixes
R32	Échographie et scintigraphie préalables recommandées Échographie= nodule ? Volume ? Scintigraphie = niveau de fixation dans mêmes conditions que traitement
R33a	Test grossesse < 72 h si âge de procréer
R33b	Arrêt allaitement 4 semaines avant et définitivement
R33c	Contraception efficace pour 6 mois

Rx	Recommandations
R34	Donner informations orales et écrites sur précautions après IRAthérapie

Rx	Recommandations
R34	Donner informations orales et écrites sur précautions après IRAthérapie
R35	TSH et T4I 4 semaines après traitement, puis toutes les 4 à 6 semaines pendant 6 mois Prévoir consultation spécialisée pour éviter hypothyroïdie profonde, pour évaluer état orbitaire
R36	TSH annuelle à vie après obtention euthyroïdie

Rx	Recommandations
R34	Donner informations orales et écrites sur précautions après IRAthérapie
R35	TSH et T4I 4 semaines après traitement, puis toutes les 4 à 6 semaines pendant 6 mois Prévoir consultation spécialisée pour éviter hypothyroïdie profonde, pour évaluer état orbitaire
R36	TSH annuelle à vie après obtention euthyroïdie
R37a	Échec IRAthérapie= hyperthyroïdie persistante à 6 – 12 mois
R37b	Second traitement envisageable, éviter activités faibles (<5-10mCi, 185-370MBq)

ATA :

- Dose suffisante 1^{re} administration de 10-15mCi (R8)

Rx	Recommandations
R38a	<p>Risque d'orbitopathie ou d'aggravation si fumeur, si hyperthyroïdie récente ou sévère, si taux très élevés de TRAb</p> <p>Pas une contre-indication si orbitopathie, mais:</p> <ul style="list-style-type: none">- réserver aux orbitopathies minimales ou modérées, peu actives- Informer patient, incitation arrêt tabac, avis ophtalmologique spécialisé, corticothérapie orale, suivi rapproché pour éviter hypothyroïdie

Rx	Recommandations
R38a	<p>Risque d'orbitopathie ou d'aggravation si fumeur, si hyperthyroïdie récente ou sévère, si taux très élevés de TRAb</p> <p>Pas une contre-indication si orbitopathie, mais:</p> <ul style="list-style-type: none">- réserver aux orbitopathies minimales ou modérées, peu actives- Informer patient, incitation arrêt tabac, avis ophtalmologique spécialisé, corticothérapie orale, suivi rapproché pour éviter hypothyroïdie
R38b	<p>Pas recommandation supplémentation systématique en LT4 si tabac, TRAb très élevés, mais T4l et TSH dans les deux semaines après traitement</p>

Rx	Recommandations
R38a	<p>Risque d'orbitopathie ou d'aggravation si fumeur, si hyperthyroïdie récente ou sévère, si taux très élevés de TRAb</p> <p>Pas une contre-indication si orbitopathie, mais:</p> <ul style="list-style-type: none">- réserver aux orbitopathies minimales ou modérées, peu actives- Informer patient, incitation arrêt tabac, avis ophtalmologique spécialisé, corticothérapie orale, suivi rapproché pour éviter hypothyroïdie
R38b	<p>Pas recommandation supplémentation systématique en LT4 si tabac, TRAb très élevés, mais T4I et TSH dans les deux semaines après traitement</p>
R39a	<p>Avant : cytoponction nodule suspect à l'échographie et > 1 cm</p>
R39b	<p>Cytoponction en faveur bénignité : iode 131 possible</p>
R39c	<p>Suivi habituel des nodules après iode 131</p>

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R40	Idéalement normes par trousses par trimestre grossesse
R41	Diagnostic basé sur TSH et T4L (tenir compte physiologie grossesse)
R42	Basedow et grossesse : diagnostic sur TRAb

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R40	Idéalement normes par trousses par trimestre grossesse
R41	Diagnostic basé sur TSH et T4L (tenir compte physiologie grossesse)
R42	Basedow et grossesse : diagnostic sur TRAb
R43	Hyperémèse gravidique : dosage TSH et T4L pour évaluer importance dysfonction thyroïdienne
R44	Scintigraphie contre indiquée pendant grossesse

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R40	Idéalement normes par trousses par trimestre grossesse
R41	Diagnostic basé sur TSH et T4L (tenir compte physiologie grossesse)
R42	Basedow et grossesse : diagnostic sur TRAb
R43	Hyperémèse gravidique : dosage TSH et T4L pour évaluer importance dysfonction thyroïdienne
R44	Scintigraphie contre indiquée pendant grossesse
R45	Hyperthyroïdie maternelle avérée (T4L élevée) nécessite correction
R46	Pas indiqué de traiter forme fruste (TSH basse isolée)
R47	ATS à dose adaptée: seul schéma recommandé

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R48	<p>Syndromes malformatifs : PTU < imidazolés; PTU : premier trimestre, imidazolés : suite grossesse</p> <p>Changement risque déstabilisation, d'où possible maintien PTU si baisse de dose (avec perspectives arrêt) car amélioration hyperthyroïdie</p>

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R48	Syndromes malformatifs : PTU < imidazolés; PTU : premier trimestre, imidazolés : suite grossesse Changement risque déstabilisation, d'où possible maintien PTU si baisse de dose (avec perspectives arrêt) car amélioration hyperthyroïdie
R49	Changement ATS en cours grossesse: renforcer suivi hormonal
R50	Chirurgie (idéalement 2 ^{ème} trimestre) si allergies aux ATS, si mauvais contrôle

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R48	Syndromes malformatifs : PTU < imidazolés; PTU : premier trimestre, imidazolés : suite grossesse Changement risque déstabilisation, d'où possible maintien PTU si baisse de dose (avec perspectives arrêt) car amélioration hyperthyroïdie
R49	Changement ATS en cours grossesse: renforcer suivi hormonal
R50	Chirurgie (idéalement 2 ^{ème} trimestre) si allergies aux ATS, si mauvais contrôle
R51	Iode 131 contre indiqué chez femme enceinte
R52	Schéma par ATS= dose adaptée avec dose minimale

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R48	Syndromes malformatifs : PTU < imidazolés; PTU : premier trimestre, imidazolés : suite grossesse Changement risque déstabilisation, d'où possible maintien PTU si baisse de dose (avec perspectives arrêt) car amélioration hyperthyroïdie
R49	Changement ATS en cours grossesse: renforcer suivi hormonal
R50	Chirurgie (idéalement 2 ^{ème} trimestre) si allergies aux ATS, si mauvais contrôle
R51	Iode 131 contre indiqué chez femme enceinte
R52	Schéma par ATS= dose adaptée avec dose minimale
R53	Suivi rapproché toutes les 2 semaines, puis 2 à 4 semaines
R54	Dosages T4L +TSH: TSH peut rester basse, T4L valeurs hautes de la normale

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R55	Posologie minimale ATS, clinique satisfaisante, T4L normalisée et qui baisse lors de 2 contrôles : arrêt ATS envisagé

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R55	Posologie minimale ATS, clinique satisfaisante, T4L normalisée et qui baisse lors de 2 contrôles : arrêt ATS envisagé
R56	Pas de rationnel convaincant mais transaminases toutes les 2 à 4 semaines si PTU, consulter si signes digestifs, éviter autres traitements hépatotoxiques
R57	Après accouchement : TSH à 1, 3 et 6 mois

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R55	Posologie minimale ATS, clinique satisfaisante, T4L normalisée et qui baisse lors de 2 contrôles : arrêt ATS envisagé
R56	Pas de rationnel convaincant mais transaminases toutes les 2 à 4 semaines si PTU, consulter si signes digestifs, éviter autres traitements hépatotoxiques
R57	Après accouchement : TSH à 1, 3 et 6 mois
R58	Allaitement : données rassurantes sur le nouveau-né, mais RCP ATS contre-indiquent carbimazole, limitent utilisation pour PTU et thiamazole. Si allaitement et ATS : surveillance pédiatrique

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R55	Posologie minimale ATS, clinique satisfaisante, T4L normalisée et qui baisse lors de 2 contrôles : arrêt ATS envisagé
R56	Pas de rationnel convaincant mais transaminases toutes les 2 à 4 semaines si PTU, consulter si signes digestifs, éviter autres traitements hépatotoxiques
R57	Après accouchement : TSH à 1, 3 et 6 mois
R58	Allaitement : données rassurantes sur le nouveau-né, mais RCP ATS contre-indiquent carbimazole, limitent utilisation pour PTU et thiamazole. Si allaitement et ATS surveillance : pédiatrique
R59	Femme en âge de procréer et Basedow: informations sur risques fœtaux et prise en charge hyperthyroïdie pendant grossesse

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R60	Pas de grossesse pendant 6 mois après IRAthérapie
R61	Traitement radical et désir de grossesse dans les deux ans: préférer la chirurgie (décroissance TRAb plus lente si iode 131)

ATA (R84): patiente sous ATS

- Test grossesse dès premiers jours retard règles
- Contact médecin en 24 heures
- Evaluation possibilité arrêt ATS (dose ATS, TRAb...)
- Si arrêt : suivi hebdomadaire thyroïde

ATA (R94): iode 131 ou chirurgie avant grossesse, patiente sous ATS

- TRAb début grossesse
- Si élevés TRAb 18-22 SA

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R62	Dosage TRAb début grossesse, suivi intensif si positif

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R62	Dosage TRAb début grossesse, suivi intensif si positif
R63	TRAb > 5 UI/L (2 ^{ème} génération) au 2 ^{ème} trimestre : risque hyperthyroïdie fœtale, échographie thyroïde fœtale mensuelle à partir 22 SA. Rythme adapté en fonction glande foetale

Basedow et grossesse R40 à R60

Rx	Recommandations
R62	Dosage TRAb début grossesse, suivi intensif si positif
R63	TRAb > 5 UI/L (2 ^{ème} génération) au 2 ^{ème} trimestre : risque hyperthyroïdie fœtale, échographie thyroïde fœtale mensuelle à partir 22 SA. Rythme adapté en fonction glande foetale
R64	Échographie dans un centre multidisciplinaire expert
R65	Hypothyroïdie fœtale : réduire ATS maternels

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R62	Dosage TRAb début grossesse, suivi intensif si positif
R63	TRAb > 5 UI/L (2 ^{ème} génération) au 2 ^{ème} trimestre : risque hyperthyroïdie fœtale, échographie thyroïde fœtale mensuelle à partir 22 SA. Rythme adapté en fonction glande foetale
R64	Échographie dans un centre multidisciplinaire expert
R65	Hypothyroïdie fœtale : réduire ATS maternels
R66	Hypothyroïdie fœtale persistante après arrêt ATS : indication de ponction sang fœtal dans centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, pour envisager administration de L-Thyroxine intra-amniotique.

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R62	Dosage TRAb début grossesse, suivi intensif si positif
R63	TRAb > 5 UI/L (2 ^{ème} génération) au 2 ^{ème} trimestre : risque hyperthyroïdie fœtale, échographie thyroïde fœtale mensuelle à partir 22 SA. Rythme adapté en fonction glande foetale
R64	Échographie dans un centre multidisciplinaire expert
R65	Hypothyroïdie fœtale : réduire ATS maternels
R66	Hypothyroïdie fœtale persistante après arrêt ATS : indication de ponction sang fœtal dans centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, pour envisager administration de L-Thyroxine intra-amniotique.
R67	Hyperthyroïdie fœtale: ATS donnés à la mère
R68	Nouveau-nés avec mères TRAb + (> 5 UI/L 2 ^{ème} génération) : risque hyperthyroïdie néonatale

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R69	Nouveau-nés avec mères TRAb + (> 5 UI/L 2 ^{ème} génération) : dosage sang cordon TRAb, TSH et T4L (orientation suivi postnatal)
R70	Mère TRAb négatif = pas risque hyperthyroïdie néonatale
R71	TRAb positifs dans sang cordon = fort risque hyperthyroïdie néonatale

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R69	Nouveau-nés avec mères TRAb + (> 5 UI/L 2 ^{ème} génération) : dosage sang cordon TRAb, TSH et T4L (orientation suivi postnatal)
R70	Mère TRAb négatif = pas risque hyperthyroïdie néonatale
R71	TRAb positifs dans sang cordon = fort risque hyperthyroïdie néonatale
R72	TSH et T4L normaux sang cordon: pas possible de prédire hyperthyroïdie néonatale
R73	Augmentation rapide T4L au dessus norme pour âge postnatal entre sang du cordon et 3-5 jours de vie = risque hyperthyroïdie néonatale

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R69	Nouveau-nés avec mères TRAb + (> 5 UI/L 2 ^{ème} génération) : dosage sang cordon TRAb, TSH et T4L (orientation suivi postnatal)
R70	Mère TRAb négatif = pas risque hyperthyroïdie néonatale
R71	TRAb positifs dans sang cordon = fort risque hyperthyroïdie néonatale
R72	TSH et T4L normaux sang cordon: pas possible de prédire hyperthyroïdie néonatale
R73	Augmentation rapide T4L au dessus norme pour âge postnatal entre sang du cordon et 3-5 jours de vie = risque hyperthyroïdie néonatale
R74	Apparition signes biologiques hyperthyroïdie = début carbimazole 0,5 mg/kg/j (+/-propranolol si signes cliques)
R75	Carbimazole jusqu'à négativation TRAb

Basedow et grossesse R40 à R78

Rx	Recommandations
R76	T4L basse naissance et TSH basse : suivi avec endocrinologue pédiatre
R77	Pas preuve lien entre hyperthyroïdie maternelle et devenir intellectuel, psychique ou comportemental
R78	Maintenir T4L valeurs hautes de la normale si Basedow et grossesse

FIN