



HAL
open science

Dépistage et prise en charge des dysthyroïdies pendant la grossesse : état des lieux des connaissances théoriques des sages-femmes du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale du 15 octobre 2018 au 20 janvier 2019

Margaux Bréus

► To cite this version:

Margaux Bréus. Dépistage et prise en charge des dysthyroïdies pendant la grossesse : état des lieux des connaissances théoriques des sages-femmes du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale du 15 octobre 2018 au 20 janvier 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02179215

HAL Id: dumas-02179215

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02179215>

Submitted on 10 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES
Université de Bretagne Occidentale
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2019

Dépistage et prise en charge des dysthyroïdies pendant la grossesse
Etat des lieux des connaissances théoriques des sages-femmes du Réseau de Périnatalité
de Bretagne Occidentale du 15 octobre 2018 au 20 janvier 2019

Présenté et soutenu par : Margaux BREUS
Née le 10 Août 1995

Directrice de mémoire : Gaëlle Delpech-Dunoyer

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée, BREUS Margaux,

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

BREUS Margaux

Remerciements

Je remercie,

Madame Gaëlle Delpech-Dunoyer et Justine Le Lez, sages-femmes enseignantes, pour avoir dirigé mon travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils.

Monsieur Jean-Marc Malécot, docteur endocrinologue, pour son aide et ses remarques constructives.

Ma famille, pour leur soutien et leurs encouragements.

Mes amies de toujours, Ninon, Anaïs et Chloé, pour leur écoute et soutien.

Mes amies, Elisa et Morgane, pour les nombreuses heures passées à la bibliothèque universitaire, et remplies de pleurs mais surtout de rires.

Mes collègues de promotion, et plus particulièrement Aude, Marie, Mélanie et Mélanie, pour nos bons moments passés et futurs.

L'ensemble des sages-femmes ayant répondu à mon questionnaire, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Table des matières

LISTES DES ABREVIATIONS.....	5
I- INTRODUCTION.....	6
II- MATERIELS ET METHODE	9
2.1. HYPOTHESES ET OBJECTIFS.....	9
2.2. TYPE D'ETUDE	9
2.3. POPULATION D'ETUDE	9
2.4. OUTIL DE RECHERCHE	10
2.5. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES	10
III- RESULTATS	12
3.1. RECUEIL DES QUESTIONNAIRES.....	12
3.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	12
3.3. CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS	14
3.3.1. <i>Connaissances sur les définitions des dysthyroïdies.....</i>	<i>14</i>
3.3.2. <i>Connaissances sur les conséquences des dysthyroïdies.....</i>	<i>16</i>
3.3.3. <i>Connaissances sur la prise en charge des dysthyroïdies.....</i>	<i>18</i>
3.3.4. <i>Connaissances sur le traitement de l'hypothyroïdie.....</i>	<i>21</i>
3.3.5. <i>Connaissances sur l'évolution de l'hypothyroïdie dans le post-partum.....</i>	<i>23</i>
3.3.6. <i>Connaissances sur la prévention de l'hypothyroïdie pour une prochaine grossesse.....</i>	<i>23</i>
IV- DISCUSSION.....	25
4.1. LIMITES DE L'ETUDE ET POINTS FORTS.....	25
4.1.1. <i>Limites de l'étude.....</i>	<i>25</i>
4.1.2. <i>Points forts de l'étude.....</i>	<i>25</i>
4.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	26
4.3. PRINCIPAUX RESULTATS.....	27
4.3.1. <i>Un défaut de formation.....</i>	<i>27</i>
4.3.2. <i>Des pathologies complexes.....</i>	<i>29</i>
4.3.3. <i>La population cible.....</i>	<i>31</i>
4.3.4. <i>Examens complémentaires.....</i>	<i>33</i>
4.3.5. <i>Discordance sur le suivi à proposer.....</i>	<i>35</i>
V- CONCLUSION.....	37
VI- REFERENCES	38
VI- ANNEXES.....	43
RESUME.....	51

Listes des abréviations

FC : Fréquence Cardiaque

TSH : Thyroestimuline

T4L : Thyroxine Libre

T3 : Tri-iodothyronine

FCS : Fausse Couche Spontanée

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

HPP : Hémorragie du Post-Partum

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

RPBO : Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

HTA : Hypertension Artérielle

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

PAG : Petit Poids pour l'Age Gestationnel

MFIU : Mort Fœtale In Utéro

ATA : American Thyroid Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ETA : European Thyroid Association

I- Introduction

La grossesse est un moment particulier de la vie d'une femme. Cette symbiose est possible grâce aux nombreux changements fonctionnels du corps. Ainsi, comme tous les autres organes, la glande thyroïde modifie son activité et est alors stimulée de manière plus importante pour répondre aux besoins du fœtus.

En effet, la thyroïde fœtale se développe précocement mais n'est fonctionnelle qu'à partir de 11 semaines d'aménorrhée (1). La faible production foetale de ces hormones et l'immaturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire, responsable de la régulation de ce fonctionnement, rendent le fœtus dépendant de sa mère tout au long de la grossesse (1).

Les hormones thyroïdiennes ont un **rôle important dans le développement foetal**. Elles impactent le métabolisme, le développement cérébral, la respiration, la fréquence cardiaque (FC) la régulation thermique, les muscles, la peau, les cycles menstruels (2). Elles sont donc essentielles.

Toutefois, pour diverses raisons, des pathologies thyroïdiennes peuvent affecter la parturiente.

L'hypothyroïdie vraie, cliniquement définie par une thyroïdostimuline (TSH) élevée et une thyroxine libre (T4L) basse concernerait 0,3 à 0,5% des grossesses tandis que l'hypothyroïdie infra-clinique (TSH élevée et T4L normale) en toucherait 2 à 3% (3). Cette dernière prévalence tendrait à être doublée voir multipliée par 5 selon certaines études menées en Belgique et aux Etats Unis depuis les modifications des normes de TSH (4).

L'hyperthyroïdie quant à elle fait référence à une production trop importante d'hormones thyroïdiennes par la glande ; ainsi par rétro-contrôle la TSH s'abaisserait au-dessous de 0,1 mUI/L. Elle impacterait 1 à 3% des femmes enceintes (3).

Les conséquences obstétricales peuvent être dramatiques et mener jusqu'à la mort du binôme. Elles sont en effet responsables de fausse-couches spontanées (FCS), de rupture prématurée des membranes (RPM), de menace d'accouchement prématuré (MAP), d'hématome rétro-placentaire (HRP), d'hémorragie du post-partum (HPP) et de décès néonatal (5-10).

Dans le cadre des dysthyroïdies, le diagnostic repose sur l'interrogatoire des antécédents personnels et familiaux de la patiente, sur une évaluation clinique et sur un test biologique fiable, accessible et peu coûteux (11).

Une fois le diagnostic posé, la sage-femme n'a pas les compétences pour prescrire le traitement. Elle doit alors orienter la femme enceinte vers un médecin. Ce traitement est simple, peu coûteux et efficace puisque **bien substituée au cours de la grossesse, les risques obstétricaux de l'hypothyroïdie seraient moindres** (12, 13).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un dépistage ciblé pour les hypothyroïdies depuis 2007 (14), et un dépistage sur signes cliniques en ce qui concerne les hyperthyroïdies (15). Pourtant, selon l'étude de Vaidya et co (16), **seules 18% des femmes enceintes à risque seraient dépistées par les actuelles recommandations**.

« **Deuxième cause de maladie endocrinienne en cours de grossesse** » selon le Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français (CNGOF)(17), les dysthyroïdies représentent un véritable **problème de santé publique** et constituent un coût humain et économique non négligeable.

Aujourd'hui, les sages-femmes font partie des **acteurs de santé privilégiés** avec les médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens : 23,3% des femmes enceintes choisissent ce praticien pour le suivi de leurs six premiers mois de grossesse (18).

Ces spécialistes de la physiologie jouent un « rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes » selon l'Ordre des sages-femmes (19). En effet, le suivi mensuel de la grossesse est un moment opportun pour déceler d'éventuelles pathologies qui n'auraient pas pu l'être avant chez des femmes ayant un suivi médical irrégulier ou inexistant. De même, les entretiens prénataux préparant à la parentalité ou les cours de préparation à la naissance sont eux aussi des moments privilégiés de proximité avec la sage-femme qui permettent parfois de confesser quelques petits maux de grossesse.

Les sages-femmes sont en **premier recours pour dépister** et ainsi prévenir les troubles thyroïdiens.

Il semble donc intéressant de se questionner sur les connaissances actuelles des sages-femmes et sur la manière dont elles réalisent ce dépistage.

Ainsi, l'objectif de ce travail de mémoire est de réaliser un état des lieux des connaissances théoriques des sages-femmes du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) effectuant du suivi obstétrical, concernant le dépistage et la prise en charge des dysthyroïdies en début de grossesse.

Ce travail de recherche sera l'occasion de sensibiliser les professionnels à ce sujet, et de leur donner éventuellement des informations complémentaires s'ils le souhaitent, ceci pouvant s'inscrire dans le cadre de la formation continue.

II- Matériels et méthode

2.1. Hypothèses et objectifs

Plusieurs hypothèses sont évoquées :

- Les connaissances théoriques et pratiques des sages-femmes quant aux dysthyroïdies sont satisfaisantes
- Les sages-femmes connaissent les complications obstétricales qui découlent de ces pathologies
- Les sages-femmes ont des difficultés à la mise en pratique des actuelles recommandations sur la pratique professionnelle.

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances théoriques des maïeuticiens du RPBO impliqués dans le suivi obstétrical quant au dépistage et à la prise en charge des dysthyroïdies pendant la grossesse.

Nous nous intéresserons secondairement à la compréhension d'éventuels obstacles auxquels pourraient se heurter les praticiens dans la mise en œuvre des recommandations actuelles, ainsi qu'à l'opinion de ces professionnels sur leur formation initiale et leur ressenti.

2.2. Type d'étude

Nous avons choisi de mener une étude observationnelle descriptive, transversale et multicentrique, par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme, en ligne, et accompagné d'une lettre explicative précisant l'identité de l'étudiant, le sujet et les objectifs de ce travail.

La période de collecte des données se situe entre 15 octobre 2018 et le 20 janvier 2019.

2.3. Population d'étude

L'ensemble des sages-femmes exerçant au sein du RPBO effectuant a été inclus.

Pour répondre au mieux à la problématique, ont été exclus :

- les sages-femmes ayant arrêté leur activité professionnelle,
- les sages-femmes pratiquant en dehors du réseau,
- Les sages-femmes coordinatrices en maïeutique.

2.4. Outil de recherche

Le questionnaire (Annexe 2) comprenait 39 questions, certaines à questions fermées et d'autres à réponses à choix simples ou multiples.

Les questions de la première partie de l'étude avaient pour but de connaître les aspects socio-démographiques du professionnel interrogé (âge ; année du diplôme d'état ; années, lieu et condition d'exercice en consultations obstétricales ; formations complémentaires, formation continue). En effet, nous avons émis l'hypothèse que la formation initiale et continue de ce dernier pouvait influencer les résultats de l'étude. La seconde partie questionnait le maïeuticien sur ses connaissances des pathologies thyroïdiennes (définitions, signes cliniques, conséquences maternelles et foetales, recommandations du dépistage). Enfin la dernière partie s'intéressait à la pratique du professionnel et les freins qu'il rencontrait à la mise en place des recommandations actuelles des dysthyroïdies.

Cet outil de recherche a été préalablement testé auprès d'une sage-femme libérale et d'une sage-femme hospitalière dans la région de Vannes ainsi qu'auprès d'une sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Brest en septembre 2018. Ceci a permis d'en vérifier la validité, la clarté et l'efficacité. La réalisation de l'étude a été autorisée au préalable par l'équipe pédagogique et par la coordinatrice du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale.

Le remplissage de ce questionnaire demandait entre 5 et 30 minutes. Une lettre accompagnatrice détaillait le statut de l'auteure, ainsi que les objectifs et les modalités du questionnaire (Annexe 1). Un consentement était sous-entendu par la réponse ou non au questionnaire. L'anonymat des lieux, des personnes et des données était préservé.

2.5. Recueil et traitement des données

Le questionnaire a été diffusé en ligne à chaque professionnel par l'intermédiaire du RPBO et par les sages-femmes coordinatrices en maïeutique des différents centres hospitaliers.

Afin d'augmenter le taux de réponse et ainsi limiter le biais de sélection par volontariat, une correction du questionnaire et un document explicatif des dysthyroïdies étaient proposés aux sages-femmes qui le souhaitaient une fois l'étude close.

Le recueil des données a été réalisé du 15 octobre 2018 au 20 janvier 2019.
Deux relances ont été effectuées à l'ensemble du réseau au mois de novembre et décembre.

Le logiciel Microsoft Office Excel nous a aidé dans le traitement et l'analyse statistique des réponses. L'analyse des questions ouvertes a été faite manuellement.

III- Résultats

3.1. Recueil des questionnaires

78 réponses ont été collectées parmi 256 sages-femmes interrogées, soit un taux de réponse d'environ 30%. Notre population est composée de 75 femmes et 3 hommes.

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau I: Démographie de la population étudiée

	Nombre	Ratio
Age		
29 ans ou moins	17	21,8%
Entre 30 et 39 ans	31	39,7%
Entre 40 et 49 ans	14	17,9%
Plus de 50 ans	16	20,5%
Mode d'exercice		
Dans un centre hospitalier de niveau 1	6	7,7%
Dans un centre hospitalier de niveau 2	20	25,6%
Dans un centre hospitalier de niveau 3	17	21,8%
Dans une clinique	4	5,1%
Dans un centre de Protection Maternelle et infantile (PMI)	5	6,4%
En libéral	24	30,8%
Autre	2	2,6%

Concernant la population exerçant en libéral, 90% ou plus faisait du suivi obstétrical et de post-partum, et 76% effectuait du suivi néonatal.

Dans notre population, 60 sages-femmes possédaient une formation complémentaire à leur formation initiale.

Par ailleurs, notre échantillon utilise un fois par an pour se former des formations proposées par l'établissement de santé (60,3%), des formations courtes (59,0%) et des revues médicales (47%)

Les sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire avaient en moyenne obtenu leur diplôme il y a 14,28 ans.

Concernant les troubles thyroïdiens, notre population pensait :

Tableau II: Ressenti des sages-femmes de l'étude concernant les dysthyroïdies

	Nombre	Ratio
Etre capable de reconnaître les signes cliniques de ces pathologies	43	55,1 %
Etre capable d'interpréter les signes paracliniques de ces pathologies	23	29,5%
Suivre les actuelles recommandations	22	28,2%
Etre capable de poser un diagnostic de dysthyroïdies après avoir effectué un ensemble de tests	11	14,1%
Etre capable d'effectuer le suivi obstétrical d'une femme souffrant de dysthyroïdies	10	12,8%
Connaître les conséquences de ces pathologies sur la dyade mère-enfant	20	25,6%
Ne pas maîtriser le sujet	34	43,6%

Par ailleurs, le dépistage des troubles thyroïdiens était facile pour 16,7% de notre population, complexe pour 69,2%, et difficile pour 14,1%.

Nous avons également demandé aux professionnels interrogés de nous citer les freins qu'ils rencontraient lors de ce dépistage.

Plus de la moitié de la population (53%) décrivait un manque de connaissances ou de formation.

Les signes cliniques de ces troubles étant proches des petits maux de la grossesse, ceci ne facilitait pas, pour 18% de l'échantillon, le diagnostic de ces troubles.

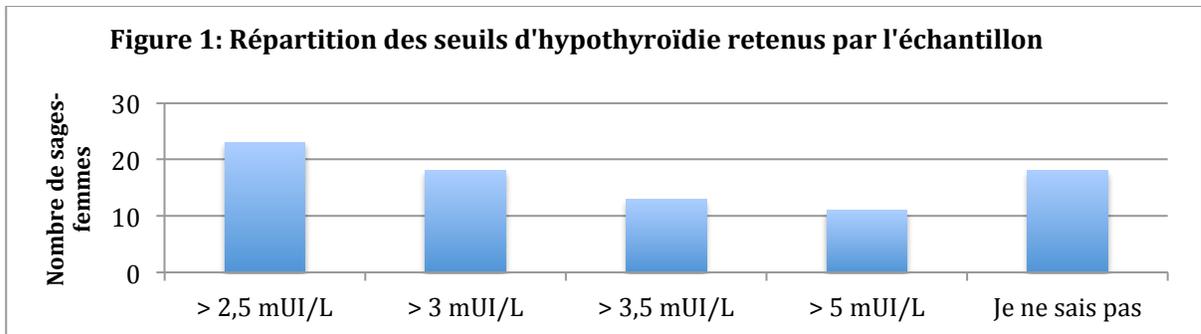
Enfin, les sages-femmes pensaient que leur formation initiale était insuffisante (66,7%) et/ou trop ancienne (50%) et qu'elles avaient besoin d'une mise à jour (100%). Aussi, 98,7% de notre population aimerait avoir un support ou aide-mémoire sur ces pathologies.

3.3. Connaissances des professionnels

3.3.1. Connaissances sur les définitions des dysthyroïdies

3.3.1.1. Connaissances sur l'hypothyroïdie

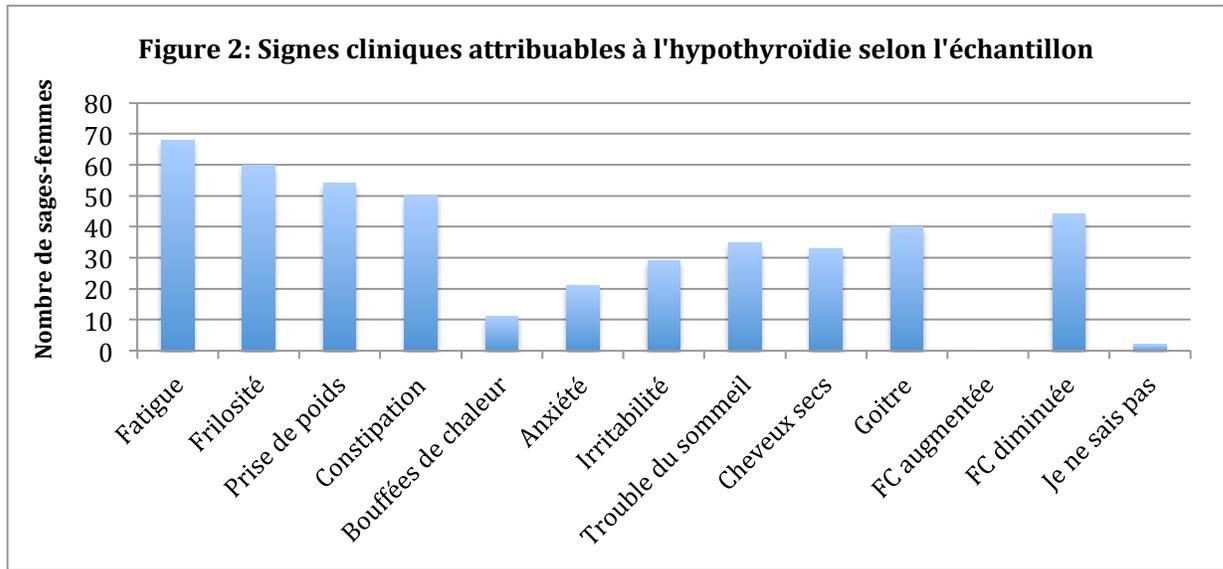
Il était demandé aux professionnels de santé de choisir le seuil pour lequel ils considéraient la patiente hypothyroïdienne. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :



La population a répondu de manière presque équivalente que le seuil admis était une TSH > 2,5 mUI/L (29,5%) ou une TSH > 3 mUI/L (23%).

14,1% de la population a répondu que le seuil pathologique était similaire à celui de la population générale, tandis que 51,3% pensait qu'il existait des normes spécifiques à la grossesse.

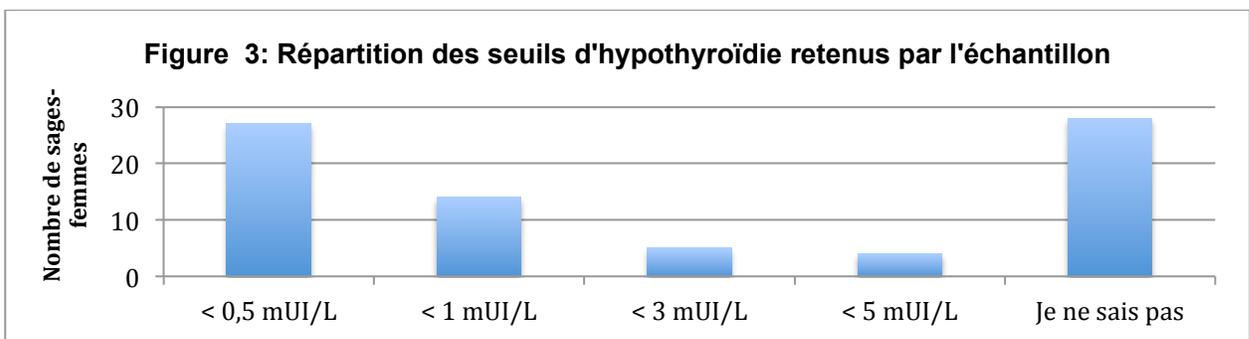
Les sages-femmes étudiées devaient par ailleurs choisir, parmi un ensemble de signes cliniques, lesquels étaient attribuables à l'hypothyroïdie. Voici, ci-après les résultats obtenus :



Les signes principalement associés à l'hypothyroïdie selon l'échantillon étaient la fatigue (87%), la frilosité (77%), la prise de poids (69%), et la constipation (64%).

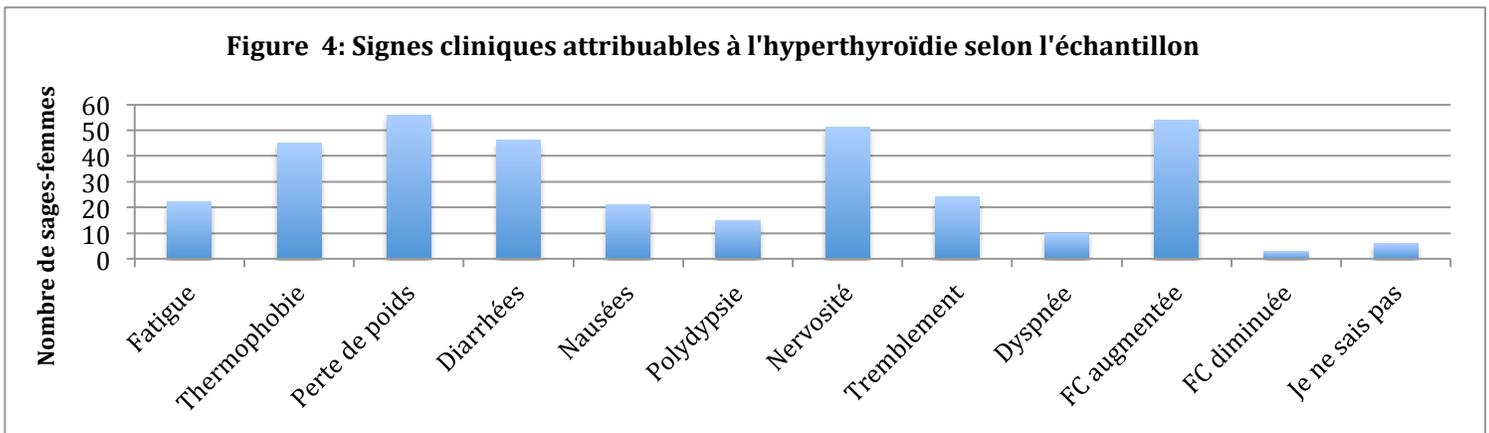
3.3.1.2. Connaissances sur l'hyperthyroïdie

Il était demandé aux professionnels de santé de choisir le seuil pour lequel ils considéraient la patiente hyperthyroïdienne. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :



Pour une majorité de la population (35%), le seuil admis était une TSH < 0,5 mUI/L. 24,4% des sages-femmes ont répondu que le seuil pathologique était identique à celui de la population générale, tandis que 24,4% pensaient qu'il existait des normes spécifiques à la grossesse.

Enfin, il était demandé aux professionnels de reconnaître les signes cliniques que pouvaient engendrer les hyperthyroïdies. Les résultats obtenus sont répertoriés ci-dessous :

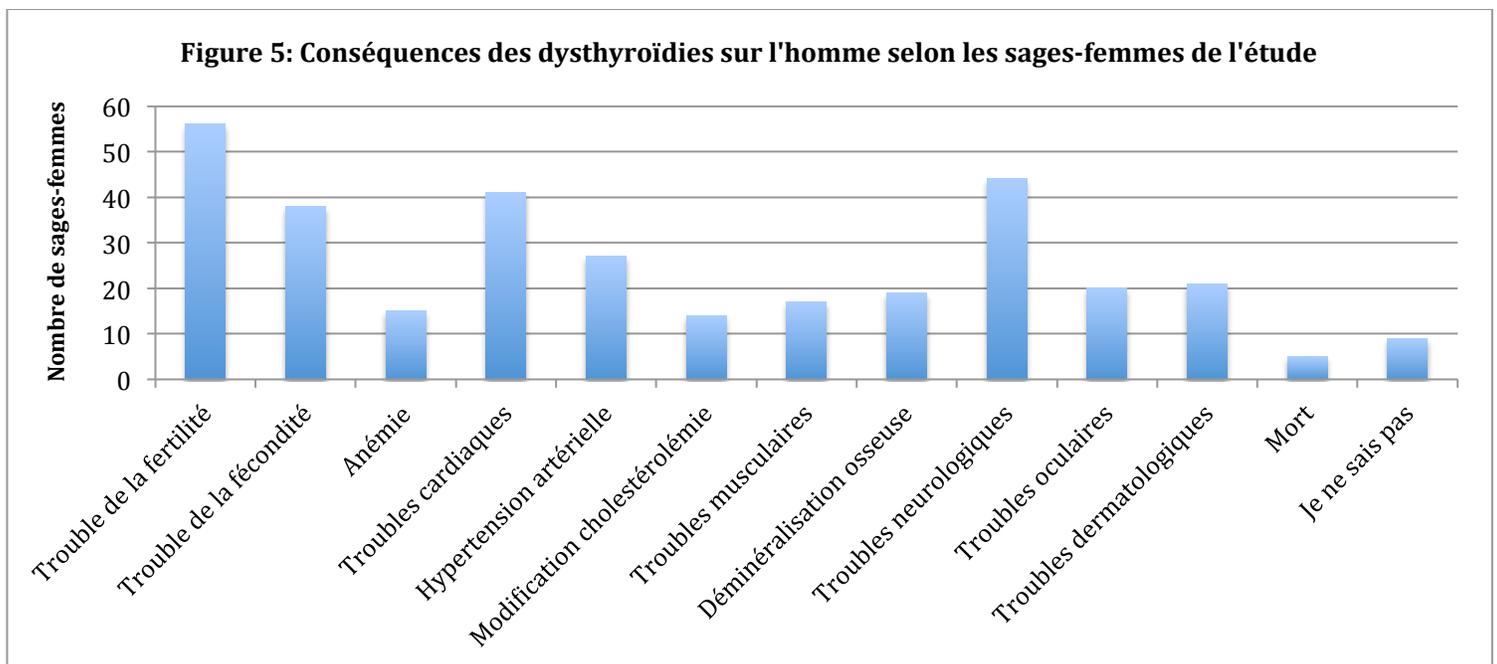


Les principaux signes pouvant évoquer une hyperthyroïdie selon notre échantillon étaient la perte de poids (72%), l'augmentation de la fréquence cardiaque (61%), la nervosité (65%), la diarrhée (59%) et la thermophobie (58%).

3.3.2. Connaissances sur les conséquences des dysthyroïdies

3.3.2.1. Connaissances sur les conséquences des dysthyroïdies sur l'homme

Les sages-femmes ont été interrogées sur les conséquences des dysthyroïdies sur l'homme. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :

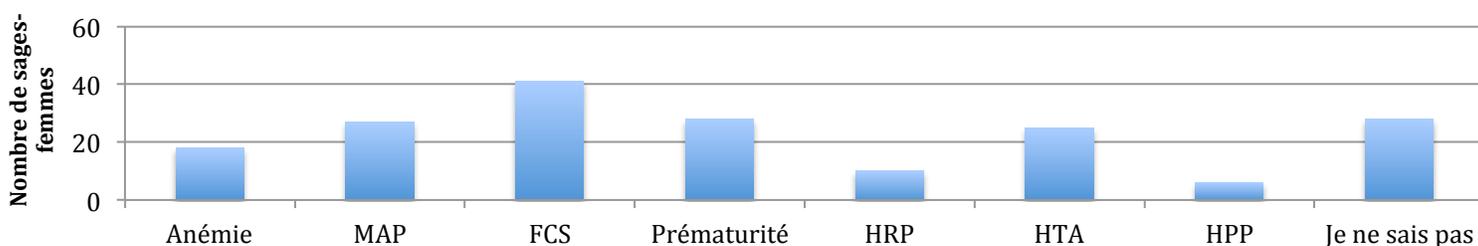


Les troubles de la fertilité ont été cités principalement (72%).
 56% des sages-femmes ont également cité les troubles neurologiques, 53% les troubles cardio-vasculaires (avec l'hypertension artérielle (HTA) pour 35%) et enfin 49% les troubles de la fécondité.

3.3.2.2. Connaissances sur les conséquences des dysthyroïdies sur la grossesse

Les sages-femmes ont ensuite été interrogées sur les conséquences des dysthyroïdies sur la grossesse. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :

Figure 6: Conséquences des dysthyroïdies sur la grossesse selon les sages-femmes de l'étude

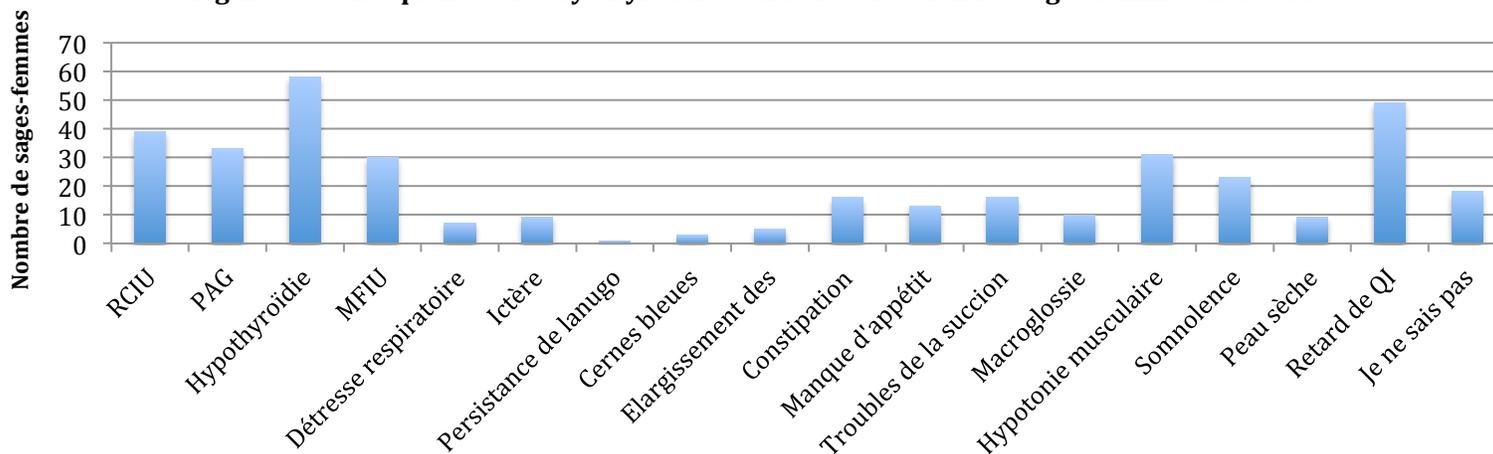


Un peu plus de la moitié des professionnels de santé ont établi un lien avec les FCS (53%). La prématurité est citée pour 36% des sages-femmes, la MAP pour 35% des sages-femmes et l'HTA pour 32% des sages-femmes.

3.3.2.3. Connaissances sur les conséquences des dysthyroïdies sur le fœtus

Enfin, les sages-femmes devaient répondre à une question portant sur les conséquences des dysthyroïdies sur le fœtus. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :

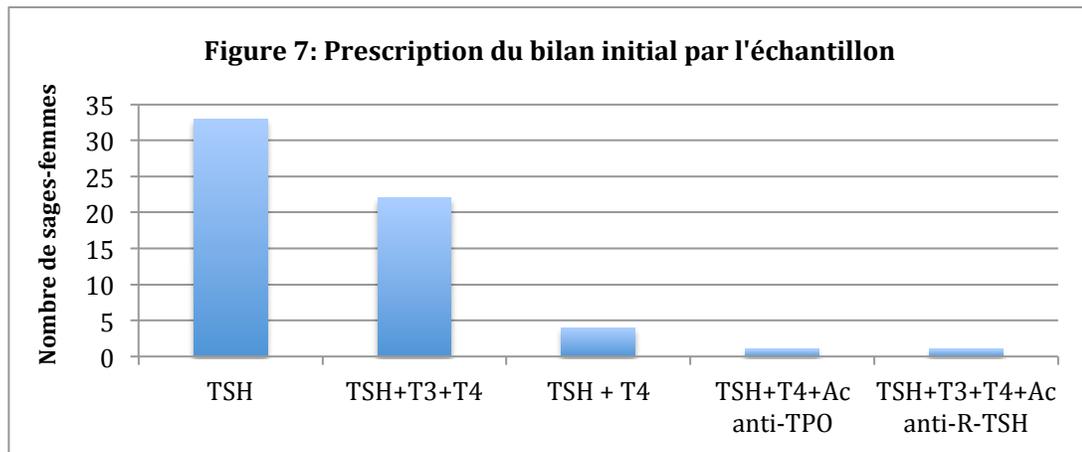
Figure 6 : Conséquences des dysthyroïdies sur le foetus selon les sages-femmes de l'étude



Les conséquences principalement citées étaient l’hypothyroïdie (74%), le retard de quotient intellectuel (QI)(63%), le retard de croissance intra-utérin (RCIU)(50%), le petit poids pour l’âge gestationnel (PAG)(42%), et la mort fœtale in-utéro (MFIU)(39%).

3.3.3. Connaissances sur la prise en charge des dysthyroïdies

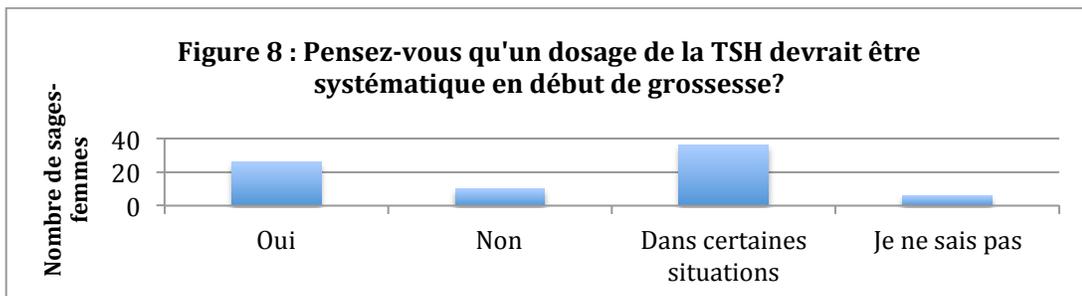
Nous avons voulu connaître la prescription des sages-femmes lorsque ces dernières suspectent une hypothyroïdie chez une femme enceinte. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :



1 personne ne savait pas le bilan de première intention à prescrire.

16 sages-femmes adresseront la patiente à risque à un médecin (généraliste, gynéco-obstétricien ou endocrinologue) directement ou après avoir prescrit un bilan.

Nous avons également demandé aux sages-femmes ce qu’ils pensaient de la systématisation de ce dosage en début de grossesse. Voici les résultats obtenus :



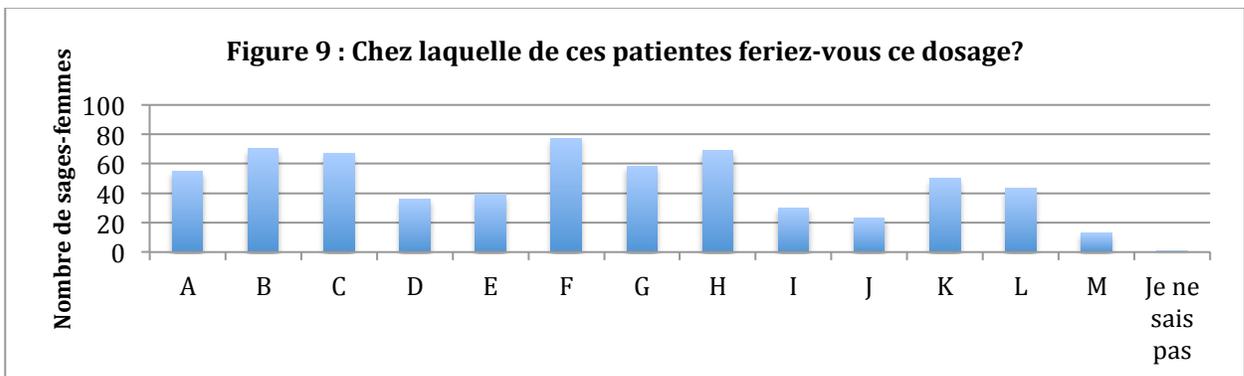
Une grande majorité des sages-femmes (46%) pensait qu'il devrait être systématique seulement dans certaines situations tandis que pour 33% de la population étudiée il devrait être systématique en début de grossesse.

Par ailleurs, une des questions de l'étude visait à reconnaître les patientes à risque d'hypothyroïdie.

Les réponses proposées étaient les suivantes :

- A : « Agathe, vous rapportant lors de votre interrogatoire une hypothyroïdie chez sa mère. »
- B : « Mélanie souffrant d'hypothyroïdie traitée. »
- C : « Clothilde, ayant souffert de thyroïdite après son premier accouchement. »
- D : « Isabelle, vous rapportant un antécédent d'irradiation cervicale ou cérébrale. »
- E : « Elodie, souffrant d'une pathologie auto-immune. »
- F : « Marie, patiente chez laquelle vous découvrez un goitre lors de votre examen clinique. »
- G : « Emma, patiente vous rapportant un bilan thyroïdien avec des Ac anti-thyroïdiens. »
- H : « Juliette, patiente se plaignant de constipation, frilosité et troubles du sommeil, vous faisant ainsi évoquer une pathologie thyroïdienne. »
- I : « Fanny, souffrant de diabète de type 1. »
- J : « Morgane, en surpoids et souffrant d'un diabète de type 2. »
- K : « Marina, qui vous évoque une difficulté à procréer. »
- L : « Amandine, qui vous raconte ses antécédents de fausses-couches à répétition. »
- M : « Sophie, qui vous présente, lors de sa consultation, son enfant né prématurément ».
- N : « Je ne sais pas. »

Ainsi, toutes les réponses étaient correctes excepté la réponse J. Ci-dessous les résultats obtenus :



Parmi les situations proposées, les professionnels avaient plus de difficultés à faire le lien entre les troubles thyroïdiens et les pathologies auto-immunes (E: 50% et I: 38,5%), les antécédents d'irradiation cervicale ou thoracique (D: 46%), ou les antécédents d'accouchement prématuré (M:16%).

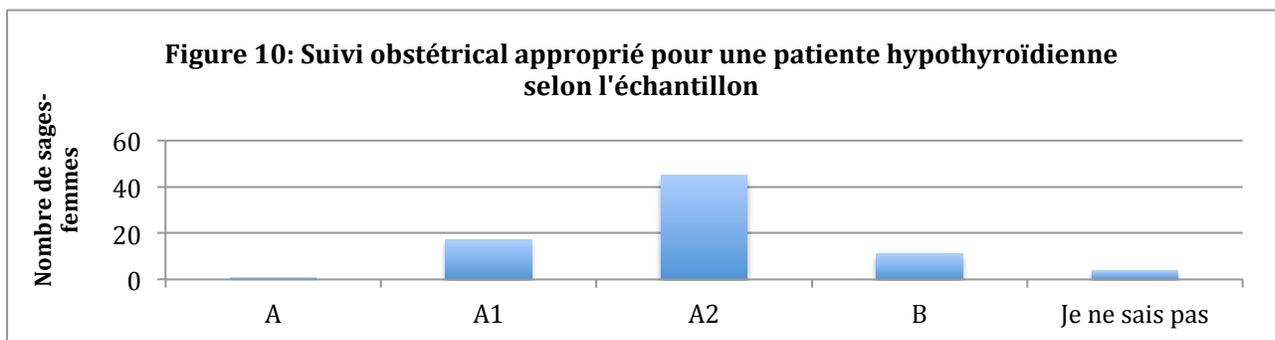
Concernant le suivi biologique de l'hypothyroïdie pendant la grossesse, il était demandé aux sages-femmes de choisir la fréquence de ce bilan (TSH et T4L), voici les résultats obtenus :

Tableau III: Fréquence du bilan thyroïdien pendant la grossesse selon notre échantillon

	Nombre	Ratio
Toutes les semaines jusqu'à l'accouchement	1	1,3%
Tous les mois jusqu'à l'accouchement	48	61,5%
A une fréquence de 6 semaines jusqu'à l'accouchement	16	20,5%
Aucun bilan sanguin nécessaire pendant la grossesse	0	0%

Pour 52,6% des professionnels interrogés, ceci était hors des compétences sage-femme.

Nous avons par ailleurs demandé aux sages-femmes interrogées de choisir le suivi obstétrical le plus approprié selon les recommandations de la HAS datant de 2016. Ci dessous, les résultats obtenus :



Face aux dysthyroïdies, 58% des sages-femmes ont répondu qu'il était possible de continuer le suivi obstétrical d'une femme souffrant d'une pathologie thyroïdienne tout en demandant un avis à un spécialiste (niveau A2).

22% des professionnels ont répondu que l'avis à un spécialiste serait éventuel (niveau A1), voire inutile (niveau A) pour 1 professionnel, tandis que 11 autres sages-femmes ont répondu qu'ils adresseraient les parturientes à un médecin pour leur suivi obstétrical (niveau B).

3.3.4. Connaissances sur le traitement de l'hypothyroïdie

Les sages-femmes étaient ensuite interrogées sur le traitement de l'hypothyroïdie.

Voici, ci-dessous les résultats obtenus :

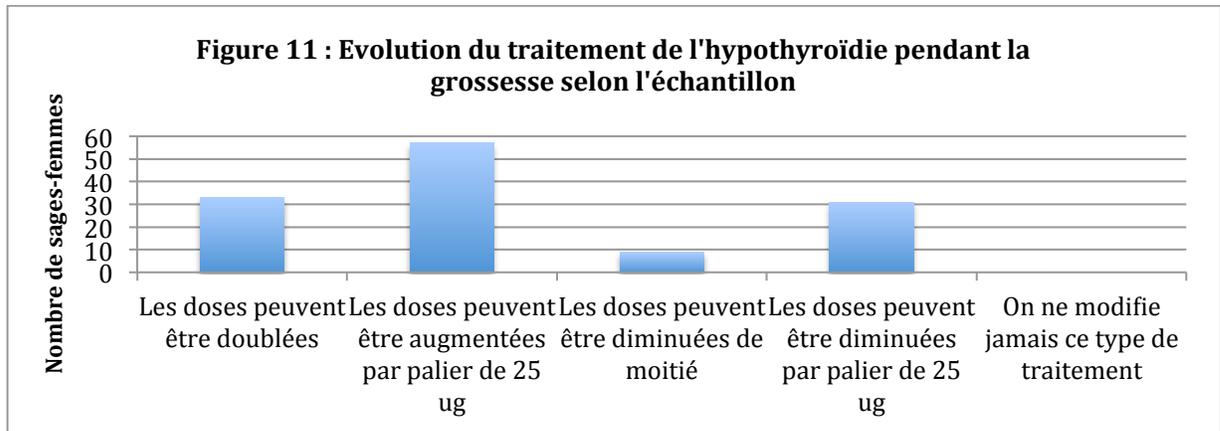
Tableau IV : Réponses des sages-femmes concernant le traitement de l'hypothyroïdie

	Réponses	Ratio
Il s'agit d'un traitement nécessitant une voie veineuse, la patiente doit être hospitalisée	0	0%
Il s'agit d'un comprimé oral et quotidien	77	98,7%
Madame X doit le prendre à jeun	49	62,8%
Madame X peut le prendre avant ou après un repas	11	14,1%
Madame X doit le prendre 2h après la prise de son Gaviscon	11	14,1%
Il peut être aussi le traitement de l'hyperthyroïdie	13	16,7%
Il est important d'être vigilant aux antécédents métaboliques et cardiaques lors de l'installation de ce traitement	28	35,9%

Une question de l'étude, sous forme de cas clinique, portait l'attention des professionnels sur les effets indésirables de ce traitement et leur prise en charge. La patiente se plaignait de tachycardie, insomnie et de sueurs. Parmi les professionnels, 60,3% ont su reconnaître les symptômes de sur-dosage.

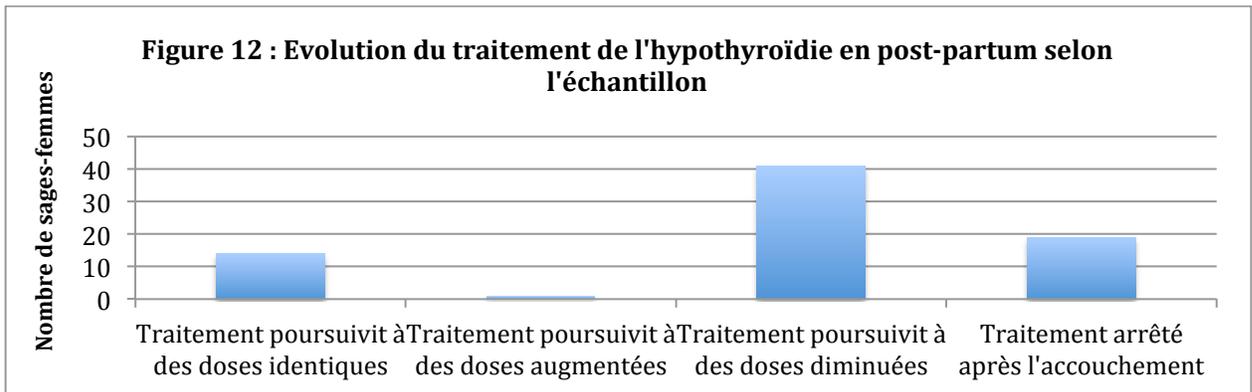
La majorité (57,7%) de notre population prescrirait un bilan thyroïdien dans cette situation. 87,2% des sages-femmes de l'étude adresseraient la patiente au médecin endocrinologue pour cette prise en charge, tandis que 2,6% des sages-femmes modifieraient eux-mêmes le traitement (aucune personne ne l'arrêterait de lui-même).

Nous avons par ailleurs demandé aux professionnels l'évolution possible du traitement pendant la grossesse. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :



Pour une grande partie de notre population (73%), le traitement peut être augmenté par palier de 25 ug, et les doses peuvent être doublées pour 42% des sages-femmes.

Nous nous sommes également intéressés aux connaissances des sages-femmes sur l'évolution du traitement en post-partum. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :



Plus de la moitié des sages-femmes (53%) a répondu que ce traitement serait poursuivi à des doses diminuées après l'accouchement.

L'allaitement maternel est compatible avec ce traitement pour 77% de la population interrogée.

3.3.5. Connaissances sur l'évolution de l'hypothyroïdie dans le post-partum

La majorité de la population (69 %) a répondu que la thyroïde retrouvera son fonctionnement normal dans la majorité des cas.

45% des sages-femmes ont aussi répondu qu'il était possible que la patiente souffre de thyroïdite du post-partum.

Pour 5%, la patiente souffrira d'hypothyroïdie toute sa vie.

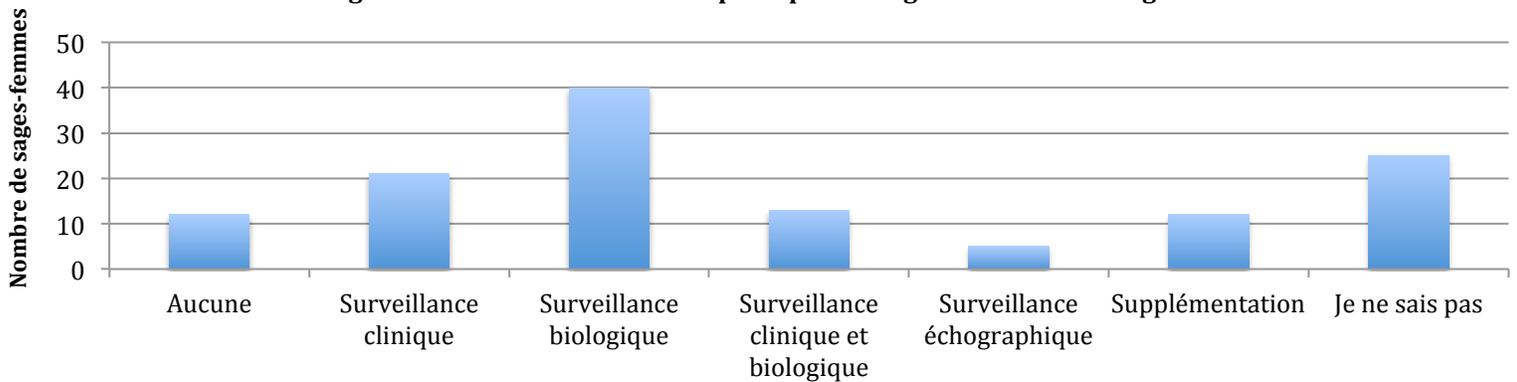
Enfin, il est nécessaire de contrôler, chez les femmes à haut risque de thyroïdite du post-partum, la TSH 6 à 8 semaines puis à 6 mois après l'accouchement pour 90% des sages-femmes interrogées.

3.3.6. Connaissances sur la prévention de l'hypothyroïdie pour une prochaine grossesse

La dernière question du questionnaire demandait aux professionnels s'il existait une surveillance particulière à mettre en place pour une prochaine grossesse chez cette patiente qui a présenté une hypothyroïdie pendant une grossesse.

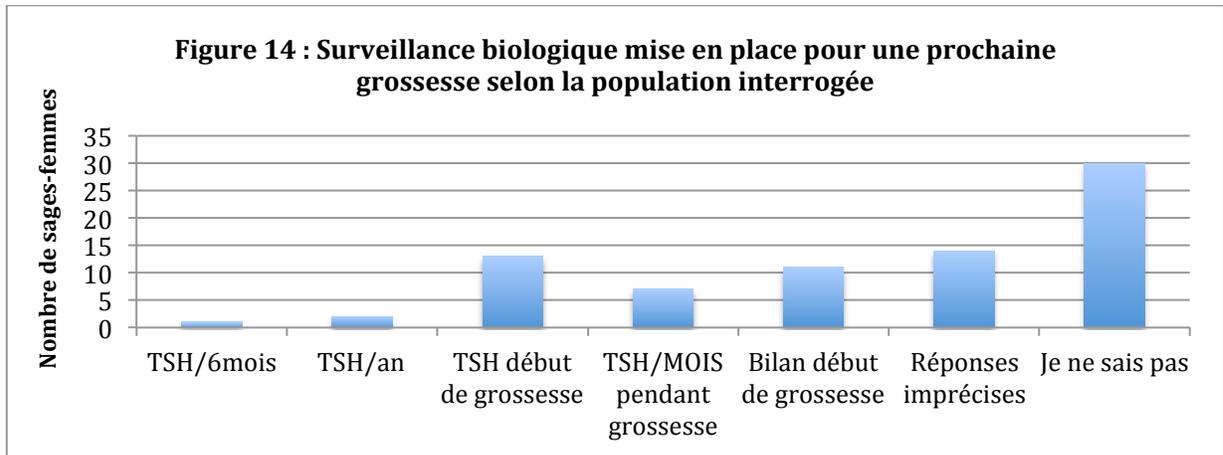
Voici ci-dessous les résultats obtenus.

Figure 13 : Surveillance mise en place par les sages-femmes interrogées



Une surveillance biologique était envisagée pour 55% de la population.

Nous avons également demandé aux professionnels de détailler la surveillance à mettre en place. Voici, ci-dessous les résultats obtenus :



17% des sages-femmes ont répondu qu'ils doseraient la TSH en début de grossesse. 14% des professionnels ont cité un dosage des hormones thyroïdiennes en début de grossesse, mais n'ont pas précisé les hormones à doser ou proposaient un bilan thyroïdien plus complet comprenant la TSH, la T4 et plus ou moins la T3. Par ailleurs, 18% des maïeuticiens auraient dosé la TSH (complété de la T4 et plus ou moins T3) mais non pas précisé le moment où ils le feraient. Leur réponse a donc été considérée comme « réponse imprécise ». Enfin, 38,5% des sages-femmes ne savaient pas.

IV- Discussion

4.1. Limites de l'étude et points forts

4.1.1. Limites de l'étude

La principale limite de l'étude est la représentativité de la population. En effet, avec seulement 30% de taux de participation, notre étude ne peut être généralisable à l'ensemble du RPBO. Ce faible nombre de réponses peut être expliqué par une période de recueil non propice à l'intéressement d'une telle étude (vacances scolaires) ou également par le temps de réponse du questionnaire (estimé entre 5 et 30 minutes).

Par ailleurs, il peut exister un biais de sélection par volontariat. Cette étude était déclarative et pouvait donc influencer le nombre et la qualité des réponses. Il est alors possible que les personnes interrogées aient un attrait pour ce sujet et donc de meilleures connaissances à propos de ce sujet.

Aussi, le nombre important de questions fermées, dans le but d'écourter le temps de réponse au questionnaire et donc d'obtenir davantage de réponses, pouvait influencer la qualité des réponses qui étaient alors suggérées.

Certaines questions pouvaient être imprécises, ceci a pu gêner la compréhension de notre population étudiée.

Le sujet des dysthyroïdies est un vaste domaine, nous avons fait le choix de nous concentrer essentiellement sur l'hypothyroïdie, situation la plus fréquemment rencontrée pendant la grossesse.

4.1.2. Points forts de l'étude

Les dysthyroïdies sont un sujet d'actualité et notamment l'hypothyroïdie avec la nouvelle formule du Lévothyrox* qui a fait grand nombre de débats.

En Europe, elles concernent 3,82% de la population selon une méta-analyse menée en 2014 (20). L'hypothyroïdie représente davantage de personnes (3,05%) que l'hyperthyroïdie (0,75%). Cette étude a également montré que les femmes sont nettement plus à risque de ces pathologies. Ces chiffres sont superposables en France si l'on se fie aux résultats de l'étude ECOGEN (21).

Aussi, depuis les recommandations de la HAS de 2000 (15) et 2007 (14), peu d'études françaises sur ce sujet ont été réalisées et concernent essentiellement les médecins généralistes (22-24). Nous ne pouvons donc pas savoir comment les sages-femmes se positionnent face à ce sujet, leurs connaissances et leur pratique concernant le dépistage, la surveillance, et la prescription des examens complémentaires.

Le choix du questionnaire électronique semblait le plus adapté pour obtenir un maximum de réponses au vu de la diversité géographique de notre échantillon. Des questionnaires en format papier étaient toutefois disponibles au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest. Par ailleurs, un des avantages de ce format électronique était l'obligation de répondre à la question pour accéder à la suivante.

L'anonymat était également un point fort de notre étude, permettant une plus grande honnêteté des réponses.

Ainsi, tous nos questionnaires étaient complets, nous avons donc pu exploiter l'ensemble des réponses.

A propos du questionnaire, ce dernier comportait des questions ouvertes dans lesquelles les professionnels pouvaient s'exprimer sur les freins qu'ils pouvaient rencontrer à ce sujet. Cette méthode nous a permis de ne pas influencer leur réponse.

Aussi, cette étude permettait aux sages-femmes de faire une évaluation de leurs connaissances et ainsi de se positionner dans leur pratique.

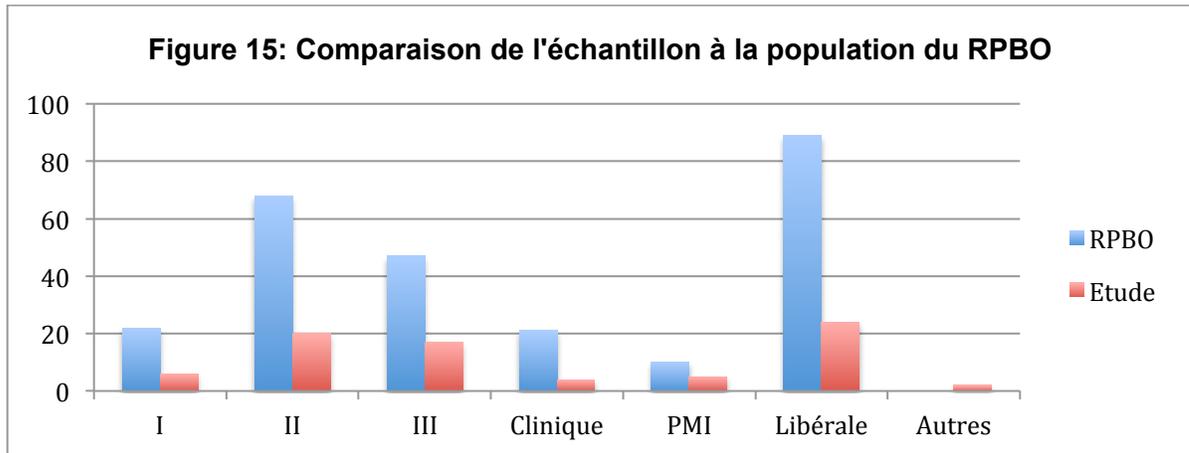
Enfin, un des points forts de notre étude était la diversité de notre population. Cette dernière était équilibrée socio-démographiquement.

4.2. Caractéristiques de la population

Dans notre étude, les sages-femmes âgées de 30 à 39 ans étaient les plus représentées (39,7%). Ceci correspond à l'âge moyen des sages-femmes dans le Finistère (39,5 ans) selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (25).

Notre population de sages-femmes avait en moyenne obtenu son diplôme il y a 14,28 ans. Plus de la moitié (64,10%) de la population étudiée avait obtenu son diplôme il y a 15 ans ou moins.

Concernant la répartition des professionnels dans le milieu d'exercice :



Notre population était représentative, exceptée pour les sages-femmes exerçant en PMI. Cette dernière était surreprésentée contrairement aux sages-femmes exerçant en clinique qui était sous-représentée dans notre étude.

4.3. Principaux résultats

L'objectif principal de notre étude était d'apprécier les connaissances théoriques des sages-femmes du RPBO sur les dysthyroïdies pendant la grossesse.

Les recommandations de la HAS parues en 2000 et 2007, ainsi que les recommandations du CNGOF (2004) et de l'American Thyroid Association (ATA) (2011) nous ont aidé dans l'analyse de ces résultats.

4.3.1. Un défaut de formation

En début de questionnaire, seuls 14,1% des sages-femmes pensaient être capables de poser un diagnostic de dysthyroïdies après avoir effectué un ensemble de tests et 12,8% pensaient être capables d'effectuer le suivi obstétrical d'une femme souffrant de dysthyroïdies. Enfin, 43,6% de la population étudiée reconnaissait ne pas maîtriser le sujet.

Ceci peut être expliqué par la complexité du dépistage pour 69,2% des sages-femmes, et par la difficulté du sujet pour 14,1%.

Nous avons également demandé aux professionnels interrogés de nous citer les freins qu'ils rencontraient lors de ce dépistage.

Plus de la moitié de la population (53%) décrivait un manque de connaissances ou de formation.

Par ailleurs, les signes cliniques de ces troubles étant proches des petits maux de la grossesse, ceci ne facilitait pas, pour 18% de l'échantillon, le diagnostic de ces troubles.

Enfin, les sages-femmes pensaient que leur formation initiale était insuffisante (66,7%) et/ou trop ancienne (50%) et qu'elles avaient besoin d'une mise à jour (100%).

Nous observons donc une demande accrue par les sages-femmes de notre échantillon à être davantage informés sur le sujet.

La majorité des sages-femmes a su reconnaître la moitié ou plus des signes cliniques de l'hypothyroïdie (68%) et de l'hyperthyroïdie (72%) alors que seuls 55% des sages-femmes pensaient reconnaître les signes cliniques des dysthyroïdies en début de questionnaire.

De même, 41% de la population étudiée connaissait la moitié ou plus des conséquences de ces troubles sur le corps humain, 33% de la population connaissait la moitié ou plus des conséquences des dysthyroïdies sur la grossesse et 58% de la population connaissait la moitié ou plus des conséquences des troubles thyroïdiens sur le fœtus alors que seuls 25,6% des sages-femmes pensaient connaître les conséquences des dysthyroïdies en début de questionnaire.

Ce sont des résultats encourageants.

Toutefois, une minorité de l'échantillon (1,52%) pouvait répondre de manière complète et correcte aux questions posées sur les signes cliniques et conséquences des dysthyroïdies. On observe également que les sages-femmes possédaient des connaissances partielles sur certains points tels que la population à risque, les conséquences de ces troubles, le bilan thyroïdien à prescrire dans le cadre de ce dépistage ou encore le traitement de l'hypothyroïdie.

Ces spécialistes de la physiologie reçoivent une formation dans laquelle est enseigné les bases de la physiologie humaine en première intention, puis dans un second temps l'apprentissage des différentes pathologies pouvant affecter la femme enceinte et son fœtus ; parmi elles, les dysthyroïdies (26-27).

Toutefois, même avec de solides unités d'enseignements, le sujet reste complexe. Plusieurs thèses publiées montrent d'ailleurs dans leurs travaux que les médecins généralistes font preuve, comme notre population, de connaissances partielles et de peu d'aisance concernant ce sujet (22-24).

Ainsi, au regard de ce qui précède, il serait intéressant de proposer aux sages-femmes des formations dans le but de les sensibiliser davantage sur le sujet et ainsi améliorer le dépistage, diagnostic et la prise en charge des troubles thyroïdiens.

En effet, dans notre population, 59 à 60% utilisaient au moins une fois par an des formations courtes ou des formations proposées par les établissements de santé pour se former. Il pourrait s'agir de formations comprenant des apports théoriques ainsi que des analyses de cas cliniques par groupes de pairs.

Une autre alternative suggérée dans notre travail était la création d'un support ou aide-mémoire adapté à la pratique de la maïeutique. Cette dernière était plébiscitée pour 98% des sages-femmes interrogées.

4.3.2. Des pathologies complexes

La thyroïde produit les hormones de la triiodothyronine (T3) et la thyroxine (T4). Cette glande située à la base du cou est sous le contrôle de l'hypophyse qui elle produit la TSH permettant une adaptation de la production thyroïdienne en fonction des besoins de l'organisme. Ainsi, l'hypophyse stimule la glande dans le cas où les hormones thyroïdiennes s'abaissent dans le sang et inversement lorsqu'il y a un excès. L'iode est également un élément nécessaire à cette production. Ce dernier doit être apporté en quantité suffisante par l'alimentation (2).

Ces hormones ont un rôle important sur l'ensemble de l'organisme en impactant le fonctionnement biologique et biochimique des cellules humaines. Elles aident à la régulation de la fréquence cardiaque, de la température corporelle, du transit, du poids, de la fonction neuro-cognitive...(2).

Lorsque cette glande a une production limitée, les fonctions corporelles citées ci-dessus sont ralenties, tandis qu'elles seront accélérées lors d'une hyperthyroïdie.

Les troubles thyroïdiens peuvent être asymptomatiques et découverts fortuitement lors d'un bilan sanguin. De même, les symptômes ne sont pas spécifiques de ces maladies.

Pendant la grossesse, la glande augmente sa production hormonale de manière conséquente. Les besoins en iode s'accroissent et le système immunitaire diminue son activité (2).

Dans ce cas, l'hypothyroïdie est plus fréquemment causée par une thyroïdite de Hashimoto (28). Il s'agit d'une réaction immunitaire dans laquelle des anticorps sont dirigés contre la thyroperoxydase (anticorps anti-TPO), enzyme participant à la synthèse des hormones

thyroïdiennes. Les anticorps vont alors progressivement détruire la glande. Cette réaction est associée à une réaction inflammatoire de la thyroïde. L'étiologie de cette maladie est encore mal connue, mais la piste d'un terrain génétique associé à des facteurs environnementaux tels que le stress ou encore une infection virale, pourrait expliquer cet état.

L'hypothyroïdie chez une femme enceinte peut être également mais rarement causée par une carence sévère en iode (28). La France étant un pays légèrement carencé (29), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) recommandent « d'étendre l'iodation du sel ou étudier la possibilité d'augmenter l'apport d'iode des groupes les plus fragiles via une supplémentation ou des aliments enrichis en iode »(30). La supplémentation systématique pendant la grossesse fait débat, mais la HAS ne la préconise pas (31). Ainsi, seules les femmes enceintes ayant des facteurs de risques (tabac, grossesses rapprochées, régime alimentaire particulier, nausées et vomissements importants) (31-32) pourraient recevoir une dose de 100ug d'iode par jour pendant leur grossesse.

Enfin, l'apparition des hypothyroïdies peut être favorisée par certains facteurs tels que les antécédents personnels et familiaux de dysthyroïdies, les maladies auto-immunes (diabète de type I par exemple), ou encore la prise de certains médicaments (anti-thyroïdiens de synthèse, lithium)(28).

En dehors de la grossesse, d'autres causes que celles citées précédemment peuvent être mises en cause. L'ablation de la thyroïde peut être l'une d'elles (28).

L'hyperthyroïdie pendant la grossesse, moins fréquente, peut quant à elle trouver son origine dans l'augmentation physiologique de l'hormone de grossesse : l'hormone chorionique gonadotrope. En effet, en début de grossesse, l'élévation de cette hormone entraîne parfois une stimulation plus importante du récepteur de la TSH. La glande produit alors davantage d'hormones thyroïdiennes. C'est la thyrotoxicose gestationnelle. Les signes cliniques peuvent être plus ou moins marqués et durent le temps du premier trimestre de gestation.

L'autre cause imputable aux hyperthyroïdies pendant la grossesse est la maladie de Basedow (28). Il s'agit d'une réaction immunitaire contre la thyroïde. Les anticorps (« TRAK ») ne détruiront pas la glande mais reproduiront les effets de la TSH et ainsi augmenteront la production thyroïdienne. Comme la maladie de Hashimoto, la maladie est plurifactorielle.

Ainsi, les troubles thyroïdiens ont plusieurs étiologies et des signes cliniques aspécifiques. Par ailleurs, les hormones thyroïdiennes sont responsables de nombreuses réactions cellulaires nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme et les dysthyroïdies n'ont pas le même

retentissement sur la grossesse et la dyade mère-enfant selon l'étiologie retrouvée, le moment d'apparition et la sévérité des troubles thyroïdiens.

Tout ceci rend compliqué leur maîtrise et peut expliquer les difficultés des sages-femmes concernant les conséquences et les traitements des dysthyroïdies.

4.3.3. La population cible

La HAS précise qu'il est utile de prescrire pendant une grossesse un dosage de la TSH seulement aux femmes à risque (14). Selon ces recommandations datant de 2007, les femmes enceintes, ou susceptibles de le devenir, ayant des antécédents personnels ou familiaux de dysthyroïdies, des symptômes, ou encore celles ayant des antécédents de pathologies auto-immunes devraient avoir un dosage de TSH en début de grossesse.

Une des questions de l'étude visait à reconnaître les patientes à risque d'hypothyroïdie.

69% des sages-femmes ont reconnu plus des $\frac{3}{4}$ des situations à risque d'hypothyroïdie selon les critères HAS (ce chiffre diminue à 33% si l'on ajoute les critères de l'ATA).

Ainsi, la majorité de l'échantillon était en accord avec les actuelles recommandations françaises de dépistage.

La dernière question de notre étude demandait aux professionnels s'il existait une surveillance particulière à mettre en place pour une prochaine grossesse.

La femme enceinte présentait une hypothyroïdie. Ainsi pour une prochaine grossesse, elle sera considérée comme femme à risque d'hypothyroïdie selon les critères de dépistage de la HAS, elle doit donc avoir un dosage de sa TSH en début de grossesse. Par ailleurs, lors d'une première consultation obstétricale classique, un examen clinique de la thyroïde doit être pratiqué. Cet examen, difficile si on manque de pratique, peut permettre de dépister une augmentation de volume, une asymétrie et d'éventuels nodules. Le praticien, situé en arrière de la patiente, place trois de ses doigts sur la région médiane du cou après la mâchoire. Il descend ensuite le long de cette ligne pour repérer le cartilage cricoïde et peut ainsi palper la glande en forme de papillon situé en dessous. Les lobes de la thyroïde sont inférieurs à 2 centimètres, et la glande est de consistance molle. Il est conseillé de demander au patient de déglutir pour s'assurer de la localisation correcte de l'examineur et de la mobilité de la glande. L'examen se termine par la palpation des aires ganglionnaires sus-claviculaires (33).

Ainsi, les réponses attendues étaient une surveillance clinique et biologique. La première était envisagée pour 28% de la population et la deuxième pour 55% de la population. Ceci montre une discordance de la part de notre échantillon qui a pourtant majoritairement su reconnaître précédemment les situations à risque qui étaient proposées. Ce biais montre de manière certaine une des limites de notre étude qui était essentiellement composée des questions fermées.

L'ATA et l'American Endocrine Association vont plus loin dans leurs recommandations publiées en 2012 en incluant dans ces personnes à risque :

- les femmes de plus de 30 ans,
- Les femmes ayant des antécédents de répétition de fausses-couches ou d'accouchements prématurés
- Les femmes souffrant d'obésité morbide
- Les patientes vivant dans une zone de carence iodée

Par ailleurs, l'European Thyroid Association (ETA) dans ses recommandations de 2014 appuie et conforte ces dernières quant à la population à risque de dysthyroïdies (34).

Il peut être alors difficile pour les professionnels de se repérer face à cet ensemble de recommandations. L'ETA évoque d'ailleurs dans sa publication que ce dépistage ciblé « peut manquer 33 à 81% des femmes atteintes d'hypothyroïdie » (34).

Ainsi de nombreux débats s'organisent autour de la problématique du dépistage systématique en début de grossesse. Ce dernier était déjà évoqué par le CNGOF dans ses recommandations de bonnes pratiques publiées en 2004 (2). Cependant il n'existe pas de consensus universel.

Certains praticiens le pratique déjà. Une enquête européenne plus récente de 2011 dirigée par Vaidya et al (35) montrait que 42% des médecins (la majorité (90%) endocrinologues) réalisaient de manière systématique un dosage de TSH en début de grossesse.

Par ailleurs, en comparant à l'absence de dépistage, le rapport coût-efficacité du dépistage de l'hypothyroïdie auto-immune chez toutes les femmes enceintes à leur premier trimestre de gestation était en faveur de ce dernier (36).

Cependant un dépistage systématique ne peut être proposé que s'il répond à certains critères comme la possibilité d'un traitement efficace. Ici réside le frein principal à l'instauration de cette systématisation.

Certaines études comme celle menée par Negro et al (13) montrait une diminution des complications obstétricales chez les personnes dépistées et bénéficiant d'un traitement adapté tandis que d'autres études comme l'essai prospectif randomisé de 2012 mené par Lazarus et al (37) ne montrait aucun bénéfice à l'instauration de ce dépistage sur les résultats cognitifs des enfants participants à l'étude. De même, une récente étude de 2016 concernant les hypothyroïdies frustres, ne montrait pas de preuve certaine d'efficacité du traitement par lévothyroxine sur la prévention des complications materno-fœtales (10). L'absence d'efficacité prouvée des traitements des hypothyroïdies conforte également certains pays d'Europe dans leur dépistage ciblé.

Enfin, selon une récente étude de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'expérience positive de la grossesse (38), les femmes enceintes préféraient une prise en charge individualisée et centrée sur la personne, dans laquelle les tests biologiques et autres interventions n'étaient pas systématisés.

Ainsi, malgré la fréquence, la gravité et la possibilité d'un dépistage simple, acceptable et peu coûteux, la systématisation de test ne peut être proposée face à l'absence de bénéfices des traitements, et l'angoisse que ce dépistage générerait sur les patientes.

4.3.4. Examens complémentaires

La sage-femme a les compétences pour dépister les facteurs de risques et les signes évocateurs de pathologies, en prescrivant notamment des examens complémentaires dans le but d'effectuer un diagnostic (19).

Le bilan de première intention devant une femme à risque d'hypothyroïdie est le dosage de la TSH selon les recommandations de la HAS de 2007 (14). Si ce dernier est pathologique, un dosage de la TSH, T4L et des anticorps anti-thyroperoxyase sera nécessaire. Dans notre étude, 42% des sages-femmes feraient une prescription conforme à ces recommandations.

La dernière question de l'étude demandait aux professionnels de l'étude de détailler la surveillance biologique qu'ils mettraient en place pour une prochaine grossesse chez une patiente ayant souffert d'hypothyroïdie pendant sa grossesse. Seul 17% de l'échantillon citait le dosage de la TSH en début de grossesse. Les autres réponses ne précisaient pas le moment auquel serait fait le dosage ou d'autres encore feraient une prescription non conforme aux recommandations. Par ailleurs, 38,5% ne savaient détailler cette surveillance.

Ce résultat montre donc une connaissance partielle de la part des professionnels concernant le dépistage des situations à risque. Les sages-femmes savent reconnaître les femmes enceintes à risque de troubles thyroïdiens mais éprouvent des difficultés concernant la prescription des hormones thyroïdiennes à doser.

Ce manque de connaissances peut être un problème en terme de santé publique et est un réel enjeu économique.

En effet, selon le rapport de 2015 édité par l'assurance maladie (39), les dosages de TSH seule représentent 14,4 millions de tests soit 84 millions d'euros de dépenses. Si on ajoute à ce dosage, la T3L et la T4L (associées seule ou conjointement à la TSH), les dépenses s'accroissent de plus de 50%. Toutefois, entre 2014 et 2015, les dosages de TSH seule ont augmenté contrairement aux dosages plus complets. Ceci reflète possiblement une meilleure compréhension des recommandations.

1.1.1. Les dosages de TSH

Les hormones thyroïdiennes varient de manière importante au cours de la grossesse, des intervalles de TSH ont alors été mis en place pour chaque trimestre de grossesse.

L'Association Américaine de la Thyroïde a émis récemment des normes de TSH spécifiques aux femmes enceintes en se basant sur plusieurs cohortes (40) :

- Au premier trimestre, la TSH devrait se situer dans un intervalle de 0,1 à 2,5 mUI/L
- Au second trimestre, cette dernière devrait être entre 0,2 et 3 mUI/L
- Au troisième trimestre enfin, l'intervalle indiqué serait 0,3 à 3 mUI/L

L'hypothyroïdie frustrée ou infra-clinique est classiquement définie dans la population générale par un dosage de la TSH supérieur à 4 mUI/L sans abaissement de la concentration de la T4L. Cependant, lors d'une grossesse, un résultat supérieur à 3 mUI/L doit alerter le professionnel qui contrôlera un mois plus tard la TSH, la T4L et la présence ou non d'anticorps anti-thyroperoxydase (14).

Les recommandations de l'ETA publiées en 2014 (34) appuient ces résultats. Elle précise cependant que le seuil d'alerte se situe à 2,5 mUI/L au premier trimestre et à 3 mUI/L pour les deux derniers trimestres.

L'hypothyroïdie vraie ou clinique est quant à elle définie par un dosage de la TSH supérieur à 10 mUI/L avec une concentration de la T4L abaissée (14).

Parmi les professionnels interrogés, 14,1% avaient la réponse exacte, et 23,1% admettaient ne pas connaître le seuil pathologique.

Concernant l'hyperthyroïdie, elle est classiquement définie par un dosage de la TSH inférieur à 0,1 mUI/L (15).

34,6% de la population questionnée avait la réponse exacte, tandis que 35,9% reconnaissait ne pas connaître le seuil pathologique.

4.3.5. Discordance sur le suivi à proposer

La sage-femme a les compétences pour diagnostiquer le caractère physiologique ou pathologique d'une grossesse en identifiant des facteurs de risque ou des signes cliniques évocateurs.

Lorsque cela se présente, le professionnel de santé peut demander simplement un avis ou alors adresser la parturiente à un médecin. Si un avis est suffisant, la sage-femme peut reprendre le suivi obstétrical de cette patiente selon le code de la Santé Publique (41).

Il incombe donc au professionnel d'évaluer le niveau de risque afin de pouvoir proposer à la femme enceinte un suivi obstétrical approprié.

Une fois diagnostiquée, et si la situation le nécessite, l'hypothyroïdie peut être traitée par lévothyroxine dans le but de limiter les risques pour la mère et son fœtus.

La sage-femme, conformément à ses droits de prescription, ne peut initier ce traitement (42).

Ainsi, après que le diagnostic ait été établi, il convient de la part de la sage-femme d'orienter la femme enceinte vers un médecin généraliste ou un endocrinologue afin qu'elle puisse bénéficier de la meilleure prise en charge pour son hypothyroïdie dans le cas où elle devrait être traitée.

La HAS recommande donc un suivi A1 en ce qui concerne les dysthyroïdies équilibrées et un suivi de type B si la femme enceinte souffre d'une maladie de Basedow (43).

Notre étude révèle une grande disparité des réponses de notre échantillon, qui se concentrent essentiellement sur un suivi A2 (58%). Seuls 22% de notre population avaient connaissance de la réponse correcte. Ce recours aux médecins, généralistes ou endocrinologues, peut être expliqué par les difficultés éprouvées et rapportées plus haut par les sages-femmes sur ce sujet.

Toutefois, selon les dernières recommandations de l'OMS sur l'expérience positive de la grossesse publiées en 2017 (38), il serait important, afin de mieux répondre aux attentes des femmes enceintes, de multiplier le moins possible le nombre d'intervenants pendant le suivi de grossesse.

En effet, ces dernières plébiscitaient la continuité des soins par un même praticien dans le but de créer une relation de confiance et préserver leur intimité. Par ailleurs, il est rapporté dans ces recommandations, qu'un suivi continu par une sage-femme pouvait augmenter les chances d'accouchement par voie basse. Ce dernier résultat est à modérer, le niveau de preuve étant moyen.

Il est donc important que les sages-femmes puissent conserver la continuité des soins et adresser à un spécialiste lorsque la situation le nécessite.

V- Conclusion

La thyroïde modifie de manière importante son fonctionnement pendant la grossesse. Des troubles thyroïdiens peuvent apparaître et être responsables de complications materno-fœtales. Leur prévalence n'est pas négligeable et nécessite l'attention de tous les professionnels de santé.

Les sages-femmes sont des acteurs de santé privilégiés car la grossesse est un moment opportun pour le dépistage, le diagnostic et la mise en place d'un suivi médical approprié.

Malgré l'intérêt de notre échantillon pour ce sujet, des difficultés quant à la mise en place des actuelles recommandations émergent. Ces freins résident dans un défaut partiel de connaissances des professionnels mais aussi par la complexité de ces troubles. Cependant, notre étude a montré que notre échantillon suivait majoritairement les actuelles recommandations, et les résultats étaient encourageants.

Ainsi, il semble intéressant de proposer aux sages-femmes la mise en place de formation ou de guide manuscrit afin qu'il soit plus aisé pour eux de perfectionner leur rôle de prévention et ainsi préserver le plus durablement possible un suivi continu.

Il est également important de rappeler l'importance de la communication pluridisciplinaire entre les professionnels de santé concernés (médecins généralistes, gynéco-obstétriciens et endocrinologues). Les maisons de santé, mise en place par le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2007, semblent être, dans ce cas-ci, un dispositif efficace pour améliorer la prise en charge de ces pathologies.

VI- Références

Références bibliographiques :

- (1) Luton D, Polak M. Fetal thyroidology. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2014;28(2):161-73.
- (2) Azarian M, Oury JF, Vuillard E, Legac I, Plak M, Luton D. Anomalies thyroïdiennes maternelles en début de grossesse : que faire ? Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extraits des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Tome XXVIII. Paris : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ; 2004,131-147.(En ligne). http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_131_luton.pdf. Consulté le 3 mars 2018
- (3) Caron P. Dysthyroïdies et grossesse. *La presse médicale.* 2011; 40: 1174-1181. (En ligne) [.http://www.sciencedirect.com.scdproxy.univbrest.fr/science/article/pii/S0755498211004817](http://www.sciencedirect.com.scdproxy.univbrest.fr/science/article/pii/S0755498211004817). Consulté le 22 janvier 2018.
- (4) Bricaire L, Groussin L. *La revue de médecine interne.* 2015 ; 36 : 203-210.
- (5) Zhang Y, Wang H, Pan X, Teng W, Shan Z. Patients with subclinical hypothyroidism before 20 weeks of pregnancy have a higher risk of miscarriage: A systematic review and meta-analysis. Li D, ed. *PLoS ONE.* 2017;12(4):e0175708.
- (6) Liu H, Shan Z, Li C, et al. Maternal Subclinical Hypothyroidism, Thyroid Autoimmunity, and the Risk of Miscarriage: A Prospective Cohort Study. *Thyroid.* 2014;24(11):1642-1649.
- (7) Thangaratinam S, Tan A, Knox E, Kilby MD, Franklyn J, Coomarasamy A. Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth: meta-analysis of evidence. *The BMJ.* 2011;342:d2616.
- (8) Lili C, Renming H. Thyroid autoimmunity and miscarriage: a meta-analysis. *Clin Endocrinol.* 2011 ; 74(4) :513-9.
- (9) Wang S, Li M, Chu D, Liang L, Zhao X, Zhang J. Clinical or subclinical hypothyroidism and thyroid autoantibody before 20 weeks pregnancy and risk of preterm birth : a systematic review. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2014 Nov;49(11):816-22.
- (10) Maraka S, Ospina NMS, O'Keeffe DT, et al. Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid.* 2016;26(4):580-590.
- (11) Steyer E. Coût des examens. Juin 2012. (En ligne). ammppu.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/8-ES-cout-des-ex-thyr-2012.pdf. Consulté le 25 juin 2018
- (12) Negro R, Mangieri T, Coppola L, Presicce G, Casavola EC, Gismondi R. Levothyroxine treatment in thyroid peroxidase antibody-positive women undergoing assisted reproduction technologies: a prospective study. *Hum Reprod.* 2005 Jun;20(6):1529-33.

(13) Negro R, Farmoso G, Mangieri T, Pezzarossa A, Dazzi D, Hassan H. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006 Jul;91(7):2587-91.

(14) HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : hypothyroïdies frustrées chez l'adulte : diagnostic et prise en charge (En ligne). https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hypothyroidie_fruste__synthese_vf.pdf. Consulté le 3 mars 2018

(15) HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique: diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte. (En ligne). http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hyperthy_recos.pdf. Consulté le 3 mars 2018

(16) Vaidya B., Anthony S., Bilous M., Shields B., Drury J., Hutchison S., et al. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: universal screening or targeted high risk case funding? *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 92(1): 203-207. (En ligne). <https://academic.oup.com/jcem/article/92/1/203/2598479>. Consulté le 6 août 2018

(17) Azarian M, Oury JF, Vuillard E, Legac I, Plak M, Luton D. Anomalies thyroïdiennes maternelles en début de grossesse : que faire ? In : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extraits des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Tome XXVIII. Paris : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ; 2004,131-147.(En ligne). http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_131_luton.pdf .Consulté le 22 janvier 2018.

(18) Epopé. Enquête nationale périnatale : rapport2016, les naissances et les établissements, situations et évolution depuis 2010 (En ligne) http://www.epopéinserm.fr/wpcontent/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf. Consulté le 5 février 2018

(19) Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes. (En ligne) <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>. Consulté le 5 avril 2018

(20) Garmendia Madariaga A, Santos Palacios S, Guillen-Grima F, Galofre JC. The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism.*99(3):923-31.

(21) Coffinier F. Les dysthyroïdies en médecine générale : analyse de la population de l'étude ECOGEN. Université de Rouen ; 2014. (En ligne). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01073616/document>. Consulté le 2 février 2019

- (22) Nottez S. Dysthyroïdies en début de grossesse : état des lieux du dépistage et de la prise en charge par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine. Université Lille 2 ; 2016, 98p. (En ligne). <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ded3ec8d-3856-4f2b-8ac1-c9ef0b393967>. Consulté le 3 février 2019
- (23) Gault A. Pratique des médecins généralistes de Bretagne concernant le dépistage et le diagnostic des dysthyroïdies pendant la grossesse et le post-partum : enquête auprès des médecins généralistes. Thèse de médecine. Université Brest ; 2013, 89p. (En ligne). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01006464/document>. Consulté le 3 février 2019
- (24) Hebert J. Hypothyroïdie frustrée : Quelles sont les pratiques des médecins généralistes de Normandie ? Thèse de médecine. Université Rouen ; 2018, 77p. (En ligne). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01920301/document>. Consulté le 3 février 2019
- (25) Ministère des Solidarités et de la Santé. Data.Drees, études statistiques. (En ligne). http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,982. Consulté le 2 février 2019
- (26) Ordre Juridique Français. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. (En ligne) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&categorieLien=id>. Consulté le 5 avril 2018
- (27) Ordre Juridique Français. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. (En ligne) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>. Consulté le 5 avril 2018
- (28) Borson-Chazot F, Caron P. Thyroïde et grossesse. MCED. 2017 ; 86 : 35-39. (En ligne). https://www.sfdiabete.org/files/files/JNDES/2017/jndes_2017_borson.pdf. Consulté le 2 février 2018
- (29) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Iodine status worlwid : WHO global database on iodine deficiency. (En ligne). <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592001.pdf>. Consulté le 2 février 2019
- (30) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Supplémentation en iode pendant la grossesse. (En ligne). https://www.who.int/elena/titles/iodine_pregnancy/fr/. Consulté le 2 février 2019
- (31) HAS, Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. (En ligne). https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf. Consulté le 2 février 2019
- (32) Inpes, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le guide nutrition pendant et après grossesse. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels. (En ligne). <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1060.pdf>. Consulté le 2 février 2019

- (33) Université médicale virtuelle francophone. Sémiologie endocrinienne : palpation thyroïdienne. (En ligne). http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio13/site/html/1_6.html. Consulté le 2 février 2019
- (34) Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. Guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. ETJ. 2014 ; « :76-94. (En ligne). <https://www.karger.com/Article/Pdf/362597>. Consulté le 2 février 2019
- (35) Vaidya B, Hubalewska-Dydejczyk A, Laurberg P, Negro R, Vermiglio F, Poppe K. Treatment and screening of hypothyroidism in pregnancy: results of a European survey. Eur J Endocrinol January 1, 2012 166 49-54.
- (36) Dosiou C, Barnes J, Schwartz A, Negro R, Crapo L, Stagnaro-Green A. Cost-effectiveness of universal and risk-based screening for autoimmune thyroid disease in pregnant women. The journal of clinical endocrinology and metabolism 2012; 97(5): 1536-1546.
- (37) Lazarus J H et al. Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. The new england journal of medicine 2012; 366(6): 493-501.
- (38) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. (En ligne). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>. Consulté le 2 février 2019
- (39) Assurance Maladie. BIOLAM 2011-2013. Statistiques et publications 2014. (En ligne). <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2011-2013.php>. Consulté le 2 février 2019
- (40) Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce E N, Soldin O P, Sullivan S, Wiersinga W. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011; 21(10): 1081-1125.
- (41) Legifrance. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. (En ligne). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>. Consulté le 2 février 2019
- (42) Legifrance. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. Version consolidée au 07 février 2019. (En ligne). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131> . Consulté le 07 février 2019

(43) HAS, Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. (En ligne). https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf. Consulté le 2 février 2019

VI- Annexes

Annexe 1 : Lettre accompagnatrice du questionnaire diffusé aux sages-femmes du RPBO

Bonjour,

Je suis Margaux BREUS, étudiante sage-femme à l'école de Brest.
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse à certaines pathologies potentiellement rencontrées pendant la grossesse.

Je souhaite en savoir d'avantage sur les connaissances des sages-femmes pratiquant des consultations de suivi de grossesse.
Je m'interroge également sur les freins que peuvent rencontrer les professionnels à l'application des actuelles recommandations.
Ainsi ce questionnaire m'aidera à répondre à ces questions.

Je vous sollicite aujourd'hui afin de connaître votre avis sur mon travail.
Je vous remercie par avance du temps que vous aurez à me consacrer.

BREUS Margaux,

Annexe 2 : Questionnaire diffusé en ligne par l'intermédiaire d'un lien transmis aux sages-femmes

I - A propos de vous :

1) Quel est votre sexe ? *(Cochez la réponse correcte)*

- Masculin
- Féminin

2) Quel âge avez-vous ? *(Cochez la réponse correcte)*

- 29 ans ou moins
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Plus de 50 ans

3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme?

4) Dans quel milieu exercez-vous votre profession ? *(Cochez la réponse correcte)*

- Dans un centre hospitalier de niveau I
- Dans un centre hospitalier de niveau II
- Dans un centre hospitalier de niveau III
- Dans une clinique
- Dans un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- En libéral
- Autre

5) Quel est votre lieu d'exercice ? (Cochez la réponse correcte)

- Zone jaune
- Zone rose
- Zone bleue
- Zone verte



<http://hotel-le-relais-de-merlette.fr/wp-content/uploads/2018/12/carte-cantons-finisteres.jpg>

Les questions 6, 7, 8, 9 et 10 sont destinées aux sages-femmes exerçant en libéral. Si ce n'est pas votre cas, continuez de répondre à l'étude à partir de la question 11.

6) Quel est votre mode d'exercice ? (Cochez la réponse correcte)

- Seul(e)
- En collaboration
- En cabinet pluri-disciplinaire

7) Quel est votre lieu d'installation ? (Cochez la réponse correcte)

- Urbain (commune de plus de 2000 habitants)
- Rural (commune de moins de 1999 habitants)

8) Depuis quand exercez-vous en libéral ? (Cochez la réponse correcte)

- Entre 0 et 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Depuis plus de 16 ans

9) Faites-vous : (Cochez la réponse correcte)

- Du suivi gynécologique de prévention
- Du suivi obstétrical, précisez le nombre de consultations par semaine :
- Du suivi de post-partum
- Du suivi néonatal

4) Avez-vous des formations complémentaires ? (Cochez la réponse correcte)

- Oui, Lesquelles :
- Non

5) Quel moyen utilisez-vous au moins une fois par an pour vous former ? (Cochez la réponse correcte)

- Séminaires
- Formations courtes
- Formations proposées par l'établissement de santé
- Congrès
- Revues médicales
- Autres :

6) Concernant les troubles thyroïdiens, pensez-vous : (Cochez la réponse correcte)

- Etre capable de reconnaître les signes cliniques de ces pathologies
- Etre capable d'interpréter les signes para-cliniques de ces pathologies
- Suivre les actuelles recommandations de dépistage
- Etre capable de poser un diagnostic de dysthyroïdie après avoir effectué un ensemble de tests
- Etre capable d'effectuer le suivi obstétrical d'une femme souffrant de dysthyroïdie

- Connaître les conséquences de ces pathologies sur la dyade mère-enfant
- Ne pas maîtriser le sujet

II- Concernant les troubles thyroïdiens :

Madame X se présente lors d'une consultation de suivi de grossesse. Lors de votre entretien clinique, quels sont les éléments qui vous feraient évoquer chez cette patiente :

Une hypothyroïdie : (Cochez la ou les réponse(s) correcte(s))

- Fatigue
- Frilosité/hypothermie
- Prise de poids
- Constipation
- Bouffées de chaleur
- Anxiété
- Irritabilité
- Des troubles du sommeil
- Des cheveux secs, ou une perte de cheveux
- Un goitre
- Une fréquence cardiaque augmentée
- Une fréquence cardiaque diminuée
- Je ne sais pas

Une hyperthyroïdie : (Cochez la ou les réponse(s) correcte(s))

- Fatigue
- Thermophobie (*crainte de la chaleur avec sensation permanente d'avoir trop chaud*)
- Perte de poids
- Diarrhées
- Nausées et vomissements
- Polydipsie
- Nervosité
- Tremblements
- Dyspnée
- Une fréquence cardiaque augmentée
- Une fréquence cardiaque diminuée
- Je ne sais pas

Vous suspectez un trouble thyroïdien. Que faites-vous en première intention? (Cochez la ou les réponse(s) correcte(s))

- Dosage de la TSH
- Dosage de la T3L
- Dosage de la T4L
- Dosage de la thyroglobuline
- Dosage des Ac-anti-TPO
- Dosage des Ac-anti-RTSH
- Aucun bilan
- Vous adressez la patiente à un médecin (généraliste, gynéco-obstétricien, endocrinologue)
- Je ne sais pas

Vous recevez le bilan thyroïdien de votre patiente. Quel est le seuil de TSH pour lequel vous considérez cette dernière comme:

Hypothyroïdienne ? (Cochez la ou les réponse(s) correcte(s))

- > 2,5 mUI/L
- > 3 mUI/L
- > 3,5 mUI /L
- > 5 mUI/L
- Je ne sais pas

Est-ce le même que dans la population générale ? (Cochez la réponse correcte)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Hyperthyroïdienne ? (Cochez la réponse correcte)

- < 0,5 mUI/L
- < 1 mUI/L
- < 3 mUI/L
- < 5 mUI/L
- Je ne sais pas

Est-ce le même que dans la population générale ? (Cochez la réponse correcte)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pensez-vous qu'un dosage de la TSH devrait être systématique en début de grossesse ? (Cochez la réponse correcte)

- Oui
- Non
- Dans certaines situations
- Je ne sais pas

Chez laquelle de ces patientes feriez-vous ce dosage ? (Cochez la ou les réponse(s) correcte(s))

- Agathe, vous rapportant lors de votre interrogatoire une hypothyroïdie chez sa mère
- Mélanie, souffrant d'une hypothyroïdie traitée
- Clothilde, ayant souffert d'une thyroïdite après son premier accouchement
- Isabelle, vous rapportant un antécédent d'irradiation cervicale ou cérébrale
- Elodie, souffrant d'une pathologie auto-immune
- Marie, patiente chez laquelle vous découvrez un goitre lors de votre examen clinique
- Emma, patiente vous rapportant un bilan thyroïdien avec des Anti-corps anti-thyroïdiens +
- Juliette, patiente qui se plaint de constipation, frilosité et de troubles du sommeil, vous faisant ainsi évoquer une pathologie thyroïdienne
- Fanny, souffrant d'un diabète de type I
- Morgane, en surpoids et souffrant d'un diabète de type II
- Marina, qui vous évoque une difficulté à procréer
- Amandine, qui vous raconte son long parcours pour avoir un enfant après de nombreuses fausses-couches spontanées
- Sophie, qui vous présente lors de sa consultation, son enfant né prématurément
- Je ne sais pas

Selon vous, quelles répercussions peuvent engendrer les dysthyroïdies? (Cochez la ou les réponses correctes)

Sur la patiente elle-même?

- Troubles de la fertilité
- Troubles de la fécondité
- Anémie
- Troubles cardio-vasculaires
- Hypertension artérielle
- Modification du taux de cholestérol sanguin
- Troubles musculaires
- Déminéralisation osseuse
- Troubles neuro-psychiques
- Troubles oculaires
- Troubles dermatologiques
- Mort
- Je ne sais pas

Sur son fœtus ?

- Retard de croissance
- Petit poids pour l'âge gestationnel
- Hypothyroïdie foetale
- MFIU
- Détresse foetale à la naissance
- Ictère
- Persistance de lanugo
- Cernes bleus autour des yeux et des narines
- Elargissement des fontanelles
- Constipation
- Manque d'appétit
- Trouble de la succion
- Macroglossie
- Hypotonie musculaire
- Somnolence
- Peau sèche
- Retard de quotient intellectuel
- Je ne sais pas

Sur sa grossesse ?

- Anémie
- Menace d'accouchement prématuré
- Fausse Couche Spontanée
- Prématurité
- Hématome rétro-placentaire
- Hypertension artérielle et Pré-éclampsie
- Hémorragie du post-partum
- Je ne sais pas

Vous recevez les résultats biologiques de Madame X. Elle souffre d'une hypothyroïdie, que faites-vous ? *(Cochez la réponse correcte)*

- Cette pathologie relève du niveau A, je peux continuer son suivi obstétrical sans m'adresser à un médecin
- Cette pathologie relève du niveau A1, je peux continuer son suivi obstétrical en demandant éventuellement un avis à un spécialiste
- Cette pathologie relève du niveau A2, je peux continuer son suivi obstétrical en demandant un avis à un spécialiste
- Cette pathologie relève du niveau B, son suivi obstétrical devra être fait par un spécialiste

Elle reçoit un traitement : Lévothyrox 25ug. A propos de ce dernier : *(Cochez la ou les réponses correctes)*

- Il s'agit d'un traitement nécessitant une voie veineuse, la patiente doit être hospitalisée
- Il s'agit d'un comprimé oral et quotidien
- Madame X doit le prendre à jeun
- Madame X peut le prendre avant ou après un repas
- Madame X doit le prendre 2h après la prise de son Gaviscon
- Il peut aussi être le traitement de l'hyperthyroïdie
- Il est important d'être vigilant aux antécédents métaboliques et cardiaques lors de l'installation de ce traitement
- Les doses peuvent être doublées au cours de la grossesse si besoin
- Les doses peuvent être augmentées par palier de 25ug si besoin
- Les doses peuvent être diminuées de moitié au cours de la grossesse si besoin
- Les doses peuvent être diminuées par palier de 25ug si besoin
- On ne modifie jamais ce type de traitement pendant la grossesse
- Il permet de réduire les complications obstétricales des hypothyroïdies

Madame X vous questionne à propos du suivi de ce traitement : *(Cochez la ou les réponses correctes)*

- C'est hors des compétences sage-femme, elle devra régulièrement consulter son endocrinologue pour toutes questions
- Elle aura un dosage sanguin de TSH et T4 libre toutes les semaines jusqu'à l'accouchement
- Elle aura un dosage sanguin de TSH et T4 libre tout les mois jusqu'à l'accouchement
- Elle aura un dosage sanguin de TSH et T4 libre à une fréquence de 6 semaines jusqu'à l'accouchement
- Il n'y a pas besoin de bilan sanguin régulier dans son suivi obstétrical
- Vous recevez également ses bilans et pouvez appeler son médecin endocrinologue si besoin

Madame X se plaint de tachycardie, insomnie et de sueurs : *(Cochez la ou les réponses correctes)*

- Il s'agit d'un surdosage
- Il s'agit d'un sous-dosage
- Les effets du traitement apparaissent après un délai de 15 à 30 jours
- Vous lui prescrivez un bilan thyroïdien
- Vous modifiez vous-même son traitement
- Vous arrêtez immédiatement le traitement
- Vous l'adrez à son endocrinologue
- Vous cherchez une autre cause que sa pathologie thyroïdienne

Madame X vient de donner naissance à son enfant, elle vous questionne à propos de : (Cochez la ou les réponses correctes)

Sa pathologie thyroïdienne :

- Dans la majorité des cas, la thyroïde retrouve son fonctionnement normal dans l'année suivant l'accouchement
- Elle souffrira d'hypothyroïdie toute sa vie
- Elle peut souffrir de thyroïdite du post-partum
- Il faut contrôler la TSH à 6-12 semaines du post-partum puis à 6 mois pour les femmes à haut risque de thyroïdite du post-partum

Son traitement :

- Le traitement sera poursuivi après l'accouchement à des doses identiques
- Le traitement sera poursuivi après l'accouchement à des doses augmentées
- Le traitement sera poursuivi après l'accouchement à des doses diminuées
- Le traitement sera arrêté après l'accouchement
- Le traitement peut être poursuivi avec un allaitement maternel
- Le traitement ne peut pas être poursuivi avec un allaitement maternel

Madame X, vous demande si pour une prochaine grossesse, il existe un moyen de prévenir ces troubles ? (Cochez la ou les réponses correctes)

- Non
- Une surveillance clinique particulière :.....
- Une surveillance biologique particulière:.....
- Une surveillance échographique particulière :.....
- Une supplémentation :
- Je ne sais pas

III- Concernant votre pratique

Diriez-vous que le dépistage des troubles thyroïdiens est :

- Facile
- Complexe
- Difficile

Quels sont pour vous les principaux freins de ce dépistage ?

.....
.....

Pensez-vous que votre formation sage-femme est :

- Suffisante
- Insuffisante
- Trop ancienne

Pensez-vous avoir besoin d'une mise à jour ?

- Oui
- Non

Aimeriez-vous avoir plus d'informations sur ces pathologies ?

- Oui
- Non

Aimeriez-vous avoir un support/mémento/aide-mémoire/fascicule sur ces pathologies ?

- Oui
- Non

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire et de répondre à ce questionnaire.

Résumé

Objectif : L'objectif principal était d'évaluer les connaissances théoriques des maïeuticiens du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale impliqués dans le suivi obstétrical quant au dépistage et à la prise en charge des dysthyroïdies pendant la grossesse.

Nous nous intéressons par ailleurs à la compréhension d'éventuels obstacles auxquels pouvaient se heurter les praticiens dans la mise en œuvre des recommandations actuelles, ainsi qu'à l'opinion de ces professionnels sur leur formation initiale et leur ressenti.

Méthode : Nous avons mené une étude quantitative, observationnelle descriptive, transversale et multicentrique s'étendant du 15 octobre 2018 et le 20 janvier 2019. Nous avons pour ce faire utilisé un questionnaire anonyme diffusé en ligne à l'ensemble des sages-femmes exerçant au sein du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale.

Résultats : Notre échantillon suivait majoritairement les actuelles recommandations, et les résultats étaient encourageants. Cependant des difficultés quant à la mise en place de ces dernières émergent. Ces freins résident dans un défaut partiel de connaissances des professionnels mais aussi par la complexité de ces troubles.

Conclusion : La sage-femme est un acteur de santé privilégié pour la prévention et dépistage de ces troubles. Il est donc important que ce professionnel ait de solides connaissances et une aisance sur ce sujet aux complications materno-fœtales conséquentes.

Mots-clés : Dysthyroïdies, connaissances théoriques, sage-femme, dépistage

Titre : Dépistage et prise en charge des dysthyroïdies pendant la grossesse : état des lieux des connaissances théoriques des sages-femmes du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale du 15 octobre 2018 au 20 janvier 2019.

Auteur : Margaux Bréus

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Brest, 2019.