

HYPOTHYROIDIE DE L'ADULTE: QUAND TRAITER?

Madame Denise-Marie G...

- 45 ans mariée,
- 2 enfants de 15 et 10 ans
- secrétaire comptable dans un entreprise de travaux publics
- sans antécédents particuliers ni personnels ni familiaux

Consulte pour prise de poids de 5 kg en 4 mois avec asthénie depuis 3 semaines

→ Interrogatoire :

- surmenage professionnel
- pas d'insomnie
- stérilet au cuivre depuis 3 ans
- habitudes hygiéno diététiques médiocres (surconsommation d'aliments sucrés et de corps gras)
- pas d'activités physiques régulières

→ Examen clinique :

→ Taille : 165cm

→ Poids : 73 kg

→ IMC : 26,8 kg/m²

→ PA : 92cm

→ TA : 125/70mm de hg

→ Fréquence cardiaque : 72b/mn

→ Appareil Cardiovasculaire sans particularité

→ Appareil respiratoire RAS

→ Appareil digestif RAS

→ Palpation de la loge thyroïdienne RAS

→ Au total surpoids récent et asthénie peuvent entrer dans le cadre de :

→ un surmenage au travail

→ une hypothyroïdie

→ une anémie (stérilet)

→ une préménopause (mère ménopausée à 48 ans)

→ ou autres...

le tout associé à des erreurs diététiques

→ La patiente souhaite un bilan biologique qu'elle n'a pas eu depuis des années.

Ordonnance :

prise de sang au laboratoire un matin à jeun
pour :

→ NFS

→ Glycémie à jeun

→ Créatininémie (poids)

→ EAL

→ TSH(u)

Résultats de la biologie :

- GR : 4 100 000/mm³
- GB : 6500/mm³
- Hb :12,7g/l
- Ht : 48%
- Glycémie à jeun : 0,92g/l
- Cholestérol total :1,51 g/l
- LDL cholestérol :0,98 g/l
- HDL cholestérol : 0,34 g/l
- Créat : 10,5mg/l, DFG : 8ml/min
- TSH(u) : 5,7 mUI/l

Que pensez-vous de cette situation?

DIAGNOSTIC D'UNE HYPOTHYROÏDIE

- TSH en 1^{ère} intention:
 - Si TSH normale: hypothyroïdie primaire éliminée
 - Si TSH élevée: contrôle TSH + T4L +/- Ac anti-TPO
 - Ac anti-TPO
 - pour préciser l'étiologie
 - Comme élément prédictif hypothyroïdie infra-clinique
- TSH ↑ + T4L ↓ = hypothyroïdie franche
- TSH ↑ + T4L normale = hypothyroïdie infra-clinique ou frustrée

HYPOTHYROÏDIE FRANÇHE

- TTT par Lévothyroxine indiqué:
 - Améliorer symptômes
 - Corriger troubles lipidiques
- Posologie:
 - Besoins: 1.25 à 1.60 µg/kg/j
 - Augmentation progressive, +++ si > 60 ans ou cardiopathie
- Surveillance:
 - TSH à 6-8 sem après avoir atteint la dose thérapeutique supposée efficace
 - TSH à 8 sem après ajustement thérapeutique
 - Patient équilibré: TSH tous les 6-12 mois
 - Objectifs: TSH normale
 - TSH trop freinée (0.1-0.4 mUI/l): risque d'ostéoporose et d'AC/FA chez > 60 ans

HYPOTHYROÏDIE INFRA-CLINIQUE

- Définition:
 - TSH > 4 mUI/l, confirmée par un deuxième dosage à 1 mois,
 - T4L normale
- Evolution vers l'hypothyroïdie avérée:
 - Normalisation: 1/3, Stabilisation:1/3, Hypothyroïdie avérée:1/3
 - Facteurs prédictifs importants d'évolution vers l'hypothyroïdie avérée :
 - TSH initiale haute (> 10 mUI/l)
 - Anticorps antithyroperoxydase (anti-TPO) au dessus de la valeur seuil
 - Âge > 60 ans
 - Antécédents thyroïdiens, traitements (amiodarone, lithium, interféron)

HYPOTHYROIDIE INFRA-CLINIQUE

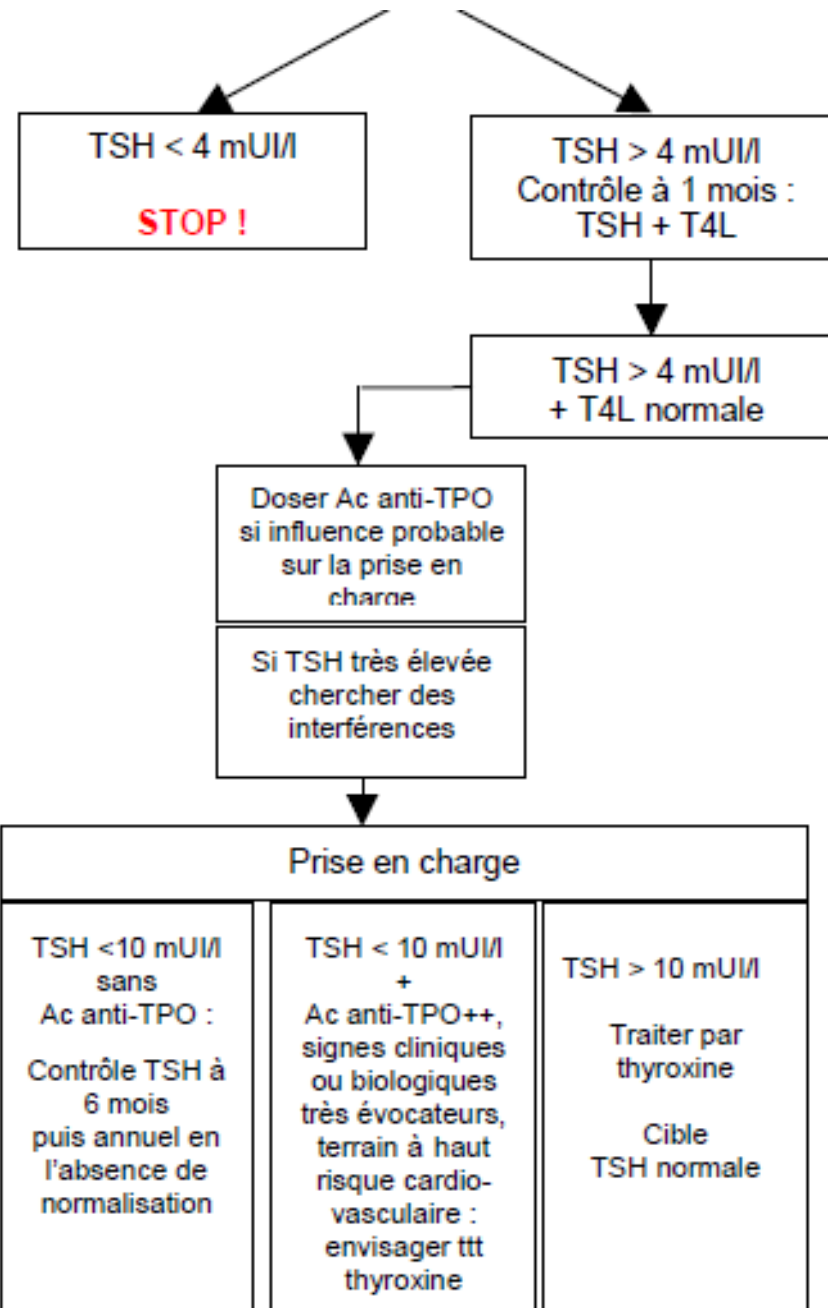
- Conséquences:
 - Répercussions cliniques : inconstantes
 - Si TSH > 10 mUI/l :
 - élévation du risque cardiovasculaire
 - répercussions neuropsychiques et sur la qualité de vie.
 - Répercussions biologiques:
 - Perturbation du profil lipidique (élévation du cholestérol total et du LDL-cholestérol), partiellement réversible après traitement substitutif
- Dépistage:
 - **Pas de dépistage dans la population générale.**
 - Sujets à risque:
 - signes cliniques évocateurs, goitre, hypercholestérolémie, antécédents thyroïdiens, auto-immunité thyroïdienne, irradiation cervicale, traitement à risque (amiodarone, lithium, interféron, autres cytokines...)

HYPOTHYROÏDIE INFRA-CLINIQUE

Indication du traitement

- But:
 - Prévenir la conversion en hypothyroïdie avérée
 - Pas d'amélioration des signes cliniques et de la qualité de vie
- **Il est recommandé si TSH > 10 mUI/l ou en présence d'anticorps anti-TPO**

Hypothyroïdie frustrée



Cas particulier de la grossesse

- Femmes à risque:
 - Signes évocateurs, contexte thyroïdien personnel ou familial, auto-immunité
- **Dépistage ciblé par un dosage simultané de la TSH, de la T4L et des anticorps anti-TPO**
- La constatation d'une TSH > 3 mUI/l doit faire renforcer la surveillance thyroïdienne :
 - contrôler la TSH à 1 mois et doser les anticorps anti-TPO
- **Le traitement peut être justifié dès que la TSH dépasse 4 mUI/l avec pour cible thérapeutique une TSH < 2,5 mUI/l**
- Si $3 < \text{TSH} < 4$ mUI/l et Anticorps anti-TPO > 0 : TTT?

REPONSE DU CAS CLINIQUE

- Ordonnance biologique :
 - Prise de sang au laboratoire pour
 - TSH(u)
 - T4 libre
 - Si TSH(u) ≥ 4 mU/l dosage des anticorps antipéroxydase
- Résultats :
 - TSH(u) : 6mU/l
 - T4 libre : 100nmol/l (80 à 140)
 - Anticorps ATPO : 80 unités/ml (≤ 100)

REPONSE DU CAS CLINIQUE

- **Diagnostic : Hypothyroïdie infra-clinique ou frustrée**
 - avec TSH < 10 mUI/l, T4L normale et
 - Ac anti-TPO négatifs
- **Décision thérapeutique :**
 - **Pas d'indication à traiter**
 - Signes cliniques non spécifiques, pas d'amélioration à espérer avec un traitement par thyroxine
 - **Surveillance TSH à 6 mois, puis annuellement en l'absence de normalisation**
 - Si TSH ↑: doser T4L
 - Risque: passage en hypothyroïdie franche, mais pas de FDR ici

MERCI DE VOTRE ATTENTION

des QUESTION?