

CONGRES SASPAS

Dépistage biologique d'une dysthyroïdie

Hypothyroïdie par atteinte primitive de la glande thyroïde (95% des cas)

- ◎ **TSH élevée** → levée du rétrocontrôle négatif des hormones thyroïdiennes sur la TSH hypophysaire
- ◎ **T4 normale** → **hypothyroïdie fruste** (ou infraclinique) : TSH peu élevée, le plus souvent entre 4 et 10 mUI/L
- ◎ **T4 basse** → **hypothyroïdie patente** : TSH plus élevée, supérieure à 10 mUI/L.

Faut-il dépister systématiquement les hypothyroïdies frustres?

- ◎ **Aujourd'hui** : généralisation du dosage de la TSH
 - > lors d'un bilan systématique
 - > lors d'un bilan pour asthénie
- ◎ **RECO HAS 2007** : Il n'y a pas lieu de réaliser un dépistage systématique de l'hypothyroïdie fruste

Dépistage ciblé en cas de situation à risque :

Femme âgée de plus de 60 ans ayant des antécédents thyroïdiens	Antécédents de chirurgie ou d'irradiation thyroïdienne ou cervicale	Traitements à risque thyroïdien (amiodarone, lithium, interféron ou autres cytokines)
--	---	---

Démarche diagnostique devant une suspicion d'hypothyroïdie primaire

Examen de 1^{ère} intention	TSH seule
Examen de 2^{ème} intention	T4L qui détermine la profondeur de l'hypothyroïdie Ac anti-TPO: Hashimoto? Echographie Thyroïdienne : rechercher un goître, une thyroïdite
Examen de 3^{ème} intention	Ac anti-Tg si Ac anti-TPO négatifs

Suivi biologique d'une hypothyroïdie

- ◉ **Hypothyroïdie Frustrée (TSH < 10 mUI/L)** : contrôle TSH à 6 Mois
- ◉ **Hypothyroïdie Patente (TSH > 10mUI/L)** : normaliser la T4L avec comme **objectif une TSH entre 0,5 et 2,5 mUI/L** pour une parfaite euthyroïdie, sauf cas particuliers (coronaropathes, personnes âgées... où une TSH autour de 4-5 est tolérée)
- ◉ La TSH doit être **contrôlée 6 à 8 semaines après le début du traitement** (la contrôler trop vite = augmentations trop rapides → risque de surdosage)
- ◉ Une fois l'objectif obtenu, la TSH **est contrôlée à 6 mois puis annuellement**. Pas d'intérêt de redoser la T4L.

Rq : aucun intérêt de redoser les Ac Anti-TPO dans le suivi

Démarches biologiques devant une suspicion d'hyperthyroïdie

Examen de 1^{ère} intention	TSH seule (< 0.5 mUI/L)
Examen de 2^{ème} intention	<p>T4L et T3 : permet d'apprécier l'importance de la thyrotoxicose. On dose les 2 car des formes avec T3 seules augmentées existent. (si T4L et T3 normales, hyperthyroïdie frustrée)</p> <p>Ac Anti-Recepteur de la TSH (TRAK) : Basedow?</p> <p>Echographie thyroïdienne</p>
Examen de 3^{ème} intention	Scintigraphie (sauf cas typique : obithopathie, goitre diffus)

Recommandations ANAES lors d'un traitement par ATS (Néomercazole, Propylthiouracyle)

Doser la T4L ou T3L (si T3L seule augmentée) toutes les 4 semaines jusqu'à l'obtention d'une euthyroïdie biologique



T4L et TSH tous les 3 à 4 Mois



Surveillance NFS tous les 10 jours pendant les deux premiers mois ou en cas de fièvre isolée (risque d'agranulocytose sous ATS)

EN RESUME

- ⊙ **Pas de dépistage systématique d'une dysthyroïdie** sans signe d'appel clinique
- ⊙ **Si Hypothyroïdie frustrée découverte** → TSH/ 6 Mois
- ⊙ **Si suspicion clinique d'une hypothyroïdie :**
TSH → si élevée → T4L + Ac Anti-TPO + Echo +/- Ac Anti-Tg (si Ac Anti-TPO neg)
 - > TSH / 8 semaines jusqu'à euthyroïdie
 - > TSH à 6 Mois puis tous les ans
- ⊙ **Si suspicion clinique d'une hyperthyroïdie :**
TSH → si élevée: T4L + T3 + TRAK + Echo +/- Scinti
 - > T4L / 4 semaines jusqu'à euthyroïdie
 - > T4L + TSH / 3 Mois pendant la durée du traitement
 - > TSH à 6 Mois puis tous les ans