

Mots clés :

Glande thyroïde ;
Grossesse ;
Maladies de la
thyroïde ;
Thyréostimuline
[Pregnancy ;
Thyroid-
Stimulating
Hormone ; Thy-
roid Disease ;
Thyroid Gland]

TSH anormale : dysthyroïdie ou interférence non thyroïdienne ?

Le dosage de TSH est le test le plus fiable pour explorer la fonction thyroïdienne (*Bibliomed 681*). Mais il peut être soumis à diverses interférences d'origine extra-thyroïdienne qu'il faut connaître pour pouvoir l'interpréter. Le rapport conjoint de l'INSERM français et du *National Guideline ClearingHouse* américain reste la référence pour ces différents aspects¹. Des argumentaires britannique² et français³ en ont repris les conclusions pour le cas particulier de la grossesse. Si l'interprétation des « bilans thyroïdiens » reste un exercice complexe et spécialisé, qu'il s'agisse de pathologies atypiques ou de suivis thérapeutiques^{4,5}, la réflexion peut s'appuyer sur quelques données de base.

La TSH apprécie au mieux la fonction thyroïdienne

Mais elle présuppose un statut thyroïdien à l'équilibre et l'intégrité de l'axe hypothalamo-hypophysaire. En dehors de ces cas, ou s'il y a un résultat de TSH hors de l'intervalle de référence ou des signes cliniques évocateurs, le dosage de T4L et/ou T3L est indispensable.

Variables physiologiques

En pratique, sexe, race, saison, phase du cycle menstruel, tabagisme, activité physique, jeûne, stase veineuse sont sans conséquences¹.

Les variations mineures liées à l'âge chez l'adulte ne nécessitent aucune adaptation des normes. En revanche, la maturation progressive de l'axe hypothalamo-hypophysaire-thyroïdien chez l'enfant (TSH/T4L sont plus élevées, surtout la 1^{ère} année) impose des normes pédiatriques spécifiques¹.

La grossesse représente un cas très particulier de variations des sécrétions thyroïdiennes. Au 1^{er} trimestre, il y a diminution de la TSH et accroissement modeste de la T4L, puis aux 2 et 3^{èmes} trimestres diminution de T3L et T4L (10 à 20 % au dessous de la normale), amplifiée en cas de restriction ou carence maternelle en iode. Il y a controverse sur les valeurs normales (la HAS a proposé de retenir 3 UI/l pour seuil de TSH durant la grossesse). L'hypothyroïdie fruste est associée à des hospitalisations plus fréquentes en soins intensifs, des complications obstétricales, une morbidité fœtale, une altération modérée du développement neuro-intellectuel de l'enfant. Pour autant, seul un dépistage ciblé est indiqué (contexte auto-immun, contexte thyroïdien personnel ou familial, signes cliniques évocateurs) avec, s'il est positif, un suivi spécialisé pour éviter les effets à long-terme de faibles niveaux d'hormones thyroïdiennes sur les systèmes psychomoteur et auditif du nouveau-né¹⁻³.

Que conclure pour notre pratique ?

Le dosage de TSH est simple et fiable si le fonctionnement de l'ensemble hypothalamus-hypophyse-thyroïde est stable. T4L et T3L permettent de confirmer une dysthyroïdie s'il existe des signes cliniques évocateurs et une TSH anormale. Mais des variations physiologiques (enfance et grossesse), pathologiques (notamment les maladies non thyroïdiennes les plus graves, nécessitant une hospitalisation) et iatrogènes (l'amiodarone en étant le meilleur exemple, parmi de nombreux autres) sont possibles.

Le nombre des causes de discordance augmente avec la sensibilité des méthodes de dosage et la diversité des thérapeutiques utilisées dans une population vieillissante. Il faut en tenir compte et fournir au biologiste les renseignements cliniques qui lui sont nécessaires pour proposer une explication rationnelle à une discordance éventuelle.

Variables pathologiques

Les maladies non thyroïdiennes aiguës ou chroniques ont des effets complexes d'autant plus marqués qu'il s'agit de pathologies graves (insuffisance rénale, cancer...). Sauf passé médical ou clinique caractéristique, il vaut mieux reporter les dosages thyroïdiens¹⁻³. Le dosage de TSH, sauf médicaments affectant la sécrétion de TSH par l'hypophyse, comme la dopamine ou les glucocorticoïdes, reste le plus fiable ; les dosages TSH/T4 permettent de distinguer un vrai dysfonctionnement thyroïdien (anomalies concordantes) d'anomalies transitoires (anomalies discordantes)¹⁻³. Le document très complet et précis de Watine *et al.* argumente les nombreuses configurations possibles⁵.

Interférences médicamenteuses

Il existe de nombreux « compétiteurs » pour la liaison aux protéines de transport des hormones thyroïdiennes (furosémide, salicylates, AINS, héparine, ...). La TSH est dans l'ensemble moins affectée que les hormones thyroïdiennes. Estrogènes, glucocorticoïdes, dopamine, propranolol ont des effets variés.

L'iode sous toutes ses formes (désinfection peau, produits de contraste radio-opaques, médicaments) peut entraîner des dysthyroïdies chez des individus prédisposés. L'amiodarone, qui en contient de grandes quantités, peut induire hypo- ou hyperthyroïdies chez 15 à 20% des patients (que la thyroïde soit normale ou ait des anomalies préexistantes), ce qui impose de suivre les paramètres thyroïdiens tous les 6 mois. Une TSH basse suggère l'hyperthyroïdie (elle est patente si T3L et T4L sont élevées). Une thyroïdite de Hashimoto préexistante et/ou la positivité des anticorps anti-TPO augmente le risque de développement d'une hypothyroïdie à n'importe quel moment¹.

Références

- 1- NACB- Inserm. *L'exploration biologique dans le diagnostic et la surveillance des maladies de la glande thyroïde*. 2002.
- 2- ACB. *UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests*. July 2006.
- 3- SFE-HAS. *Hypothyroïdies frustes chez l'adulte : diagnostic et prise en charge*. Avril 2007.
- 4- Sapin R *et al.* *Dosages de thyroxine (T4) et tri-iodothyronine (T3) : techniques et place dans le bilan thyroïdien fonctionnel*. *Ann Biol Clin*. 2003;61:411-20.
- 5- Watine J *et al.* *Propositions de commentaires interprétatifs pour les bilans biologiques thyroïdiens*. *Ann Biol Clin* 2007;65:317-33.