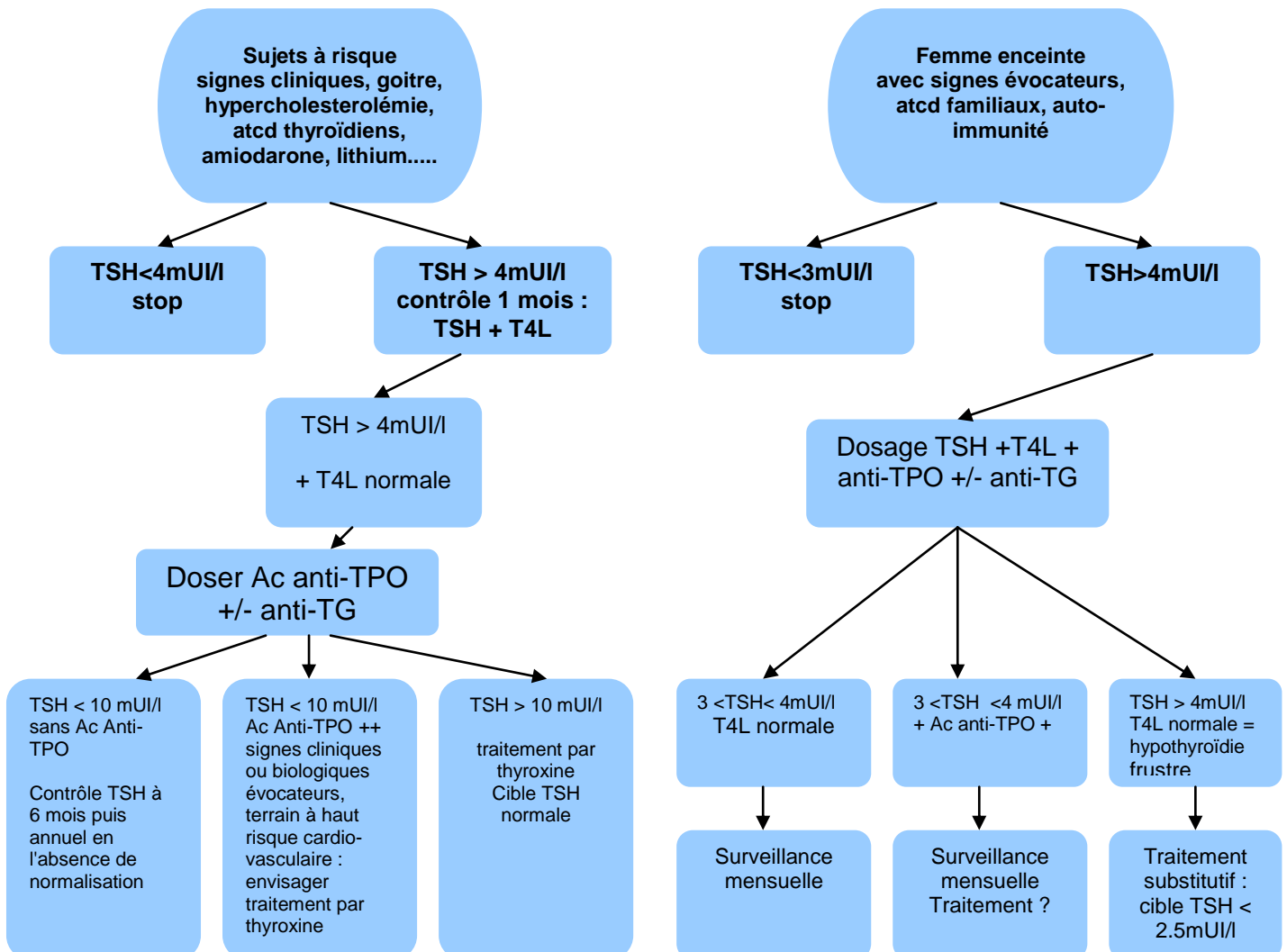


HYPOTHYROÏDIE FRUSTRE : STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

L'hypothyroïdie frustrée est définie par l'association d'un taux de TSH (thyroid stimulating hormone) élevé > 4 mUI/l et d'un taux normal de thyroxine libre (T4L) et en présence ou non de signes cliniques évoquant une hypothyroïdie.

Stratégie d'exploration et de prise en charge



Epidémiologie :

D'après les données SUVIMAX, 1,9% des hommes et 3.3% des femmes ont les critères d'une hypothyroïdie frustrée, cette prévalence étant plus élevée chez les femmes de plus de 60 ans, en cas d'antécédents thyroïdiens ou de traitement potentiellement thyrotoxic (amiodarone, interféron, cytokines, lithium). On considère qu'environ 1/3 des hypothyroïdies frustrées va évoluer vers une hypothyroïdie avérée, la présence d'anticorps anti-TPO étant un des facteurs prédictifs d'évolution.

Clinique :

L'hypothyroïdie frustrée est considérée comme un facteur de risque cardio-vasculaire lorsque la TSH est > 10 mUI/l. Des études montrent un risque accru d'insuffisance cardiaque chez les patients de 70 à 79 ans pour un seuil de TSH > 7 mUI/l. Les répercussions neuropsychiques sont selon les différentes études contradictoires. On ne montre pas de répercussions osseuses, de même les répercussions neuromusculaires sont le plus souvent infracliniques.

Traitement :

Il est classique de recommander trois situations :

- Risque élevé de conversion (TSH > 10 mUI/l et/ou présence d'Anticorps) : traitement recommandé.
- Risque faible de conversion (TSH < 10 mUI/l et absence d'Anticorps) : surveillance de la TSH à 6 mois.
- Situation intermédiaire ($4 < \text{TSH} < 10$ mUI/l) : le traitement est à discuter selon
 - la présence d'une hypercholestérolémie
 - la présence d'Anticorps ou de signes évocateurs d'hypothyroïdie

Le traitement va reposer sur la lévothyroxine, il doit être instauré à dose progressive et viser la normalisation de la TSH.