

Faut-il rechercher et traiter les hyperthyroïdies infracliniques?

Mots clés :

Thyroïde,
hypo-
thyroïdie
dépistage

Nous avons vu les limites de la découverte d'un taux élevé de TSH, demandé devant des symptômes bâtarde ou à titre plus ou moins systématique¹. A l'inverse, une TSH demandée dans la surveillance d'un traitement thyroïdien, ou devant des signes plus ou moins évocateurs d'hyperthyroïdie est souvent trouvée effondrée, mais avec une T4L normale. On parle alors d'hyperthyroïdie fruste ou infraclinique. Quels en sont la définition, la prévalence et les risques ? Quels sont les bénéfices et les risques de son traitement ? Plusieurs études de synthèse et des recommandations permettent de faire le point^{2,3,4,5}.

Une définition consensuelle

Ce diagnostic est retenu devant un taux de TSH ultrasensible <0,1 mU/l, un taux de T4L et de T3L normaux. Il faut éliminer les baisses de TSH liées à une pathologie hypothalamo-hypophysaire, des affections sévères (médicales ou chirurgicales, stress chronique, traitement par corticoïdes ou dopamine). L'hyperthyroïdie fruste peut être endogène ou exogène liée à des médicaments (L-thyroxine donnée à titre substitutif ou comme frénateur dans les cancers, médicaments tel l'amiodarone)^{2,3,4}.

Une prévalence < à celle de l'hypothyroïdie fruste

Pour une TSH <0,1mU/l, les chiffres varient chez les adultes de 0,7%⁴ à 3,9%³. Elle est plus élevée chez la femme, et les personnes âgées. Elle est présente chez 14 à 21% des personnes traitées avec L-thyroxine⁴, et chez 8% des personnes consultant pour fibrillation auriculaire (ACFA)².

Passage à l'hyperthyroïdie avérée : 1 à 2% par an

Le passage à l'hyperthyroïdie avérée est proportionnel à l'abaissement de la TSH : rare pour les abaissements modérés (0,4 à 0,05 mU/l), il concerne chaque année 1 à 2% des patients pour une TSH <0,05⁴. A l'inverse, dans une étude, 76% des patients avec abaissement modéré étaient normalisés un an plus tard, mais seulement 12% de ceux avec TSH <0,1mU/l³.

Pas de signes cliniques précis

Par définition l'hyperthyroïdie infraclinique n'a pas de signes cliniques. S'ils existent, ils sont modérés, mis en évidence par un examen clinique orienté : tachycardie, extrasystoles auriculaires, maladie thyroïdienne préexistante, goitre ou nodules thyroïdiens sont des éléments qui peuvent conduire à un bilan².

Que conclure pour notre pratique ?

Les risques de l'hyperthyroïdie infraclinique sont sans doute supérieurs à ceux de l'hypothyroïdie fruste^{1,3}. L'évaluation insuffisante du rapport bénéfice/risque des traitements nécessite une décision au cas par cas :

- **en cas d'hyperthyroïdie exogène** : il faut simplement arrêter ou adapter le médicament en cause.

- **en cas d'hyperthyroïdie endogène** : après vérification systématique de l'abaissement de la TSH par un deuxième dosage, 3 possibilités : *simple surveillance* avec suivi biologique, *traitement d'épreuve* par les ATS en cas de signes cliniques évocateurs d'hyperthyroïdie, *traitement radical* avec l'iode radioactif. Le choix est à discuter avec le patient, en prenant en compte les risques individuels, ceux d'ACFA ou de fracture ostéoporotique, et ceux du passage à une hyperthyroïdie avérée⁶.

L'ACFA, risque cardiovasculaire principal

La diminution isolée de la TSH est un facteur de risque de survenue d'une ACFA. Dans l'étude de Framingham, sur un suivi de 10 ans de sujets de plus de 60 ans, l'incidence de l'ACFA, par rapport aux euthyroïdiens, est 3,8 fois plus élevée si la TSH est < 0,1, et 1,6 fois plus élevée si la TSH est entre 0,1 et 0,4. Dans une autre étude, par rapport aux euthyroïdiens ce risque est 5 fois plus élevé, qu'il s'agisse d'hyperthyroïdie avérée ou infraclinique^{2,3,4}.

Quelques études ont trouvé des anomalies mineures de la fonction cardiaque de signification imprécise². Une étude récente, sur 1191 personnes de plus de 60 ans, a trouvé chez les sujets avec TSH <0,5 une élévation de la mortalité globale (RR 1,8, IC : 1,2-2,7) et de la mortalité cardiovasculaire (RR 2,3, IC : 1,3-4,0) par rapport aux euthyroïdiens^{2,3,4}.

Un impact possible sur la masse osseuse

Comme l'hyperthyroïdie avérée, l'hyperthyroïdie fruste a un effet délétère sur la masse osseuse, surtout chez la femme après la ménopause, avec augmentation des fractures vertébrales³. Cependant les résultats des études sont imprécis, les données concernant hyperthyroïdie fruste et avérée ne sont pas séparées⁴.

Traitement : bénéfique/risque mal évalué

Si pour les hyperthyroïdies exogènes, l'attitude est simple, elle l'est moins pour les hyperthyroïdies endogènes où on dispose des antithyroïdiens (ATS), de l'iode radio-actif et de la chirurgie. Le rapport bénéfice/risque de ces traitements n'a jamais été évalué, et les recommandations sont imprécises². Un essai randomisé s'avère donc indispensable^{3,5}.

Références :

- 1- Collectif. Faut-il dépister et traiter l'hypothyroïdie fruste ? *Bibliomed*. 2006; 410.
- 2- Arrivie J et al. Manifestations et risques cardiovasculaires des dysthyroïdies infracliniques. *Rev Med Int*. 2004; 25: 207-16
- 3- Goichot B, Schlienger JL. Faut-il traiter précocement l'hyperthyroïdie fruste ? *Presse Med*. 2002; 31: 1251-2.
- 4- Surks MI et al. Subclinical thyroid disease. Scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA*. 2004; 291: 228-38.
- 5- Helfand M. Screening for subclinical thyroid dysfunction in non pregnant adults : 5 summary of the evidence for the US Preventive services task force. *Ann Int Med*. 2004; 140: 128-41.
- 6- Prescrire rédaction. Hyperthyroïdie fruste : quel traitement. *Rev Prescrire*. 2003; 239 : 395-6.