

Faut-il dépister et traiter les hypothyroïdies frustes?

Mots clés : La multiplication des dosages hormonaux thyroïdiens, devant des signes cliniques peu spécifiques, conduit de plus en plus souvent à découvrir des chiffres aux limites de la normalité. Parmi eux, une TSH >10 mU/l avec T4 libre normale est étiquetée « hypothyroïdie avérée », et une TSH entre 4 et 10 mU/l « hypothyroïdie fruste ». Quels sont la prévalence et les risques de l'hypothyroïdie fruste ? Quels sont les bénéfices et les risques de son traitement ? Plusieurs études de synthèse et recommandations permettent de faire le point.

Une prévalence entre 3 et 8%.

Plus élevée chez la femme, elle augmente avec l'âge. Une étude italienne (1001 sujets de 17 à 89 ans) la trouve chez 6,2% des femmes et 3,4% des hommes. Une étude française la trouve chez 3% de 4403 femmes de 55 ans d'âge moyen. Aux USA elle varie de 4 à 8%, atteignant 20% chez les femmes de plus de 60 ans. Elle est 14 fois plus fréquente que l'hypothyroïdie avérée^{1,3}.

Passage à l'hypothyroïdie avérée : 2 à 5% par an

Dans une étude américaine, ce passage est de 2,6% par an, de 4,6% en cas de présence associée d'anticorps antithyroïdiens. Pour ces derniers cas, dans la cohorte anglaise de Whickham, après 20 ans le passage à l'hypothyroïdie avérée en concernait 57%. Ce passage dépend aussi du taux initial de TSH^{1,2,3,4}.

Signes cliniques peu modifiés par le traitement

Plusieurs études sur les signes cliniques les montrent peu spécifiques, comparables à ceux rencontrés dans une population euthyroïdienne. Ces symptômes ne sont pas plus modifiés par le traitement que par le placebo dans deux essais randomisés valables^{1,2,3,4}.

Des données contradictoires sur les lipides

Dans plusieurs études le bilan lipidique n'est pas perturbé. D'autres montrent une élévation modérée du cholestérol et du LDL, corrélée à l'élévation des chiffres de TSH. Le traitement par L-thyroxine n'a d'efficacité significative que pour les élévations les plus marquées^{1,2,4}.

Des risques cardiaques incertains

La contractilité cardiaque serait diminuée à l'échographie, mais la signification en est très incertaine^{1,2,3}. La cohorte de Whickham, sur 20 ans, une autre étude chez des patients de plus de 65 ans n'ont pas montré d'augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire. Deux études récentes montrent un risque relatif de coronaropathie autour de 2 en cas d'hypothyroïdie fruste. Aucune étude ne montre un effet bénéfique du traitement sur la morbi-mortalité cardiovasculaire^{1,2,3}.

Et chez les personnes très âgées ?

Chez 599 personnes suivies de 85 à 89 ans, 12% avaient une TSH élevée, sans symptômes associés concernant la vie quotidienne, l'humeur, les troubles cognitifs, et chez eux la mortalité était plus basse⁵.

Des effets adverses potentiels du traitement

Les risques de la L-thyroxine (palpitations, fibrillation auriculaire, signes coronariens) ont été peu évalués dans les essais randomisés. Le risque d'ostéoporose n'a pas été mis en évidence. Les risques de surtraitement, avec TSH indétectable sont incertains^{1,3,4}.

Des recommandations US contradictoires

L'US Preventive Services Task Force conclut que les données sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage des maladies thyroïdiennes chez l'adulte. Mais trois sociétés spécialisées ont refusé de s'associer à ces recommandations.

Il apparaît donc aujourd'hui à la lecture de ces articles :

- **des données contradictoires concernant les risques** à moyen et à long terme de l'hypothyroïdie fruste **comme les bénéfices** à attendre de son traitement, les uns et les autres étant de toute façon très modérés ;
- **des recommandations contradictoires** rejoignant une discordance fréquemment rencontrée entre les approches généralistes et de santé publique et les approches spécialisées, ces dernières étant plus interventionnistes.

Que retenir pour notre pratique ?

- **Un dépistage systématique ne semble pas devoir être envisagé.** Le dosage de la TSH, en dehors du suivi d'une affection thyroïdienne et de la grossesse, sera plus facilement demandé en cas de symptômes, surtout chez la femme après 60 ans. Chez la personne de plus de 80 ans, il faut sans doute être plus circonspect⁶.
- **Une TSH légèrement élevée (entre 4 et 10) doit être vérifiée avant tout traitement.** Le niveau de T4 libre, la présence d'anticorps antithyroïdiens, peuvent inciter à traiter².
- **Le traitement à la L-thyroxine n'est pas impératif** et peut attendre sans inconvénient. Dans l'état actuel des données, **le jugement du médecin et les préférences du patient restent les éléments déterminants**³.

Références :

- 1- Arrivie J et al. Manifestations et risques cardiovasculaires des dysthyroïdies infracliniques. *Rev Med Int.* 2004; 25:207-16.
- 2- Golchot B et al. Conduite à tenir devant une hypothyroïdie fruste. *Concours Médical.* 2004; 126:439-42
- 3- Surks MI et al. Subclinical thyroid disease. Scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA.* 2004; 291:228-38.
- 4- Helfand M. Screening for subclinical thyroid dysfunction in non pregnant adults : a summary of the evidence for the US Preventive services task force. *Ann Int Med.* 2004; 140:128-41.
- 5- Gussekloo J et al. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA.* 2004; 292:2591-9.
- 6- Cooper DS. Thyroid disease in the oldest old. *JAMA.* 2004; 292:2651-4.