

- Gén: A. La TSH est le paramètre de choix pour détecter une dysthyroïdie (→ tableau 1 ci-après). Dans certaines situations il convient de rajouter la T3 libre, T4 libre ou certains anticorps (tableau 2 → p. 227), comme par exemple:
- Syndrome de T3 basse («low-T3-syndrome»)
  - Origine secondaire de la dysthyroïdie (ex: adénome hypophysaire)
  - Prise de médicaments influençant la TSH (↓/↑), cf. BOX 1 et 2 → p. 239
  - Maladie euthyroïdienne («euthyroid sick syndrome») → p. 228
- B. Informations générales la TSH sérique:
- Une TSH sérique ↓ indique généralement une hyperthyroïdie (exception: hyperthyroïdie secondaire).
  - Une TSH sérique ↑ indique généralement une hypothyroïdie (exception: hypothyroïdie secondaire).
  - TSH sérique normale: 0.3-5.0 mU/L avec une demie-vie de 1 h
  - Grandes variations durant le jour (jusqu'à ± 50 %)
  - Les taux de TSH sont plus élevés en hiver qu'en été.
  - Les taux de TSH sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
  - La TSH stimule:
    - o le captage de iode radioactif (uptake) dans la thyroïde
    - o la synthèse de thyroglobuline
    - o la synthèse et libération d'hormones thyroïdiennes
    - o la croissance de cellules thyroïdiennes
  - Les personnes > 60 ans sans fibrillation auriculaire (FA) avec une TSH < 0.1 mU/L ont un risque 3x plus ↑ de développer une FA durant les 10 ans à venir [NEJM 1994;331:1249].
- C. Dépistage de la dysfonction thyroïdienne (non standardisé):

Indications au dépistage d'une dysthyroïdie	Dépistage (sérum)
<b>Patients stationnaires</b> (mais ce dépistage est controversé)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes symptomatiques &gt; 40 ans</li> <li>• Goitre et/ou autres atteinte thyroïdienne</li> <li>• Retard des menstruations</li> <li>• Grossesse avec des anticorps anti-TPO</li> <li>• Syndrome de Turner</li> <li>• Fibrillation auriculaire</li> <li>• LDL ↑</li> <li>• Diabète mellitus de type 1</li> <li>• Insuffisance surrénalienne</li> <li>• Prise de (durée &gt; 3-6 mois): Amiodarone, lithium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH et T4 libre</li> </ul>
<b>Patients ambulatoires</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne avec faible probabilité de dysthyroïdie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes à risque: [JAMA 2004;291:228]               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes ≥ 60 ans</li> <li>- Anamnèse familiale ⊕ pour une dysfonction thyroïdienne/goitre</li> <li>- St. après un Tx à l'iode radioactif</li> <li>- St. post OP pour un goitre</li> <li>- Diabète mellitus de type 1</li> <li>- Syndrome polyglandulaire auto-immun (type II)</li> <li>- Fibrillation auriculaire</li> <li>- Médicaments: Amiodarone, lithium, interféron</li> <li>- Patients gériatriques</li> </ul> </li> <li>• Patient symptomatique</li> <li>• Goitre ou nodule thyroïdien palpable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH et T4 libre ± T3 libre</li> </ul>
<b>Suspicion d'une hypothyroïdie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH et T4 libre</li> </ul>
<b>Suspicion d'une hyperthyroïdie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH, T4 libre</li> <li>• T3 libre (pour ne pas manquer une hyperthyroïdie T3 isolée)</li> </ul>
<b>Recherche d'une dysfonction thyroïdienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ac anti-TPO (Hashimoto)</li> <li>• TRAK (Basedow)</li> </ul>

Tableau 1: Dépistage d'une dysfonction thyroïdienne.

Ac anti-TPO Anticorps anti-thyropéroxydase; TRAK Anticorps anti-récepteur TSH

## DD: ↘ TSH

- Hyperthyroïdie primaire (thyrogène)
- Hyperthyroïdie infraclinique
- Hyperthyroïdie T3, hyperthyroïdie T4
- Maladies auto-immunes:
  - Maladie de Basedow (englobe env. 2/3 des hyperthyroïdies primaires)
  - Thyroïdite de Hashimoto (phase initiale)
- Inflammatoire: thyroïdite de De Quervain
- Adénome thyroïdien autonome
- Carcinome thyroïdien (très rare)
- Excès en iode, iatrogène (5-10 % des hyperthyroïdies primaires):
  - Amiodarone
  - Surdosage d'hormones thyroïdiennes
  - Produits de contraste, algues, produits de désinfection
- Hypothyroïdie:
  - Hypothyroïdie secondaire: insuffisance hypophysaire (lobe antérieur); mais la TSH peut aussi être normale
  - Hypothyroïdie tertiaire (hypothalamique)
- Médicaments/substances pouvant diminuer la TSH sérique (exemples):

Adrénaline®	Coléstyramine	Lithium
Aluminiumhydroxide	Clofibrate	Méthimazole
Aminoglutéthimide	Coléstipole	Métoclopramide
Amiodarone	Cyclophosphamide	Morphine
Apomorphine	Dompéridone	Pentazocine
Bensérzide	Fer (sulfate)	Perchlorate
Buprénorphine	Halopéridol	Sulfonamides
Carbimazole	Héroïne	Sulpiride
Carbonate de Ca <sup>2+</sup>	Iode	Théophylline
Chlorpromazine	Kétokonazole	TRH

BOX 1: Médicaments/substances pouvant diminuer la TSH sérique.

## ↗ TSH

- Hypothyroïdie primaire:
  - Thyroïdite auto-immune de Hashimoto (après la phase initiale)
  - Médicamenteux: Amiodarone, lithium, inhibiteurs synthétiques d'hormones thyroïdiennes
  - Après une opération de la thyroïde
  - Congénital
- Hyperthyroïdie secondaire:
  - Adénome hypophysaire (rare)
  - Syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes (rare)
- Médicaments pouvant augmenter les taux de la TSH (exemples):

Aspirine®	Fluoxétine	Lithium
Amiodarone	Glucocorticoïdes	Metformine
Bromocriptine	Héparine	Phentolamine
Carbamazépine	Hormones thyroïdiennes	Phénytoïne
Cimétidine	5-hydroxytryptophane	Résérpine
Cyproheptadine	Interféron	Sertraline
Diazépam	Interleukine	Somatostatine (analogues)
Dobutamine	Iode	Spironolactone
Dopamine	Lévodopa	

BOX 2: Médicaments qui peuvent augmenter le taux sérique de la TSH.