

L'hypothyroïdie frustrée ou infra clinique touche en France 1,9% des hommes et 3,3% des femmes. Elle est difficile à mettre en évidence puisque les répercussions cliniques sont inconstantes, non spécifiques et non discriminantes. Environ 30 à 50% des hypothyroïdies frustrées vont évoluer vers une hypothyroïdie avérée. L'instauration d'un traitement a pour but de prévenir la conversion en hypothyroïdie avérée, mais ne concernera pas tous les patients. Dans ce numéro des échos du labo nous allons aborder la stratégie de dépistage des hypothyroïdies frustrées nous rappellerons les recommandations de l'HAS 2007 sur les indications d'un traitement médicamenteux.

«NOM » «PRENOM»

«EMPLOI REEL»

«DESIGNATION»

## HYPOTHYROÏDIE INFRA CLINIQUE

### Signes cliniques et biologiques :

Les répercussions cliniques sont difficiles à préciser. Les effets sur le système cardiovasculaire sont infra cliniques et se résument à une altération des paramètres de la fonction diastolique et des capacités contractiles à l'effort (réversibles avec un traitement substitutif). On note une augmentation du risque d'accident cardiovasculaire chez les moins de 65 ans. Une TSH > 7 mUI/L chez les personnes âgées de 70 à 79 ans serait un facteur de risque d'insuffisance cardiaque. L'hypothyroïdie frustrée peut être considérée comme un facteur de risque cardio-vasculaire lorsque la TSH est > 10 mUI/L. Les répercussions neuropsychiques et sur la qualité de vie sont inconstantes, il n'y a pas de répercussion osseuse démontrée.

Les répercussions biologiques fréquemment retrouvées sont une augmentation du cholestérol total et du LDL-cholestérol, partiellement réversible après traitement substitutif. Elles sont négligeables pour une TSH < 10mUI/L.

### Stratégie de dépistage :

Il n'a pas lieu de réaliser un dépistage systématique. Un dépistage ciblé est indiqué en cas de situations à risque (cf encadré).

Chez les femmes enceintes l'hypothyroïdie frustrée (prévalence 2 à 3 %) pourrait être associée à une augmentation du risque d'hématome rétro placentaire, de prématurité et de détresse respiratoire néonatale. Un dépistage ciblé chez les femmes à risque est préconisé. La concentration de TSH >3 mUI/L génère une surveillance accrue de la fonction thyroïdienne. Une TSH >4 mUI/L, quels que soient le stade de la grossesse et l'état de l'auto-immunité, définit une hypothyroïdie frustrée de la femme enceinte (selon accord professionnel).

### Au laboratoire :

Le laboratoire réalise tous les jours (résultats le jour même), sur système Cobas Roche diagnostic®, le dosage de:

La TSH par électrochimiluminescence ECLIA microparticulaire en méthode sandwich (B31).

La T4L et Anticorps anti-thyroperoxydase par électrochimiluminescence ECLIA microparticulaire par compétition (B33/B65).

### Définition de l'hypothyroïdie frustrée (définition purement biologique)

taux de TSH > 4mUI/L,  
confirmé par un deuxième dosage à 1 mois,  
sans anomalie de la concentration de la T4L.

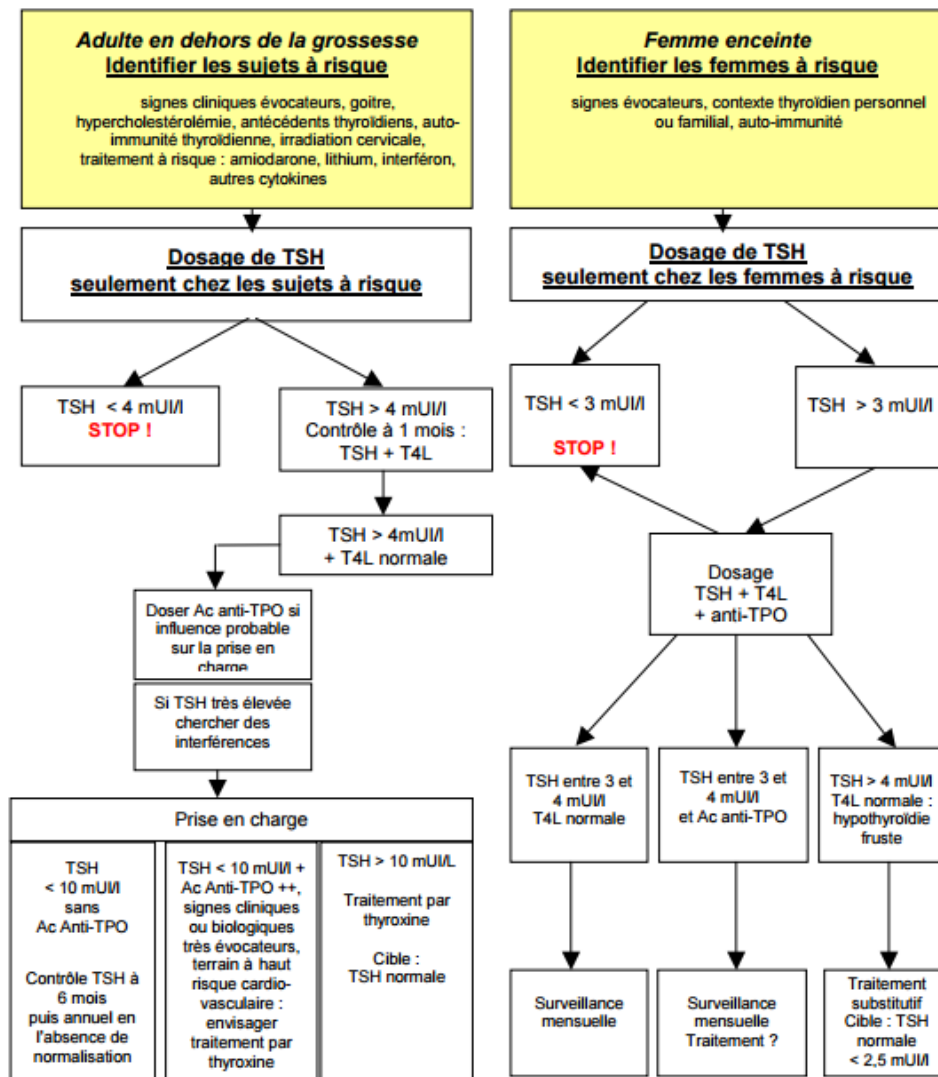
### Dépistage ciblé de l'hypothyroïdie frustrée chez :

- Femmes > 60ans avec antécédents thyroïdiens
- Patients possédant des anticorps anti-thyroïdiens
- Patients avec antécédents de chirurgie ou d'irradiation thyroïdienne ou cervicale
- Patients ayant un traitement à risque thyroïdien (amiodarone, lithium, interféron ou cytokines)

### Dépistage ciblé chez la femme enceinte :

- Patientes avec signes cliniques évocateurs, tel un goitre
- Contexte auto-immun, tel un diabète de type 1
- Contexte thyroïdien personnel ou familial
- Patientes avec antécédents de dysthyroïdies, d'intervention chirurgicale sur la thyroïde ou notion d'élévation des anticorps antithyroïdiens.

Figure 1 : Stratégie de diagnostic et de prise en charge d'une suspicion d'hypothyroïdie frustrée (SFE-HAS 2007)



SFE – HAS (service des recommandations professionnelles) / Avril 2007

**Prise en charge thérapeutique :**

Le traitement repose sur la supplémentation par lévothyroxine (T4) qui présente l'avantage d'une demi-vie plus longue (7 jours) que la liothyronine (T3, 1 jour). Il doit être instauré à doses progressives et viser la normalisation de la TSH.

La progression de la posologie et la cible thérapeutique sont à reconsidérer en cas de risque de coronaropathie.

Le bénéfice attendu du traitement thyroxinique dépend de la valeur initiale de la TSH, du contexte clinique, biologique et thérapeutique et du risque de conversion en hypothyroïdie avérée. En raison de l'impact globalement modéré du traitement, il n'est pas nécessaire de traiter systématiquement les patients (cf encadré)

**Stratégie thérapeutique de l'hypothyroïdie frustrée**

- Risque élevé de conversion (TSH > 10 mUI/L) : le traitement est recommandé
- Risque faible de conversion (TSH < 10 mUI/L, absence d'anticorps anti-TPO et signe clinique ou biologique) : il est recommandé de surveiller la TSH à 6 mois puis tous les ans
- Situation intermédiaire (TSH entre 4 et 10 mUI/L + anti TPO et/ou signes cliniques ou biologiques) : l'instauration d'un traitement peut se discuter (accord professionnel) devant la présence d'anticorps anti-TPO, de signes cliniques très évocateurs d'hypothyroïdie (risque intermédiaire de conversion) ou d'une hypercholestérolémie.

**Liens et références**

Recommandations professionnelles : Hypothyroïdies frustrées chez l'adulte : diagnostic et prise en charge. Société Française d'endocrinologie (SFE) et Haute Autorité de Santé (HAS) Avril 2007  
Hypothyroïdies chez les adultes, de la lévothyroxine selon la clinique et la biologie, mais non pour toute élévation de la TSH. La revue prescrire Mai 2015 Tome 35 n°379 p355-362