

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

	<b>Pathologie thyroïdienne de la mère et nouveau-né</b>		Codification : NNAT PM 36
			Version : 5
Emetteur : Néonatalogie	Rattachement : Processus 3.10.2	Date d'application : 15/10/2013	Pages : 1/2

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)	
* Chantal YVENOU (protocole issu du protocole du réseau périnatal)	* R de la VILLEMARQUE, * M.DE KERDANET, * D.BRIARD	* Fanny LEBAS	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input checked="" type="checkbox"/> Cadres de santé <input checked="" type="checkbox"/> IDE / PDE <input checked="" type="checkbox"/> SF	<input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input checked="" type="checkbox"/> Réa Néonatal <input checked="" type="checkbox"/> SI Néonatal <input checked="" type="checkbox"/> SC Néonatal

### But et objet

Quand demander une exploration de la fonction thyroïdienne chez l'enfant en fonction de la pathologie maternelle

### Actions et méthodes

#### A. CAT en cas de dysthyroïdie maternelle

##### Si hypothyroïdie maternelle avec ou sans anticorps anti TG ou anti TPO

- Faire test de Guthrie seul

##### Si hyperthyroïdie maternelle non traitée et sans anticorps R TSH

- Faire test de Guthrie seul

##### Si hyperthyroïdie maternelle traitée en fin de grossesse et/ou ATCD de Basedow avec auto-anticorps anti récepteurs de la TSH + (TSab)

- Faire TSab au cordon
- Examen clinique : rechercher des signes de thyrotoxicose pendant le séjour en maternité puis à J8 et à J 30 (et informer ++ les parents sur ces signes)
  - tachycardie, tachypnée
  - hyper excitabilité, éclat du regard, rétraction palpébrale
  - érythrose, sueurs
  - vomissements, diarrhées
  - absence de prise de poids malgré voracité

Il existe un risque d'insuffisance cardiaque pouvant entraîner un décès dans 15 à 25% des cas

- Faire dosage T4, TSH à J3, et J30
- Allaitement maternel recommandé quel que soit le traitement maternel

#### B. CAT en cas de thyrotoxicose néonatale

##### Hospitalisation en néonatalogie

##### Traitement par :

- Carbimazole (néomercazole®) : 1mg/kg en 3 prises (PTU contre-indiqué : cas d'hépatites aiguës)
- +/- béta bloquants : Avlocardyl 1 à 2mg /kg/j en 3 fois si fréquence cardiaque >140

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

**Dans les formes graves :**

- Lugol : 1 goutte/8h associé aux ATS, pour une courte durée (de 48h à 1semaine)
- Corticoïdes : Prednisone : 1 à 2mg/kg en 2 prises

**L'avis de l'endocrinologue pédiatre est nécessaire pour le suivi et l'adaptation du traitement.**

**C. Valeurs normales (d'après Neonatology of Avery et al ED 1994 pour information car normes peuvent varier selon les labos)**

	T4 (ug/dl)	T3 (ng/dl)	TBG (mg/dl)	TSH (uU/ml)	seuil patho TSH (uU/ml)
Cordon NNAT	10.9 (7-13)	48 (12-90)	5.4	9.5 (2.4-20)	
Cordon 35SA	9.5	29	9.5	12.7	
Cordon 32SA	7.6	15	12.7		
NNAT 2h de vie	22.1	217		86	30
NNAT 24-72h	17.2 (12.4-21.9)	125 (89-256)	5.4	7.3 (<2.5-16.3)	25
NNAT 2 Semaines	12.9 (8.2-16.6)	250	5 (1-9)		20
NNAT 4 Semaines	10.3 (7.9-14.4)	163 (114-189)	4.8 (2-7.6)	2.5 (<2.5-6.3)	